

Г.Т. КАШАФУТДИНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА
Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова
г.Алматы

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: РАСШИРЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

В статье описаны различные модели сестринского дела зарубежных стран, предусматривающие более широкие полномочия медицинских сестер на уровне первичной медико-санитарной помощи и в госпитальном секторе. Расширение границ сестринской практики способствует, улучшению качества и доступности медицинской помощи, удовлетворенности пациентов, рациональному использованию врачебного труда и повышению престижа профессии медицинской сестры. Дана краткая характеристика состояния кадровых ресурсов здравоохранения Казахстана.

Ключевые слова: расширение сестринской практики, делегирование полномочий, современная модель первичной-медико-санитарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами.

Современная модель первичной медицинской помощи предусматривает широкое участие медсестер и акушерок в проведении профилактических мероприятий, назначении ограниченного перечня лекарств (кроме контролируемых препаратов), проведении простейших медицинских обследований, иммунизации, первичного приема пациентов, осуществлении контроля за здоровьем матерей и детей. Медицинским сестрам отводится существенная роль в оказании помощи пожилым, работе в сестринских клиниках и оказании помощи пациентам с хроническими болезнями, оказании помощи на дому, организации интегрированного ухода и долечивания, работы с группами здоровых и т.д. Такое расширение сестринской практики в мире явилось результатом сближения деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам. Модель медицинской сестры – пассивного помощника врача уходит в прошлое, уступая место модели медицинской сестры – помощника пациента.

Сестринское дело сегодня - это самостоятельная отрасль здравоохранения с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями, как по реабилитации больных, так и по повышению качества их жизни. Например, в странах с хорошо развитой системой первичной помощи ведение пациентов со многими хроническими заболеваниями осуществляется медицинскими сестрами. В настоящее время накоплен значительный объем данных по многим странам и различным заболеваниям, свидетельствующих о том, что этот подход обеспечивает лучшие результаты, чем традиционное лечение под руководством врача; кроме того, он может способствовать сокращению расходов[1].

Во многих европейских странах медицинские сестры составляют основу первичного звена здравоохранения. Так, в шведской системе здравоохранения медицинские сестры играют все возрастающую роль, оказывая высококвалифицированную помощь пациентам с хроническими и сложными состояниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, психические заболевания); им также предоставлено ограниченное право назначения лекарственных средств [2]. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу.

В Финляндии 80% пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В своей деятельности медицинские сестры опираются на клинические протоколы и имеют право в пределах этих протоколов изменять режим медикаментозной терапии [3,4].

В Англии медицинские сестры, специализирующиеся на помощи людям с определенными заболеваниями (сахарный диабет или бронхиальная астма), в повседневной деятельности заменяют врачей общей практики – ведут амбулаторный прием для наблюдения и обучения больных или занимаются выездной и образовательной деятельностью, направленной на повышение квалификации других медицинских и социальных работников

В США и Германии внедрены структурированные программы ведения заболеваний для некоторых состояний (case management), такой подход обусловлен тем, что врачи в этих странах чаще всего имеют индивидуальную практику, а амбулаторный и больничный секторы отделены друг от друга. Медицинские сестры во многих случаях проводят первое обследование и направляют потребителя услуг к соответствующим ресурсам медицинской помощи[5]. В развитых европейских странах врачи общей практики, как правило, не посещают пациентов на дому, за исключением редких случаев, т.к. это прерогатива подготовленных медсестер.

Современная модель ПМСП предусматривает широкое участие медсестер и акушерок в проведении профилактических мероприятий, назначении ограниченного перечня лекарств (кроме контролируемых препаратов), проведении простейших медицинских обследований, иммунизации, первичного приема пациентов, осуществлении контроля за здоровьем матерей и детей, оказания помощи пожилым, работе в сестринских клиниках и оказания помощи пациентам с хроническими болезнями, с психическими расстройствами, оказания помощи на дому, организации интегрированного ухода и долечивания, работы с группами здоровых и хронически больных и т.д.

Возможности сестринской роли в медицине изучаются и в госпитальном секторе здравоохранения. Например, в Скандинавии сестры-анестезиологи играют важную роль в обследовании пациентов с хронической болью и ведении больных с послеоперационной болью [3].

Несколько исследований и мета-анализов было посвящено исследованию взаимозаменяемости врачей, медицинских сестер и акушерок при предоставлении медицинской помощи [6]. Результаты нескольких систематических обзоров показали, что «медицинские сестры первичной помощи с расширенным функциональным диапазоном способны обеспечить тот же спектр услуг, который обычно оказывают семейные врачи, с той оговоркой, что в большинстве исследований выборка медицинских работников обычно невелика, а отдаленные результаты рассматривались редко» [7].

Согласно этим данным (преимущественно на материале США), «роль медсестер и акушерок может быть расширена при сохранении или сокращении уровня расходов и сохранении или повышении результативности лечения». Утверждается, «что от 25 до 70% работы врачей, в зависимости от конкретной задачи, вполне под силу медсестрам или другим профессионалам» [8]. Именно медсестра, работая с врачом, должна освободить его от работы, не свойственной врачебной квалификации, что позволит повысить эффективность и рациональность использования врачебных кадров.

С другой стороны, квалифицированные медицинские сестры, способные заменить врача при целом ряде процедур и манипуляций, могут снизить потребность в численности врачей. Подготовка врачей в настоящее время является весьма дорогостоящим и длительным процессом, что и объясняет необходимость рационального использования врачебного труда [9].

Таким образом, «перераспределение ролей или сферы практической деятельности конкретных работников здравоохранения – это стратегия, которая позволяет лучше использовать все более многообразные кадровые ресурсы и добиться нужного количества нужных типов работников и их надлежащего сочетания». [10,11] Эти изменения профессиональных границ можно разделить на четыре категории: улучшение, замена, передача полномочий и инновации [11]. В наибольшей степени эти изменения касаются медицинских сестер, т.к. все больше данных указывает на то, что такое «перераспределение ролей может улучшить результаты лечения пациентов, особенно, с хроническими заболеваниями и сократить использование ими услуг здравоохранения» [1].

Следовательно, расширение границ сестринской практики способствует: повышению доступности медицинской помощи; улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение пациентов; повышению профессионального статуса медицинских сестер; повышению ответственности за пациента.

В настоящее время системы здравоохранения всех стран переживают кадровый кризис. По данным ВОЗ в мире не хватает 4,3 миллиона работников здравоохранения [12].

Среди причин, способствующих дефициту и низкой производительности труда среднего медицинского персонала, Международная организация труда особо выделяет продолжительный рабочий день, низкую зарплату, отсутствие стимулов и неудовлетворенность работой [13,14]. В Казахстане в последнее десятилетие остро стоит проблема развития кадрового потенциала здравоохранения, в том числе и среднего медицинского персонала. Так, численность средних медицинских работников в 2011г. составила 143,8 тыс. Обеспеченность средними медицинскими работниками - 87,5 на 10 населения. Таким образом, одной из особенностей кадрового потенциала республики являются относительно высокие показатели обеспеченности врачебными кадрами и меньшие показатели обеспеченности средним медицинским персоналом в сравнении с мировыми данными. Так, согласно статистическим данным ВОЗ, Казахстан находится на 10-й позиции в мире по обеспеченности врачами – 39 на 10 000 населения. Соотношение врач/средний медицинский персонал в Казахстане составляет 1: 2,3, тогда как в странах большой десятки G10 это соотношение в среднем равно 1: 3 (рисунок.1).



Обеспеченность на 10 тыс. насел., ВОЗ, Мировая статистика здравоохранения 2009

Рисунок 1 - Обеспеченность на 10 тыс.насел., ВОЗ, Мировая статистика здравоохранения 2009.

Особенно остро стоит проблема обеспеченности медицинскими кадрами в сельской местности (рисунок.2).



Рисунок 2 - Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения, 2011г.

Кадровый дисбаланс «сестринский персонал - врачи» сопровождается двумя взаимосвязанными негативными процессами. Во-первых, увеличением доли во врачебной деятельности тех видов медицинских услуг, которые должны осуществляться хорошо подготовленным сестринским персоналом. Во-вторых, принижением роли сестринского персонала, функции которого сводятся к обслуживанию врача и выполнению чисто технической работы, не требующей профессиональной сестринской квалификации.

В целом, помимо кадрового дисбаланса, существуют и качественные проблемы кадровых ресурсов:

- недостаточный уровень профессиональной компетентности специалистов;
- низкая мотивация профессионального роста;
- низкий престиж и социальный статус профессии;
- отсутствие единой стратегии развития кадров отрасли.

В разработанной Министерством здравоохранения РК «Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения 2012-2020г.г.» обозначены пути решения этих проблем [15]:

- пересмотр штатных нормативов (увеличение численности средних медицинских работников с учетом реальной потребности);
- совершенствование нормативно – правовой базы, методов и инструментов кадровой политики;
- оптимизация профессиональной деятельности специалистов отрасли (перераспределение ресурсов, полномочий мультидисциплинарный подход к подготовке);
- совершенствование системы управления сестринским персоналом в соответствии с наилучшей международной практикой;
- делегирование ряда врачебных функций медицинской сестре;
- совершенствование медицинского образования в т.ч. непрерывного профессионального обучения;
- привлечение профессиональных ассоциаций к решению кадровых проблем;
- создание условий для повышения мотивации и социального статуса специалистов сестринского дела
- изменение организации труда средних медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Singh, D. /Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions?/ARapid Review of the Literature.Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernization Agency/. - 2005. - 70p.
- 2 Buchan, J. and Calman, L. /Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles/. - Paris: OECD, 2005. - 63p.
- 3 Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B./Nurse_led heart failure clinics in Sweden/Eur J Heart Fail. - 2001.- 3. – P. 139–144.
- 4 Karlberg, I. at al. /Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries/, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. - 181p.
- 5 Petro, W., Schulenburg, J., Greiner, W. et al./Effizienz eines Disease Management Programmes bei Asthma/, Pneumologie. - 59. - 101–7.2005
- 6 Фигерас Ж.,Макки М./Реформа больниц в новой Европе/Пер. с англ.- М:Весь мир, 2002. – 320 с.
- 7 Horrocks, S at al. /Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors/ BMJ: 324:819. –23.2002
- 8 Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. and Kindig, D. /Skill mix changes:substitution or service development? /Health Policy. - 45: 119. – 32.1998
- 9 Miranda Laurant at all,/Substitution of doctors by nurses in primary care/. – 2009. - 37 p.
- 10 Sibbald et al. 2004; Bonnie Sibbald, JieShen, and Anne McBride Changing the skill-mix of the health care workforce/ J Health Serv. Res Policy. - January 2004.- 9. - 28. -38p.
- 11 McKee et al. / Bulletin of the World Health Organization /. - November 2006. - 84 (11). - 890-896 p.
- 12 Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.<http://www.un.org/ru>
- 13 Work-related stress in nursing. – Geneva: ILO, 2000. - 52 p.
- 14 Women's progress in workforce improving worldwide, but occupational segregation still rife. – Geneva: ILO, 1997. - 68 p.
- 15 Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2011-2020годы (Проект).

Г.Т.КАШАФУТДИНОВА, В.Ю.БАЙСУГУРОВА

ДАМЫҒАН ЕЛДЕРДЕГІ МЕЙІРБИКЕ ІСІНІҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ:МЕЙІРБИКЕ ТӘЖІРБИЕСІНІҢ ДАМУЫ

Түйін: мақалада шет елдердегі мейірбике ісінің әр түрлі моделдері, атап айтқанда, медициналық мейірбикелердің өкілеттілігі тым кеңінен, тіпті алғашқы медико-санитарлық көмек пен госпитальдық сектор деңгейінде қаралатындығы сипатталған. Мейірбикелік тәжірибе шегарасының кеңеюі, медициналық көмек көрсету сапасының жақсаруына және қол жетімділігіне, емделушілердің қанағаттануына, дәрігер еңбегінің тиімді пайдалануына, сонымен бірге медициналық мейірбике мамандығының мәртебесін көтеруіге, мүмкіндік туғызады. Қысқаша берілген мінездемеде Қазақстанның денсаулық сақтау ресурсындағы кадрлар жағдайы берілген.

Түйінді сөздер: мейірбикелік тәжірибені дамыту, өкілеттілікті табыстау, қазіргі АМСК моделі, аймақтарды медициналық кадрлармен қамтамасыз ету.

G.KASHAFUTDINOVA, V.BAISUGUROVA

CURRENT STATUS OF NURSING IN DEVELOPED COUNTRIES: EXPANDING NURSING PRACTICE

Resume: in article the various models of nursing abroad, providing greater powers of nurses in primary health care and in the hospital sector are described. Expanding the boundaries of nursing practice improves the quality and accessibility of health care, patient satisfaction, efficient use of medical work and prestige of the nursing profession. The article presents a brief description of the health workforce in Kazakhstan.

Keywords: extension of nursing practice, the delegation of authority, modern model of Primary Health Care.