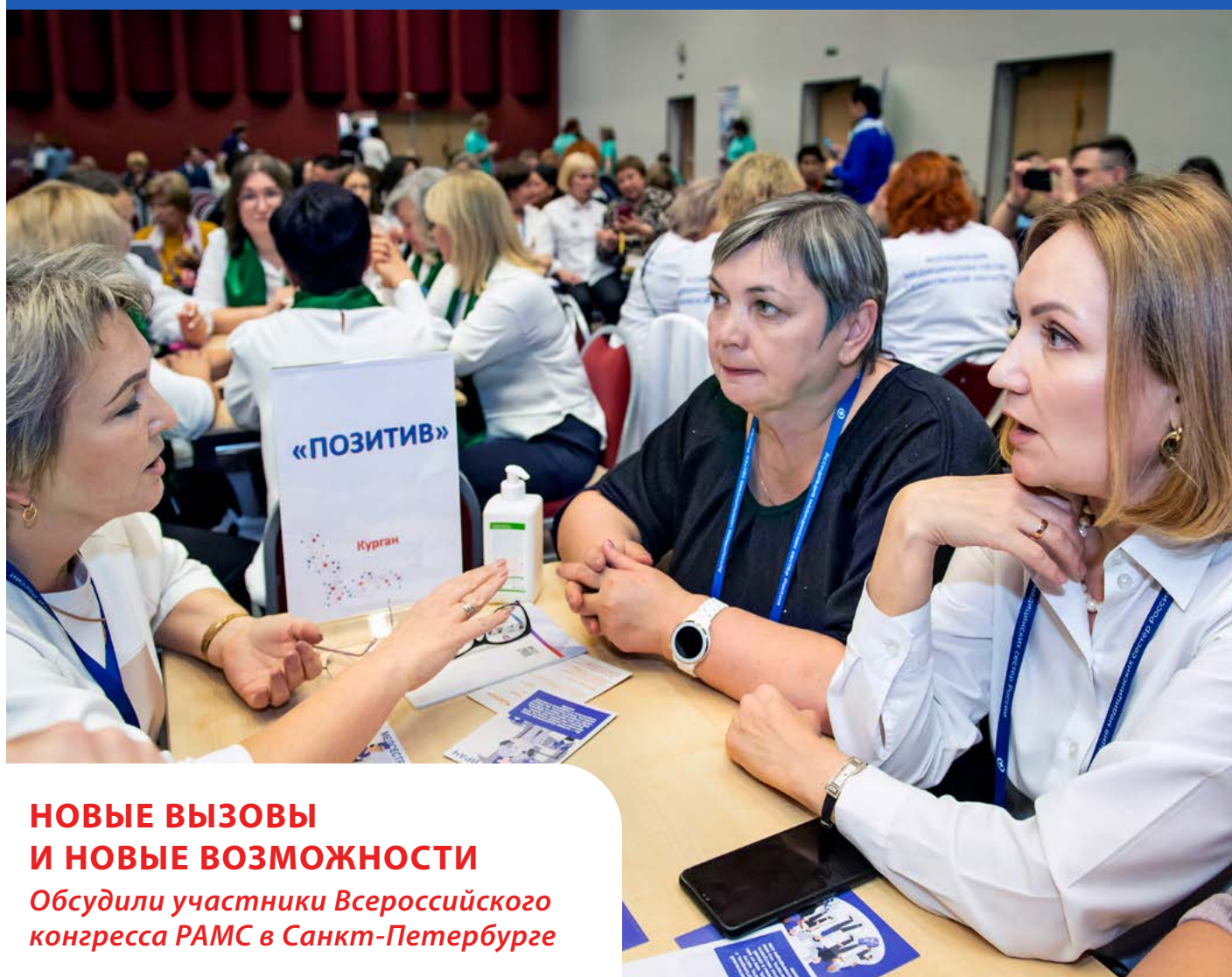


ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 5/69 2024



НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Обсудили участники Всероссийского конгресса РАМС в Санкт-Петербурге



стр. 10

ПУТЬ, ПОЛНЫЙ БОЛИ

«Горячие» смены медицинских сестер ожогового отделения



стр. 6

УРОКИ МИЛОСЕРДИЯ

Проект Кировской ассоциации покоряет сердца и растит будущую смену



стр. 13

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

В Тюменском ОКВД реализован проект укрепления роли медицинской сестры

УСТАНОВКА ГИДРОКЛАВ

для обезвреживания
и утилизации медицинских
отходов классов Б и В
на территории ЛПО



Сортировка отходов не требуется

Нет никаких ограничений по виду и составу отходов

Эксплуатация Установки не требует одноразовых расходных материалов

Принцип действия Установки – паровая стерилизация, изменение внешнего вида отходов (размер фракции после обработки не более 2-4 см), что исключает возможность их повторного применения

**Технология «Гидроклав» позволяет
значительно оптимизировать затраты ЛПО
на утилизацию медицинских отходов**

✓ Экономия на средствах для химической дезинфекции медицинских отходов более 1 000 000 рублей в год (в зависимости от коющей мощности ЛПО и применяемых средств)

✓ Экономия до 98 рублей за вывоз 1 кг отходов (медицинские отходы классов Б и В после обеззараживания в Установке «Гидроклав» приравниваются к отходам класса А)

(Приказ Росприроднадзора от 22.05.2017 N 242, с изменениями от 2 ноября 2018 года N 451, СанПиН 2.1.3684-21)



«Только 25% руководителей сестринских служб считают свою позицию престижной. Ассоциации предстоит переломить эту тенденцию, ведь без заинтересованных руководителей невозможно вести речь о практических преобразованиях, качестве, инновациях».

Уважаемые коллеги, приветствуя вас в пятом выпуске «Вестника РАМС» в 2024 году, конечно же, мы хотим остановиться на самых важных вопросах, затронутых в ходе ключевого события года – всероссийского конгресса Ассоциации медицинских сестер России. В очередной раз нам удалось собрать вместе на одной площадке ярких спикеров, руководителей и лидеров региональных ассоциаций и коллективов, Минздрава России, ВУНМЦ, ЦК Профсоюза работников здравоохранения, а также наших коллег из дружественных стран.

Говорили о многом, – болезненных и актуальных тем с течением времени не становится меньше, и пресловутое «хотели как лучше» то и дело отзывается эхом возмущения в рядах специалистов. В минувшем году таким «хотели как лучше» стало постановление Правительства РФ от 20 марта 2024 года № 343, благодаря которому серьезно и заметно вырос размер оплаты труда сельских медиков. Десятки тысяч специалистов выиграли от этого решения, и стало очевидно, что сельская медицина стране нужна. Но выплаты обошли стороной старших и главных сестер, работников СМП, оставили в стороне множество клиник на периферии, где практически сразу вслед за постановлением заметили отток кадров. Беда в том, что во всей медицине кадров не хватает, и «приток» в сельскую местность был обеспечен за счет других сфер отрасли.

Горячо обсуждали на конгрессе не только оплату труда, но и статус, престиж, привлекательность позиции руководителя сестринской службы. Высоким его назвали только 26% из более чем 4 тыс. респондентов опроса, проведенного Кемеровской ассоциацией. Причины коренятся не только в оплате труда, но и в структуре задач, которые вынуждены выполнять руко-

водители, а они со смыслом и предназначением профессии не всегда связаны. Нам предстоит работать над преодолением этой проблемы.

Но есть и положительное перемены – на секциях конгресса специалисты представили множество реализованных проектов, изменивших роль медицинских сестер.

А еще на главной сестринской площадке года мы чествовали победителей всероссийских конкурсов: творческого конкурса видеосюжетов «Медицинские сестры всегда рядом. Профессия во благо здоровья» и профессионального конкурса «Школа пациента – школа будущего». В число лучших (победителей, призеров и финалистов) вошли специалисты из Омской, Кемеровской, Тюменской, Ульяновской, Ленинградской, Оренбургской областей, Республики Карелия, Санкт-Петербурга. Кадры фоторепортажа запечатлели радость и восторг победителей, а вот большая работа, проделанная каждым участником и его командой, осталась «за кадром». Но именно благодаря этой кропотливой работе каждый год мы все вместе поднимаемся на ступеньку вверх, а успехи и победы украшают и славят всю профессию, независимо от регионов, краев, областей и медицинских организаций.

Но не конгрессом единым. Ведь этому событию предшествовала очная встреча лидеров – участников одноименного проекта «Лидер Ассоциации», стартовавшего в мае этого года. В онлайн-формате мы изучали опыт Ассоциаций, их взаимодействие с партнерами, тонкости информационной политики и создания привлекательных текстов, грамотных официальных писем и даже соглашений о сотрудничестве, а встретившись вживую, остановились на инструментах лидерства и управления, а также бережливого производства. Группа участников не-

большая, но охватывает более 20 регионов, и каждому, в нее вошедшему, предстоит разработать и внедрить собственную инициативу.

А сразу после конгресса стартовал, успев набрать обороты и уверенно двигаться к финалу проект в поддержку наставников, где теория и глубокие смыслы обучающего и воспитательного воздействия на молодых специалистов ярко перекликаются с реальными примерами из практики. Кстати, развитие наставничества – это как раз один из тех инструментов, из наших возможностей, опираясь на который мы можем преодолеть вызовы в сфере привлечения и сохранения молодых кадров. Время предъявляет к наставничеству особые требования, – без искренних внимания, заботы, поддержки, теплоты и глубокого профессионализма со стороны старших товарищей поколение Z на непростой работе не удержаться.

И несколько слов о наших планах. Из года уходящего в год наступающий мы обязательно возьмем с собой достижения, которым только предстоит раскрыться. Помимо уже озвученных проектов, обратим пристальное внимание на школы пациентов и определим оптимальный способ тиражирования лучших практик так, чтобы в многочисленных организациях возникли новые точки роста, новые сестринские проекты и сестринские программы обучения пациентов даже с самыми сложными и редкими заболеваниями. Потому что медицинские сестры могут!

Уважаемые коллеги, сердечно поздравляем вас с наступающим Новым годом и желаем, чтобы он принес вам как можно больше счастливых событий, радостных вестей, интересных и удивительных встреч с коллегами! Крепкого здоровья, мира, добра и победы всем нам в наступающем году!



На обложке: Участники Всероссийского конгресса РАМС «Новые вызовы – новые возможности» и III Молодежного форума «Будущее начинается сегодня», 9 октября 2024 года, Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Лучший ведущий. В Тюмени прошел конкурс молодых специалистов	стр. 3
Практические вопросы лабораторной диагностики. Опыт региональной НПК в Кирове	стр. 8
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Новые вызовы и новые возможности обсудили участники Всероссийского конгресса РАМС в Санкт-Петербурге	стр. 18
К вопросу о роли и статусе специалиста сестринского дела в современном здравоохранении	стр. 25
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
БРИКС Перспективы сотрудничества профессиональных ассоциаций	стр. 4
В поиске общеевропейских решений. Лидеры национальных ассоциаций обсудили самые острые вопросы профессии в регионе	стр. 22
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Путь, полный боли. «Горячие» смены медицинских сестер ожогового отделения	стр. 10
ВОПРОСЫ ЭТИКИ	
УРОКИ МИЛОСЕРДИЯ. Проект Кировской ассоциации покоряет сердца и растит будущую смену	стр. 6
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
К вершинам профессионализма через всю жизнь	стр. 27
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Передовой опыт управления качеством и безопасностью. В Республике Саха (Якутия) масштабируют лучшие практики аудита качества	стр. 31
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Раннее выявление злокачественных новообразований кожи. В Тюменском ОКВД реализовали проект укрепления роли медицинской сестры	стр. 13
Первичное звено стало доступнее. В КМСЧ №7 г. Омска реорганизовали деятельность участковых медицинских сестер	стр. 29
Управление ресурсами медицинской организации с помощью системы Канбан. Опыт Ленинградского областного перинатального центра	стр. 33
ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ	
Сестра Агата. Медицинские сестры в жизни и творчестве Агаты Кристи	стр. 35
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Конструктивная беседа с проблемным подчиненным. Схема эффективного взаимодействия	стр. 37

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 26.11.2024. Отпечатано в ООО «Аллегро». г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 88, литера С, пом. 7-Н, офис 1,2. Заказ № 1200. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com, www.freepik.com.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах.

Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: natalia@medsestre.ru

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – офис РАМС. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(-а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку следует направить по адресу: julia@medsestre.ru Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестер России
ООО «Милосердие»
Издательство «Рио»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Научный редактор – Валерий Самойленко
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
Дизайн – Любовь Грабарь, Ольга Гаврилова
Верстка – Игорь Быков
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.
Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: natalia@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ГЛАЗКОВА Т.В.** – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КУЛИКОВА Р.М.** – председатель Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»
- ЛАПИК С.В.** – д-р мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- НИКИТИНА Н.В.** – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»
- РЯБКОВА В.В.** – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента по здравоохранению Смоленской области

ЛУЧШИЙ ВЕДУЩИЙ

В ТЮМЕНИ ПРОШЕЛ ТВОРЧЕСКИЙ КОНКУРС МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ



Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ
Пресс-секретарь Тюменской областной
профессиональной сестринской
ассоциации

Октябрь молодые специалисты Тюменской области отметили организацией конкурса «Я – лучший ведущий!». Помимо ТРОО ТОПСА и Молодежного совета в организации мероприятия приняли участие «Женское движение» «Единой России» в Тюменской области.

Вообще 2024 год можно считать годом, посвященным молодым специалистам, их развитию, профессиональному росту, раскрытию в ребятах различных талантов, возможностей, их единению, сплоченности. И они, словно получив от старших коллег благословение, демонстрируют нам всем, что способны на большее, чем даже сами от себя ожидали. Они проводят акции, участвуют в конференциях, всероссийских конгрессах, выступают с докладами, погружаются и достигают серьезных результатов в проектной деятельности, обучаются в Школе молодого лидера и участвуют в лидерских челленджах, ведут свои сайты. Сложно даже перечислить ту работу, которая ими прово-



дится внутри Молодежных советов в своих медицинских организациях.

Молодежные советы сегодня – это новые вызовы, это свежий ветер, это огромные перспективы в развитии здравоохранения. Молодые специалисты талантливы, честолюбивы, амбициозны, они ставят высокие цели и идут к ним, не видя преград. Они прекрасно зарекомендовали себя и на профессиональном поприще. Им можно смело доверять ответственные участки работы. Они могут быть старшими и даже главными медсестрами, им по плечу вести за собой! В умении вести в самом прямом смысле слова решили посоревноваться. Ведь если получится быть ведущим мероприятия, приковать к себе внимание, то и в общественных делах, и в делах профессиональных научиться выражать свои мысли так, чтобы к тебе прислушивались.

В конкурсе приняли участие девять специалистов из медицинских организа-

ций города и области – медицинские сестры, фельдшеры, рентгенолаборанты.

Представление участников шло параллельно с демонстрацией домашнего задания – медиавизитки. Задачи визитки: представить участников, кратко рассказать о медицинской организации, развитии сестринского персонала. А критериями оценки стали оригинальность сценария, хронометраж (до 3 минут) и качество съемки. Благодаря конкурсантам болельщики и члены жюри смогли побывать на экскурсии во многих лечебных учреждениях, посмотрели на оснащение медицинским оборудованием, на командную работу сестринского персонала, на отношение к пациентам, а это в любом лечебном учреждении самое главное!

Во втором туре – «Домашнее задание» конкурсант в роли ведущего торжественного мероприятия по своему собственному сценарию должен был



1-е место – Ольга Тюменцева



2-е место – Семен Рябков



3-е место – Яна Мальцева



Тыщенко Алла. Взаимодействие с залом

заинтересовать зрителей сразу, с первых фраз вступительной части, вовлечь зрителей и жюри в активную часть сценария, выделившись при этом неординарностью! Продолжительность выступления не более 3 минут.

Оценивая данный этап конкурса, члены жюри учитывали оригинальность, коллективную работу, юмор, креативность, артистизм ведущего. Это стало прекрасной возможностью конкурсантам проявить свои таланты: пение, танцы, дикцию, умение владеть голосом, взаимодействие с залом.

В третьем туре конкурсантам были выданы небольшие тексты, где частично отсутствовали отдельные слова. Помимо того, что за 3 минуты участникам конкурса предстояло на свое усмотрение вставить недостающие фрагменты в текст, каждому предстояло справиться с дополнительной задачей, например, одновременно с чтением текста танцевать ламбаду, вращаться после каждого предложения вокруг своей оси, зачитывать сценарий в формате рэпа, картавить, читая сценарий, и т.д.

Конкурс проходил динамично, энергия молодых коллег витала в зале. Активные болельщики помогали конкурсантам преодолевать сложные конкурсные этапы. Выступление участни-

ков приветствовали дружным скандированием и красочными баннерами.

Победителями стали самые достойные, креативные и талантливые!

1-е место – Тюменцева Ольга Николаевна, медицинская сестра Центра здоровья поликлиники ГБУЗ ТО «ОБ № 4» (г. Ишим);

2-е место – Рябков Семен Александрович, старший фельдшер отдела региональных проектов и связей с общественностью ГБУЗ ТО «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом»;

3-е место – Мальцева Яна Евгеньевна, медсестра процедурная ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13».

Диплом победителя и сертификат с денежным призом в размере 15 тыс. руб. за 1-е место завоевала Тюменцева Ольга, Областная больница № 4 (г. Ишим).

Победителям вручили памятные дипломы и денежные призы, а всем участникам досталась приличная порция отличного настроения. Конкурс доказал, что наша молодежь может все! Теперь в копилке талантов появилась дополнительная опция – стать ведущим любого праздника, любого торжественного мероприятия. Свои таланты они ярко и уверенно продемонстрировали на публике!

Поддержка конкурсантов болельщиками



В октябре в Казани состоялся XVI саммит стран БРИКС, предусматривающий широкую политическую и экономическую повестку. Саммиту предшествовали подготовительные мероприятия, в том числе встреча старших должностных лиц стран БРИКС по здравоохранению, которая состоялась в Москве 8–10 октября.

Представители министерств здравоохранения обсуждали перспективы сотрудничества в различных направлениях медицины – предупреждение эпидемий, общественное здоровье, разработка вакцин, ядерная медицина, научные исследования и другие. Многие страны БРИКС в тот или иной момент своей истории сталкивались с западными санкциями, давлением, попадали в ситуацию неравенства в сфере экономики и в сфере здравоохранения. Чтобы это преодолеть, необходимы совместные действия и программы.

Среди инициатив, предложенных Россией, – развитие сотрудничества между профессиональными сообществами. В таком взаимодействии, как правило, и рождаются идеи совместных проектов, исследований, стажировок и других действий, направленных на обмен опытом и создание нового.

Исторически и традиционно у сотрудничества врачей предпосылок больше. Еще в эпоху СССР получение медицинского образования в нашей стране считалось престижным. И сей-

Активы сотрудничества наших сестринских ассоциаций



час в медицинских вузах России учится немало иностранных студентов из стран БРИКС. Однако сформированного профессионального объединения нет.

Контакты между медицинскими организациями и профессиональными обществами стран БРИКС развиваются уже многие годы, однако только национальным сестринским ассоциациям удалось еще в 2016 году сформировать свой Альянс.

Об опыте создания Альянса и совместной работе на встрече старших должностных лиц стран БРИКС по здравоохранению рассказала президент РАМС В.А. Саркисова. Альянс провел несколько совместных форумов. Первая встреча лидеров ассоциаций состоялась в 2017 году в Пекине, ее основными темами стали устройство систем здравоохранения и положение сестринского персонала, вопросы образования и профессиональной практики. Гости встречи смогли посетить крупнейшие клиники Пекина, отметили внимание го-

сударства к кадровой политике и подготовке медицинских сестер. Еще совсем недавно, в 2010 году, в Китае насчитывалось немногим более 2 млн медицинских сестер, что с учетом миллиардного населения говорит о крайне низкой обеспеченности сестринской помощью. В последние годы благодаря инвестициям правительства процесс наращивания кадров идет семимильными шагами, причем государство стремится достичь высокого соотношения в структуре кадров сестер-бакалавров. За десять лет численность сестринского персонала выросла более чем в два раза! Медицинские сестры с высшим образованием не только руководят, но и занимаются развитием практики, инновациями и исследованиями.

В 2018 году встреча Альянса состоялась в Индии, где здоровье и здравоохранение – основа для экономического развития. Пока значительной части населения медицинская помощь не доступна, но правительством приняты политические решения по созда-

нию порядка 100 тысяч медицинских центров (станций по типу ФАП), где главную роль в оказании помощи будут играть медицинские сестры, работающие самостоятельно. Система образования уже набрала нужные обороты, а лидеры ассоциации стремятся открыть научное, управленческое, лидерское направления через программы магистратуры и аспирантуры.

Российские специалисты приняли участие в форуме Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС в 2019 году. Главной темой встречи стала трансформация роли медицинской сестры и вклад профессии в противостояние хроническим заболеваниям. Эта задача актуальна для всех стран БРИКС, которые до настоящего момента уделяли больше внимания инфекциям, лечению уже возникших заболеваний либо просто не имели возможности выделить ресурсы на развитие сестринского дела.

К сожалению, пандемия стала большой преградой к развитию сотрудничества.

Национальные ассоциации медицинских сестер заинтересованы в его развитии, в организации программ обменов преподавателями, студентами, практикующими специалистами, лидерами, в изучении лучшего опыта и совместном развитии науки. Но одного желания недостаточно, и без серьезной поддержки государства такие программы не могут быть реализованы ни одной из профессиональных ассоциаций.

И хотя сотрудничество на государственном уровне это одно, а на общественном – совсем другое, мы надеемся, что страны такую работу поддержат. В завершение встречи представители министерств здравоохранения стран БРИКС искренне, с глубоким знанием вопроса, проблем, задач и потенциала сестринского дела говорили о важности сотрудничества.



УРОКИ МИЛОСЕРДИЯ

ПРОЕКТ КИРОВСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПОКОРЯЕТ СЕРДЦА И РАСТИТ БУДУЩУЮ СМЕНУ



■ Елена Игоревна ЛИПАТНИКОВА

Старшая медицинская сестра Детской поликлиники № 7 КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр», г. Киров, член правления КАМС, председатель секции «Сестринское дело в первичном здравоохранении»

Милосердие – высочайшая нравственная ценность. Это уникальное чувство, которое испытывает человек, и проявляется оно в способности поддерживать и помогать тому, кто нуждается в помощи. Именно это чувство способствует гармоничному сосуществованию людей, делая из человека Человека.

Сегодня мы переживаем нестабильный период во многих сферах нашей жизни, остро ощущаем необходимость в общечеловеческих ценностях: милосердии, человеколюбию, сострадании, которые, как известно, воспитываются с детства. Это особенно важно, если в дальнейшем ребенок примет решение связать свою жизнь с медициной. Именно этой актуальной теме был посвящен проект «Милосердики» для детей и подростков дошкольного и школьного возраста.

Инициировали проект главная медицинская сестра медицинского частного учреждения «Нефросовет» Черных Марина Евгеньевна и старшая медицинская сестра Детской поликлиники № 7 Липатникова Елена Игоревна. Вместе мы постарались воплотить уникальную модель взаимодействия детей с медицинскими работниками, которые постоянно развиваются, повышают свою квалификацию и вкладывают свои знания, заботу и любовь в формирование у детей представлений о профессии и значимых для общества ценностях.

Общество не должно черстветь. Любой человек вправе рассчитывать на доброту, заботу, понимание, помощь по отношению к себе и должен уметь проявлять их по отношению к окружающим. Необходимо сегодня, прямо сейчас, учить детей этим важным качествам. Время меняет жизнь людей. Политическая, экономическая, социальная обстановка играют в этом большую роль, но надо помнить, что последнее слово остается за самим человеком. Прагматизм, эгоизм, индивидуализм потеснили другие качества, такие как милосердие и сострадание.

Сегодня тема милосердия понемногу начинает теряться среди других тем, кажущихся более актуальными. Современный ритм жизни, заставляющий забыть обо всем на свете, кроме личных проблем, смещение жизненных ориентиров на материальные ценности, отсутствие человеческого общения, которое заменили информационные технологии, приводит к тому, что дети, по большому счету, предоставлены сами себе. В среде детей и подростков усиливается демонстративное, порой вызывающее поведение, проявляются жестокость и агрессивность к сверстникам, взрослым, обществу. Рассуждая о значении ценностей и нравственных принципов для человека, мы делаем вывод, что неумение различать хорошее и плохое, добро и зло может привести к деформации личности, стать причиной бездуховности и антиобщественного поведения.

Поэтому целью нашего проекта стало знакомство детей с профессиями, связанными с медициной, формирование у них понимания важнейших ценностей – милосердия, морали, справедливости. Проект призван побуждать ребят делать добро, сострадать. Первостепенной задачей проекта стало воспитание нравственности детей, готовности оказывать помощь нуждающимся людям. Важно дать ребенку возможность почувствовать, что милосердие – это бескорыстная помощь попавшему в беду человеку. Для выполнения намеченных установок в работу включились коллеги

с активной жизненной позицией: медицинская сестра качества отделения диализа «Нефросовет» Загоскина Елена Николаевна, акушерка родильного отделения Больницы скорой медицинской помощи Мельникова Вероника Вадимовна, старшая медицинская сестра Кировского областного наркологического диспансера Казакова Анна Андреевна.

Проект стартовал 11 декабря 2023 года и действует по настоящее время. За этот период под крылом «Милосердики» очутились уже 450 детей из десяти школ и двух детских садов города Кирова, а также одной школы города Домодедово. Каждая встреча с ребятами – новые эмоции и впечатления, новая возможность пообщаться с детьми, понять, о чем они думают, на что настроены в будущем. Смотришь на них – и вспоминаешь себя. Они – наше отражение. На уроках время летит со скоростью света, но мы стараемся уложиться. Успеваем рассказать о профессии среднего медицинского персонала, о важных качествах, которые необходимы медицинским работникам, заостряем внимание на таких понятиях, как эмпатия, сопереживание, человечность.

Мы осознаем, что такое качество, как милосердие, в наших детях можно и нужно формировать. Одна из форм воспитания в себе этих качеств – это обращение к историческому прошлому сестринского дела. Поэтому на занятиях стараемся уделить внимание историческим ценностям и провести связующую нить к ценностям современным:

- рассказываем, в каких условиях возникла наша профессия, вспоминая деятельность Свято-Троицкой и Крестовоздвиженской общин сестер милосердия;
- объясняем, кто внес неоспоримый вклад в мировую историю русских сестер милосердия, отмечая великих княгинь дочерей Николая I – Марию и Александру Николаевну, княгиню Романову Елену Павловну, хирурга Николая Ивановича Пирогова, Бакунину Екатерину Михайловну, героиню двух войн XIX века, знаменитую сестру милосердия, ставшую первой медицинской сестрой;



• обращаем внимание, что сестры милосердия Крестовоздвиженской общины стояли у истоков создания Российского Красного Креста;

• стараемся подчеркнуть многогранность профессии, ее стремительное развитие, помогаем нашим подопечным сориентироваться, ведь войти в медицину можно не только медицинским работником. Сегодня в медицине востребованы специалисты в сфере информационных технологий – задаем вектор желающим связать свою жизнь с IT-сферой;

• на занятиях в кадетских классах говорим о военной медицине. Замирает дух от встречи с такими ребятами: школьная подготовка, изучение основ военного дела, дисциплинированность и привычка к режиму – полезные навыки для жизни, для военных медиков.

Каждая встреча с детьми сопровождается серьезной подготовкой. В зависимости от возраста участников готовим план встречи, используем красочные презентации. Сделать занятия интересными нам помогают простые мастер-классы:

• Термометрия с измерением частоты пульса, оценка насыщения кислородом крови с использованием пульсоксиметра. Дети узнают возрастные нормы артериального давления и сатурации.

• Применение индивидуальных средств защиты – учимся правильно надевать и использовать медицинские маски, надевать костюм инфекциониста. Примерив его, ученики ощущают, как нелегко в нем работать по несколько часов, еще и проводить манипуляции.

• Осваиваем десмургию, изучаем правильную технику наложения простейших повязок.



• Пытаемся сформировать практические навыки оказания первой помощи. Доступное изложение материала с применением симуляционного оборудования – залог спасения жизни человека, возможность ребенку не растеряться в трудной ситуации.

• Учимся правильно мыть руки и делать пальчиковую гимнастику – это важные навыки не только для детей, но и для членов их семей.

• Еще одно направление «Милосердики» – знакомство с узкими специальностями: «Лабораторная диагностика», «Медицинская сестра процедурная», «Медицинская сестра перевязочная».

Погружение в мир лабораторной диагностики обеспечила медицинский технолог Кировской областной клинической больницы Татьяна Владимировна Алалыкина, которая сумела заинтересовать ребят инновационными технологиями и роботизированными системами лабораторного процесса. Продолжением таких встреч стали экскурсии для всех желающих в клинично-диагностическую лабораторию, в отделения медицинских организаций, таких как лаборатория Кировской областной боль-

ницы и отделения диализа «Нефросовет». Такой подход дает возможность увидеть детям все своими глазами, окунуться в наш медицинский мир.

Как правило, дети с замиранием сердца впитывают в себя новую информацию, в такой работе с ребенком можно достучаться до его сердечка.

Мы очень хотим, чтобы у нас появилась достойная смена. Тяга к знаниям заложена в человека от природы. Дети находятся в непрерывном процессе обучения и им это нравится. Но знания необходимо подкреплять практикой, внедрять в жизнь, что мы и стараемся делать.

Для привлечения к творческой деятельности всем желающим детям в конце каждой встречи предлагаем принять участие в написании творческой работы на темы: «Легко ли быть милосердным?», «Что такое добро?», «Милосердие в вашей жизни», «Моя мама (родственники) медицинские работники». В конце календарного года совместно с региональным отделением Российского Красного Креста (РО РКК) планируется проведение конференции, на которой дети смогут представить свои творческие работы,

попытаются раскрыть свое собственное понимание человеколюбия и милосердия. Все ребята обязательно будут отмечены благодарственными письмами в торжественной обстановке.

В рамках взаимодействия проекта тесно сотрудничаем с Молодежным советом Кировской ассоциации медицинских сестер. Студенты медицинского колледжа разработали буклеты по профориентационной работе и памятки по мытью рук. Информация не только нужна, но и очень полезная. У нас прекрасные партнерские взаимоотношения с региональным отделением Российского Красного Креста.

Саморазвитие для нас ключевой жизненный принцип. Процесс обучения помогает развивать множество полезных качеств: самодисциплину, умственную концентрацию, умение четко выражать свои мысли и, конечно, получать новые знания. В нашей команде есть инструктор по службе милосердия РО РКК. В перспективе и мы планируем пройти обучение младших инструкторов по оказанию первой помощи населению. Координаторы и волонтеры Красного Креста с высокой заинтересованностью подключаются к работе «Милосердики», рассказывая о своем движении, принимают участие в практических мастер-классах.

Ассоциация медицинских сестер Кировской области сформировала небольшие аптечки, которые переданы в ряд школьных коллективов, где проводились занятия. Кировская ассоциация медицинских сестер заботится о наших детях, для них были закуплены небольшие подарки, которые будут напоминать им о нашем общении.

Подводя первые итоги, хочется отметить, что милосердие является мощнейшим ресурсом, влияющим на формирование личности. Без этой нравственной ценности невозможно развитие гуманного общества. Восторг в глазах детей, равнодушных медицинских работников, педагогов, родителей – это настоящий источник вдохновения и веры в самую лучшую профессию. Мы очень надеемся, что наш проект повлияет на формирование модели поведения детей, которая будет основана на эмпатии, заботе об окружающих, заинтересует ребят такой важной и социально значимой профессией, как медицинский работник.

Практические вопросы лабораторной диагностики

ОПЫТ РЕГИОНАЛЬНОЙ НПК В КИРОВЕ



■ **Татьяна Владимировна АЛАЛЫКИНА**

Медицинский технолог ЦКДЛ КОГБУЗ «КОКБ», член правления, председатель специализированной секции «Лабораторная диагностика» КАМС, г. Киров

Современная геополитическая обстановка и санкционное давление привели к изменениям во многих сферах деятельности в нашей стране. Естественно, это коснулось и лабораторной диагностики. Динамичное развитие новых технологий, обновление парка высокотехнологичного оборудования «в режиме реального времени», выпуск специализированных отечественных изделий медицинского назначения, информатизация всех этапов лабораторного процесса требует от специалиста высокого уровня подготовки. Причем акцентировать внимание следует не столько на теоретических знаниях, сколько на практической подготовке специалиста.

Вернемся в апрель 2020 года и вспомним, что в связи со сложнейшей эпидемиологической обстановкой в Российской Федерации в нашей области произошла замена очной формы обучения на курсах повышения квалификации на онлайн-формат. Однако прикладная специальность требует освоения практических умений и формирования навыков в режиме очного обучения. В связи с этим рекомендуем специалистам в реалиях настоящего времени выбирать программы обучения с очной стажировкой.

Проанализировав сложившуюся ситуацию, мы впервые приняли решение организовать двухдневную очную научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы лабораторной диагностики и микробиологии» для специалистов со средним медицинским образованием Кировской области и провести ее на базе КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

Инициаторами проведения конференции выступили Т.С. Кокарева, главный внештатный специалист по КЛД МЗ КО и члены секции «Лабораторная диагностика» Кировской ассоциации медицинских сестер. Совместными силами определили наиболее актуальные темы для обучения и обсуждения, в качестве лекторов пригласили практикующих специалистов, в совершенстве владеющих конкретными темами. Конференция стала совместным проектом МЗ КО, ЦКДЛ КОКБ и секции «Лабораторная диагностика» КАМС.

Подготовили конференцию и разработали информационно-справочные материалы: брошюру-памятку «Вакуумные системы для взятия венозной крови» и буклет «Аттестация медицинского работника» члены секции «Лабораторная диагностика» – медицинские технологи ЦКДЛ КОКБ. Материалы получил каждый участник мероприятия.

Конференция проходила 17–18 сентября 2024 года. Первый день был ориентирован на слушателей по специальности «Лабораторная диагностика». Открыла конференцию Т.С. Кокарева, заведующая ЦКДЛ КОКБ, сделав акцент на новых нормативных документах, необходимости регулярного проведения внутрилабораторного контроля качества количественных и некачественных методов исследования. С 2016 года продолжается ежедневная деятельность по совершенствованию системы менеджмента качества в ЦКДЛ КОКБ.

Внедрение этой системы в работу лаборатории позволило гарантировать практически безошибочную деятельность на всех этапах лабораторного процесса. Благодаря проделанной за последние годы работе ЦКДЛ КОКБ получила сертификаты ISO 9001:2015 «Система менеджмента качества» и ISO 15189:2015, что стало основополагающим вектором развития лабораторной службы региона, определяющим высокий уровень качества лабораторных исследований в Кировской области.

Заметим, что на конференцию пришли и заинтересованные специалисты с высшим медицинским образованием. Кроме этого, были приглашены студенты выпускных групп Кировского медицинского колледжа по специальности «Лабораторная диагностика» и преподаватели профильных дисциплин. Как отметила Т.С. Кокарева, в процессе обучения и подготовки важно поддерживать связь преподавателей и студентов со специалистами практического здравоохранения и базами производственной практики.

В рамках мероприятия мы организовали мастер-класс «Обеззараживание рук медицинского работника». При подготовке испытывали некоторые опасения, пойдет ли аудитория на контакт, однако сомнения были напрасны. Участники конференции с энтузиазмом и большой заинтересованностью разобрали практические особенности обработки рук, выполнили всю технику с использованием кожного антисептика, вспомнили и закрепили этот важный навык. Мастер-класс оживил атмосферу в зале.

Во второй день конференции говорили о преаналитике. Эта тема обсуждается специалистами достаточно часто, тем не менее вопросы всегда остаются, поэтому лекторы в деталях рассмотрели все ошибки и недочеты, возникающие

в практической деятельности медицинских сестер и акушерок. Например, распространенная ошибка в ведении документации возникает на практике, когда взятие крови назначено ребенку: ребенок плачет, у матери сдают нервы, и она отказывается от процедуры. Как в такой ситуации поступить медицинской сестре? Уговаривать и успокаивать маму и малыша, если в коридоре большая очередь, не всегда продуктивно. Конечно, здесь нужна выдержка, но не только! Если уговоры оказались тщетны, медицинская сестра обязательно должна получить письменный отказ матери от взятия крови, чтобы защитить себя от возможных неблагоприятных последствий данной ситуации.

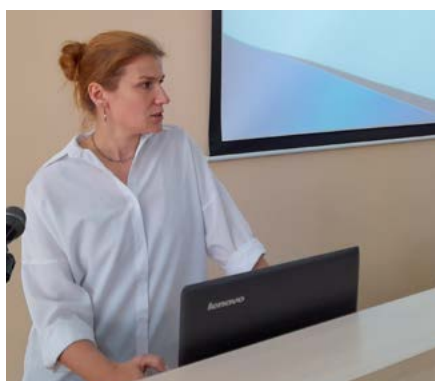
Нередко возникают и вопросы практического характера: почему надо брать кровь в вакуумные пробирки в определенной последовательности? Как правильно перемешивать венозную кровь в пробирке и сколько раз? Кураторы ЦКДЛ КОКБ, имеющие многолетний опыт работы со специалистами медицинских организаций Кировской области по вопросам преаналитического долабораторного этапа, ответили на все вопросы аудитории. Удачно, что во время доклада под рукой у куратора оказалась наполовину полная пластиковая бутылка с водой, на которой было показано, что значит один поворот пробирки и как правильно без резких и интенсивных встряхивающих движений перемешивать кровь, в противном случае эритроциты будут разрушаться, и в пробе появится гемолиз, что приведет к отбраковке пробы в лаборатории. Следствием этого станет повторный вызов пациента на флеботомию и необоснованные экономические траты.

В результате анализа индикаторов качества преаналитического этапа, по которым работает ЦКДЛ КОКБ, много ошибок выявляется на преана-

литическом долабораторном этапе иммуногематологических исследований. Наиболее распространенными являются неправильная маркировка пробирок и отсутствие первичного определения группы крови. К маркировке пробирки на иммуногематологические исследования предъявляются жесткие требования. Медицинская сестра должна на фабричной этикетке вакуумной пробирки написать фамилию, имя, отчество пациента и наклеить штрих-код, не перекрывая надпись. Кроме этого, согласно действующей нормативной документации в стационаре обязаны выполнять первичное определение группы крови. Расхождения результатов по группе крови быть не должно! Всегда следует помнить, что экстренное определение группы крови сопряжено с переливаем пациенту компонентов крови. Здесь важен фактор времени, поэтому необходимо исключить ошибки в работе.

Для заинтересованных участников конференции в качестве бонуса была проведена экскурсия по ЦКДЛ КОКБ – крупнейшей государственной лаборатории региона. После ее посещения специалисты поделились своими впечатлениями. Отрадно было услышать, что современный уровень ЦКДЛ КОКБ за последние годы оценили как «развитие вертикально вверх». Специалисты ЦКДЛ КОКБ систематически занимаются организационно-методической работой, в рамках которой проводят образовательную деятельность, оказывают методическую и консультативную помощь всем заинтересованным специалистам г. Кирова и области.

Проанализировав отзывы о мероприятии, члены секции «Лабораторная диагностика» КАМС сделали выводы о необходимости ежегодного проведения подобных конференций на актуальные темы.



ПУТЬ, ПОЛНЫЙ БОЛИ

«ГОРЯЧИЕ» СМЕНЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ



■ **Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор,
Астраханская региональная
общественная организация
«Профессиональная сестринская
ассоциация»

Надо знать прошлое

«Надо знать прошлое, чтобы понимать настоящее и предвидеть будущее», утверждал В.Г. Белинский. На истории становления медицинской помощи ожоговым больным в Астраханской области и нам хотелось бы остановиться, тем более что насчитывает она уже 170 лет.

В 1854–1855 гг. результатом объединения нескольких лечебных и благотворительных заведений Астраханского приказа общественного призрения на самой окраине города – Паробичевом бугре была создана Астраханская губернская больница. Лечебницу именовали Павловской в честь восшествия на престол императора Павла I.

Сейчас это одно из старейших лечебных учреждений Нижнего Поволжья и Северного Прикаспия – ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 2 им. братьев Губиных».

В Павловской больнице лечились пациенты с самыми разными заболеваниями, включая и ожоговых больных. Медицинский персонал состоял из врачей, надзирательниц (они несли фельдшерские обязанности) и служительского персонала.

Кроме надзирательных обязанностей фельдшерицы вели наркозы при всех операциях и подавали инстру-



менты хирургу. Операции проводились в перевязочных, на деревянных столах, выкрашенных эмалевой краской в белый цвет. На время операции стол застилали клеенкой, а поверх клеенки простыней. Послеоперационные перевязки выполняли прямо на носилках, на которых больного вносили из палаты в перевязочную комнату.

В начале 60-х гг. XX века в Больнице скорой медицинской помощи облздра-вотдела г. Астрахани (ранее Павловская больница) на базе второго хирургического отделения выделили 15 коек для оказания помощи больным с ожоговой травмой. Спустя некоторое время количество коек увеличилось до 20, это произошло в связи с увеличением количества пациентов с термическими травмами не только из Астраханской области, но и прилегающих союзных и автономных республик Калмыкии и Казахстана.

В 1980 году ожоговое отделение на 40 коек было организовано на базе ГБУЗ АО «Александрo-Маринская областная клиническая больница». С 2011 года оно вошло в структуру подразделения Центра травматологии и ортопедии ГБУЗ АО «АМОКБ». Ожоговое отделение ГБУЗ АО «АМОКБ» – это единственное в Астраханской области

узкоспециализированное отделение по оказанию помощи пострадавшим от термической, холодовой и химической травмы. В отделении функционируют 15 коек для круглосуточного лечения и 6 коек для проведения интенсивной терапии.

«Горячее» отделение

Рядом с больничным корпусом с надписью «ожоговое отделение» становится как-то немного не по себе. Но мы настроились и подошли к двери. На пороге нас встретила старшая медицинская сестра отделения Ларина Любовь Николаевна.

Пригласив в отделение, Любовь Николаевна предложила сразу пройти в «сестринскую» – переодеться в спецодежду. Ожоговое отделение относится к объектам со строгим асептическим режимом, так как больные, имеющие ожоги различной степени тяжести, наиболее подвержены гнойно-септическим осложнениям, поэтому спецодежда и требуется.

«Горячая точка» – именно такое определение проносится в голове, когда проходишь по коридору отделения и видишь за стеклянными дверями палат тяжело страдающих людей.

Электричество, взрывоопасные и химические вещества, кипяток, огонь, фейерверки, – с последствиями неосторожного, а порой и легкомысленного обращения с любым из этих факторов риска имеют дело медицинские работники ожогового отделения «АМОКБ».

Случайных людей не бывает

Ожоговое отделение в Александро-Мариинской больнице появилось позже остальных, тем не менее через год оно отметит 45-летие. И все эти годы в стенах отделения фраза «случайных людей здесь не бывает» находит свое подтверждение.

Первая встреча с суровой действительностью лечения ожоговых травм становится для новичков проверкой на прочность, – работать на долгие годы остаются только самые выносливые.

Старшая медицинская сестра Любовь Николаевна как раз из числа таких, особо выносливых. Пришла сюда в 1992 году сразу после окончания Астраханского медучилища и работает по настоящее время.

Вместе с Любовью Николаевной по сей день продолжают работать такие же стойкие, любящие свое дело, медицинские сестры с большим профессиональным стажем, некогда обучавшие молодого специалиста всем особенностям этой нелегкой профессии.

Робот не сможет сочувствовать

В век скоростных технологий медицина тоже не стоит на месте. Появля-

ются новые методы диагностики, лечения, модернизируется оборудование операционных, создаются новые лекарственные препараты. И вот на этом фоне именно сестринское дело выходит на первый план, так как без индивидуального профессионального подхода, сочувствия и сердечности к пациентам не обойтись никогда. Именно кураторская деятельность со стороны медицинских сестер влияет на уровень удовлетворенности и доверия пациента к медицинским работникам.

Такие взаимоотношения особенно заметны в ожоговом отделении, про которое мы ведем речь. Именно здесь тринадцать высокопрофессиональных медицинских сестер посменно и круглосуточно не выпускают из поля своего профессионального зрения ни одного пациента. Именно они проводят большую часть времени у постели больного. В отделении трудятся медицинские сестры таких специальностей, как «сестринское дело», «операционное дело», «анестезиология и реаниматология». Профессиональные обязанности каждой из них очень обширны и специфичны, но задача одна – восстановление утраченного человеком здоровья.

Их работа так же важна, как и работа врачей

Основательница службы сестер милосердия Флоренс Найтингейл совершенно справедливо считала, что работа медицинских сестер так же важна, как и работа врачей, и требует от них почти столько же (а порой и больше) самоотдачи, сочувствия и терпения.

Когда Татьяна Шаталова 5 лет назад пришла устраиваться в ожоговое отделение, заведующий отделением посмотрел на робкую девушку с сомнением: «работа у нас не из легких». Эти слова нисколько не смутили молодого специалиста. Она осталась, и за все годы работы у нее не возникало мысли о том, чтобы найти место поспокойнее.

Ожоговое отделение изначально предполагает, что здесь пациенты с обширными ожогами поверхности тела и тяжелыми поражениями верхних дыхательных путей. *«Практически все из них проходят через операции, – рассказывает Татьяна Петровна. – Да, есть минимальный процент легких операций, но в основном здесь проходят лечение критические пациенты. Для больных нашей категории нет сезонного фактора, поэтому заранее спрогнозировать приток пострадавших не может никто. Скорая медицинская помощь и санитарная авиация круглогодично в режиме 24/7 доставляет в наше отделение пациентов со всех районов Астраханской области. В отделении не бывает такого, чтобы койки пустовали, – оно загружено всегда, и спадов практически не бывает. Наши пациенты разновозрастные – начиная от 18-летнего возраста и до людей преклонных лет».*

«Лечение ожоговых травм – очень кропотливый труд, которым занят весь коллектив отделения, – вступила в разговор старшая медицинская сестра Любовь Николаевна. – Специфика нашего отделения требует от медицинских сестер оказания пациентам своевременной и квалифицированной помощи даже при занятости врача. А для того, чтобы ее оказывать на должном уровне, надо быть уверенным профессионалом своего дела. Здесь нам очень помогают стандартные операционные процедуры. Стандарты разработаны для различных клинических ситуаций, начиная от мероприятий, проводимых медицинской сестрой при шоковом состоянии больного, до проведения гигиенической ванны пациентам с обширными ожогами. При всем разнообразии медицинской литературы мы не нашли стандартов, которые бы затрагивали именно деятель-





ность медицинской сестры ожогового отделения, и поэтому разрабатывали их сообща, сами. И это гордость медсестринского коллектива нашего отделения, так как они получились информативными и доступными по своему содержанию».

Вот как проводится гигиеническая ванна пациентам с обширными ожогами.

Перед проведением водной процедуры больного с обширными ожогами пораженными кожей обезболивают наркотическим анальгетиком. Передвижная ванна (душ-каталка) наполняется теплой водой, не превышающей 39 °С (температура измеряется водным термометром). При помощи подъемника переносим больного из противоожоговой кровати («Клиниatron») на медицинскую каталку и доставляем в перевязочный кабинет, где происходит гидропроцедура. В ней задействованы врач и две медицинские сестры. Врач и первая медицинская сестра обмывают больного, аккуратно отделяя повязки от тонкого слоя растущего эпителия, вторая медицинская сестра следит за витальными функциями пациента. После проведения водной процедуры больного перекладываем на медицинскую каталку. Медицинская сестра обсушивает поверхность тела салфетками, после чего врач начинает делать перевязку. Все необходимое для перевязки ран врачу подает перевязочная медицинская сестра. После выполнения всех необходимых процедур возвращаем больного в палату.

Многолетняя практика показала, что больные с обширными ожогами хорошо переносят процедуру гидротерапии. При проведении данной процедуры пострадавшие не только не испытывают никакой боли, но и получают удовольствие. Ванны применяют как с гигиенической целью (больных обмывают мыльным раствором, что благо-



творно влияет на их общее самочувствие и сокращает сроки отторжения струпа и эпителизации поверхности ожогов), так и для перевязок тяжелых больных.

Фотографии не кричат и не плачут

Работа медицинских сестер в палате интенсивной терапии ожогового отделения по праву считается одной из самых трудных. Это связано с тем, что условия, в которых трудятся специалисты, а также ситуации, с которыми сталкиваются, являются крайне сложными. Работа таких медсестер охватывает множество аспектов, от реанимационных мероприятий до психологической помощи.

«В наши обязанности входят все виды анестезиологических пособий при перевязках, пересадке кожи, некроэктоми, ампутации, – говорит Денисова Татьяна Анатольевна, медицинская сестра-анестезист. – Эмоциональная и физическая нагрузка иногда зашкаливает».

В отделение поступают больные, у которых ожоги сочетаются с переломами конечностей, травмами груди, брюшной полости, а также с черепно-мозговыми травмами.

Бывают случаи, когда ожоги составляют более 70–80 % поверхности тела. Такие пациенты поступают редко (чаще всего летальный исход наступает сразу на месте происшествия либо уже в стационаре). Но кому посчастливилось выжить, проходят множество оперативных вмешательств. Иногда донорских ресурсов кожи бедственно не хватает, в этих случаях для закрытия раневых поверхностей хирургам приходится брать кожу по 2–4 раза с одного и того же участка (взять кожу для пересадки можно не со всех участков тела). При глубоких термических пораже-



ях головы у пациентов отсутствуют веки, губы, наружный нос. Картина не для слабонервных.

Но мы работаем и готовы ко всем ситуациям!

Осуществляя мониторинг основных показателей состояния организма, тщательно контролируем состояние дыхательной системы, оцениваем верхушечный толчок, пульс на сонных и бедренных артериях. Артериальное давление при обширных, глубоких ожогах измерить проблематично. В таких случаях измерение производим на конечностях методом Рива-Роччи. При нарастании отека артериальное давление измеряется прибором Допплера. Даже такая простейшая процедура, как измерение температуры тела, требует профессиональной сноровки. При оказании помощи пациенту соблюдаем правило «четырех катетеров»:

- катетер в центральной вене необходим для массивной инфузионной терапии;
- катетер в мочевом пузыре позволяет контролировать почасовой диурез;
- носоглоточный катетер нужен для оксигенотерапии, особенно если есть подозрение на отравление угарным газом;
- назогастральный зонд требуется для профилактики аспирации желудочного содержимого и учета текущих патологических потерь.

Наших пациентов мы буквально выхаживаем, можно сказать, нянчим. В большинстве случаев они не могут самостоятельно пошевелиться, не то чтобы самостоятельно принять пищу.

Да, когда изучаешь теорию и смотришь фотографии в учебнике, это одно, а реалии – они совсем другие. Фотографии в учебнике не кричат от боли, не плачут навзрыд, не кровят

и не пахнут. Привыкнуть к такой работе не получается, несмотря на многолетний стаж, и «зачерстветь душой» тоже не получится, ведь речь о спасении человеческих жизней.

В работе важно стремиться к высшей планке

«Медицинские сестры, работающие в ожоговом отделении, умеют и знают все назубок, начиная от дозировок в миллиграммах и процентов постановки периферических катетеров, заканчивая СЛР, – с гордостью говорит старшая медицинская сестра. – Иначе нельзя».

На наших сестричках, кроме всего прочего, лежит серьезная ответственность за реабилитацию, ведь первый этап восстановительного периода реконвалесцентом начинается в ожоговом отделении с первого дня госпитализации пострадавшего. А это требует

глубоких знаний и практических навыков, а также умения строить отношения с пациентами.

Медицинские сестры по назначению врача обеспечивают позиционирование пациента в постели. Необходимое положение в постели поддерживается для защиты иммобилизованных суставов, поддержания правильного положения суставов, снижения выраженности отека, заживления ран и снижения давления на ткани, что, в свою очередь, предотвращает появление пролежней.

«Позиционирование – это важная ступень в процессе реабилитации и ухода за ожоговыми больными, – говорит Любовь Николаевна. – У пациентов по мере выхода из критического состояния отмечается улучшение самочувствия и улучшение функционирования основных систем организма. Но одновременно с этим формируются негативные психологиче-

ские реакции. Реконвалесцентом волнует реакция окружающих на их внешний вид. Они впадают в депрессию, становятся обидчивыми и замкнутыми. В таких ситуациях на помощь опять приходят медицинские сестры, которые устанавливают доверительные отношения с каждым отдельно взятым пациентом. Оказывая пациентам психологическую поддержку, специалисты сестринского дела помогают справиться со стрессом».

В ожоговом отделении работают медицинские сестры разного возраста. Работа очень тяжелая, но, преодолев первую проверку на прочность, уходят отсюда редко, разве что на пенсию, в декретный отпуск или в связи с переездом. Любовь к профессии, которая подкрепляется глубоким удовлетворением от возможности помогать пострадавшим людям и облегчать их страдания, не отпускает.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

В ТЮМЕНСКОМ ОКВД РЕАЛИЗОВАЛИ ПРОЕКТ УКРЕПЛЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Алена Николаевна БУРЛАНОВА**
Главная медицинская сестра,
ГАУЗ ТО «ОКВД», г. Тюмень



■ **Анастасия Федоровна ЛИПКИНА**
Старшая медицинская сестра
отделения платных услуг,
ГАУЗ ТО «ОКВД», г. Тюмень

Заболееваемость опухолями кожи с каждым годом растет. По данным Информационного бюллетеня «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области в 2023 г.», в структуре злокачественных образований (оба пола) первое место занимали злокачественные новообразования кожи (14,0%), уверенно обогнав ЗНО молочной железы (10,5%), ЗНО предстательной железы (9,8%), ЗНО трахеи, бронхов и легких (10,5%), ЗНО ободочной кишки (8%).

Кроме того, в 2023 году по запущенным случаям ЗНО различных локализаций, среди прочих, на **меланому кожи** приходится 16,28%, тогда как в 2022 году показатель был ниже – 13,54%. В динамике по впервые установленному диагнозу ЗНО у мужского населения Тюменской области с 2019 по 2023 гг. **меланома кожи** также пока-

зывает рост с 49 до 55 случаев; «**другие**» **новообразования кожи** тоже не отстают и, если в 2019 году был выявлен 301 случай, то в 2023 году – уже 394. Если учесть, что среди женщин Тюменской области с 2019 по 2023 гг. число случаев **меланомы кожи** выросло с 91 до 118, а число **других новообразований кожи** с 539 до 686, то картина будет еще более пугающей.

Несмотря на то, что доброкачественные новообразования кожи диагностируются значительно чаще, чем злокачественные, под влиянием неблагоприятных внешних или внутренних факторов они могут трансформироваться в злокачественные.

Медицинские сестры сегодня уверенно могут взять на себя дополнительные функции, не входящие в перечень функциональных обязанностей. Этот шаг навстречу пациенту медицин-

ские сестры делают во благо его здоровья!

Работа Тюменского областного кожно-венерологического диспансера традиционно ведется в тесной связке с онкологическими структурами, а именно ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город». Соответственно, маршрутизация пациентов также должна осуществляться поэтапно и в максимально кратчайшие сроки. Поэтому и решение взяты за проект, нацеленный на борьбу со злокачественными новообразованиями кожи, возникло не спонтанно. Коллектив шел к этому осмысленно, опираясь на практический опыт, попутно решая имеющиеся проблемы.

Мы являемся регулярными участниками «Дня борьбы со злокачественными новообразованиями кожи», областного челленджа «Ты – можешь, я – могу!» по онконастороженности наружной локализации рака, месячника борьбы с раком «Меланома. Ты можешь и не знать», где основное внимание медработников акцентируется на раковых заболеваниях кожи. Профилактика онкозаболеваний помогает предотвратить риск развития рака кожи. Заподозрить рак кожи и меланому можно при осмотре кожных покровов медработниками в кабинетах раннего выявления заболеваний (КРВЗ), на врачебных приемах, при самообращении пациентов, а также в результате анкетирования.

Поскольку основными задачами этих мероприятий является профилактический осмотр населения с целью выявления ЗНО кожи, а также повышение осведомленности населения о симптомах злокачественных новообразований кожи, мы достаточно активно работаем, привлекая организованное и неорганизованное население. При этом, помимо активных осмотров, проводим разъяснительную профилактическую работу, в том числе на официальном сайте учреждения, в СМИ. Благодаря своевременно полученной информации у пациента есть шанс при малейшем подозрении обратиться за квалифицированной помощью к врачу. Обнаружение рака кожи на ранней стадии позволяет провести своевременное лечение и получить высокие шансы на длительную стойкую ремиссию. Причем именно злокаче-



ственные новообразования на коже не так сложно визуально обнаружить, если медработнику быть более внимательным и бдительным. А пациенту, в свою очередь, необходимо своевременно обратиться к врачу на консультацию. Чтобы систематизировать работу по раннему выявлению заболеваний кожи, нами был разработан новаторский проект.

Основными целями проекта стали: разработка и внедрение в практику мероприятий по раннему выявлению доброкачественных и злокачественных заболеваний кожи в ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер», повышение онконастороженности среди пациентов и медперсонала, организация маршрутизации пациентов от первичного обращения до оказания специализированной медицинской помощи в случае обнаружения ЗНО, вовлечение в данный процесс медицинских сестер всех структурных подразделений. Все они стали командой проекта, который возглавила главная медицинская сестра.

Для достижения планового эффекта был разработан ряд мероприятий:

- анкетирование пациентов возрастной группы 18+, впервые обратившихся в текущем году в ОКВД, с целью выявления на ранней стадии триггерных факторов доброкачественных и злокачественных заболеваний кожи;

- осмотр пациентов с целью раннего выявления доброкачественных и злокачественных новообразований кожи по результатам анкетного скрининга;
- повышение уровня знаний населения по профилактике доброкачественных и злокачественных заболеваний кожи;
- внедрение учетной формы «Список пациентов с выявленными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи»;
- маршрутизация пациентов в региональный онкологический центр «Медицинский город».

Проект совпал с возникшими требованиями Тюменской региональной целевой программы профилактики инфекционных заболеваний, в том числе доброкачественных и злокачественных новообразований кожи.

В ходе реализации проекта с вовлечением в процесс всего сестринского персонала ОКВД были разработаны СОП, памятки, наглядный материал, анкеты для пациентов, проводится анкетирование пациентов, анализ анкет, тщательный и полный осмотр пациентов, ведется работа с диспансерной группой.

До внедрения проекта тактика медицинской сестры, работающей на врачебном приеме, включала в себя функции по выполнению назначений врача и своих должностных обязанностей.

Работу с пациентом и постановку диагноза выполнял, как правило, врач дерматовенеролог.

После внедрения сестринского проекта и расширения функций медицинской сестры работа в ГАУЗ ТО ОКВД строится по-другому. При обращении пациента к врачу-дерматовенерологу с каким-либо кожным заболеванием врач на приеме проводит сбор анамнеза и осмотр пациента в рамках заболевания, с которым он обратился.

Медсестра параллельно выдает пациенту анкету для заполнения. Анализируя результаты анкеты, при выявлении хотя бы одного триггерного фактора медсестра приступает к полному осмотру всего тела пациента с лампой-лупой или дерматоскопом. При обнаружении настораживающих факторов на любом участке тела (к примеру, асимметричной родинки) уже врач прицельно осматривает этот участок кожи, после чего врач направляет пациента к дерматоонкологу ГАУЗ ТО ОКВД.

Врач-дерматоонколог, осмотрев пациента на приеме, в свою очередь, принимает решение. Так, при доброкачественном новообразовании (ДНО) дополнительная консультация пациенту не нужна, и врач дает направление к дерматокосметологу ОКВД на удаление новообразования. Удалением ДНО в ОКВД занимаются медицинские сестры косметологические. В 2023 году медицинские сестры удалили ДНО у 1441 человек (93,7% – от 1538 человек, внесенных в программу с ДНО). При подозрении на злокачественное новообразование (ЗНО) доктор

направляет пациента уже в специализированное учреждение – в «Медицинский город». Медсестра, находящаяся на приеме с врачом-дерматоонкологом, вносит пациента в учетную форму и в единую базу: «Список пациентов с выявленными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи». За период реализации проекта она внесла в единую базу 1538 человек с выявленными доброкачественными новообразованиями и 97 человек с подозрением на ЗНО.

В 2023 году из 97 пациентов с подозрением на ЗНО 48 были направлены в соответствии с маршрутизацией в «Медицинский город». Подтверждено ЗНО в условиях «Медицинского города» было у 14 пациентов (базалиома – у 5 человек, меланома – у 2 человек, плоскоклеточный рак – у 5 человек, другие злокачественные новообразования кожи – у 2 человек). При положительном диагнозе «злокачественное новообразование» пациентов ставят на диспансерный учет, предусматривающий осмотр каждый месяц в первые 3 месяца, в последующем – 1 раз в 3 месяца, а далее 1 раз в год.

Результаты не просто радуют, они потрясают, ведь за каждой сухой статистической цифрой скрывается человеческая жизнь, за большинство из которых еще не поздно побороться. Выявление онкологических заболеваний кожи на ранних стадиях дает надежду, что лечение пока еще может быть эффективно, и все это благодаря вкладу медицинских сестер с расширенными

полномочиями в процесс раннего выявления ЗНО.

Из 30 433 первичных пациентов, обратившихся в 2023 году на прием в ГАУЗ ТО ОКВД, медицинские сестры проанкетировали 25 450 человек (80%), – пациентам предстояло ответить на 9 вопросов:

1. **Возраст пациента.** Возраст анкетированных распределился следующим образом:

- 18–24 лет – 1206;
- 25–34 лет – 3392;
- 35–44 лет – 8852;
- 45–64 лет – 4280;
- 65 и старше – 7720.

2. **«Вы осматриваете свою кожу регулярно и внимательно?»** – утвердительно ответили 10 875 человек (42,7%).

3. **«Имеете ли вы большое количество родинок на коже?»** – утвердительно ответили 8968 человек (35,3%).

4. **«Есть ли у вас родинки, которые часто травмируются?»** – согласились 1422 человек (5,6%).

5. **«Загораете ли вы в момент пика солнечной активности?»** – подтвердили 5695 человек (22,4%).

6. **«Часто ли вы посещаете солярий?»** – ответили «Да» 940 человек (3,7%).

7. **«Принимаете ли вы гормональные препараты?»** – дали положительный ответ 4127 человек (12,2%).

8. **«Были ли зарегистрированы у близких родственников (отец, мать, брат, сестра) случаи доброкачественных и злокачественных новообразований любой локализации?»** – утвердительно ответили 5298 человек (20,8%).

9. **«Знаете ли вы свой фототип кожи?»** – утвердительно ответили 10 211 человек (40,1%).

Выявлено доброкачественных новообразований кожи 1538 (6%):

- доброкачественные новообразования кожи (папиллома) – 1056;
- доброкачественные новообразования волосистой части головы – 106;
- доброкачественные новообразования верхних конечностей – 22;
- доброкачественные новообразования нижних конечностей – 23;
- гемангиома туловища – 63;
- синдром диспластических невусов – 3;





- себорейная кератома – 163;
- меланоформный невус – 86;
- эпидермальное утолщение кожи – 4;
- актинический кератоз кожи – 12.

Выводы команды проекта

Благодаря разработке и внедрению в сестринскую практику проекта медицинским сестрам ОКВД удалось выявить более полутора тысяч пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи. Четырнадцать пациентам это позволило не просто начать своевременное лечение заболеваний на ранних этапах, но и сохранить самое дорогое – жизнь!

С начала реализации проекта с медсестрами ОКВД на сестринских планерках проводилась регулярная учеба в разных направлениях: по строению кожи, по правилам осмотра кожных покровов, для чего был разработан СОП «Осмотр кожных покровов». Этот СОП медицинские сестры тщательно отрабатывали на практике. Врачами дерматологами с медицинскими сестрами проводилось практическое обучение по обследованию кожных покровов пациентов с применением дерматоскопа и лампы-лупы. Реализуя проект, медицинские сестры диспансера повысили знания нозологических форм доброкачественных и злокачественных заболеваний кожи, прошли углубленное обучение с практикумом по системе АККОРД. Особую настороженность у медсестры при осмотре родинок с целью раннего обнаружения рака должны вызывать:

- Асимметрия (если условная ось делит родинку на две неровные половины).

- Край (появление на нем неровностей или зазубринок).
- Кровоточивость.
- Окрас (любые изменения в окрасе, его неравномерность).
- Размер (увеличение в ширину или высоту).
- Динамика (появление корочек, потеря кожного рисунка).

Обученные медицинские сестры в ходе проекта проводили тщательный осмотр кожных покровов каждого пациента. При подозрении на доброкачественное или злокачественное новообразование кожи была разработана и внедрена дальнейшая маршрутизация пациентов (врач дерматолог, врач дерматокосметолог, врач дерматоонколог) с целью постановки диагноза, назначения адекватного метода лечения и выстраивания дальнейшей тактики диспансерного наблюдения.

В рамках проекта медицинские сестры проводили с пациентами обучение по раннему выявлению онкозаболеваний, их профилактике, осмотру кожных покровов и лимфоузлов. Занятия проходили в группах по 3–5 человек. Проанкетированные пациенты и прошедшие обучение укрепили знания факторов риска развития злокачественных заболеваний. Знаниями, по системе АККОРД, медицинские сестры делились с пациентами, объясняя, насколько важно их запомнить, чтобы не пропустить смертельно опасные признаки перерождения родинок в меланому, чтобы были бдительными со здоровьем родных и близких людей. Выдавали памятки. Ведь заподозрить рак, зная «сигналы тревоги» онкологического заболевания на коже, можно, если обнаруживаются даже безболезненные уплотнения или незаживающие язвы на коже, изменение цвета давно существующей родинки, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, чувство жжения, зуд, выпадение волос с поверхности невуса, появление трещин, выростов.

Учитывая результаты анкетирования среди респондентов, имеющих большое количество родинок, загорающих в пик солнечной активности, пользующихся солярием, действия медицинских сестер по обучению пациентов и укреплению онконастороженности были высоко востребованы.

Поскольку укомплектованность средним медицинским персоналом



в ОКВД в соответствии со штатным расписанием полная (100%) и все штатные должности заняты, проект выполнялся медсестрами без выделения дополнительного времени. Поэтому в 2023 году удалось проанкетировать и полностью осмотреть только 80% пациентов, от числа впервые обратившихся.

В 2024 году медицинские сестры ОКВД поставили цель достичь 100% анкетирования и последующего осмотра пациентов, обратившихся в ОКВД за медицинской помощью. Возросшая нагрузка оправдана и, понимая важность этой работы для жизни и здоровья пациентов, медицинские сестры выполняют ее без излишних эмоций. Реализуя проект, медицинские сестры ОКВД избавили врачей от рутинного приема, не просто показали достойные результаты своей работы, но и доказали врачам, что медицинским сестрам можно и нужно доверять.

Данный проект предусматривал и в конечном итоге оправдал закрепление более широких полномочий медицинской сестры в части раннего выявления доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. С учетом достигнутых результатов нами принято решение о тиражировании проекта на базе филиалов ОКВД в г. Ишиме и г. Тобольске.

Результаты работы и вклад каждой медсестры ОКВД в общее дело, в наш проект, являются стимулом к еще более продуктивной работе. Это вызывает у нас чувство своей полезности для пациентов и гордости за все сестринское сообщество, ведь работа в команде демонстрирует достойный результат!

Аэрозольная дезинфекция **ОДНОВРЕМЕННО** воздуха и поверхностей ультрамалыми дозами 6 %-й перекиси водорода с помощью аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции **АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»**

Обеспечение качества медицинской помощи, создание безопасной больничной среды и профилактика социально значимых инфекций, включая туберкулез и COVID-19, в наши дни стали стратегическими задачами здравоохранения.

АО «КРОНТ-М» (Россия) предлагает Вашему вниманию медицинское изделие – «Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ», РУ № РЗН 2020/9655, который предназначен для проведения автоматизированного процесса дезинфекции одновременно воздуха и поверхностей аэрозольным методом в помещениях медицинских организаций в отсутствие людей.

Уничтожает бактерии, в том числе туберкулеза, вирусы, коронавирусы, грибы, плесень. При еженедельном использовании прибора в качестве заключительного этапа генеральной уборки смывы с поверхностей и общее микробное число стремятся к нулю.

Преимуществами аэрозольного метода дезинфекции являются:

- Высокая скорость распыления – 60 мл/мин с эффективностью – 99,99% при обработке помещений больших объемов до 300 м³, в том числе труднодоступных и удаленных мест.

- Размер аэрозольных частиц – 10–30 мкм позволяет проводить одновременное обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях медицинских организаций согласно «Методическим рекомендациям по аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях МР 3.5.1.0103–15».

- Важно! Микрочастицы аэрозоля, легкие, размером до 15 мкм, хаотично перемещаясь, долго висят в воздухе, взаимодействуют с микроорганизмами и распадаются на безопасные составляющие – кислород и воду, не достигнув поверхности предметов; тяжелые микрочастицы (15–30 мкм), покинув сопло форсунки, изначально стремятся вниз и обеззараживают поверхности, без эффекта смачивания.

- Применяемое в аппарате дезсредство – перекись водорода 6% – эффективно, экономично и бюджетно в сравнении с другими дезсредствами российских и тем более зарубежных производителей.

- Важно! Наши исследования по эффективности обеззараживания аэрозольным методом перекисью водорода 6% с добавлением ионов серебра и без не выявили различий.

- Гарантированная защита персонала (обработка проводится строго в отсутствие людей).

- Экологичность за счет повышения эффективности дезинфекции аэрозольным методом и низких норм расхода дезсредства (расход перекиси водорода 6% – 3 мл/1 м³), снижается нагрузка на окружающую среду. К примеру, для операционной объемом 100 м³ необходимо 300 мл перекиси водорода 6% (H₂O₂).

- Минимизация урона для объектов обработки (ультрамалые дозы аэрозоля не портят изделия из стекла, пластмасс, резины, керамики, коррозионностойкого металла, хирургическое и анестезиологическое оборудование).

- Безопасность: не прореагировавшие гидроксид ионы распадаются на составляющие воздуха воду и кислород ($2\text{H}_2\text{O}_2 = 2\text{H}_2\text{O} + \text{O}_2$), агрессивное воздействие на человека отсутствует.

- Для создания равномерных концентраций дезсредства в единице объема одновременно с компрессором включается вентилятор активного перемешивания воздуха. Концентрация дезсредства в разных уголках обрабатываемого помещения уже через 3 минуты после окончания процесса распыления становится одинаковой.

- Для защиты форсунки и компрессора установлен мини-фильтр, замена один раз в год.

- Аппарат АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» запатентован на территории Российской Федерации.

Эффективность применения аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-

«КРОНТ» подтверждена в ходе проведения испытаний в федеральных медико-биологических учреждениях г. Москвы: ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора и клинических испытаний в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Противопоказаний к применению не выявлено.

По результатам проведенных в ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора исследований была разработана Инструкция по применению аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» производства АО «КРОНТ-М» с использованием средства дезинфицирующего «Перекись водорода медицинская 6%» от 04.07.2019. В инструкции приводятся режимы проведения профилактической и заключительной дезинфекции, требования техники безопасности при работе с аппаратом.

Гарантия на аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» – 2 года.





НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМ

ОБСУДИЛИ И ОТКРЫЛИ ДЛЯ СЕБЯ УЧАСТНИКИ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА РАМС, КОТОРЫЙ ПРОШЕЛ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ



■ **Наталья Владимировна СЕРЕБРЕННИКОВА**

Директор по международному сотрудничеству РАМС, к.п.н.

Очередной октябрь в жизни профессионального сообщества как очередная веха в борьбе за профессию. Более 650 специалистов России, а также гости из Республик Беларусь, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан собрались в этом году в Санкт-Петербурге для участия в очередном всероссийском конгрессе и уже третьем по счету молодежном форуме.

Тепло ли тебе, девица?

Увы, только в сказке ангельское терпение, покорность и труд волшебным образом помогают преодолеть вызовы. В реальной жизни профессиональное

сообщество продолжает нелегкий путь из точки А, где каждый ждет, когда его проблемы кто-то решит, в точку Б, где каждый действует, ищет ресурсы и возможности, чтобы преодолеть проблемы и вызовы с опорой на соратников.

Не случайно в название конгресса на этот раз Ассоциация вынесла вызовы – задача была обсудить самое болезненное: статус профессии, мотивация к обучению, оплата труда, отток кадров, отношение к руководителям сестринских служб, политика затыкания дыр, когда речь заходит об оплате, миграция кадров, крайне низкий приток молодежи, несмотря на растущее количество выпускников. Пока страна живет в ожидании новой системы оплаты труда, специалисты выживают. Нарушаются права на достойный труд,

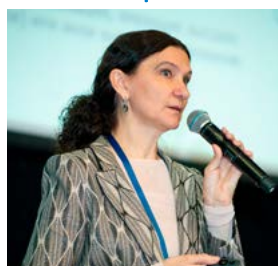
уважение, попираются интересы профессии, растет уровень агрессии в адрес сестер, растет уровень праведного гнева от происходящего.

Эти и не только вызовы участники конгресса обсудили в диалоге представителей РАМС (В.А. Саркисовой, В.В. Самойленко, Т.В. Дружининой – с ее докладом выступила Н.В. Вострикова, Т.В. Глазковой, участников из зала, которые не скупилась на вопросы) с О.Н. Тулуповой, заместителем директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России и М.М. Андрончиковым, заместителем председателя ЦК Профсоюза работников здравоохранения.

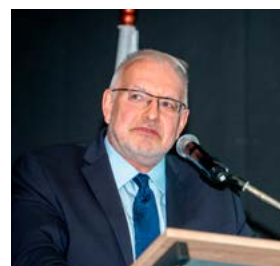
На сегодняшний день оплата труда остаётся прерогативой регионов со всеми вытекающими последствиями



В.А. Саркисова



О.Н. Тулупова



М.М. Андрончиков



ПОЖНОСТИ

(зависит от региональной политики, наполнения бюджета, приоритетов, приверженности интересам здоровья, медиков и много еще чему...), но свет в конце туннеля уже забрезжил. В рамках новой системы оплаты труда, которая должна пройти пилотное испытание уже в 2025 году и быть внедрена на всей территории страны в 2027 году, предполагается преодолеть перекосы в уровне оплаты между регионами, внедрить понятные стимулирующие коэффициенты.

Пресловутое уравнивание оплаты труда медицинских сестер и младших медработников вспомнили участники конгресса неоднократно, а М.М. Андрючников пояснил следующее, – как в этом случае, так и в ситуации со специальными социальными выплатами, государство использует механизм оплаты труда для решения социальных проблем. И это нивелирует роль заработной платы в глазах профессионалов, как инструмента вознаграждения за труд разной интенсивности (ответственности, сложности). Соответственно, системе сейчас очень не хватает такого инструмента, который выполнял бы более отчетливо задачу мотивации и стимулирования медицинского персонала. Есть надежда, что новая система оплаты труда станет именно такой.

Пока эти проблемы не решены, работающие специалисты ждут, теряя

терпение, молодые делают осознанный и очевидный выбор в пользу трудоустройства в других сферах экономики, а кадровый дефицит затронул уже и руководящий состав.

Мало кому сегодня интересно занять руководящую должность или даже стать дублером старшей медицинской сестры. По данным опроса РАМС, проведенного еще летом, наметился тренд на смену старшими сестрами должностей или, как минимум, на их совмещение. Повышение ответственности на фоне отсутствия материальных стимулов не привлекает. Старшая и главная сестра с пациентами напрямую не работают и по этому основанию часто исключаются из перечня работников, которым полагаются какие-либо доплаты.

Опрос, проведенный Кемеровской ассоциацией, показал, почему руководители сестринских служб с пациентами работают критически мало – они загружены административно-хозяйственной работой, которая прочно срослась с должностью главной и старшей сестры. Только 34% руководителей имеют возможность уделить достаточное внимание кадрам и всего 14% – пациентам.

Медицинские сестры могут!

Когда-то давно, более 20 лет тому назад, на одном из учебных российско-шведских семинаров, в ответ на бесконечные жалобы на отсутствие чего бы то ни было для эргономичного перемещения больных преподаватель и старшая сестра ОРИТ Университетской клиники г. Умео Мона Якобссон воскликнула: «Медицинская сестра может!», – может придумать, достать, выкрутиться из положения, но сделать, если горит страстью к своему делу! В тот момент она виртуозно разорвала полиэтиленовый пакет и воспользовалась им для перемещения больного без каких бы то ни было дорогостоящих устройств и технологий.

За эти годы свершилось! Выросла целая когорта сестер-лидеров, которые могут. Они приводят в движение жизнь своих коллективов – специалисты участвуют в конкурсах, побеждают, реализуют проекты, развивают практику, вводят новые ставки... – пациенты искренне благодарят, администрация гордится и поощряет. Ведь могут же!

В текущей ситуации одна из задач Ассоциации масштабно поддерживать и мотивировать именно такой подход к делу, и ведь это не шведское ноу-хау. Помните наше родное: «Под лежащий камень вода не течет»? По этому принципу и действует Ассоциация, предлагая, приглашая и открывая разные направления для профессионального развития.

Только в этом году РАМС провела несколько конкурсов. *«Мы выявили лучших преподавателей и лучших наставников, подняли целый пласт достижений медицинских сестер в сфере обучения пациентов в стационарах и первичном звене, выбрали лучшие видеосюжеты о работе как опытных, так и начинающих специалистов, провели масштабную акцию, показав медицинские династии, которыми нельзя не гордиться, – отметила в своем выступлении президент РАМС Валентина Саркисова. – А еще приступили к реализации второго проекта по подготовке лидеров и впервые открыли обучение для наставников. Кто хочет, кто горит, тот берет и использует для своего роста и развития своего коллектива, а конгресс позволяет увидеть десятки кейсов, где благодаря сестринской инициативе все получилось».*

Нам есть чем гордиться

В первичном звене, испытывающем острый дефицит медицинских сестер, уже есть опыт передачи непрофильных функций от медицинской сестры техническому персоналу. Это работает! Операторы справляются, а практическая деятельность медицинской сестры становится в полном смысле слова «сестринской» и «медицинской». И в клинических вопросах роль медицинской сестры становится более заметной и значимой. Мы уже рассказывали о создании кабинета помощи пациентам с нарушением липидного обмена в г. Заводоуковск Тюменской области, – благодаря конгрессу этот опыт получил новое звучание. Фестиваль проектов от Тюменской области не оставил сомнений в том, что все пути открыты для изменения роли медицинской сестры: участковая практика, подворовые обходы, онкопоиск, забота о мужском здоровье – перечислять направ-

ления, где медицинские сестры доби-
ваются успехов, можно уже бесконечно
долго.

В стационарах, где своих вопросов
к организации и ресурсному обеспече-
нию практики хватает, специалисты
тоже не дремлют:

- внедряют принципы эргономики, оптимизации процессов в опер-
блоке, безопасности при проведе-
нии химиотерапии и централиза-
ции разведения х/т препаратов, профилактики пролежней;
- развивают компетенции в сфере
коммуникации, стресс-мене-
джмента, управления в работе ме-
дицинских команд;
- открывают новые роли – находят
правильные аргументы, доказы-
вают жизнеспособность идей
и претворяют в жизнь идеи рас-
ширения клинической ответ-
ственности специалистов сес-
тринского дела. Именно так по-
явилась универсальная сестра
в отделении гематологии в Ленин-
градской областной больнице, от-
крыть возможности внутри кли-
ники и создать новую должность
медицинской сестры по качеству
удалось в клинике «Нефросовет»
в Кирове, и медицинским сестрам
стало легче справляться с высо-
кой нагрузкой при проведении
диализа.

Будущее начинается сегодня

Жизненных примеров, подтвер-
ждающих, что медицинские сестры
профессионально выросли и окрепли,
множество. И такие примеры мы стара-
емся показать молодым специалистам.
Не плыть по течению, не отказываться
от профессии при первых малейших
трудностях, а открывать для сестрин-
ского дела свой путь. Таким и стал
по тематике третий Молодежный фо-
рум РАМС «Будущее начинается сего-
дня: преодолеваем вызовы, создаем
возможности»!

Спикерами Молодежного форума
стали главный специалист по управле-
нию сестринской деятельностью
Я.С. Габоян, директор ФГБУ ДПО ВУНМЦ
Минздрава России А.Г. Мирошниченко,
председатель регионального отделе-
ния РАМС по Донецкой Народной Рес-
публике Т.В. Ёжикова, а также руко-



Ваше стремление развивать практику, совер-
шенствовать организацию помощи, поддер-
живать профессиональное образование
и укреплять наставничество сегодня востребо-
вано как никогда ранее. В системе среднего про-
фессионального образования появляются новые
возможности, расширяются перспективы высшего
сестринского образования, что при вашем актив-
ном участии даст наибольший импульс для профессии и отече-
ственного здравоохранения.

М.А. Мурашко,
Министр здравоохранения Российской Федерации,
(из приветствия участникам конгресса РАМС)
фото: minzdrav.gov.ru

дитель Молодежного совета РАМС
и модератор пленарной сессии Д.А. Ге-
ворьян.

Обсудили все, что сегодня волнует
молодежь: перспективы развития об-
разования, связь подготовки кадров
и клинической практики, вопросы
управления, внедрения новых техно-
логий, искусственного интеллекта.

Система подготовки кадров
меняется, по мнению руко-
водителя ФГБУ ДПО
ВУНМЦ Минздрава Рос-
сии, уже в ближайшем
будущем колледжи
смогут готовить спе-
циалистов, готовых
к практике без дли-
тельного периода
адаптации. Судя по уже
реализованной в ряде об-
разовательных организаций
программе «Профессионалитет», эта
цель достижима.

В сложной и многоуровневой си-
стеме образования молодой специа-
лист может определить для себя опти-
мальный путь профессионального раз-
вития вплоть до научной работы. Од-
нако перед системой образования
стоит задача разработки программы
для руководителей среднего звена
с опорой на наиболее востребован-
ные компетенции.

Делая шаг в будущее, молодые спе-
циалисты должны быть не только от-
лично подготовлены для практики,
но и для того, чтобы оказывать
на свое будущее влияние, принимать
участие в выработке самых важных
решений. Чтобы мнение молодежи
играло решающую роль в вопросах

профессии, нужно объединяться, как
это сделали молодые специалисты
РАМС и многих региональных ассо-
циаций, создавших Молодежные со-
веты, и как это сделали молодые спе-
циалисты Донбасса.

В самых трудных условиях под гро-
хот рвущихся снарядов они выбрали
свою профессию, учились, ходили
на практику, прошли аккредита-
цию и приступили к ра-
боте в медицинских ор-
ганизациях Респуб-
лики. И у каждого
из них один на всех
ответ на вопрос: «По-
чему я остался» – по-
тому что это моя Ро-
дина, моя профессия,
мой долг.

На сессиях Молодеж-
ного форума с азартом
и огоньком в глазах молодые ли-
деры обсуждали:

- перспективы вовлечения моло-
дых специалистов в научную ра-
боту, значение психологической
поддержки в период адаптации
на рабочем месте, а также на ру-
ководящем посту;
- опыт в управлении конфликтами
и укреплении этических основ
профессии;
- интернет и цифровые технологии,
электронный документооборот
и цифровизацию, телемедицину
и искусственный интеллект;
- а еще главные действующие лица
Молодежного форума вместе ду-
мали о том, как превратить соци-
альные сети в союзника самой гу-
манной на свете профессии. Се-

**Не плыть
по течению, не от-
казываться от профес-
сии при первых малейших
трудностях, а открывать
для сестринского дела свой
путь призывает РАМС
молодых специали-
стов**



В рамках конгресса прошло традиционное награждение победителей профессиональных и творческих конкурсов, которые провела Ассоциация медицинских сестер России. Призы, памятные дипломы, признание профессионального жюри и серьезной аудитории коллег стали высокой наградой для наших конкурсантов. Кто же эти герои?

ПОБЕДИТЕЛИ И ПРИЗЕРЫ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА «ШКОЛА ПАЦИЕНТА – ШКОЛА БУДУЩЕГО»

В номинации «Лучшая школа стационара»

1-е место – Гультяева Юлия Владимировна и команда Школы муковисцидоза для детей ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»;

2-е место – Яценко Марина Анатольевна и команда Школы «Правильный уход за тяжело-больным пациентом» колопроктологического отделения БУЗ Омской области «Областная клиническая больница»;

2-е место – Митрофанова Валентина Юрьевна и команда Школы самоухода стомированных пациентов ГАУЗ Тюменской области «Многопрофильный клинический медицинский центр “Медицинский город”»;

3-е место – Дурнопьянова Юлия Евгеньевна и команда Школы «Достижение компенсации функции мочевого пузыря» БУЗ Омской области «Областная клиническая больница».

В номинации «Лучшая школа первичного звена»

1-е место – Добрынина Татьяна Михайловна и команда Интерактивной онлайн-школы материнства ГАУЗ Тюменской области «Городская поликлиника № 5»;

2-е место – Шабалина Екатерина Игоревна и команда Школы рационального питания ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 им. Г.П. Курбатова»;

3-е место – Нусс Татьяна Сергеевна и команда «Астма-школы» отделения аллергологии и иммунологии БУЗ Омской области «Городская поликлиника № 12».

ПОБЕДИТЕЛИ И ПРИЗЕРЫ КОНКУРСА ВИДЕОСЮЖЕТОВ «МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВСЕГДА РЯДОМ. ПРОФЕССИЯ ВО БЛАГО ЗДОРОВЬЯ»

В номинации «Новые вызовы – новые возможности»

1-е место – Арсланова Мария Александровна, старший фельдшер отделения СМП, Валдайский многопрофильный медицинский центр ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России;

2-е место – Самосюк Мария Александровна, рентгенолаборант ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»;

3-е место – Тарасова Екатерина Николаевна, инструктор ЛФК стационарного отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной нервной системы БУЗ Ленинградской области «Тихвинская МБ»;

Приз зрительских симпатий – Ямова Тамара Николаевна, главная медицинская сестра БУЗ Тюменской области «Областная больница № 12» (г. Заводоуковск).

В номинации «Первые шаги в профессии»

1-е место – Ольга Поликарповна Андгуладзе, главная медицинская сестра ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» г. Кемерово;

2-е место – Фирюлина Марина Павловна, старшая медицинская сестра детского психоневрологического отделения БУЗ Ленинградской области «Детская клиническая больница»;

3-е место – Каскинов Динар Касымович, медицинский брат-анестезист отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей Областного перинатального центра при ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2»;

3-е место – авторский коллектив БУЗ Омской области «Областная клиническая больница» в составе Моисеевой Татьяны Фёдоровны, Панасюк Юлии Павловны, Грушевской Ларисы Геннадьевны, Золотаревой Светланы Анатольевны.

Приз зрительских симпатий – Рябков Семен Александрович, старший фельдшер отделения неотложной медицинской помощи ГАУЗ Тюменской области «Областная больница № 19».

крет пока не разгадали, но развивая собственные блоги, обязательно справятся.

Отдельно хочется сказать о еще одном знаковом событии в рамках конгресса – вызовы в сфере подготовки кадров специалисты нашей страны обсудили с коллегами из ближнего зарубежья.

О чем говорили? О «Профессионалитете» как о новом уровне образования; о расширении полномочий медицинских сестер в Республике Узбекистан, где патронажная медсестра посещает семью не менее 7 раз в течение года и далее продолжает работу с ребенком и его родителями, – обучает здоровью, опираясь на научные данные; о развитии ВСО и научно-исследовательской работы медицинских сестер в Кыргызской Республике; о востребованных компетенциях, ценных специалистах и планировании кадров в Республике Беларусь; о технологии образования с включением проектной деятельности в практику; на опыте Республики Таджикистан обсуждали роль медицинской сестры и роль лидера в повышении эффективности системы здравоохранения



Спикеры круглого стола «Вызовы и возможности в сфере профессионального образования»

и социального обеспечения; о проблемах и перспективах сестринского образования в России. Как же ярко прошла эта сессия, сколько вопросов было озвучено, ответов получено, а времени катастрофически не хватало... Зато стало совершенно ясно: несмотря на то, что мы из разных регионов и даже разных стран, проблемы, сложности и радости у нас очень похожи.

Вот таким стал конгресс РАМС 2024, где специалисты делились самым важ-

ным, значимым и тем, что болит, передавали опыт и учились, задавали вопросы и получали ответы. И все это мы делали в непередаваемой атмосфере, где друг другу рады, где жаль только одного, – три дня пролетают с невероятной скоростью. Но мы твердо знаем, что заряд невероятной энергии, новых идей и мыслей помогут воплотить в жизнь новые большие дела, которые мы представим спустя 12 месяцев – осенью 2025 года!

В ПОИСКЕ ОБЩЕЕВРОПЕЙСКИХ РЕШЕНИЙ

ЛИДЕРЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ ОБСУДИЛИ САМЫЕ ОСТРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИИ В РЕГИОНЕ



■ **Наталья Владимировна СЕРЕБРЕННИКОВА**

Директор по международным связям
Ассоциации медицинских сестер
России, к.п.н.

нальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, благодаря чему удалось немного заглянуть за высокие политические границы и узнать больше о том, что сегодня волнует лидеров профессионального сообщества западных стран.

Самыми проблемными вопросами обсуждения стали следующие:

- Привлечение кадров.
- Сохранение кадров.
- Международная миграция.
- Образование.
- Психическое здоровье, не пациентов, – медицинских работников.

В число участников и спикеров мероприятия вошли члены Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций во главе

с президентом Мерви Йокинен, эксперты из нескольких сотрудничающих центров ВОЗ и команда по сестринскому и акушерскому делу ЕРБ ВОЗ, возглавляемая Мэгги Лэнгинс.

Валентина Антоновна поделилась с участниками информацией о процессах, происходящих в системе подготовки сестринских кадров в России, об ответных мерах, которые реализуются отдельными образовательными организациями и профессиональным сообществом. Здесь мы имеем в виду создание Молодежных советов и совершенствование программ наставничества, с тем чтобы молодые специалисты получали необходимую поддержку.

Эта работа созвучна инициативам специалистов в Европе и вызовы

В сентябре с участием президента РАМС Валентины Саркисовой прошла Генеральная ассамблея Европейского форума нацио-

в сфере кадров и образования тоже звучны. Европа вошла в период переосмотра директив, регулирующих подготовку медицинских сестер и акушеров, и есть высокий риск того, что достигнутые годы назад «победы» профессии в сфере уровня подготовки и признания квалификации могут пострадать. Ведущую роль могут сыграть 2 фактора.

Европейские страны не могут в ближайшей перспективе обеспечить самодостаточность в сфере кадров – до 25 и более процентов в отдельных странах составляют сестры-мигранты (рис. 1). А чтобы эффективно интегрировать в свою систему здравоохранения медсестер с зарубежной подготовкой, вероятно, придется снижать планку требований.

Текущие требования к качеству и уровню образования (по европейским директивам это 4600 часов, из них 50% – это клиническая практика) являются препятствием для наращивания объемов образовательных программ.

«Островков» благополучия по кадровой ситуации в регионе практически не осталось. Пожалуй, одна только Норвегия, куда медсестры не только активно мигрируют из дальнего зарубежья, но и просто ездят на работу из соседних Дании и Швеции – зарплата выше, нагрузка меньше.

Ирландия практически признает, что не может обеспечить кадровую самодостаточность. Ежегодно в стране выпускают 2,5 тысячи специалистов, а по расчетам должны порядка 7 тысяч. Средств для обучения дополнительных 4,5 тысяч человек ежегодно в стране просто нет. Возможностей обеспечить студентам 2300 часов клинической практики хватит для 2 тысяч студентов,

но более. Но даже если бы случилось чудо, и такие возможности и средства появились, то желающих не найдется. Профессия в глубоком кризисе.

Еще в 2021 году блеснул огонек надежды – по странам Европы прокатился всплеск интереса к профессии медицинской сестры. Героев борьбы с пандемией прославляли, о них говорили, показывали, публично и всем миром благодарили. Но насколько ярким был подъем внимания, настолько же жестким оказалось и забвение. И даже более. Лидеры профессиональных ассоциаций говорят о том, что пандемия подорвала доверие общества к системе здравоохранения и к медицинским работникам. Как будто открылся ящик Пандоры, из которого на медицинских работников сейчас льется поток агрессии, недоверия, обвинений, жалоб. Справедливости ради, этот поток захлестывает и работников других



социально значимых сфер экономики. Как будто сломались какие-то общественные устои, что-то надломилось во взаимоотношениях людей.

Еще в 2021 году ЕРБ ВОЗ стала разрабатывать программы психологической поддержки медицинских работников. Ассоциация медицинских сестер России тоже в решение включилась – еще раз спасибо нашим партнерам «Лидерам перемен» за их проект «Психологи медикам» – многочисленные сессии нашего совместного проекта были вовремя и по делу. А в Европе эстафету работы в этом направлении на себя приняли университеты и сотрудничающие центры ВОЗ. Оказалось, что исследований в сфере психического здоровья медработников критически мало. Чтобы восполнить пробелы, этой осенью ВОЗ проведет масштабное исследование уровня тревожности, уровня депрессии и степени благополучия среди врачей и медицинских сестер, опираясь на достоверные инстру-

менты, школы и опросники. А результаты лягут в основу выработки общеевропейских решений. Эксперты уверены, что если в ближайшей перспективе не исправить положение, мир столкнется с небывалой нехваткой кадров здравоохранения.

В одной из европейских стран пошли на эксперимент. В стране, где все образование является платным и дорогостоящим, нашли средства на подготовку медицинских сестер за счет государства. Подготовили. Молодые люди с удовольствием и неплохо учились, даже стипендию получали. Но едва в их руках оказались «сестринские» дипломы, они пошли дальше – на платные программы по другим профилям.

Отсюда и возникает необходимость рекрутинга, причем международного. Уже сейчас европейские страны нарушают Международный кодекс, принятый ВОЗ еще в 2010 году для регулирования рекрутинга медицинского персонала. Например, в Ирландии не хватает акушеров – их привлекают из Ганы, но ведь там акушеров еще меньше. Одна из спикеров встречи высказалась, что в ее отделении 92% сестер из других стран, – организовать работу, управлять коллективом, преодолевать культурные различия очень трудно. С врачами дела обстоят не лучше. Д-р Томас Запата, директор Департамента кадрового обеспечения и оказания услуг ЕРБ ВОЗ акцентировал внимание на оттоке врачей из Румынии, на малых странах Европы, например Албании. Если из Албании уедет хотя бы один кардиоторакальный хирург, это нанесет тяжелейший урон системе здравоохранения страны. Возможности оказания высокотехнологичной помощи будут подорваны.

Сам международный рекрутинг персонала очень часто в руках частных компаний и частных клиник, ориентированных на прибыль. В результате специалисты из бедных стран рискуют попасть в рабство – это слово несколько раз звучало в ходе встречи. Условия трудоустройства могут оказаться кабальными, а у человека не будет хватать средств даже чтобы вернуться домой к семье. Но и при более благополучной миграции и трудоустройстве в общественном (государственном) секторе есть высокие риски незащищенности – не во всех странах

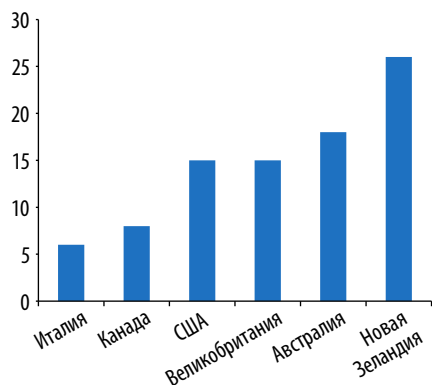


Рис. 1.

Источник: ОЭСР 2021, Статистика по миграции

равноправие полов и национальностей закреплено законодательно и реализовано на практике. По идее, оно должно быть, а на деле в коллективах растут проявления расизма и конфликты на почве происхождения.

В качестве системной попытки преодолеть эти противоречия исследователи выдвигают предложение – разработку проекта двустороннего соглашения между странами, которое бы предусматривало выгодные условия для переезда медицинских сестер и вело бы к поддержке стран со слабой экономикой, а странам с сильной давало бы столь востребованные кадры. Важно, чтобы в разработке, реализации, контроле, мониторинге и обновлении таких соглашений были задействованы не только органы государственной власти, но и главные специалисты по сестринскому делу, и лидеры национальных сестринских ассоциаций.

Возвращаясь неоднократно к вопросу о самодостаточности кадров и работе по привлечению молодежи, участники говорили и о негативном влиянии со стороны опытных сестер. Работа в медицине никогда не была легкой. Но если раньше проблемные ситуации обсуждали внутри коллективов, искали решения, то сейчас сами медики выплескивают в информационное пространство все свое недовольство, негативные эмоции, не особо беспокоясь о «честь мундира». А молодежь не слепая. Молодежь видит и считает о профессии подчас самое не то, что нужно.

Поколение Next, оно же Z, ищет от будущей профессии приятной, интересной и гармоничной жизни, где профессиональное развитие не подразумевает работы за троих без права на отдых и личную жизнь. Видимо, культурные основы общества, в том числе и общества профессионального, действительно подорваны.

Справедливости ради скажем и о том, что попытки преодолеть ситуацию предпринимаются. Еще в 2019 году в Европе выделили серьезное финансирование для внедрения модели Magnet Hospital. Больницы-магниты появились в США. Точнее, сначала исследователи выявили, что в некоторых больницах всегда хватает медсестер и нет текучести кадров,

даже есть очередь из желающих выйти на работу, настоящий конкурс на трудоустройство, специалисты удовлетворены условиями труда и не планируют менять работу. В этих же больницах заметно ниже показатели сроков госпитализации, повторных госпитализаций, внутрибольничных пневмоний и т.п. И вот такие больницы называли магнитами. Впоследствии появилась программа аккредитации больницы в качестве магнита. Кстати, в России есть клиника, которая такую аккредитацию в 90-е годы прошла, – это ЦМСЧ № 122 ФМБА России в Санкт-Петербурге!

В США больниц-магнитов появилось много, возникла целая система аккредитации и оценки клиники на соответствие строгим критериям, а к 2019 году созрела идея перенести этот опыт в Европу. Организаторы проекта подобрали партнеров для сотрудничества и привлекли к участию 67 крупных стационаров – лучших стационаров в своих странах. За 3 года некоторые, но пока не все, приблизились к выполнению 90% требований для аккредитации в качестве больницы-магнита. Например, 79% медсестер сообщили, что за это время улучшилось кадровое обеспечение, более прозрачной стала система управления, рядовым медсестрам дали больше полномочий по руководству советами сестер на уровне больниц, поощряется открытое обсуждение проблемных вопросов, их совместное решение.

Но некоторые результаты получились противоречивыми, возможно потому, что исходные показатели уже были критическими – например, в отобранных для участия клиниках (еще раз подчеркнем, что речь о лучших клиниках в своих странах) до проекта хотели сменить работу от 21 до 38% медсестер. Оценка проводилась еще до пандемии. После реализации проекта была проведена самодиагностика (это значит, что на вопросы исследователей отвечали сами участники – оценку своей организации ставили медицинские сестры и число опрошенных составило более 6 тысяч человек).

Итак, какие противоречивые результаты увидели руководители европейского проекта «Клиника-магнит»:

- Процент сестер с высокой степенью профессионального выгора-

ния в одних клиниках сократился (лучший результат снижения выгорания на 26%), но в других вырос (максимальный рост на 29%).

- Культура безопасности пациента в одних клиниках заметно улучшилась (до 26% изменений в лучшую сторону), а в других ухудшилась (максимальное падение – 9%).
- Оказание некачественной помощи/ухода – в ряде клиник положительные изменения (сокращение некачественного ухода на 22%), а в других отрицательные изменения по сравнению с допроектным периодом (максимальное ухудшение на 19%).

Инициаторы проекта уверены, что его дальнейшая реализация позволит преодолеть эти противоречия.

А что у нас? Очевидно, что движение к заботе о кадрах в России постепенно набирает обороты, а профессиональная ассоциация этому старается способствовать.

Еще в 2020 году РАМС начала сотрудничество с АНО «Лидеры перемен». В тот период его целью была поддержка специалистов в «красной зоне» ковидных госпиталей. Затем на первый план вышли вопросы борьбы с выгоранием, сегодня много внимания уделяется профилактике и разрешению конфликтов. Более 20 региональных команд отработали навыки управления конфликтом в ходе состоявшегося конгресса РАМС «Новые вызовы – новые возможности».

В 2023 году РАМС выпустила буклет «Агрессивный пациент», который был распространен через все региональные отделения. Материалами мы поделились и с нашими коллегами в Кыргызстане. Сейчас специалисты там стараются тоже максимально широко распространить эти рекомендации, чтобы повлиять на накал агрессии во взаимодействии с пациентами.

А мы думаем, какие клиники могли бы в нашей стране считаться передовыми с точки зрения поддержки, уважения, инвестиций в свои сестринские коллективы и не стоит ли их опыт: а) тщательного изучения; б) признания в качестве такового и с) максимально широкого распространения? Ведь других вариантов, кроме как найти работающие решения, у нас просто нет. Поборемся за будущее профессии вместе?

Быть или не быть? Вводить или не вводить? Жить или не жить?

К ВОПРОСУ О РОЛИ И СТАТУСЕ СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ



■ **Юлия Владимировна АГАПОВА**
Директор по профессиональному
развитию РАМС

«...Тварь ли я дрожащая
или право имею?..»
Ф.М. Достоевский,
«Преступление и наказание»

«Может ли специалист сестринского дела применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме?» – вопрос, приводящий в последнее время к бурным дебатам в сестринском профессиональном сообществе. Давайте и мы сегодня попробуем поговорить об этом немного с непривычной стороны.

В ближайшее время (Ассоциация очень на это надеется) обретут юридический статус актуализированные и разработанные «с нуля» профессиональные стандарты. Каждый профессиональный стандарт в своей структуре содержит описание трудовых функций – они и определяют роль работника конкретной специальности. Во всех новых документах в трудовой функции «Оказание медицинской помощи в экстренной форме» будут выделены:

– **Трудовые действия:** применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;

– **Необходимые умения:** применение лекарственных препаратов и ме-

дицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;

– **Необходимые знания:** правила и порядок применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

Давайте начнем разговор с дефиниций, позволяющих нам с вами рассуждать на эту тему. Первое, о чем нужно говорить, опираясь на Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024 с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», это компоненты, определяющие доступность и качество медицинской помощи.

Исходя из статьи 10 пункта 4 Федерального закона № 323, **доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:** «применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи». Именно это, собственно, и отражено в новых профессиональных стандартах в разделе, который касается оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Второе значимое в этой теме понятие рассматривается в статье 37 «Организация оказания медицинской помощи» данного Федерального закона, где отображено, что **медицинскую помощь следует оказывать на основе клинических рекомендаций**. В пункте же 1.1 статьи 37 указано, что «переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекоменда-

ций... осуществляется поэтапно в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, но не позднее 1 января 2025 года». Таким образом, с 1 января 2025 года всю медицинскую помощь на территории Российской Федерации мы должны оказывать с учетом действующих клинических рекомендаций.

Наверное, не лишним будет напомнить и понятие «медицинский работник», также рассматриваемом Федеральным законом № 323. Статья 2 пункта 13 гласит: «медицинский работник – это физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации по должности, включенной в номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, и в трудовые (должностные) обя-

занности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинская организация», «медицинская деятельность» и т.д. и т.п. вы можете также найти в статье 2 Федерального закона № 323.

А теперь давайте вернемся к клиническим рекомендациям, поговорим о **клинических рекомендациях «Анафилактический шок»**. В сети вы можете найти два документа: первый размещен на сайте РУБРИКАТОР клинических рекомендаций (КР), а второй вариант – «Анафилактический шок (2-й пересмотр)» – на сайтах Российской ассоциации аллергологов и клинических

Всегда ли доктор может оказаться рядом с пациентом с анафилаксией, чтобы незамедлительно назначить введение эпинефрина? Давайте дадим честный ответ.

3.1 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При выявлении критериев анафилаксии, АШ любыми лицами необходимо немедленно вызвать помощь для оказания первой медицинской помощи [22, 30].

Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией/АШ незамедлительно ввести эпинефрин** для купирования анафилаксии/АШ [13, 35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией/АШ в/м введение эпинефрина** в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости – через одежду (данная локализация предпочтительна в сравнении с введением в дельтовидную мышцу и подкожным введением) для купирования анафилаксии/АШ [35, 36, 37, 38].

Рис. 1. Выдержка из КР «Анафилактический шок»

иммунологов и Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

В структуре всех клинических рекомендаций есть обязательные разделы. Например, целевая аудитория (ЦА) КР – это те медицинские специалисты, которые будут работать с учетом действующих клинических рекомендаций. И для начала обсуждения КР «Анафилактический шок» хочется, чтобы все вспомнили следующие факты:

1. Лекарственные средства в 31,2–46,5 % становятся этиологическим фактором развития анафилаксии/анафилактического шока;

2. Среднее время от первых симптомов до остановки кровообращения при парентеральном введении лекарственных препаратов составляет 5 минут;

3. Смертность от анафилаксии составляет до 0,0001 %, а летальность – до 1 %.

С учетом этих подтвержденных статистикой фактов кажется очевидным, что основной целевой аудиторией клинических рекомендаций должны быть специалисты сестринского дела. Отнюдь... В целевой аудитории клинических рекомендаций «Анафилактический шок» представлены 35 и 37 врачебных специальностей соответственно (напомним, речь о двух документах) и ни одной из специальностей среднего медицинского образования или специальности бакалавриата «Сестринское дело».

Идем дальше? Пункт 3.1 Консервативное лечение (рекомендации, размещенные на РУБРИКАТОРЕ): «Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией/АШ незамедлительно ввести эпи-

нефрин** для купирования анафилаксии/АШ» (рис. 1). Сразу возникает логичный и правильный вопрос – всегда ли доктор незамедлительно сможет появиться и сделать назначение о введении эпинефрина? Давайте себе честно дадим ответ на этот вопрос.

Теперь заглянем в раздел клинических рекомендаций «Критерии оценки качества медицинской помощи». Здесь вы можете увидеть, что из пункта 2, подразумевающего введение эпинефрина, во втором рассмотрении исчезло слово НЕМЕДЛЕННО (рис. 2, 3). Да, даже в условиях стационара не всегда возможно ввести необходимое лекарст-

венное средство немедленно. Например, пациенту, вышедшему сразу после инъекции за территорию учреждения, у которого реакция проявилась чуть больше, чем через пять минут.

Что делать, если эта ситуация стала развиваться в процедурном кабинете, родильном зале, палате, коридоре медицинской организации? В чем будет заключаться роль специалиста сестринского дела, если врача рядом нет? Позвать на помощь, придать правильное положение, расстегнуть стесняющую одежду, открыть окно? Из «нашего» прекратить поступление аллергена и обеспечить венозный доступ?

Сейчас все медицинские специалисты России проходят обучение по действующим клиническим рекомендациям. В основном по тем, где их специальность указана в целевой аудитории. Как вы знаете, не так много КР, где учтены медицинские специалисты, имеющие среднее медицинское образование. Кто-то при этих словах вздохнул с облегчением: «меньше учить!», кто-то пошел учить «свои» плюсы, по которым будет работать.

Вернемся к началу разговора. Прежде чем вменить работнику выполнение какой-то функции, тем более спасения жизни, надо научить его делать это правильно. Конечно, нас всегда с вами учили и алгоритму действий при оказании медицинской помощи в экстрен-

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
1	Прекращение поступления аллергена в организм	Да	Нет
2	Немедленное введение эпинефрина**	Да	Нет
3	Введение эпинефрина** должно проводиться в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра	Да	Нет
4	Введение кортикостероидов для системного использования для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений	Да	Нет
5	Вызов реанимационной бригады или скорой медицинской помощи	Да	Нет
6	Положение больного горизонтально на спине с поднятыми нижними конечностями и повернутой набок головой	Да	Нет
7	Рекомендована подача кислорода при средней скорости потока через лицевую маску	Да	Нет
8	При отсутствии ответа на первую дозу повторная доза эпинефрина** может быть введена в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей	Да	Нет
9	Эпинефрин** в/в может вводиться при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина** в/м, только при мониторингировании сердечной деятельности	Да	Нет
10	Мониторирование пульса, АД, частота дыхательных движений	Да	Нет

Рис. 2. Выдержка из КР «Анафилактический шок»

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
1	Прекращено поступления аллергена в организм	Да	Нет
2	Выполнено введение эпинефрина**	Да	Нет
3	Выполнено введение эпинефрина** в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра	Да	Нет
4	Выполнено введение кортикостероидов для системного использования	Да	Нет
5	Вызвана реанимационная бригада или скорая медицинская помощь	Да	Нет
6	При АШ пациенту придано положение горизонтально на спине с поднятыми нижними конечностями и повернутой набок головой	Да	Нет
7	При анафилактическом шоке беременной придано положение на левом боку с обеспечением проходимости верхних дыхательных путей	Да	Нет
8	Пациентам с анафилаксией/АШ в сочетании с удушьем вследствие бронхоспазма или ангиотека верхних дыхательных путей придано положение сидя	Да	Нет
9	Выполнена подача кислорода	Да	Нет
10	При отсутствии ответа на первую дозу повторная доза эпинефрина** введена в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей	Да	Нет
11	Выполнено в/в введение эпинефрина** при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина** в/м при мониторингировании сердечной деятельности	Да	Нет
12	Выполнено мониторингирование частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений	Да	Нет

Рис. 3. Выдержка из КР «Анафилактический шок» (2-й пересмотр)

социальных сетях мы открыто сопротивляемся не расширению полномочий, нет, а использованию лекарственных препаратов и медицинских изделий при возникновении жизнеугрожающей ситуации, то будет ли нас уважать общество? Признают ли нас равноценными участниками лечебно-диагностического процесса, а не «помощником врача» в лучшем случае? Признаем ли мы за собой способность выучить алгоритмы оказания медицинской помощи в экстренной форме с учетом использования лекарственных препаратов и медицинских изделий?

Уважение общества к профессии начинается с уважения профессионала к делу, которое он делает.

Последний вопрос завуалирую цитатой: «Относись к людям так, как хочешь, чтобы относились к тебе или твоим близким».

Пока профессиональное сообщество ждет принятия профессиональных стандартов, определения границ ответственности, исходя из их формулировок, РАМС в очередной раз обращается с просьбой к врачебным сообществам о включении специалистов сестринского дела в целевую аудиторию разрабатываемых клинических рекомендаций. Фактически, признания права на равноценные, равные по объему, знания.

А сейчас, пока размыты границы и зоны ответственности, каждый раз, выходя на дежурство, мы так и будем мысленно произносить: «Пожалуйста, можно без вот этого всего!».

ной форме, и применяемым при этом лекарственным препаратам, и дозировкам. Только следом всегда шла ремарка – «по назначению врача». А сейчас мы попадаем в некие коллизии: статус этого действия (использования лекарственных средств при оказании медицинской помощи в экстренной форме) до конца не определен.

И пока статус определяется, кто-то будет сопротивляться выполнению этой задачи и обсуждать ее в социальных сетях в терминах, заменяющих главное второстепенным, истинное ложным, смысл спасения жизни человека – тезисами

о несправедном «навешивании» новых обязанностей на медицинскую сестру.

Осталось буквально два вопроса, на которых стоит остановиться.

Первый – это нарастающее обсуждение с коллегами в кулуарах, на профессиональных конференциях в докладах и дискуссиях низкого статуса медицинских специалистов со средним медицинским образованием, ухудшения отношения общества к нам.

Что определяет статус профессии/профессионала? Кроме всего прочего, уровень ответственности за свои действия, за знания и навыки. Если во всех

К ВЕРШИНАМ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ



Надежда Васильевна РАЗУМОВА
Главная медицинская сестра Городской поликлиники № 12, председатель секции ОПСА «Сестринское дело в первичном здравоохранении», г. Омск

Столько разных профессий на свете, только нужно выбрать свою. И, конечно, гордиться этим, я свою, словно песню пою!

«Правильно выбрать профессию и состояться в ней – большая удача и важная сторона жизни человека. Без творческого отношения к ней трудно ощутить полноту жизни в профессии», – считает Валентина Яковлевна Холкина, главная медицин-

ская сестра Городской поликлиники № 1 г. Омска.

В детстве Валентина мечтала стать художником-модельером. Повзрослев, поняла, выбор профессии – нелегкая задача. Возможно, верный жизненный путь подсказали личностные качества: альтруизм, вежливость, сопереживание, внимание к деталям, аналитический склад ума, собранность и, конечно, творческий подход. Все объединилось в белый халат и профессию медицинской сестры. И вот уже 45 лет Валентина



Яковлевна отдает первичному здравоохранению свою беззаветную любовь и преданность.

История ее трудового пути началась с цеховой медицинской сестры в МСЧ № 10 г. Омска, там же продолжала совмещать в стационаре медицинской сестрой палатной. Как оказалось, эта работа принесла ей настоящее удовольствие, – от теплых слов пациентов сердце пело. Спешила туда, где ее с нетерпением ждали пациенты и ласково говорили: «Наша Валечка пришла». Работая и получая практические навыки, обрстая опытом, двигалась к новым знаниям в многогранной профессии. Жизнь течет и все меняется, в 1986 году судьба привела ее в Городскую поликлинику № 1 участковой медицинской сестрой.

Каждая профессия предъявляет определенные требования к человеку, но, пожалуй, только труд медицинского работника накладывает столь высокие и специфические обязанности на специалиста, предполагает высокую ответственность за оказанную пациентам помощь. Совместив в себе все это, с 2004 года Валентина Яковлевна заняла пост главной медицинской сестры. Конечно, на тот момент она уже имела огромный опыт в должности старшей медицинской сестры, однако масштабность и размах были несравнимы с прошлым опытом. И действительно работать оказалось непросто, зато очень интересно. Образ главной медицинской сестры начал формироваться так, чтобы быть достойным этой профессии, быть примером и гордостью. **«Я поняла, что заслужить авторитет у коллег и пациентов можно, только став профессионалом, а для этого надо постоянно самосовершенствоваться»**, – убеждена Валентина Яковлевна.



За годы работы Валентина Яковлевна осознанно шла в своей профессии, успешно окончила медицинский университет по специальности «Сестринское дело», интернатуру по программе высшего образования «Управление сестринской деятельностью», является Почетным членом Омской профессиональной сестринской ассоциации, награждена Почетной грамотой МЗ РФ.

Сегодня она высокопрофессиональный специалист, мастер своего дела, лидер, обладающий глубокими знаниями, профессиональным мышлением и творческим потенциалом, которые передает молодому поколению. **«Здорово, когда спустя годы, они узнают меня, вспоминают дни, когда осваивали азы профессии в нашей поликлинике. Всегда учу начинающих медицинских сестер уметь прислушиваться к беде пациента, а потом уже практическим навыкам. Я рада, что современное поколение обладает человеколюбием, добротой и ответственностью»**, – говорит Валентина Яковлевна.

Доброта и сердечность, управленческий талант и трудолюбие, предан-

ность своему делу и высокая требовательность прежде всего к себе снискали Валентине Яковлевне уважение коллег поликлиники и позволили ей создать команду единомышленников из старших медицинских сестер. Она всегда полна новых идей, касающихся улучшения качества жизни пациентов, повышения эффективности сестринской помощи.

«Я люблю свою работу, свой коллектив, – признается Валентина Яковлевна, – мы работаем одной командой. Нет ничего прекраснее того, когда человек может своим трудом оказать профессиональную помощь, поделиться теплом своей души и добротой сердца с теми, кто измучен болезнями и тяготами, дать надежду на исцеление».

Желаем Валентине Яковлевне дальнейших успехов в профессиональной деятельности, реализации намеченных целей и надеемся, что она и дальше будет вносить свой вклад в развитие и укрепление специалистов сестринского дела Омской области и общественного сестринского движения.

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО СТАЛО ДОСТУПНЕЕ

В КМСЧ №7 Г. ОМСКА РЕОРГАНИЗОВАЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАСТКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР



■ **Евгения Юрьевна КИСЕЛЕВА**
Старшая медицинская сестра
поликлиники, Клиническая медико-
санитарная часть № 7, г. Омск



■ **Евгения Евгеньевна ПОПОВА**
Главная медицинская сестра
поликлиники, Клиническая медико-
санитарная часть № 7, г. Омск

Одним из приоритетных направлений модернизации здравоохранения в Омской области является повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Результативность основных аспектов этой деятельности во многом зависит от подготовленных медицинских кадров, где значимым звеном является се-

стринский персонал. Сегодня медицинские сестры берут на себя часть процессных действий врачей, разделяя с ними общую ответственность перед пациентом.

Поликлиника Клинической медико-санитарной части № 7 – структурное подразделение медицинской организации, оказывающее первичную специализированную медицинскую помощь населению Советского административного округа г. Омска, численность которого составляет 47 006 человек.

В составе поликлиники функционирует терапевтическое отделение, представленное 26 терапевтическими участками, на которых работают 26 медицинских сестер участковых. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 100%.

В 2017 году КМСЧ № 7 стала участником проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Цель проекта – повышение доступности и качества медицинской помощи за счет создания комфортных условий пребывания граждан, снижения времени пребывания в учреждении и разделения потоков пациентов.

В рамках действующего проекта в терапевтическом отделении поликлиники был проведен целый комплекс мероприятий, ориентированный на оптимизацию процессов оказания

медицинской помощи и устранение потерь времени путем перераспределения нагрузки между врачебным и сестринским персоналом. На его внедрение повлияли следующие факторы:

- неоправданно длительное пребывание граждан в поликлинике;
- пересечение потоков пациентов с ОРВИ и с хроническими заболеваниями;
- неравномерная нагрузка на сестринский и врачебный персонал;
- большой объем бумажной работы в связи с отсутствием электронного документооборота.

За 7 лет реализации проекта неоднократно менялась логистика терапевтического отделения. Для грамотной организации труда медицинского персонала организованы функциональные рабочие места, укомплектованные всей необходимой оргтехникой и современной мебелью.

Первый шаг проекта был направлен на повышение доступности медицинской помощи, в связи с чем мы предприняли следующие меры.

Внедрили сестринский прием. Его ведут фельдшер и медицинская сестра участковая для оформления медицинских документов (выдача направлений на различные виды обследований, заполнение санаторно-курортных карт, формирование пакета документов с результатами исследований пациен-



тов перед оперативным вмешательством или госпитализацией).

Улучшили логику отделения медицинской профилактики. Минувшая участковую службу, стало возможным получить медицинское заключение для посещения спортивных мероприятий и бассейна, поступления в учебное заведение и на работу, санаторно-курортных карт, выписок из историй болезни и другой документации.

Открыли на базе отделения 2 года назад манипуляционный кабинет, где проводятся взятие крови и функциональные исследования (спирография, электрокардиография, измерение внутриглазного давления). В течение дня в кабинет обращаются в среднем до 30 человек, весь объем исследований по времени на одного человека занимает 15–20 минут. Этот процесс значительно сокращает время нахождения пациентов в поликлинике, что особенно удобно для работающего населения.

Открыли кабинет по оказанию неотложной помощи. Пациенты с острой болью и неотложными состояниями получили возможность в течение дня без предварительной записи попасть на прием. Кабинет имеет отдельный вход для разделения потока пациентов и первоочередного оказания неотложной помощи.

Второй шаг проекта был направлен на оптимизацию документации.

Учитывая тот факт, что в структуре рабочего процесса медицинской сестры участковой треть времени занимают ведение медицинской документации и формирование отчетов, **разработали систему электронного документооборота**, что позволило оперативно обмениваться медицинскими документами внутри отделения и поликлиники в целом. Ранее 70 % отчетов составлялось в бумажном виде, на что ежедневно уходило до полутора часов рабочего времени и еженедельно еще до 2–3 часов после окончания рабочего дня и в выходные.

Благодаря внедрению электронного документооборота медицинской сестре участковой удалось не только повысить скорость передачи рабочей информации, но и использовать шаблоны документов, применяемые в работе. Медицинская сестра на основании назначений врача или фельдшера

направляет пациента на консультации к специалистам медицинской организации, а также выдает направления на проведение инструментальной диагностики не только в своей поликлинике, но и в других учреждениях. Ранее выписка бланков направлений на различные виды обследований, а также рецептурных бланков на приеме занимала в среднем 7–9 мин, в настоящее время на эту работу уходит около 2–3 мин. В высвободившееся время медицинская сестра проводит необходимую сестринскую консультацию с пациентом по вопросам подготовки к лабораторным исследованиям, медицинским манипуляциям и вмешательствам, правилам лечебного питания и здорового образа жизни в рамках своей профессиональной компетенции.

Все эти меры позволили решить ряд основных задач:

1. Сократить в 2 раза время ожидания пациентов в поликлинике.
2. Разделить потоки пациентов, сведя к минимуму контакт между ними.
3. Сократить время первичного приема с 15 до 10 мин, а время повторного приема – с 10 до 5 мин, что в итоге привело к повышению доступности первичной медико-санитарной помощи.
4. Снизить бумажный документооборот, компьютеризировав рабочие места и оснастив их современным оборудованием.
5. Увеличить скорость получения обратной связи. Удовлетворенность качеством оказания амбулаторно-поликлинической помощью в результате проведенных мероприятий достигла 98 %.

Чтобы узнать мнение пациентов о реализованных переменах, мы провели анкетирование на участке с количеством прикрепленного населения 1750 человек. В краткую анкету внесли шесть вопросов. Количество респондентов составило 260 человек (14,9 % от общего числа), из них 60 % женщин и 40 % мужчин. Результат анкетирования показал: 255 человек (98 %) удовлетворены сестринской работой в полной мере, поскольку медицинские сестры достаточно активно и продуктивно взаимодействуют с пациентами в процессе оказания медицинской помощи, и только лишь у 2 % пациентов



есть вопросы и предложения к работе медицинских сестер участковых.

Многие пациенты, заполняя анкету, не просто отвечали на вопросы, но оставляли свои отзывы и пожелания. Например, одна из пациенток написала: *«Я хочу выразить свою искреннюю благодарность нашей участковой медсестре! За короткое время она не только помогла мне с моим состоянием, но и поддержала на каждом этапе лечения. Я настоятельно рекомендую ее как профессионала своего дела! Это человек с большой буквы!»*

А вот выдержка из другой анкеты: *«Огромное спасибо медицинской сестре за ее профессионализм и человеческое отношение. Ее работа отличается грамотностью, быстротой выполнения, а главное, добродушным отношением к пациентам. Хочется пожелать ей больших успехов в работе!»*

Реализация проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», оказалась действенной в практическом здравоохранении.

Концепция «Бережливого производства» в полной мере нашла свое отражение в профессиональной деятельности медицинских сестер участковых КМСЧ № 7 г. Омска. Благодаря современному подходу к организации своей профессиональной деятельности нам удалось полностью перестроить свой рабочий процесс, тем самым утвердить компетентность сестринского персонала, повысить профессиональный и социальный статус, а также престиж профессии медицинской сестры участковой.

ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ

В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) МАСШТАБИРУЮТ ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ АУДИТА КАЧЕСТВА



Ирина Семеновна МОРДОСОВА
Главная медсестра ГАУ РС(Я) «РБ№ 1 –
НЦМ им. М.Е. Николаева», член
Правления РОО «АСМР РС(Я)»

В День безопасности пациентов Национальный центр медицины провел Стратегическую сессию по внедрению интегрированной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности для медицинских организаций Республики Саха (Якутия). В этом знаменательном событии участие приняли главные врачи, руководители, главные медицинские сестры и ведущие специалисты медицинских организаций РС(Я).

Участники сессии обсудили систему государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, мониторинга медицинских изделий вместе с руководителем ТО Росздравнадзора РС(Я) Иннокентьевым Евгением Николаевичем и заместителем руководителя Винокуровой Изабеллой Егоровной; ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности с руководителем отдела ведомственного контроля качества медицинской помощи и обращений граждан МЗ РС(Я) Тарабукиной Сарданой Макаровной. Луцкан Иван Петрович, главный врач ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ» поделился опытом сертификации Национального института качества Росздравнадзора, Винокурова Инна Ивановна, руководитель Регионального центра компетенций в области



качества и безопасности медицинской деятельности, главный внештатный специалист МЗ РС(Я) по развитию системы менеджмента качества рассказала о стратегии обеспечения качества и безопасности как основе управления медицинской организацией. Опыт работы представили руководители региональных рабочих групп по качеству и безопасности пациентов Федотова Галина Игоревна, Илларионова Парасковья Ивановна и Мордосова Ирина Семеновна.

Несколько слов об этапах внедрения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ВККиБМД) в НЦМ:

- 2022 год. Первая медицинская организация в РС(Я), получившая сертификат «Качество и безопасность медицинской деятельности».
- 2023 год. Региональный центр компетенций в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, 15-я медицинская организация в Российской Федерации.

- 2024 год. Получение лицензии на осуществление образовательной деятельности.
- 2024 год. В Национальном центре медицины организована Школа аудиторов.

С внедрением практических рекомендаций по организации ВККиБМД Росздравнадзора в НЦМ при процессном подходе проводится непрерывная работа по обеспечению качества и безопасности во благо наших пациентов. В больнице успешно реализуются и постоянно улучшаются процессы системы менеджмента качества по 16 разделам. Сформированы 16 рабочих групп из 144 аудиторов и Школа аудиторов.

Мы накопили определенный опыт по внедрению ВККиБМД и масштабируем приоритетное направление для всех медицинских организаций.

Одной из ключевых составляющих стратегии качества и безопасности является обеспечение профессиональной компетентности и вовлеченности медицинского персонала. В рамках непрерывного обучения персонала мы

проводим еженедельные тематические образовательные мероприятия – семинары, а с этого года внесли новые форматы, такие как мастер-классы, деловые игры, круглые столы, квизы по всем разделам системы менеджмента качества с охватом всех категорий работников, проектные конкурсы для вовлечения персонала. Психологи отдела медико-психологического сопровождения в целях командообразования, профилактики психоэмоционального выгорания регулярно проводят тренинги (тимбилдинги).

Проведение аудитов – один из основных механизмов ВККиБМД. Однако процесс оценивания качества работы часто был затруднен – уровень компетенций аудиторов существенно отличался. Чтобы преодолеть разрывы в компетенциях и достичь единообразного подхода к требованиям ВККиБМД и проведению аудитов, в 2024 году на базе НЦМ была организована Школа аудиторов. Занятия в Школе аудиторов проводятся ежеквартально, а предметом изучения являются лучшие практики системы менеджмента качества с целью их тиражирования и применения.

Чему мы учим аудиторов? Какую идеологию аудита транслируем?

Мы обучаем глубокому изучению выявленной ошибки. В процессе внутренних аудитов всегда нужно помнить, что выявленные ошибки могут быть результатом более глубоких системных проблем смежных процессов и подразделений. Поэтому важно детально изучить причины выявленного несоответствия, разработать грамотные корректирующие мероприятия, которые устранят системные причины и не доведут до нежелательного события.

Мы обучаем качественному аудиту. Необходимо продумать и выполнить аудит, чтобы убедиться, что проведенное корректирующее мероприятие действи-

тельно устранило именно причину выявленных проблем и/или рисков. Проводя аналогию, скажем, что лечить надо не симптомы, а саму болезнь. В первую очередь, на этапе разработки корректирующих мероприятий необходимо спросить себя, каковы будут критерии результативности этих мероприятий. Причем эти критерии должны быть таковы, чтобы их можно было однозначно проверить и доказать по ним, что причина проблемы действительно устранена, т.е. критерии результативности должны быть объективны и валидны.

Как поощряем и мотивируем аудиторов?

В НЦМ РС(Я) введена в действие система поощрений: лучшие аудиторы награждаются в конце года денежными премиями, международными и российскими стажировками. Кроме того, лучшие аудиторы входят состав региональных рабочих групп Центра компетенций.

В целях популяризации и повышения престижа аудиторов ежегодно проводим конкурс в номинациях «Лучший аудитор года», «Лучшая рабочая группа». Лучшей рабочей группой по итогам 2023 года признана группа «Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика пролежней и падений».

Аудиторы группы были награждены премиями, а также посетили медицинские организации ОАЭ в системе международного менеджмента качества JCI. Группа лучших аудиторов познакомилась с работой лидеров качества в Республиканской клинической больнице Республики Татарстан, Больнице скорой медицинской помощи в г. Набережные Челны. Также наши аудиторы посетили медицинские организации г. Москвы, Республики Башкортостан, Республики Бурятия и Приморского края.

За три года работы по ВККиБМД руководители рабочих групп накопили

определенный опыт по проведению проверок (аудитов) и процессов, который с удовольствием продемонстрировали участникам стратегической сессии. Были проведены показательные аудиты по направлениям «Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения» в приемно-диагностическом отделении и «Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней» в кардиологическом отделении Кардиососудистого центра.

Аудит по организации работы процедурного кабинета провели аудитор Ирина Семеновна Мордосова и тренер Татьяна Григорьевна Бандерова, медицинская сестра ОК КСЦ. Для качественного проведения аудита опирались на чек-лист «Личный план аудитора». Участникам страт-сессии мы представили основные процессы работы по лекарственной и эпидемиологической безопасности, идентификации пациента, безопасной среде, работе с медицинскими изделиями и документацией, экстренные и неотложные состояния и многое другое. Специалисты увидели, как проводится аудит, как правильно задавать вопросы, на каких процессах делать акценты, начиная с гигиенической обработки рук до неотложных состояний, и, самое главное, как помочь структурным подразделениям устранять ошибки, минимизировать риски и выстраивать безопасную и качественную модель медицинской деятельности.

Стратегическая сессия завершилась командным квизом участников из разных медицинских организаций, имеющих сертификат ФГБУ «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения «Качество и безопасность медицинской деятельности».



УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ КАНБАН

ОПЫТ ЛЕНИНГРАДСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА



■ **Ольга Сергеевна СЕРГИЕНКО**

Главная медицинская сестра
ГБУЗ «Ленинградский областной
перинатальный центр», г. Гатчина,
Ленинградская область

Система Канбан уверенно завоевывает просторы медицинских организаций нашей страны, помогая наладить систему хранения и учета медикаментов и достичь экономии финансовых средств. В этой статье расскажем о том, как проект по внедрению системы Канбан был реализован в Ленинградской области на базе областного перинатального центра при поддержке Комитета по здравоохранению, Комитета экономического развития и инвестиционной деятельности Ленинградской области и Федерального центра компетенций в сфере производительности труда.

КАНБАН: когда все в порядке

Значительную часть расходов любого медицинского стационара составляют лекарственные препараты. Поэтому отношение к ним должно быть соответствующее. Ведь хранение медикаментов в ненадлежащих условиях приводит к потере их эффективности, а использование препаратов с истекшим сроком годности недопустимо. Поэтому без налаженной системы оборота медикаментов и контроля за ними медучреждению практически гарантированы лишние финансовые расходы.



Чтобы избежать этого и упростить один из многочисленных аспектов работы медицинских сестер, в Ленинградском областном перинатальном центре была введена система управления медицинскими запасами по системе Канбан. Несмотря на то, что она была придумана и введена на автомобильном предприятии, эта система оказалась универсальной и показала свою эффективность в учреждениях самых разных сфер деятельности. Не стал исключением и наш перинатальный центр.

Аудит – всему начало

Первым шагом на пути внедрения системы Канбан в управлении медицинскими препаратами стал аудит: мы пересчитали все имеющиеся в стационаре запасы медикаментов и расходных материалов. Затем для каждого отделения определили 3-дневный, 10-дневный и 15-дневный запас. Эта работа потребовала определенных усилий и времени: нужно было просчитать и утвердить потребность для каждого отделения по каждому пре-

парату и медицинскому изделию на 3, 10 и 15 дней.

Был проведен анализ расхода и времени доставки за последние 12 месяцев по каждому лекарственному средству, разработан алгоритм хранения медикаментов и расходных материалов, составлен чек-лист и план обхода на год для проведения аудита хранения лекарственных средств и медицинских изделий в каждом отделении перинатального центра.

На этом этапе мы включили в процесс и лабораторию: в ее работе используются большое количество реагентов, и бесконтрольное обращение с ними и неправильное хранение также будут приводить и к финансовым потерям, и к проблемам в своевременном выполнении анализов. А это обязательно отрицательно скажется на качестве оказания медицинской помощи нашим пациентам.

Трехдневный запас для каждого отделения находится в процедурных кабинетах, если это медикаменты, и в смотровых, если это расходный медицинский материал. Препараты на стеллаже расположены по принципу FIFO (First Expire, First Out – первый

истекает – первый выходит). Иными словами, медикаменты с меньшим сроком годности постовая медицинская сестра ставит ближе, с большим сроком – дальше. Стеллажные карты отображают сроки годности и поставщика для каждого наименования товара.

В случае необходимости, например, если в отделение поступило больше пациентов, и какой-либо препарат закончился, его можно получить у старшей медицинской сестры.

Также методом проб и ошибок было определено, что на посту в отделении лучше сделать единственный карман – «Потребность».

Кстати, поначалу все карточки были красными и появилась путаница: это карточка старшей сестры или с поста? Поэтому мы сделали карточки разного цвета. На пост внедрили желтые, у старшей медсестры – красные.

Если 3-дневный запас какого-то препарата в отделении подходит к концу, медсестра перекладывает карточку с его наименованием в карман «Потребность». На карточке указывается остаток.

Старшая медсестра работает уже с тремя карманами: зеленый – «потребность», желтый – «в работе» и красный – «дефектура».

Если при сборе 3-дневного запаса для отделения выясняется, что какого-либо препарата нет на складе, старшая медицинская сестра оформляет накладную в программе на его получение, после чего карточка препарата помещается в карман «в работе».

Если препарата в аптеке нет, карточка с его наименованием отправляется в карман «дефектура», старшая медицинская сестра сообщает заведующему об отсутствии препарата, чтобы найти и согласовать для применения его аналог. В программе 1С «дефектурный» медикамент подсвечивается красным цветом, напоминая о важности решения вопроса.

Лучшим вариантом контроля расхода препаратов является персонифицированный учет ЛС и МИ в МИС, но при отсутствии такой возможности, мы внедрили таблицу для списания препаратов. Старшая медсестра полу-

чает медикаменты из аптеки и списывает их на пост, пост списывает по-сменно. Это позволяет проследить четкую потребность в том или ином препарате или материале. А ежедневные расход и списание делают движение медикаментов прозрачным.

Смотрим шире

Мы пошли дальше и включили в систему управления запасами расходные материалы к медицинской аппаратуре.

Разработали годовой план, рассчитали сроки подачи заявки, которые связаны с тендерами закупок. К августу главный врач перинатального центра издает приказ, после чего в 2-недельный срок должны быть поданы годовые заявки. Это таблица, в которой отмечается все необходимое.

В составлении заявки участвуют главная медицинская сестра, начальник отдела комплектования медицинского оборудования и заведующий аптекой. Мы четко разделили позиции, которыми занимается каждый, чтобы не было путаницы.

Так, аптека отвечает за лекарственные препараты, перевязочные и расходные материалы – бинты, вата, шприцы, капельницы, иглы.

Начальник отдела по комплектованию медицинского оборудования отвечает за все, что относится к аппаратам: ленты КТГ, ЭКГ, латексные изделия для УЗИ, фильтры к ИВЛ, инфузomatные шприцы и т.д.

Зона ответственности главной медсестры – все, что относится к обеспечению эпидбезопасности: дезинфицирующие средства, стерильное операционное белье, расходные материалы для работы ЦСО.

Актуальность заявки проверяют начмеды, затем она сдается в экономический отдел, который формирует план финансово-хозяйственной деятельности для определения источников закупки и планирования средств. Затем заявка уходит в отдел закупок. Закупки начинаются с нового года. При этом все планируется так, чтобы на январь-февраль нового года медучреждение

имело буферный запас медикаментов и расходных материалов и продолжало нормально работать, пока поступают деньги и проводятся аукционы.

Игра стоит свеч

Проект по управлению запасами был реализован в перинатальном центре в 2023 году. По итогам внедрения системы Канбан мы получили значительный эффект. В частности, нам удалось:

- упорядочить хранение лекарств и медицинских изделий;
- избавиться от неиспользуемых медицинских изделий;
- эффективней организовать рабочее пространство отделений;
- правильно выстроить рабочие процессы так, чтобы запасов было достаточно, но не чрезмерно много, и они не портились;
- сделать оборот лекарств и медицинских изделий прозрачным.

И это еще не все. Среди значимых достижений проекта хотелось бы озвучить следующие:

- система планирования стала более понятной;
- снизились риски отсутствия необходимых лекарственных препаратов и риски их переизбытка. Все под контролем и заказывают их специалисты, исходя из реальной потребности;
- сократились риски и финансовые потери от списания препаратов или реагентов с истекшим сроком годности.

Достижение таких результатов невозможно без слаженной работы коллектива, старших медицинских сестер, старших акушеров и среднего медицинского персонала. Компетенции всех этих специалистов объединились в команде рабочей группы, что позволило справиться с задачей, выполнить которую не под силу отдельному человеку.

В этом году мы вступили в проект тиражирования. Наш опыт перенимают Выборгский и Всеволожский родильные дома. Мы искренне желаем коллегам успеха на этом пути и уверены, что у них все получится.

Перинатальный центр же намерен двигаться дальше. В наших планах – внедрение штрихкодирования и адресного списания медикаментов и расходных материалов на каждого пациента.

Анализ затрат в год (руб.)

	было	стало	разница	% снижения
Лекарственные средства	1 456 440	1 052 427	404 013	28 %
Расходные материалы	6 052 812	2 849 227	3 203 585	53 %

СЕСТРА АГАТА

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ АГАТЫ КРИСТИ



■ **Арсений Владимирович БОГАТЫРЁВ**

Независимый исследователь, к. ист. н.,
г. Тольятти

Найти человека, который бы ни разу не слышал имени знаменитой «королевы детектива» британской писательницы Агаты Кристи (Agatha Christie, 1890–1976), довольно трудно. Произведения романистки переведены на множество языков, а ее сыщики-герои, бельгиец Эркюль Пуаро и старая дева Джейн Марпл, приобрели поистине мировую известность. Не секрет: Кристи (до замужества носившая фамилию Миллер) постигала секреты провизорского мастерства, училась работать с лекарственными препаратами. Умение ориентироваться в химических веществах, среди которых были и особо токсичные, весьма помогло ей в карьере при создании криминальных произведений. Однако менее известно, что «владычица детективного королевства» в свое время попробовала силы в качестве помощницы медицинской сестры.

«Действуй, сестра!»

В 1914–1918 годах разразилась Первая мировая война, в которой, как известно, активнейшим образом участвовала Великобритания. Многие британцы с готовностью встали на защиту своей родины, госпитали были переполнены добровольцами, помогающими профессиональным медсестрам,

работающими на импровизированных кухнях, занимающимися стиркой, уборкой и т.д. Среди волонтеров числилась юная и пока еще неизвестная миру Агата Миллер. Впервые оказавшись в госпитале, среди боли, стонов и смерти, она была потрясена увиденным. Впоследствии в «Автобиографии» (Agatha Christie: An Autobiography) она достаточно подробно расскажет об этой странице своей жизни.

Вместе с некоторыми другими девушками-санитарками Агата была передана в ведение старшей начальницы – суровой медицинской сестры. Всему приходилось учиться буквально на бегу, на практике постигая тонкости ухода за страждущими. В «Автобиографии» Кристи писала: «...Мы не понимали даже, что овальные сосуды в форме почек предназначались для грязных бинтов, а круглые – для хирургически чистых...» (пер. В. Чемберджи). Кажущаяся на первый взгляд не слишком сложной, работа медсестры имеет множество нюансов. К примеру, нужно уметь правильно определять время закипания воды, необходимой для дезинфекции повязок. Опыт работы среди сестер милосердия в дальнейшем был использован леди Агатой при написании ряда произведений. Пережитое внушило будущей романистке глубокое уважение к профессии медработника. Определенный трепет вызывал сам величественный облик патронажной сестры Андерсон, опытной, много знающей, в высшей степени организованной.



Эти качества воплотились в образе деловой медсестры Хопкинс из романа «Печальный кипарис» (Sad Cypress, 1940), которая умело отражала интеллектуальный натиск

«супермозга» Эркюля Пуаро. Вымышленные медсестры Кристи обладают здравым смыслом, они решительны, когда это требуется, внимательны, собраны, трезво смотрят на мир, практичны. Их работа становится частью их жизни, частью их самих. Это хорошо показано в одном из эпизодов телесериала «Пуаро Агаты Кристи» (Agatha Christie's Poirot), поставленном по рассказу «Ограбление в миллион долларов»: хотя в нерабочие дни сиделка носила наручные часы, она по привычке тянулась к карману, где у сестер крепились хронометры.

Кристи по ходу действия своих произведений знакомит нас с особенностями организации деятельности британских медсестер своего времени. Неотъемлемой частью облика сестры являются манжеты и чепец, который, как узнаем из «Печального кипариса», удерживался на голове при помощи лент. И все это пребывало в образцово-показательном порядке, сияло чистотой. Обучение среднего (младшего) медперсонала велось в различных учебных заведениях, например в Норлендском медицинском училище («Norland»). Как нам удалось выяснить, такого медучилища не существует. Словарь Уэбстера объясняет, что «Norland» – это всего лишь поэтическое обозначение северной земли, встречающееся, например, у английской поэтессы Элизабет Барретт Браунинг. Медпрепараты, с которыми сестры имели контакт, несколько отличались от современных. Так, для усмирения болей применялся морфин, который имел вид таблеток, помещенных в стеклянные бутылочки-пузырьки.

О трудовой дисциплине и... шкуре крокодила

Важной чертой медсестры является ее дисциплинированность, почтительное отношение к вышестоящему начальству – доктору. В «Автобиогра-

фии» Кристи вспоминает примечательный случай: во время операции на желудке неопытная Агата нарушила субординацию, передав хирургический инструмент сразу доктору, минуя медсестру, что повлекло за собой строгий выговор и «разбор полетов». Позже в «Печальном кипарисе» сестра Эйлин О'Брайен на бестактность пациентки в ужасе воскликнет: «Так нельзя разговаривать с доктором!». Сестры чрезвычайно пунктуальны, многое помнят в «почасовом формате», что делает их прекрасными свидетелями. Однако исполнительность некоторых сестер иногда доходит до абсурда: как пишет Кристи в «Печальном кипарисе», застывшая позади доктора в ожидании указаний, сестра О'Брайен готова была принести ему хоть крокодиловую кожу.

Кристи показывает, насколько трудна работа медицинской сестры, вынужденной безропотно сносить подчас грубое поведение пациентов. Сиделка в рассказе «Голубая герань» с пониманием относится к капризам подопечной, а сестра Хопкинс пытается урезонить разбушевавшегося старца, переведя разговор на другую тему. Скольких душевных сил стоило

сиделке Кравэн из романа «Занавес: Последнее дело Пуаро» (Curtain: Poirot's Last Case, 1975) общество миссис Франклин, к которой она относилась с неприязнью! Впрочем, были

и другие примеры. «Отличную работу вы делаете. Отличную работу в госпитале...», – такую похвалу услышала сестра Агата от одного сержанта. Контакты с конфликтными людьми не лишили медсестер важного качества – коммуникабельности. Сестра должна уметь отвлечь пациента от неприятных мыслей, добрым словом поддержать его. Общительностью отличалась госпожа Хопкинс, чем-то похожая на родную сестру доктора Шеппарда из романа Кристи «Убийство Роджера Экройда». Однако сама писательница не имела особых потребностей в че-

ловеческом сообществе и всеобщем внимании.

Несмотря на все эти сложности, медперсонал остается корректен, проявляет заботу о людях. Медбрат Кёртисс в «Занавесе» выбирает для пострадавшего Пуаро лучшее место, чтобы посидеть – и безо всяких сквозняков. Сестры милосердия ответственны, никогда не бросят своих подопечных: сестра Агата отказалась менять график и возвращаться домой, как просила семья, засветло – на кого же она оставит раненых? Энергия и оптимизм, излучаемые медсестрами, ободряюще действуют на пациентов. Такова была сестра Стабс из военного госпиталя, которая, как вспоминала романистка в «Автобиографии», создавала вокруг себя атмосферу мира и спокойствия. При этом сестрам приходится не только производить медицинские манипуляции, но и помогать своим подопечным по дому, выносить мусор, убирать и поддерживать чистоту, как это делали О'Брайен и Хопкинс.

Но нужно понять и «другую сторону». Возрастные и немощные персонажи – частые гости на страницах произведений Кристи. Инвалиды появляются в романах «Рождество Эркюля Пуаро», «Движущийся палец», «В 4.50 из Паддингтона», «Карибская тайна». Наконец, в «Занавесе» в беспомощного хворого господина превращается и сам великий детектив, Эркюль Пуаро! Итак, вслед за Артуром Конан Дойлом, Кристи развивала тему «Постоянного пациента». Обладавшая эмпатией романистка ставит себя на место болящих, рассказывая об их страданиях. Мучающийся от болей, а потому раздражительный «старик Джерард» в «Печальном кипарисе» вымещает злость на дочери и медсестре. Понятен и сарказм томящейся в своей спальне в одиночестве полупарализованной

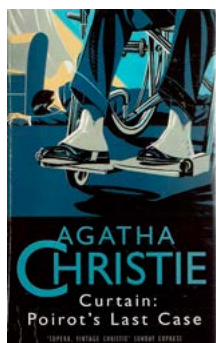
Лоры Уэлмен, язвительно отвечающей врачу на невинное замечание. Все это – плоды собственного горького опыта Кристи, которая в юные годы ухаживала за своей почти полностью ослепшей бабушкой.

Подобная Мадонне

Прекрасно обученная медсестра остается таковой и в обычной жизни, применяя знания в повседневном быту. Так, оказавшаяся на Востоке сестра Эми Ледеран из романа «Убийство в Месопотамии» (Murder in Mesopotamia, 1936) обезопасила себя от тяжелого отравления, не став покупать на местном рынке медные кастрюли – из-за опасения наткнуться на токсичную «ярь-медянку». Сестра Хопкинс применила свои знания в бытовом разговоре с разгневанным стариком, успокоив: его люмбаго пройдет, как только установится сухая и теплая погода. Хотя она и не была на службе, сиделка Кравэн быстро и профессионально оказала помощь тяжело раненной миссис Латрелл.

Примечательная и довольно забавная черта британских медсестер – их любовь к чаепитиям («файв о'клок»), которая распространялась далеко за пределы профессионального поля. Сестрам приходилось долгое время проводить на ногах, дежурить по ночам, поэтому бодрящий напиток был крайне необходим. В помещении для медперсонала в «Печальном кипарисе» в обязательном порядке находилась горелка для подогрева чайника. Медсестры предъявляли чайному напитку довольно высокие требования: сестра Ледеран с негодованием вспоминала некую черную жидкость, которую на одном светском приеме выдавали за чай.

И в то же время медсестры не замыкаются исключительно на своей профессии. Им не чужда романтика, они, как сестра О'Брайен, интересуются кинематографом. А сестра Ледеран, как и Агата Кристи, ценит литературный талант «юмориста» П.Г. Вудхауса. В «Убийстве в Месопотамии» писательница создает детальный портрет образованной и весьма сообрази-



тельной Эми Ледеран, наблюдательной и быстро ухватывающей суть многих событий. Она обладает даром тонкой передачи внешности и характера людей, угадывает все оттенки скрытых смыслов и тайных намерений. Ледеран ассистировала Эркюлю Пуаро в расследовании преступления, и это не первый подобный случай в истории детектива. Так, в 1932 году вышел роман «американской Агаты Кристи» Мэри Робертс Райнхарт (Mary Roberts Rinehart, 1876–1958) «Мисс Пинкертон», в котором расследование ложится на плечи сестры Адамс.

Кристи знакомит нас с впечатляющим послужным списком сестры Ледеран, успевшей «прокачать» свои навыки в разных медучреждениях. Несмотря на свой опыт работы в весьма нелегкой профессии, Эми Ледеран психологически не сломалась, осталась чувствительной к красоте, любовалась изысканными формами древних артефактов, извлеченных из слоев земли на местных раскопках. В этом она весьма походит на свою создательницу, леди Агату, которая была очарована археологическими

богатствами Востока. Роль сестры Ледеран в романе крайне важна: читатель видит все именно ее глазами. Впрочем, создатели телесериала «Пуаро Агаты Кристи», экранизировав роман в 2002 году, посчитали возможным значительно приуменьшить роль госпожи Ледеран.

Хотя они и преданны своему делу, медсестры полностью не «срастаются» со своей профессией, способны приятно удивлять манерами, внешностью и скрытыми талантами. Обликом Мадонны с полотен художников эпохи Возрождения наделяет Кристи сестру из рассказа «Лернейская гидра». Сменив униформу на повседневный наряд, сиделка Кравэн из «Занавеса» демонстрирует обаяние и красоту. А вот Эми Ледеран внезапно обнаруживает в себе писательский талант, с успехом заменив Пуаро его личного «летописца» капитана Артура Гастингса. Этот момент напоминает случай, когда во время Первой мировой войны сестре Агате самой пришлось взяться за перо и написать некоторое количество пи-

сем за раненых в бою. Любопытно, что имя одной из девушек солдата, к которой он желал обратиться в письме, было «Джесси» – в «Печальном кипарисе» именно это имя романистка выберет для сестры Хопкинс.

Проведенное среди сестер милосердия время не прошло для Агаты Кристи даром. Оно прозвучало эхом в сюжетах множества ее произведений, прежде всего в «Убийстве в Месопотамии» и «Печальном кипарисе». Увиденное и пережитое в госпитале оставило столь неизгладимый след в сознании будущей писательницы, что она даже хотела поступать на курсы, чтобы стать профессиональной медицинской сестрой (подобное пожелание выскажет героиня «Печального кипариса» Мэри Джерард). Этим планам помешало замужество – и Кристи навсегда оставила мысль о чепце медсестры. Однако почему же «оставила»? Она реализовала эту возможность, населив творения множеством сестер, в каждой из которых так или иначе отразилось лицо самой Агаты Кристи.

КОНСТРУКТИВНАЯ БЕСЕДА С ПРОБЛЕМНЫМ ПОДЧИНЕННЫМ

СХЕМА ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



■ Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Практикующий психолог, автор и ведущая тренинговых программ для медицинских работников, методист ГБПОУ «Центр непрерывного профессионального медицинского развития Ленинградской области», г. Санкт-Петербург

В предыдущем номере журнала «Вестник» вниманию читателей был представлен разбор кейса о том, как одна из сотрудниц, получив задание от старшей медицинской сестры отделения, перепоручила его своей коллеге. Впоследствии старшей медицинской сестре поступила жалоба о том, что данный сотрудник постоянно перепоручает свою работу другим медсестрам. Заданием кейса был выбор действий старшей медицинской сестры для урегулирования возникшей ситуации.

Уверена, большинство читателей еще на этапе публикации кейса предположили, что без беседы с подчиненным кейс не может быть решен. На это указывают ответы откликнувшихся читателей: «Надо поговорить с сотрудником о...».

Замечательно, так и сделаем! Но как мы это сделаем? Как будем выстраивать беседу? Как

сделать так, чтобы подчиненный не обиделся или не затаил обиду? Чтобы он не уволился? Чтобы изменил свое поведение?

Зачастую беседа с подчиненным проводится «на бегу», в свободную минутку, с выраженным менторским настроем, с четким разделением ролей «я – начальник, ты –...», проще говоря, как руководитель привык, как ему удобно, по своим понятиям.

Опыт автора в проведении обучающих тренингов и индивидуальных консультаций с руководителями среднего и высшего звена ясно показывает границу между практикой и теорией, между собственным понятием и грамотностью управленческих умений.

Часто на тренингах руководители обнаруживают дефицит в коммуникативной компетентности, в выстраивании той самой конструктив-

ной беседы с подчиненными, в знании базовых алгоритмов управленческой грамотности.

Конструктивная беседа с подчиненным сотрудником является ЧАСТЬЮ управленческого процесса и не может идти в отрыве от него. Мало того, данный вид беседы ВСЕГДА идет после мониторинга, т.е. проверки/контроля выполнения указаний, планов и распоряжений руководителя.

Каждое распоряжение руководителя, каждое его действие может быть уложено в схему так называемого «Контур управления», т.е. разбито на этапы управленческого процесса.

В октябре этого года в ГБУЗ ЛО «Сланцевская межрайонная больница» прошел тренинг управленческих навыков для старших медицинских сестер. Участники работали с концептом «Контур управления проектом/подразделением», включающим четыре последовательных этапа в процессе достижения поставленной руководителем цели.

После тренировки умения ставить цели – «целеполагание (постановка цели)», составлять планы – «определение параметров будущего мониторинга» и контролировать процесс движения к цели – «мониторинг достижения цели», пришла очередь завершающего этапа процесса управления – «действий после проведенного мониторинга».

В число таких действий могут войти: корректировка плана (сроков, ресурсов, исполнителей и т.п.), пересмотр цели (из-за внешних и внутренних причин, своевременности и реалистичности) либо, если все идет по плану, продолжение работы в том же ритме.

Рассмотрим кейс с каталкой, используя схему «Контур управления проектом/подразделением»:

Вы – старшая медицинская сестра стационарного отделения. Вам поступает звонок от старшей медицинской сестры приемного покоя. Она просит вернуть каталку, на которой в ваше отделение привезли пациента.

Вы просите одну из медицинских сестер спустить каталку в приемное отделение. Через некоторое время к вам в кабинет стучится другая медицинская сестра и жалуется: «Вы сказали той медсестре спустить каталку в приемное, а она отправила меня! И она все время так делает, кого-то отплевывает, а мы за нее пашем!»

Ваши действия?

Итак:

1. Этап целеполагания. Цель – вернуть каталку в приемное отделение как можно быстрее.

2. Этап планирования и определения параметров мониторинга. Подбор исполнителя, информирование о срочности исполнения. Параметр мониторинга – отсутствие каталки на отделении, получение информации от старшей сестры приемного отделения о возврате каталки.

3. Этап мониторинга. Проверить наличие/отсутствие каталки на отделении, получить информацию от старшей медицинской сестры приемного отделения.

4. Этап действий по результату мониторинга. Поблагодарить сотрудника за оперативность либо выяснить причину невыполнения распоряжения и поставить задачу заново.

В управленческом процессе беседа с исполнителем может состояться на любом этапе. Но полный цикл управленческого процесса всегда завершается информацией исполнителем о результатах мониторинга, т.е. руководителю необходимо дать ту самую обратную связь, дабы контроль не превратился в «контроль ради контроля».

Конструктивная обратная связь исполнителю, беседа с ним может стать инструментом, который не только повысит управленческую компетентность руководителя, но и укрепит уважение подчиненных.

Цель беседы с проблемным подчиненным – дать вашу обратную связь и получить обратную связь от подчиненного, а также скорректировать рабочее поведение вашего сотрудника.

Таким образом, обратная связь – это способ использования фактических данных об исполнении (данных мониторинга) для корректировки и улучшения результатов работы сотруд-

ников. Более того, многие специалисты рассматривают обратную связь как важный способ мотивации подчиненных. Следовательно, обратная связь может стать одним из инструментов (ресурсов) руководителя для достижения поставленной цели.

Конструктивная обратная связь развивает работника, потому что не задевает его личность, а дает ему возможность скорректировать свое поведение так, как требуется для рабочего процесса.

Рассмотрим базовый алгоритм проведения конструктивной беседы с подчиненным.

Прежде чем пригласить сотрудника на разговор, подготовьтесь:

1. До начала беседы необходимо справиться с собственными эмоциями и продумать объективные аргументы, подкрепить их примерами (см. выпуск «Вестника» № 3/2022 «Как предотвратить профессиональное выгорание»).

2. Обратную связь необходимо давать своевременно, максимально приближенно к той ситуации, к которой она относится.

3. Обратная связь должна касаться непосредственно текущей работы, рабочей ситуации, требуемых навыков и установленных стандартов исполнения или поведения на рабочем месте.

4. Необходимо обсуждать конкретные действия, а не личность.

5. Нужно показать подчиненному, что конкретно необходимо изменить в рабочем поведении и требуемых навыках.

6. Нужно показать выгоду от изменений подчиненного.

7. Эффективно работают ссылки на групповые нормы и правила.

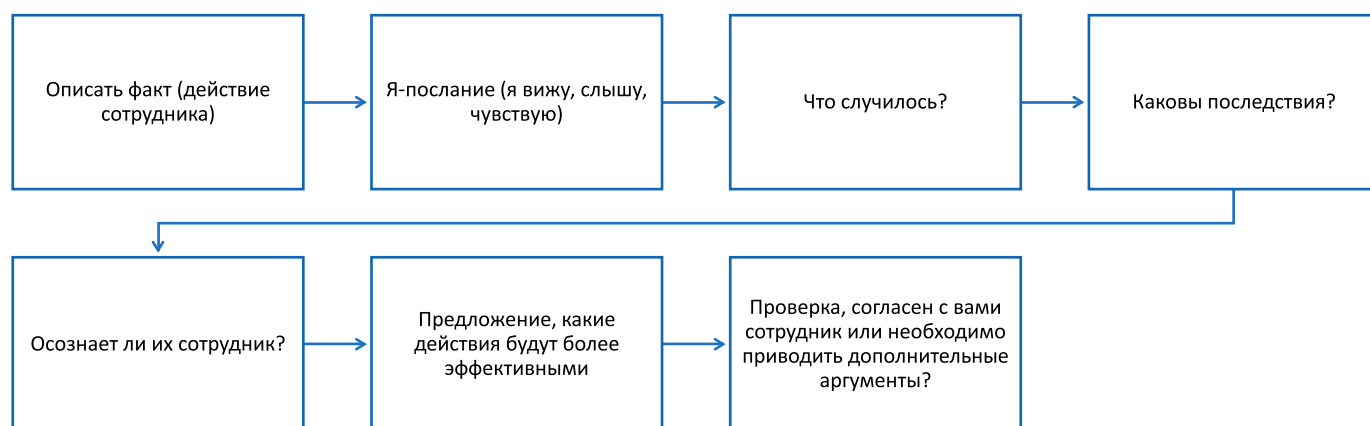
8. Рекомендация из практики: вставьте ключ в замочную скважину и как только сотрудник зайдет, закройте за ним дверь, произнесите: «Чтобы нам никто не помешал...», и вытащите ключ.

Прежде чем приглашать сотрудника в кабинет, пробежитесь глазами по этим восьми пунктам, выполните несколько дыхательных циклов для возвращения спокойствия, подготовьте аргументы и фразы, которые помогут вам донести до исполнителя вашу точку зрения.

Итак, подчиненный в вашем кабинете.

В начале беседы необходимо установить контакт с подчиненным, добиться от него готовности вас слушать и воспринимать ваши слова. Например, пригласите сесть, сохраняйте доброжелательность,





не начинайте разговор с обвинений, претензий и поучений, не заставляйте оправдываться...

Первое, в чем необходимо убедиться, воспринимает ли подчиненный вашу обратную связь. Если не воспринимает, скорее всего, руководителю придется изменить манеру общения с этим подчиненным.

Убедиться в том, что подчиненный вас «слышит», поможет таблица признаков, которые вы можете легко отследить в его поведении (табл.).

Если подчиненный не воспринимает вашу обратную связь – сделайте паузу, задержите на подчиненном внимательный взгляд дольше привычного, не улыбайтесь, сохраняйте серьезное, спокойное выражение лица, негромко выдохните и начинайте говорить заново, придерживаясь темы разговора.

Следующий этап – использование предложенной ниже схемы корректирующей (конструктивной) беседы.

Как предложенная схема может выглядеть на практике?

Вернемся к кейсу предыдущего выпуска журнала (возврат каталки в приемное отделение, выпуск «Вестника» № 4/2024). В предложенной к рассмотрению рабочей ситуации возврат каталки использовался как пример распоряжения руководителя. Распоряжение могло быть иным: проверить шкафчики с лекарственными средствами, собрать списки работников, проверить документацию, – все, что старшая медицинская сестра могла бы поручить медицинской сестре, а та, в свою очередь, перепоручить своей коллеге.

Предположим, что вы решаете поговорить с медсестрой, на которую поступила жалоба.

Идем по схеме

Шаг первый. Описать факт/действия сотрудника.

Опишите факт, т.е. либо действие сотрудника, либо то, что вы увидели (заметили...) в связи с действием или бездействием данного сотрудника, либо ту информацию, которую вы получили в отношении этого сотрудника и которую не можете игнорировать.

– Изольда Тихоновна (здесь и далее используется вымышленные Ф.И.О.), не так давно я получила информацию, что вы часто перепоручаете мои распоряжения, обращенные к вам, другим медицинским сестрам.

Сразу переходите к шагу два, не делая паузы, дабы сотрудник не начал оправдываться. Если человек выказывает недоумение, приведите конкретную ситуацию. Например:

– Вчера (сегодня) я поручила вам вернуть каталку в приемное отделение. Чуть позже, увидев, что каталки нет, я убедилась, что распоряжение было выполнено. Каково же было мое удивление, когда через несколько минут в кабинет пришла медицинская сестра и сказала, что это она вернула каталку и что она постоянно слышит от вас распоряжения и указания в адрес ее работы. Поэтому медсестре постоянно приходится отвлекаться, и только сегодня она узнала, что все эти распоряжения были даны не ей,

а вам. Я могу привести еще несколько примеров...

Шаг второй. Я-сообщение (я вижу, слышу, чувствую...)

Выскажите свое отношение к этой ситуации. Говорите только о себе.

– Для меня эта информация была как неожиданной, так и скорее негативной. Мне было неприятно выслушивать жалобы в ваш адрес, тем более что я знаю вас как сотрудника, знающего и умеющего очень многое в нашей работе. Я пережила несколько неприятных моментов и даже немного растерялась. Как руководитель я понимаю, что несу ответственность за благоприятный психологический климат в нашем коллективе и никак не могу проигнорировать поступившую информацию. Именно поэтому я пригласила вас, чтобы получить ответы на свои вопросы из первых рук.

И сразу переходите к шагу три, без паузы.

Шаг третий. Что случилось?

– Изольда Тихоновна, что случилось? Почему мы сейчас вынуждены вести беседу на эту тему?

И вот только сейчас дайте возможность «высказаться» подчиненному.

Выслушав подчиненного, независимо от того, что он вам сказал, продолжайте придерживаться данной схемы.

Шаг четвертый. Каковы последствия?

– Изольда Тихоновна, у меня к вам вопрос. На ваш взгляд, если ситуация не поменяется, какие могут быть последствия для вас, меня и других сотрудников?

Выслушайте сотрудника, ваша задача – понять, осознает ли сотрудник последствия или нет. Если вы слышите только защиту и возмущения, или просто принятие того, что он вел себя безграмотно (относительно рабочего процесса), вам самой как руководителю придется обрисовать ему картину последствий. Например:

Шаг пятый. Осознает ли подчиненный последствия?

– Изольда Тихоновна, давайте вернемся к ситуации с невыполнением моих распоряже-

Таблица

Подчиненный принимает обратную связь

- Внимательно смотрит
- Демонстрирует жесты согласия
- Задаёт уточняющие вопросы
- Не перебивает руководителя
- Сокращает дистанцию (наклоняется в сторону руководителя)
- Адекватно реагирует на информацию (проявляет смущение, активную позицию, поддерживает диалог и готовность обсудить...)

Подчиненный не принимает обратную связь

- Не смотрит, внимание отсутствует, закатывает глаза...
- Постоянно перебивает
- Демонстрирует жесты несогласия, недоверия (поджимает губы, скрещивает руки на груди, увеличивает дистанцию, отклоняется...)
- Оправдывается (ссылается на нехватку времени, плохое самочувствие и т.п.)
- Шутит, уходит от темы, спорит...

ний. Уверена, вы понимаете, что в данном случае нарушается принцип субординации, что может потребовать административных мер. Кроме того, социально-психологический климат в коллективе влияет на работоспособность, дисциплину и качество работы. Вы должны понимать, что расстроенный работник – плохой работник, он больше озабочен собственными переживаниями, чем качеством выполняемой работы. И если атмосфера в коллективе неблагоприятная, то возникает вопрос к трудовой дисциплине, что так же может вести к дисциплинарным мерам воздействия. Кроме того, если жалобы становятся коллективными, то без Этического совета здесь так же не обойтись. Да, большинство этих мер носят чисто «этический» характер, но я не хочу ни одну из своих сестер, включая вас, подвергать подобным испытаниям. Я за то, чтобы решать подобные вопросы внутри отделения. Вы со мной согласны?

Дождитесь ответа подчиненного.

Шаг шестой. Предложения, какие действия будут эффективными?

– Изольда Тихоновна, я готова выслушать ваши предложения по урегулированию этой ситуации...

Выслушайте подчиненного, не перебивая. Если сотрудник начинает оправдываться или защищаться, снова и снова возвращайтесь к этому вопросу.

Если же сотрудник начинает плакать или пытаться убежать от вас, не волнуйтесь. Предложите воды, салфетку. Если подчиненный вскакивает, пытается покинуть помещение, и наталивается на закрытую дверь, скажите ему, что не готовы завершить беседу и попросите вернуться на место. Скажите, что разговор важный и его не избежать, что эта беседа неприятна вам не меньше, чем вашему сотруднику. Придерживайтесь рамок делового общения и помните, что вы несете ответственность за работу всего отделения и что данная ситуация напрямую влияет на его эффективность.

Шаг седьмой. Проверка, согласен ли с вами сотрудник или необходимо приводить дополнительные аргументы?

Подведите резюме беседы. Проговорите шаги, которые примет ваш подчиненный, чтобы данная ситуация не повторялась. Например:

– Изольда Тихоновна, правильно ли я поняла, что вы готовы изменить свое поведение? И это значит, что с данного момента мои распоряжения лично вам не будут перепоручаться коллегам? Конечно, можно обратиться к ним за помощью или переговорить со мной, но я уверена, что вы сможете оставить менторский (авторитарный) тон в адрес медицинских сестер. Если у вас, Изольда Тихоновна, возник-

нут сложности в общении с молодыми сотрудниками, приходите ко мне. Обговорим. И еще, я надеюсь, содержание этой беседы останется между нами и нам больше никогда не придется возвращаться к данной теме...

Дождитесь ответа подчиненного. Ваша задача – договориться.

Если сотрудник грозит увольнением, скажите, что такая радикальная мера, на ваш взгляд, не соответствует обсуждаемой ситуации. И вам бы не хотелось терять грамотного сотрудника и что ваша беседа только подчеркивает ваше уважительное отношение к подчиненному. Конечно, уважая сотрудника, вы уважаете и его решение, а увольнение по собственному желанию – право каждого работника.

Главное в ситуации такого психологического шантажа сохранять спокойствие и не позволять собой манипулировать. Сохраняйте ровный тон, а демонстрировать возможно лишь сожаление по поводу того, что вам не удалось договориться...

– Мне жаль, что нам не удалось договориться. Искренне жаль...

Если же перед вами исполнитель, от которого страдает весь коллектив и вы психологически давно готовы с ним расстаться, то на его угрозу «Я напишу заявление об увольнении...» – немедленно предложите ему заполнить подготовленный вами заранее бланк заявления.

Искусство проведения конструктивной беседы руководителя, если вы заметили, исключает прямое требование или упрек подчинен-

ному лично. Предложения от сотрудника по корректировке ситуации могут обсуждаться, что делает их общими, вовлекает сотрудника в принятие решения и, как следствие, налагает ответственность за принятые решения.

Данная схема много раз отработывалась на тренинге управленческих умений и в практике управленческих решений.

В дополнение к данной схеме можно было бы рассмотреть примеры, когда сотрудник соглашается с аргументами, но позже ситуация повторяется. Как реагировать руководителю?

Или же сотрудник не соглашается, он из категории не принимающих обратную связь, но он и не планирует увольняться. Как выстраивать беседу с таким подчиненным?

В рамках данной статьи предлагаю остановиться на базовой схеме конструктивной обратной связи. Если у читателей сохранится интерес к выстраиванию конструктивной беседы с исполнителем, следующие кейсы могут быть посвящены отдельным трудностям взаимодействия с проблемными подчиненными.

Надеюсь, беседы руководителей с исполнителями не будут ограничены высказыванием неудовольствия, требований и претензий, т.е. тем, что «делать не надо», и помогут сотруднику узнать и понять, «как делать правильно». Кроме того, результатом грамотно выстроенного разговора может стать полезная информация от исполнителя, которую можно взять в работу, от чего выиграют все участники рабочего процесса.

ВНИМАНИЕ, КЕЙС № 6

Кейс: Общение с мстительным руководителем (на пример, старшей медицинской сестрой).

Вы медицинская сестра стационарного отделения и считаете, что вам не повезло со старшей сестрой. Вы постоянно получаете замечания, хотя за похожие недочеты другие сестры замечаний не получают. От вас требуется неукоснительное исполнение трудовой дисциплины, вам даже сложно выделить время на прием пищи. Вас чаще всего ставят работать в выходные и праздничные дни, снимают баллы за малейшую и часто безосновательную устную жалобу пациента. Другие медсестры получают защиту старшей сестры, а вас ею обделяют. Ваше терпение подходит к концу. Вы понимаете, что дальше так продолжаться не может.

Ваши возможные действия и принятое решение после этих действий.



Редакция ждет ваших ответов в срок до 10 февраля 2025 года по адресу: natalia@medsestre.ru

Напомним, что редакция готова рассмотреть и Ваши собственные кейсы – проблемные ситуации во взаимодействии с пациентами, коллегами или руководителями.

Рациональное проведение антибактериальной терапии

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



От безопасного и удобного приготовления раствора...

- Разбрызгивание антибиотика во время аспирации в шприц?
- Ошибки из-за похожих названий и упаковок?
- Травмирование иглой в процессе манипуляции?

...до введения без потери остаточного объема

- Снижение эффекта от проведенной терапии?
- Нехватка времени из-за большого количества манипуляций?
- Повышенный риск образования флебитов из-за частых манипуляций непосредственно с сосудистым доступом?

Если в своей практике вы встречаетесь хотя бы с одним из вышеперечисленных рисков — это может привести к серьезным последствиям как для здоровья пациента, так и медицинского персонала.

Двухсторонняя канюля Экофлак Коннект

— современный стандарт в приготовлении антибиотиков, который собрал в себе технологичность и удобство процедуры смешивания, в первую очередь, учитывая безопасность для медицинского персонала.

Инфузионная система Интрафикс Сэйфсет Флаш

помогает решить эти вопросы благодаря уникальному дизайну системы: промывание линии после каждого введения лекарства через специальный порт и сокращение остаточного объема.

Канюля **Экофлак Коннект** и система **Интрафикс Сэйфсет Флаш** образуют закрытую систему на всех этапах проведения антибактериальной терапии. Защита от химической контаминации позволяет не вдыхать токсичные аэрозоли антибактериальных препаратов во время разведения. Это помогает снизить резистентность к антибиотикам у медицинского персонала. Функции AirStop и PrimeStop системы предотвращают попадание твердых примесей и воздуха соответственно, что в свою очередь защищает пациента от осложнений во время введения инфузии.

Профилактика рисков



ООО «Б.Браун Медикал»

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: office.spb.ru@bbraun.com, тел.: +7 (812) 320-40-04
117246, Москва, Научный проезд, д. 17, оф. 10-30, тел.: +7 (495) 777-12-72



www.bbraun.ru



vk.com/bbraunrussia



t.me/bbraun_ru



АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции

Аэрозольный метод, согласно МР 3.5.1.0103-15, применяется для **ОДНОВРЕМЕННОГО** обеззараживания **воздуха и поверхностей** в ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКАХ и помещениях всех категорий медицинских организаций в качестве **ОСНОВНОГО/ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО** или альтернативного метода дезинфекции.

Полный спектр антимикробной активности: вирулицидная, бактерицидная, фунгицидная, спороцидная.

Дезинфицирующее средство — перекись водорода 6% (H_2O_2) полностью разлагается на воду и кислород.

Принудительная циркуляция воздуха, создаваемая встроенным вентилятором, повышает эффективность обработки.

Объем обрабатываемого помещения: до 300 м³.

Гарантированная обработка труднодоступных мест.

Установка УФ бактерицидная для экстренной дезинфекции **ОДНОВРЕМЕННО** воздуха и поверхностей помещений в отсутствие людей

ДЕЗАР-ОМЕГА-02-«КРОНТ»

Бактерицидная эффективность 99,9%

Объем помещений 130 м³

Гарантия 2 года

Время обработки 7 минут

Мощность 950 ВА

Режим работы Автоматический

Ресурс УФ ламп 9000 часов

Применение

Предназначена для экстренной дезинфекции **ОДНОВРЕМЕННО воздуха и поверхностей** помещений всех категорий в отсутствие людей. Подтвержденные режимы применения от бактерий (включая микобактерию туберкулеза), вирусов (включая КОРОНАВИРУС), грибов и плесени.

Удобство эксплуатации

Автоматическая установка не требует предварительного ввода данных. Основной запрограммированный цикл дезинфекции – **7 минут** с эффективностью **99,9%**, что соответствует помещениям **чистоты класса А**. Запускается нажатием одной кнопки – «Пуск» (для высокорезистентных штаммов – два дополнительных режима: 12 и 20 минут). Легко транспортируется благодаря четырем колесным опорам диаметром 125 мм.

Официальные сайты: kront.com, кront.рф
Телефон +7 (495) 500 4884 (многоканальный)

Реклама

