

УДК 616'083:[61:314.6

В.А. Регузов, А.В. Буканова, С.Е. Хвощева

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Владивостокский базовый медицинский колледж

Ключевые слова: медсестра общей практики, сестринский процесс.

Реформа здравоохранения, осуществляемая в нашей стране в целях реализации приказа МЗ РФ № 237 «О поэтапном переходе организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (сестринского врача)», должна быть завершена к 2005 г. В результате структурной перестройки отрасли произойдет смещение приоритетов в сторону первичной медикосестринской помощи (ПМСП). Главное внимание в ближайшей перспективе должно уделяться прежде всего развитию семейной медицины, помощи на дому, скорой помощи. Врачами ПМСП на этом этапе станут специалисты принципиально новой формации – врачи общей практики, семейные врачи, которые будут нести полную и круглосуточную ответственность за своих пациентов. Помощниками врачей будут семейные медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, психологи, социальные работники. При этом должна быть создана совершенно новая, целостная система по оказанию средним медперсоналом медицинской помощи в поликлиниках, на дому и в специализированных учреждениях (дома сестринского ухода, хосписы).

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения. Кризис деятельности медицинских учреждений приближается к той черте, за которой следует распад системы здравоохранения. Размеры финансирования из бюджета и за счет средств обязательного медицинского страхования не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. В отрасли растет социальная напряженность. Все более широко распространяется теневая оплата медицинских услуг.

В связи с этим необходима продуманная стратегия реформирования здравоохранения, которая получила свое выражение в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Для обеспечения последовательности положений концепции работа по ее реализации будет выполняться в 2 этапа.

Первый этап – 1997–2000 гг. – проведение реструктуризации стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических учреждений и соединением в них дневных стационаров и стационаров на дому. Важным направлением этой работы является внедрение института общей врачебной практики.

Второй этап – 2001–2005 гг. – завершение работы по структурной перестройке отрасли. В здравоохранении должен сформироваться частный сектор. В системе ПМСП основная роль будет отведена врачам общей практики. Появятся межрайонные и межрегиональные специализированные клинические центры. Активно будут внедряться передвижные формы оказания медицинской помощи в сельской местности.

В основу реорганизации ПМСП должны лечь принципы, признающие здоровье материальной ценностью, ресурсом, который имеет стоимость, а медицину – ресурсосберегающей производительной силой. Приоритет ПМСП в развитии здравоохранения оправдан, поскольку именно эта служба должна обеспечить гарантированный социальный минимум медицинской помощи. Возрастет доступность медицинских и социальных услуг, комплексность обслуживания и координация с другими службами. Будут обеспечены непрерывность наблюдения за ведением пациентов в различных медицинских учреждениях, информированность пациентов о их состоянии, методах лечения и его результатах. Врачи ПМСП возьмут на себя большинство первых контактов системы здравоохранения с населением.

Ими на этом этапе станут врачи принципиально новой формации – семейные врачи. При этом должна быть создана совершенно новая, целостная система по оказанию средним медперсоналом медицинской помощи в поликлиниках, на дому и в специализированных учреждениях. Основным элементом в процессе реформирования структуры ПМСП является организация семейной практики взамен существующей участковой службы.

Ответственность за оказание ПМСП населению должна быть возложена на муниципальные власти. Врачи общей практики и семейные врачи будут вести преимущественно лечебную работу, а на участках, где высока доля лиц старшего возраста, примерно каждый пятый визит будет осуществляться с медико-социальной целью. Специалисты ПМСП осуществляют учет одиноких, хронических больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, налаживают связь с органами социального обеспечения, будут оформлять нуждающихся в домах интернаты, организовывать стационары на дому.

В ряде регионов России уже есть опыт работы семейных врачей. В течение года на консультацию к узким специалистам было направлено 19,1%, на обследование в другие учреждения – 14,3%, госпитализировано – 7,1 % больных. По результатам опросов установлено, что после того, как врачи занялись общей практикой, изменился характер деятельности: расширился диапазон заболеваний, с которыми обращались пациенты, уменьшилось количество консультаций, увеличился объем диагностической работы. Обслуживание стало удобнее – быстрее устанавливался диагноз и начиналось лечение. Появилась самостоятельность в работе, повысился интерес к своей деятельности.

Таким образом, уже первые итоги работы убедительно свидетельствуют о целесообразности внедрения

ПМСП в нашей стране. Проблема заключается в расширении додипломной и последипломной подготовки врачей и медицинских сестер общей практики, обеспечении их необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, создании условий для работы и дифференцированная оплата труда.

Необходима современная концепция организации работы среднего медицинского персонала в условиях внедрения семейной практики. Это связано с тем, что средний персонал должен обладать большей самостоятельностью, а не просто выполнять обязанности помощника врача. Некоторые разделы оказания первичной медицинской помощи на уровне местных органов власти можно частично или полностью передать среднему медицинскому персоналу. Например, наблюдение и оказание медико-социальной помощи больным с острыми и хроническими болезнями, которые протекают не очень тяжело и возможны для лечения в домашних условиях, больным в стадии реабилитации, лечение пожилых людей, наблюдение за беременными и т.д.

Работа среднего медицинского персонала должна предусматривать два уровня деятельности. Первый — уровень групповой практики: средний медицинский персонал, работающий по контракту с семейным врачом. Второй уровень работы связан с почти полной самостоятельностью и автономностью, — местный (дома сестринского ухода, хосписы, система обслуживания пациентов на дому и пр.).

С учетом высокой социальной и экономической эффективности кооперации труда врачебного и среднего медицинского персонала необходима государственная система подготовки медицинских сестер и акушерок с правом на самостоятельную деятельность в избранных сферах медицинского обслуживания населения. Фонд оплаты труда должен формироваться на основе штатного расписания из расчета соотношения врачебного и среднего медицинского персонала не менее 1:3 и младшего обслуживающего персонала — из расчета 1:0,5.

Сестринское дело утверждает себя как основное звено медико-санитарной помощи. В системе рыночных отношений, которая начинает действовать, оплата услуг представителей здравоохранения, врачей общей практики производится больными или клиентами. Оплата услуг по контракту при оказании медико-санитарной помощи включает оплату работы всей бригады, например, при обычной хирургической операции требуются соответствующая сестринская помощь, физиотерапия и диетическое питание.

Если смотреть на сестринское дело как на составную часть широких социальных перемен, то представителям этой профессии необходимо внести изменения в свою работу с тем, чтобы способствовать стратегии достижения здоровья для всех. Знания, используемые ими в практической деятельности, в значительной степени определяют успех или неудачу в их работе, оказывают влияние как на представителей этой профессии в целом, так и на каждое

звено в отдельности, в конечном счете — на пациентов, группы людей и население в целом.

В действительности медсестры способствуют внедрению перемен в жизнь вопреки существующим препятствиям. Семейная медсестра, работающая со всеми членами семьи (по организации правильного питания детей, подготовке будущих родителей к рождению ребенка или помощи инвалиду адаптироваться к жизни), вносит вклад в реализацию этого процесса. Специально подготовленных семейных сестер пока еще немного, планируется заметно расширить их первичную додипломную подготовку в медицинских училищах.

Для рационального и эффективного использования сестринского медперсонала важное значение принадлежит государственной политике в области сестринского дела, которая предполагает решение ряда задач по развитию новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, приоритетной из которых является «сестринский процесс».

Постановлением правительства Российской Федерации № 1387 от 05.11.1997 г. «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и приказом МЗ РФ № 4 от 09.01.2001 г. «Об утверждении отраслевой программы развития сестринского дела в Российской Федерации» предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях рыночных отношений. Большая роль отводится специалистам, имеющим среднее специальное образование, повышенный уровень подготовки и высшее медицинское образование по специальности «сестринское дело», соответствующим самой многочисленной категории работников здравоохранения.

Эволюция сестринского процесса происходила и происходит благодаря работе многих медсестер, создававших теорию и развивавших сестринскую практику. На сегодняшний день предложено уже около 10 моделей сестринского дела. Преимущественно это работы американских, канадских медсестер с учетом особенностей их систем здравоохранения. Требуется разработать такой подход к профессиональной практике, который, будучи системным и научным, в то же время оставался бы достаточно гибким для применения в различных нестандартных ситуациях с учетом индивидуальных особенностей пациента и условий организации медицинской помощи. Как раз сестринский процесс представляет собой подход к решению проблем пациента, связывая научные методы с существующей реальностью.

Очень важно отметить, что с внедрением реформ в экономику России, к сожалению, произошло снижение уровня и качества жизни большинства граждан, уменьшилась рождаемость и повысилась смертность населения трудоспособного возраста. Как следствие, в составе населения увеличилась доля лиц пожилого и старческого возраста, что требует нового подхода к организации медицинской помощи и созданию условий для

формирования здорового образа жизни. Большое значение имеет здесь отход от практики полного ухода за пациентом. Надо так изменить взаимоотношения, чтобы пациент и его семья стали участниками этого процесса, чтобы они активно сотрудничали с медсестрами и другими членами медицинской команды. Большую роль в этом должны сыграть создание профессиональных этических кодексов, утверждение стандартов обучения и практики, а также внедрение результатов научных исследований во все области сестринского дела. Введение стандартов позволит обеспечить качество ухода за пациентом, повысить ответственность всех членов медицинской бригады. Сестринский процесс при создании благоприятных взаимоотношений между пациентом и медсестрой позволит достичь высокого уровня ухода за больным, даст возможность медсестре получать моральное удовлетворение от своей работы, повысит престиж профессии.

При рассмотрении модели сестринского дела необходимо исходить из реальных условий, в которых работают наши медсестры, стойкого, выработанного десятилетиями стереотипа взаимоотношений врач – медицинская сестра – пациент. В настоящее время очень сильна «врачебная модель» в силу целого ряда причин и в первую очередь экономических, т.к. организация работы медицинских сестер с помощью сестринского процесса требует уменьшения нагрузки и пересмотра штатного расписания в лечебно-профилактических учреждениях. И в то же время мы можем использовать уже накопленный мировой опыт, взяв из имеющихся моделей сестринского дела то, что нам ближе, понятнее и более реально в нынешних условиях. В ходе эксперимента и накопления опыта, проведения реформ, скорее всего, будет выработана своя, российская модель.

Учитывая вышеизложенное, можно определить цель внедрения сестринского процесса в практическое здравоохранение как работу по повышению качества оказания медицинской помощи населению через привлечение и более активное и разностороннее использование среднего медицинского персонала, повышение социальной значимости и статуса медицинской сестры в обществе.

Особенностью нашего проекта является реорганизация работы медсестер без существенного расширения штатного расписания и без привлечения больших финансовых средств, а также в учете региональных особенностей Владивостока. Среди последних – миграция населения, больший по сравнению с другими регионами прожиточный минимум, низкое соотношение врач : медсестра (1:1,1), удаленность от центра и, как следствие, сложности в обмене опытом. Мы предлагаем уже разработанные стандарты и протоколы деятельности медсестер по основным номенклатурам специальностей, унифицированную учетно-отчетную документацию. Это поможет обеспечить преемственность в работе медицинской бригады, внедрить единые подходы к выполнению манипуляций, подготовке к исследованиям, оказанию неотложной доврачебной помощи, ве-

дению протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими усилиями.

Вооружив медсестру подобными знаниями, несмотря на кажущуюся дополнительную нагрузку, можно, наоборот, облегчить выполнение ею своих обязанностей. Зная согласно стандарту рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи, медсестра не будет всякий раз обращаться к врачу с вопросом, что делать в той или иной ситуации. При ведении протоколов наблюдения ей легче будет заметить начальные изменения в состоянии пациента и заранее предпринять меры по устранению их последствий. Легче станет ориентироваться в состоянии пациентов при приеме и сдаче дежурств, появится возможность контролировать работу, что повысит ответственность среднего медперсонала. Имея всегда под рукой стандарты деятельности, медсестре легче будет найти алгоритм манипуляций. Работая с родственниками и обучив их элементарным навыкам ухода (или пациента самоуходу), она также освободится от выполнения этой работы – необходимо будет только проконтролировать. Вооружив всех медицинских сестер одинаковыми знаниями и умениями, легче осуществлять и взаимозаменяемость персонала.

Таким образом можно освободить врача от выполнения несущественной, рутинной работы, зачастую относящейся к компетенции медсестры, что позволит ему, в свою очередь, более качественно выполнять свои обязанности.

Попыток осуществления сестринского процесса в полном объеме в нашем регионе еще не предпринималось. В других регионах России попытки его внедрения и реформирования проводились и проводятся, но зачастую испытывают сложности, все же требуя дополнительных штатных, материальных и финансовых затрат. Проект по внедрению сестринского процесса рассчитан на все социальные группы населения, но в случае его успеха существенно повысится качество медицинского обслуживания самого многочисленного слоя со средним и низким уровнем достатка. Для популяризации и эффективности нового метода организации работы необходимо предварительное обучение персонала экспериментальной базы через лекционно-семинарские занятия, выступления в средствах массовой информации, выпуск методической литературы.

Поступила в редакцию 16.06.03.

PROBLEMS AND PROSPECTS OF NURSING IN FAMILY MEDICINE

V.A. Reguzov, A.V. Bukanova, S.E. Khvoscheyeva
Vladivostok Base Medical College

Summary – This article is dedicated to the nurse business reform in the Russian Federation. Its purpose is to improve the quality of medical aid rendering for the population by means of involving and more active use of the secondary nursing staff, as well as to heighten the nurse's social significance and status in the society. The reform is tightly bound up with the transition to the market economy and with the formation of family doctor institution. The authors present their own conception of the nurse business reform adapted for the Far Eastern region features.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 87-89.