

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: РАСШИРЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Ислямова Амангуль Ескендировна

Учреждение образования «Высший медицинский колледж «Авиценна»,
преподаватель специальных дисциплин, Республика Казахстан, г. Семей

Аннотация. 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: современное состояние, сестринское дело, развитые страны, расширение, сестринская практика, здравоохранение.

Актуальность. 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.

Сестринское дело сегодня - это самостоятельная отрасль здравоохранения с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями, как по реабилитации больных, так и по повышению качества их жизни.

Цель исследования:

Современное состояние сестринского дела в развитых странах:
расширение сестринской практики

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, осуществления 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.

В развитых европейских странах врачи общей практики, как правило, не посещают пациентов на дому, за исключением редких случаев, т.к. это прерогатива подготовленных медсестер.

Возможности расширения роли медицинских сестер 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. Несколько исследований и мета-анализов было посвящено исследованию взаимозаменяемости врачей, медицинских сестер и акушерок при предоставлении медицинской помощи.

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».

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». 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.

В настоящее время системы здравоохранения всех стран переживают кадровый кризис. По данным ВОЗ в мире не хватает 4,3 миллиона работников здравоохранения. 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. В Казахстане в последнее десятилетие остро стоит проблема развития кадрового потенциала здравоохранения, в том числе и среднего медицинского персонала.

Результаты и их обсуждение:

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. Особенно остро стоит проблема обеспеченности медицинскими кадрами в сельской местности.

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:

- 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.

Выводы:

Мировая практика показывает, с развитием системы сестринской помощи повышаются показатели послеоперационной выживаемости пациентов, снижается количество осложнений. Проведенное в девяти европейских странах исследование (проект RN4CAST — Sputnik), показало, что есть прямая зависимость результатов лечения пациентов от уровня квалификации медсестер.

Так, с увеличением рабочей нагрузки медсестер в расчете на одного пациента вероятность смерти стационарных больных в течение 30 дней после поступления повысилась на 7%. При этом каждое увеличение на 10% численности медицинских сестер, имеющих степень бакалавра, было связано со снижением этой вероятности на 7%. Такая взаимосвязь означает, что смертность среди пациентов больниц, в которых 60% медсестер имели степень бакалавра и обслуживали в среднем по шесть пациентов, могла быть почти на 30% ниже, чем среди пациентов больниц, в которых только 30% медсестер имели степень бакалавра. При этом медсестры обслуживали в среднем по восемь пациентов. Медсестры "разгружают" врачей и позволяют им качественнее выполнять свою работу. В то же время сам пациент получает больше персональной

помощи, а в поликлиниках исчезают очереди к востребованным специалистам.

Список литературных и Интернет источников:

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