

УДК 616.2: 614.253.52

# Самостоятельная деятельность медицинских сестер в городской поликлинике

*Федосеева Л.С., Назаркина И.М., Суслин С.А.*

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы организации самостоятельной деятельности медицинских сестер в условиях городской клинической поликлиники № 15 г. Самары – одной из ведущих амбулаторно-поликлинических медицинских организаций Самарской области. Самостоятельная деятельность медицинских сестер, реализуемая посредством приема пациентов, направлена на профилактические мероприятия, динамическое наблюдение за хроническими пациентами, мониторинг состояния здоровья пациентов в условиях стационара на дому, реализацию скрининговых мероприятий по выявлению заболеваний, обучающих программ и другие мероприятия.

**Ключевые слова:** амбулаторно-поликлиническая помощь, самостоятельная деятельность медицинских сестер, организация медицинской помощи.

## Independent activities of nurses in an urban clinic

*Fedoseyeva L.S., Nazarkina I.M., Suslin S.A.*

**Summary.** The article examines the organization of independent activities of nurses in urban polyclinic N 15 Samara – one of the leading outpatient medical organizations Samara region. Independent activities of nurses, implemented by receiving patients, aimed at preventive measures, the dynamic monitoring of chronic patients, monitoring the health status of patients in the hospital at home, implementing screening activities to identify diseases, training programs and other activities.

**Key words:** outpatient care, self-employment of nurses, medical aid organization.

Основными приоритетами деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) амбулаторно-поликлинического звена на сегодня являются развитие профилактического направления, повышение доступности качества и эффективности медицинской помощи.

Указанные направления планомерно реализуются в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Самарской области (ГБУЗ СО) «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района» (СГКП № 15). Данная поликлиника является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, обслуживающая 74 тыс. пациентов, или свыше 6% всего населения г. Самары.

Начатые в ГГКП № 15 еще в 1996 г. реорганизационные мероприятия по внедрению принципов врача общей практики в организацию оказания медицинской помощи населению на амбулаторном этапе привели к расширению спектра направлений деятельности врачей первичного звена. Это коснулось наделения врачей общей практики полномочиями по реализации профилактического направления деятельности, управлению ресурсами, увеличению объема оказываемых медицинских услуг за счет развития стационарозамещающих технологий, внедрению технологий управления качеством оказания медицинской помощи.

В результате, резко увеличилась нагрузка на имеющихся сотрудников, по-

высилось требование к качеству оказываемых медицинских услуг, изменился подход к формированию учетно-отчетной документации.

Одним из факторов успешного решения организационных задач стало создание в поликлинике соответствующей информационно-аналитической системы. Сегодня она представляет собой локальную сеть из 300 рабочих мест, способную решать вопросы не только хранения информации о состоянии здоровья прикрепленного населения и оказанных медицинских услугах, но и реализовывать аспекты управления потоками пациентов, планирования деятельности сотрудников, перераспределения нагрузки, мониторинга «внешних» и «внутренних» услуг, анализа оперативной информации для принятия управленческих решений.

Одним из основных принципов существования современной поликлиники является непрерывное движение вперед, то есть поиск новых решений поставленных задач и непрерывное образование каждого члена коллектива. Актуальным становится принцип поиска внутренних резервов оказания медицинской помощи, перераспределение потоков пациентов между сотрудниками, делегирование полномочий, освоение врачами и медицинскими сестрами новых методик.

В условиях дефицита врачебных кадров, особое внимание уделяется медицинским услугам, оказываемым медицинскими сестрами. Более 2/3 всех сотрудников системы здравоохранения составляют работники среднего медицинского звена. Именно поэтому сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающее значительными кадровыми ресурсами и реальным профессиональным потенциалом.

Для организации сестринского процесса как самостоятельного направления деятельности медицинских сестер в поликлинике потребовалось создать систему непрерывного профессионального образования медицинских сестер, разработать алгоритмы взаимодействия медицинских сестер в рамках решения проблем пациентов, создать собственные или адаптировать уже имеющиеся технологические стандарты деятельности среднего персонала, разработать и внедрить информационное

сопровождение всего процесса, а также создать систему экономической мотивации деятельности, основанной на дифференцированном подходе к оплате труда, ориентированного на результат. С целью координации и интеграции деятельности среднего медицинского персонала в общую систему оказания медицинской помощи была создана управленческая структура, в состав которой вошли старшие медицинские сестры отделений, главный врач и его заместители. Развитие сестринского дела в поликлинике проходит под непосредственным руководством Министерства здравоохранения Самарской области, кафедр Самарского государственного медицинского университета и ассоциации медицинских сестер.

Научно обоснованный подход в сочетании со стандартизацией деятельности, непрерывным профессиональным образованием медицинских сестер позволил делегировать решение ряда задач от врача к медицинской сестре, наделив ее полномочиями не только исполнителя конкретных назначений, но и по управлению отдельными процессами.

Были определены следующие направления самостоятельной деятельности медицинских сестер. Наряду с решением всех задач профилактического направления, медицинским сестрам делегированы полномочия по динамическому наблюдению за хроническими пациентами, мониторингу состояния здоровья пациентов в условиях стационара на дому, реализацию скрининговых мероприятий по выявлению заболеваний, обучающих программ.

Самостоятельная деятельность медицинских сестер реализуется через право ведения самостоятельного приема больных. С этой целью открыто отдельное расписание в электронной регистратуре. Потоки пациентов формируются от врачей общей практики, врачей-специалистов (с целью осуществления динамического наблюдения за пациентом), а также больные могут записаться на прием самостоятельно при обращении в регистратуру или предварительно по телефону (для оформления медицинской документации, получения направлений на различные виды исследований). Отдельный поток формируют сами медицинские сестры, приглашая больных на доврачебный осмотр для организации

диспансеризации по заболеванию, а также для проведения части мероприятий в рамках дополнительной диспансеризации отдельных категорий граждан.

Таким образом, формируется работа в команде «врач-медицинская сестра», обеспечивающая преемственность и увеличение спектра медицинских услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Подверглось коррекции и информационное сопровождение сестринского процесса: разработаны и внедрены карты сестринского наблюдения за пациентами, электронные варианты анкет для проведения скрининга хронических социально-значимых заболеваний и факторов риска их развития.

Основу самостоятельного приема составляют мероприятия по раннему активному выявлению больных с минимальными клиническими проявлениями хронических заболеваний, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма и ХОБЛ, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей и других.

Скрининг состоит из анкетирования пациентов и проведения целевых инструментальных исследований (определение уровня холестерина и глюкозы крови, регистрация ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания и другие). Данные ме-

роприятия проводятся последовательно друг за другом или параллельно. Все результаты вносятся в электронную амбулаторную карту и формируют паспорт здоровья прикрепленного населения на участке.

Для оптимальной оценки полученных данных по результатам скрининга нами созданы алгоритмы действия медицинских сестер при выявлении тех или иных факторов риска развития хронических заболеваний, на основании которых медицинская сестра формирует группы для дообследования или реабилитации. В реабилитационных мероприятиях предусмотрено использование не только лекарственной терапии отдельных состояний (которую медицинская сестра проводит при непосредственном участии врача), но и ресурсов отделения восстановительного лечения, а также образовательных программ.

Возможности электронной амбулаторной карты в рамках информационно-аналитической системы поликлиники построены таким образом, что позволяют не только сформировать «портрет» участка по имеющимся факторам риска, но и стандартизировать подходы к дообследованию отдельных групп больных. Кроме того, можно также осуществлять мониторинг исполнения назначений и их эффективность, сопоставляя не только параметры

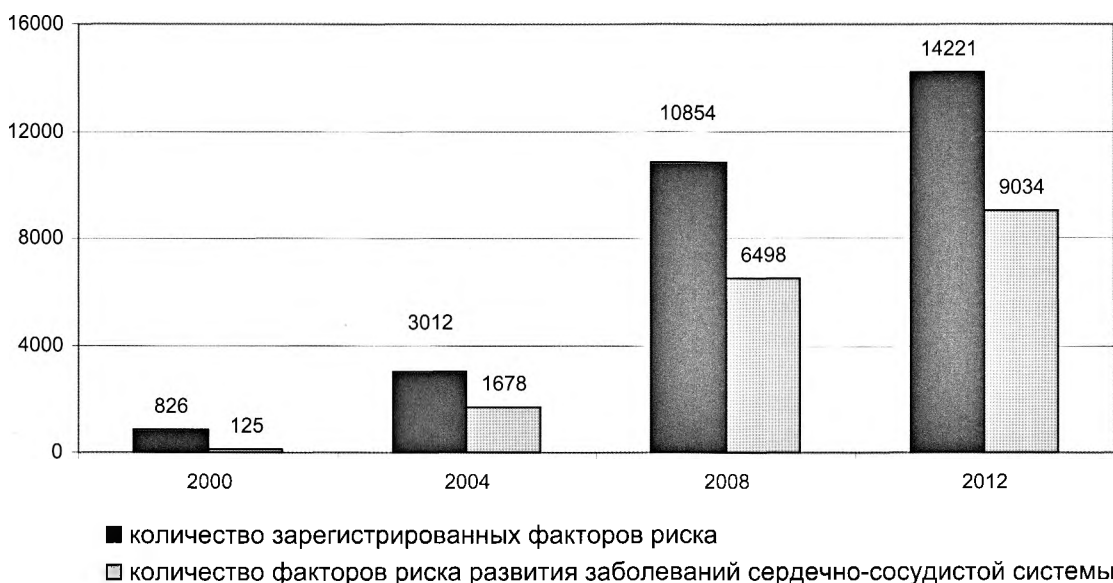


Рис. 1. Регистрация факторов риска развития хронических заболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой системы в СКГП № 15 в 2000–2012 гг.

амбулаторной карты, но и данные о вызовах скорой медицинской помощи, случаях госпитализации или обращения в другие ЛПУ.

Многолетний опыт осуществления скрининговых мероприятий, основными исполнителями которых являются медицинские сестры, среди прикрепленного населения привел к увеличению регистрации пациентов, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний практически в 10 раз (рис. 1).

Одновременно с ростом выявляемых факторов риска возрастает количество выявленных больных с такой социально-важной патологией, как: артериальная гипертензия (с 1256 в 1996 г. до 12 246 в 2013 г.), бронхиальная астма (со 156 в 1996 г. до 1854 в 2013 г.), сахарный диабет (с 216 в 1996 г. до 2016 в 2013 г.).

Раннее выявление пациентов с минимальными клиническими проявлениями заболеваний в сочетании с системным подходом к организации оказания им медицинской помощи с применением новых медицинских и реабилитационных технологий позволило достигнуть снижения числа осложнений в виде инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения (рис. 2).

Несмотря на увеличение объема работы медицинской сестры, сохраняются ее

полномочия в реализации таких общепринятых профилактических мероприятий, как обеспечение флюорографического обследования населения, вакцинации в предэпидемический период и в рамках Национального календаря. Из года в год удается охватить профилактическими обследованиями на туберкулез около 98% населения. При этом доля активно выявленных больных неуклонно растет (с 25,2% в 1996 г. до 58% в 2013 г.).

Дополнительное обучение медицинских сестер навыкам проведения онкологического осмотра на предмет выявления рака наружной локализации позволяет дополнительно осмотреть до 10 тыс. пациентов в год (около 13,5% от всего прикрепленного к поликлинике населения). Немалую долю осмотренных занимают нетранспортабельные больные и пациенты с ограниченными возможностями к передвижению. Только в 2013 г. медицинскими сестрами поликлиники было выявлено 3118 патологических состояний, входящих в группу фоновых или предраковых заболеваний и требующих особого диспансерного наблюдения. Медицинскими сестрами были выявлены и в последующем подтверждены три меланомы кожи и лимфома.

Положительный опыт самостоятельной работы медицинских сестер был исполь-

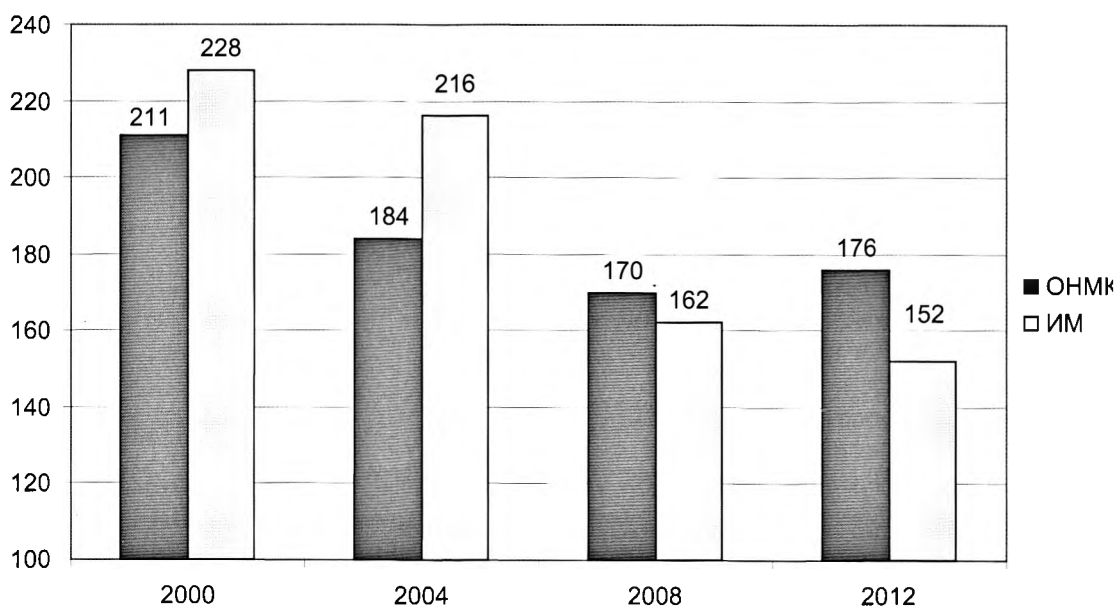


Рис. 2. Динамика числа острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и инфаркта миокарда (ИМ) в СГКП № 15 в 2000–2012 гг.

зован при организации мероприятий в рамках диспансеризации отдельных контингентов граждан и профилактических осмотров (в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ № 1006н и № 1011н). С целью оптимизации временных затрат на заполнение медицинской документации, в информационное сопровождение диспансеризации были внесены изменения в виде электронной анкеты по выявлению факторов риска развития хронических заболеваний с возможностью автоматизированной обработки и формирования маршрутной карты пациента с учетом необходимых дообследований. Карта диспансеризации, паспорт здоровья пациента также формируются в автоматическом режиме.

Четкая организация и разделение потоков пациентов между врачами и медицинскими сестрами позволили не только в кратчайший срок справиться с планом по осмотру, но и выявить пациентов с заболеваниями или факторами риска их развития. Так, по результатам работы в 2013 г. было выявлено: 3 онкологических заболевания, 350 доброкачественных новообразований, 4900 заболеваний сердечно-сосудистой системы, 1778 заболеваний пищеварительной системы.

Одним из важных аспектов ведения больных на амбулаторном этапе является проведение образовательных программ. Медицинские сестры успешно проводят занятия в обучающих школах для пациентов, а также в школе «здоровое сердце», призванное формировать основные принципы здорового образа жизни. Ежегодно около 14 тыс. пациентов проходят обучение в групповых занятиях. Эффект от обучения пациентов складывается из достижения клинического контроля течения заболевания (например, снижение числа вызовов скорой медицинской помощи больными артериальной гипертензией в связи с развитием гипертонического криза с 8548 в 1996 г. до 3548 в 2013 г.).

Необходимо отметить роль медицинских сестер в проведении индивидуально-го обучения больных и их родственников, во время которого не только предоставляется информация об особенностях течения заболевания и методах его лечения, но формируется психологический климат в семье, способствующий снижению бреме-

ни заболевания. Экономический эффект от проведения обучающих школ составил бы до 7,5 млн руб. в год, что при наличии механизма возврата финансовых средств позволило бы увеличить заработную плату врачам и медицинским сестрам.

Изменилась роль медицинской сестры в реализации мероприятий лечебно-диагностического процесса. Уровень профессионального образования, знание населения участка и его особенностей позволили делегировать медицинским сестрам полномочия по мониторингу состояния больных в рамках стационаров на дому, оценивая эффективность назначенной терапии, что позволяет сократить число визитов врача, высвободив время для работы с другими пациентами. С целью регистрации полученных данных нами разработаны электронные карты сестринского наблюдения за пациентами в условиях стационара на дому.

Количество пациентов, принятых медицинскими сестрами на самостоятельном приеме, увеличилось с 13,5 тыс. в 1997 г. до 82 тыс. в 2012 г. В 2012 г. медицинскими сестрами выполнено 14,7% от общего числа посещений, утвержденных государственным заданием.

Опыт самостоятельного приема медицинскими сестрами врачей общей практики или участковых терапевтов активно используется в организации приема врачей-специалистов.

Так, медицинская сестра врача-офтальмолога во время самостоятельного приема осуществляет не только оформление медицинской документации, но и динамическое наблюдение за больными глаукомой, оценивая эффективность подобранной терапии, что дает возможность высвободить до 15% времени приема врача и увеличить доступность данного вида медицинской помощи для пациентов.

Динамическое наблюдение за пациентами с бронхиальной астмой в период подбора терапии или стабильного течения заболевания осуществляет медицинская сестра на самостоятельном приеме. В ряде случаев им же доверено оформление рецептурных бланков пациентам, не требующим коррекции терапии.

Увеличение объема обязанностей, выполняемых медицинской сестрой, потребовало создания системы экономической

мотивации повышения качества ее работы, основанной на дифференцированном подходе к оплате труда, ориентированном на результат. С этой целью еще в 1996 г. было разработано положение, предусматривающее оценку деятельности специалистов по отдельным критериям, отражающим наиболее актуальные процессы. Система создана с учетом основных требований к дифференциации оплаты: открытость выбираемых критериев и параметров исполнения, их доступность к выборке и сравнимость между собой. В настоящее время оценивается работа команды – врача и медицинской сестры – с определением доли участия каждого в достижении того или иного целевого показателя.

По результатам подведения итогов работы за период (месяц) дополнительная сумма финансового вознаграждения может достигать 25 тыс. руб. у врача и 15 тыс. руб. у медицинской сестры.

Таким образом, система создает условия не только для адекватной оплаты деятельности сотрудников, но и здоровой конкурентной среды, направленной на стимуляцию профессионального роста каждого сотрудника и развития всего ЛПУ.

Анализ созданной системы самостоятельной деятельности медицинских сестер показывает, что данный вариант использования имеющихся ресурсов может позволить перераспределить до 25% посещений

от врача к медицинской сестре без снижения качества оказания медицинской помощи и при повышении ее доступности.

Вместе с тем, в настоящее время назрела необходимость более четкой нормативно-правовой регламентации самостоятельной деятельности медицинских сестер в поликлиниках, развитие которой затруднено вследствие отсутствия нормирования труда, новых функциональных обязанностей среднего медицинского персонала в системе взаимоотношений «врач-медицинская сестра», соответствующей додипломной и профессиональной подготовки медицинских сестер и других аспектов, решение которых должно состояться в ближайшее время.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

*Федосеева Лидия Сергеевна, канд. мед. наук, гл. врач ГБУЗ СО «Городская клиническая поликлиника № 15» Промышленного района г. Самары, заслуженный врач РФ*

*Назаркина Ирина Михайловна, канд. мед. наук, зам. главного врача, ГБУЗ СО «Городская клиническая поликлиника № 15» Промышленного района г. Самары*

*Суслин Сергей Александрович, д-р мед. наук, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России», sasuslin@mail.ru*

#### *Хабаровский и Приморский края присоединились к программе «Пульс жизни»*

Хабаровский и Приморский края стали первыми регионами, которые присоединились к программе «Пульс жизни» в 2014 г. 19–20 мая 2014 г. в Хабаровске на ОАО «Хабаровский нефтеперерабатывающий завод» состоялся бесплатный скрининг сотрудников предприятий на предмет оценки состояния сердечно-сосудистой системы. Обследование прошли более 350 жителей города. 23–26 мая 2014 г. в городе Владивостоке на ОАО «Владхлеб» состоялся бесплатный скрининг сотрудников предприятий на предмет оценки состояния сердечно-сосудистой системы. Обследование прошли более 300 жителей города.

Акция проходила в рамках всероссийской социально-образовательной программы «Пульс жизни». Целью программы «Пульс жизни» является развитие профилактической медицины и повышение уровня знания населения и руководителей предприятий о рисках, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Инициаторами проекта выступают ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России» и химико-фармацевтический концерн Bayer.

*Соб. инф.*