

**Ассоциация медицинских сестер России за 25 лет деятельного существования в отрасли объединила более 125 тысяч человек, не выпала из контекста профессии и не утратила контакта с регуляторами, иными словами – приобрела и сохранила право лоббировать в индустрии здравоохранения интересы среднего медперсонала.**

О том, как это получается, рассказали Vademecum руководители сообщества – бессменный президент ассоциации Валентина Саркисова и исполнительный директор Валерий Самойленко.



## **Как всё начиналось**

Ассоциация медицинских сестёр России была создана при поддержке Минздрава – в 1992 году ведомство планировало вместе с американцами осуществить образовательный проект «Новые медсестры для новой России». Из США приехала большая группа медсестер – специалистов с высшим сестринским образованием. От них мы впервые услышали о том, что представляет собой эта профессия за рубежом. Минздрав очень заинтересовался проектом, но коллеги были готовы сотрудничать только с общественной организацией, которой у нас не было. Тогда замдиректора Всероссийского учебно-научно-методического центра по среднему медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава Наталья Мальцева собрала нас, главных медсестер из разных медучреждений и регионов, и предложила такую общественную организацию создать. Так, неожиданно, в некоторой степени – экспромтом, родилась наша ассоциация. Поначалу мы плохо представляли, чем следует заниматься, сидели вечерами и обсуждали концепцию. Сформулированная тогда цель неизменна и по сей день – защита медсестер и совершенствование их профессионализма.

## **Учёба во главе угла**

Первое, что мы увидели, начав работу – то, что система образования и статус медицинских сестер в мире значительно отличаются от наших традиций. К счастью, получилось доказать Минздраву, что медсестры должны учиться дольше и лучше. Среднее профессиональное медобразование у нас тогда получали за один год 10 месяцев, а потом – за два года 10 месяцев.

Тем не менее, одного увеличения продолжительности обучения было бы недостаточно. Следовало насытить программы обучения информацией, ориентированной на выполнение медсестрами новых для них клинических задач. Кроме того, стало понятно, что медсестры могут получать высшее образование, и обучать профессии следует не только бывших школьников, но и тех практикующих специалистов, которые хотят качественно повысить квалификацию, а работодатели должны быть заинтересованы в таких специалистах. Стали появляться факультеты высшего сестринского образования. Сначала их было всего три, а потом благодаря упорству региональных общественных организаций такие факультеты стали появляться повсеместно. Сейчас они есть в 24 вузах, но после 2011 года, когда вся система образования отказалась от специалитета, медсестер готовят по программам бакалавриата – четыре года. К сожалению, сестринские магистратуры все закрыли. Хотя, на мой взгляд, магистратура в специальности очень нужна – как минимум для тех, кто стремится к карьерному росту. Медсестры, обладающие лидерскими качествами, должны иметь возможность получить высокую должность. Судя по всему, магистратура оказалась невостребованной по той причине, что долгое время не было понимания роли медицинской сестры как в клинической работе (в том, что называется независимой сестринской практикой), так и в системе управления клиникой. Из-за этого многие медсестры, даже имеющие высшее образование, оставались на тех же позициях – процедурных, палатных и других медсестер. С одной стороны, стать руководителем суждено не каждой медсестре, ведь не каждый врач становится заведующим или

главным врачом. И наличие высшего образования – необходимое, но явно не достаточное условие получения высокой должности. Кроме того, в магистратуре практически не было бюджетных мест, а на платной основе при отсутствии четкой карьерной перспективы учиться мало кто хотел. Тем не менее решение оставить в системе только бакалавриат – не совсем верное.

Отдельно стоит поговорить и о доступности сестринского образования. Среднее профессиональное образование в основном бесплатное, а вот за обучение по программе бакалавриата почти везде надо платить. И, несмотря на заинтересованность аудитории, бюджетных мест очень мало. А для акушерок путь к высшему сестринскому образованию закрыт: таких учебных программ просто нет. Все развитые страны инвестируют в систему образования медсестер, потому что понимают экономический эффект – этот трудовой ресурс попросту дешевле, от квалификации медсестры зависят качество оказания медпомощи, прочие показатели деятельности медорганизации и здравоохранения в целом.

Многие функции, которые в нашей модели традиционно выполняют врачи, в развитых моделях здравоохранения переданы медсестрам. Причем масштабные исследования показывают, что такая передача полномочий не только не ухудшает, но в некоторых случаях даже улучшает конечный результат лечения. Медсестры обучают пациентов и их родственников приемам и манипуляциям, доступным в домашних условиях, профилактическим мерам. Они вообще могут больше и интереснее работать с пациентами. Человек, попавший в больницу, зачастую не знает об особенностях своего лечения. Врачу, время которого до предела заполнено лечебными действиями, трудно уделить достаточное количество времени для полноценного рассказа пациенту обо всех тонкостях его заболевания и проводимого лечения. Вести диалог с пациентом могли бы медсестры, но сегодня у них для этого недостаточно образования, а еще чаще – просто нет времени.

Для того чтобы произошли изменения, нужно менять отношение общества к профессии медсестры, акушерки, фельдшера. В любом разговоре о медицине мы слышим сплошное «врач, врач, врач». Такая позиция характерна и для выступлений высших руководителей отрасли, и для журналистов, освещающих медицинские темы. О том, что основной объем рутинной работы в поликлинике и стационаре выполняет средний медперсонал, никто не помнит. Врачам с университетской скамьи внушают, что медсестра – это только помощник врача, а не самостоятельная функциональная единица. Статус помощника легко превращает медсестру почти в прислугу, тогда как у нее есть свой обширный функционал. Надо сложившийся тренд переломить, сегодня другое время, когда у медсестры и врача должны быть партнерские отношения. Один лечит пациента, другой за ним ухаживает. Задача у них общая, потому что самая важная фигура в здравоохранении – это все-таки пациент. Когда мы это поймем, то, возможно, и отношение к медсестрам изменится.



### **Мастерицы на все руки**

По поводу того, какие дополнительные функции могла бы выполнять медсестра, сегодня существует масса вариантов. Например, совсем не обязательно, чтобы она неотлучно находилась возле ведущего приема врача поликлиники – дерматолога, невролога, терапевта и так далее. В огромном количестве случаев для помощи пациенту достаточно квалификации медицинской сестры – разъяснить особенности режима, питания и правил приема препаратов, обучить необходимым манипуляциям и приемам самопомощи, научить правильно использовать медицинские изделия и так далее. Врач занимается только пациентом, назначает лечение. Часто к врачу выстраиваются большие очереди пациентов, которым надо всего лишь выписать рецепт или направление. Почему этого не может сделать медсестра? Она же не назначает препарат, а выписывает его, ориентируясь на записи врача в амбулаторной карте. Зато пациент в очереди не сидит, а врач не тратит драгоценное время. Такой опыт работы, кстати, уже есть в Москве. Или другой пример: медсестра может осуществлять патронаж детей. Зачем здорового ребенка вести к врачу? Пусть он занимается больными. А если медсестра увидит, что с ребенком что-то не так, то она его направит к специалисту. Акушерка прекрасно справится с ведением нормальной беременности. Врач опять же подключается только при подозрении на патологию. А у нас к врачу часто попадает здоровый пациент. Это надо в корне менять.

К сожалению, технически осуществить описанное выше сегодня не так легко. В первую очередь потому, что сразу же появляется необходимость менять множество регламентов. Практически ни один из утвержденных сегодня порядков оказания медицинской помощи не детализирует роль медицинской сестры. При этом нет необходимости изобретать что-то кардинально новое – достаточно обратиться к мировой практике, где объем

расширенной сестринской помощи подробно расписан и научно обоснован. К слову, во всех соседних странах бывшего СССР такие нормы есть, а у нас – нет. И ведёт это, например, в числе прочего и к тому, что, например, если медсестра допустила ошибку, то ответственность все равно несет лечащий врач.

### **Зачем нужны стандарты?**

*Когда 11 лет назад мы начинали писать профессиональные стандарты для медсестер, фельдшеров и акушерок, то сразу понимали, что это – документ будущего. Изначально мы задались целью всего лишь расширить полномочия этих специалистов. Но все оказалось не так просто. У Минтруда есть макет, по которому пишутся все стандарты и под который пришлось корректировать наш проект. Но главная проблема в том, что все регламентирующие деятельность среднего медперсонала приказы устарели, и от этого никуда не деться. Если в приказе той или иной функции нет, значит, новый стандарт не будет утвержден. Получается обидный парадокс: делаем для будущего, упираемся в наследие прошлого.*

*Со счетов нельзя скидывать и периодически возникающее непонимание между разными участниками процесса разработки стандартов. Яркий пример – дискуссия по проекту профстандарта для фельдшеров. В России существует так называемая национальная рамка квалификации специальностей, согласно которой абсолютно все специальности всех отраслей экономики должны быть расставлены по девяти ступеням. Дворник, который метет асфальт возле вашего дома, – это первая ступень, министр – девятая. Каждый уровень, предусматривает определенную степень самостоятельности, сложности работы и ответственности, а в Трудовом Кодексе прописано, что система оплаты труда опирается в том числе на профстандарты и уровни квалификации. Для медсестры мы установили пятый уровень, а для фельдшера – шестой, так как в большинстве случаев он работает самостоятельно, принимая на себя ответственность за диагностику, лечение и спасение жизни человека. И в какой-то момент на этапе обсуждения нам было предложено исправить стандарт для фельдшера, понизив его до пятого уровня. Конечно, такое предательство профессии нас не устроило. Мы отказались подписывать документ, а его проект представили на общественное обсуждение на нашем форуме. Как разрешился этот принципиальный для нас вопрос, пока непонятно, так как документ не подписан. Но мы очень надеемся, что наше мнение будет учтено и фельдшерам вернут шестой уровень квалификации.*

*От медицинского сообщества нередко слышны упрёки в том, что на разработку профстандартов ушло огромное количество времени. Это действительно так, но на всё есть свои причины. В период подготовки стандартов постоянно менялось законодательство, а некоторые важные законы вообще были приняты впервые. И в каждом новом документе было написано вроде бы то же самое, только другими словами – а это значило, что стандарт опять надо переписывать. Даже сам макет профстандарта менялся три раза. Кроме того, на первом плане все-таки были стандарты для врачей, а наши постоянно отодвигались. Но теперь тянуть нельзя: не за горами обязательная первичная аккредитация, которая без профстандарта невозможна.*

*На каком этапе согласования сейчас этот документ, мы не знаем, финальная версия была подготовлена еще в сентябре. Нам все время говорят, что вот-вот все будет.*



### **Работа на износ**

Вопрос о дефиците сестринских кадров и борьбе с ним сегодня без преувеличения стал притчей во языцех. Однако надо отметить, что однозначного ответа этот вопрос сегодня не имеет – всё зависит от того, с чем сравнивать и даже какие отрасли здравоохранения рассматривать. Есть области медицины, в которых хватает медработников, а есть те, где их катастрофически мало. В некоторых случаях можно даже порассуждать о том, что дефицит преодолим. Например, в справочнике ВОЗ за 2015 год, где есть данные и о России, написано, что обеспеченность медсестрами в нашей стране в целом примерно на 15% ниже, чем, допустим, в Канаде. На этом основании логично предположить, что «добрать» эти 10–15% можно, например, за счет людей, выбывших из профессии. Но нагрузка в Канаде на одну медсестру примерно пять – семь пациентов, тогда как у нас – в среднем 25 пациентов, а то и 30–40–60. Это фантастически много! Есть исследования, подтверждающие, что максимально допустимая нагрузка в стационаре – это шесть пациентов на одну медсестру. После седьмого пациента начинает расти смертность. Это не новость, в нашей отрасли многие об этом знают.

Таким образом, дефицит, конечно, есть и он сегодня колоссальный. Мы можем без конца писать хорошие рекомендации по сестринской помощи, но при таком количестве пациентов, при такой нагрузке никто их выполнять не будет. Классический пример – замечательный стандарт по профилактике и лечению пролежней. Очень важный регламент, так как от пролежней умирают. Там написана правильная вещь: пациента надо переворачивать каждые два часа, то есть 12 раз в сутки. Когда мы спрашиваем коллег, переворачиваете вы своих пациентов 12 раз в сутки или нет, они очень удивляются: «мы загружены другой работой». Если бы на медсестру в отделении терапии приходилось шесть пациентов, в реанимации – в самых легких случаях один-два пациента, а в тяжелых случаях – два медработника на одного пациента, вот тогда у нас была бы замечательная система здравоохранения. Урбанизация тоже влияет: если в городах медсестры не в избытке, но все-таки есть, то в сельской местности их численность падает прогрессивно, как и численность врачей. Если мы будем развиваться по той же модели, госпитализировать всех, кого надо и не надо, и оставлять за поликлиниками оформление больничных листов, тогда с дефицитом точно не справимся. Так что решить проблему с кадрами в сестринском деле не получится без системной реформы всего здравоохранения.

Ещё одна хорошая иллюстрация к теме дефицита кадров – то, что в среднем сегодня российская медсестра, по нашим данным, работает на полторы ставки. А между тем эта самая ставка как предельный объём нагрузки утверждена и научно обоснована, и вся работа сверх этих рамок увеличивает риски и для сестры, и для пациента. Человек должен отдыхать, а возможности такой нет – отсюда и огрехи. При этом в порядках оказания медпомощи Минздрава соотношение медсестер и врачей прописано адекватное, но на штатное расписание это не влияет, так как порядки носят рекомендательный характер. Естественно, региональные власти смотрят на эти рекомендации сквозь пальцы. Получается, что в части оказания медпомощи порядок работает, а по штатному расписанию – нет.

Добавляет головной боли и сокращение санитарок, хотя повсеместно декларируется, что младший медицинский персонал должен помогать медсестрам в уходе. Но на деле санитарок очень мало, а тех, что есть, надо обучать. Сегодня же мало того, что этого не происходит – санитарок массово переводят в уборщицы. Где-то это оправдано, но повсеместно внедрять эту практику никак нельзя. В стационаре, где требуется уход за пациентами, эту функцию как раз выполняет младшая медицинская сестра. А если ее нет, что получается? Получается, что уборщица всё помыла и ушла, а медсестра опять осталась одна с непомерным числом больных.

Надо иметь в виду и ещё два фактора, влияющие на работу и самочувствие медсестер. Во-первых, они работают по суточному, «рваному» и нестабильному графику. Известно, что пять лет работы в смену (день-ночь) увеличивают риск развития инсульта на 5%. А если это две ставки или больше? Во-вторых, после шести часов работы в интенсивном режиме и восьми часов в плановом количество ошибок возрастает лавинообразно. Это касается и врачей, и медсестер. Поэтому во многих странах работать свыше восьми часов запрещено. Но у нас переработки – обычное дело.

Конечно, все зависит от региона и конъюнктуры рынка труда. В Москве прошла серьезная оптимизация, сократились и количество коек, и число работников, поэтому лишних ставок нет. В Санкт-Петербурге тоже людей хватает. А вот в депрессивных и дотационных регионах медики берут дополнительную работу, главным образом потому, что им надо кормить семьи.

### **Гладко было на бумаге...**

Безусловно, говоря о работе медсестёр, нельзя обойти и тему их зарплаты. Правда, тут мы сразу же вступаем на очень скользкий путь. В конце прошлого года целевые показатели по майским указам были достигнуты почти во всех регионах, но случилось это за счет целенаправленного трансша из бюджета, это ни для кого не секрет. Однако смотреть надо на то, что есть сейчас – и картина во многом получается безрадостной. Например, в одном из районов Курганской области медсестры недавно подняли бунт: у них зарплата недотягивает до нужного уровня, несмотря на все надбавки. Так что даже если средняя зарплата медсестер в какой-то момент достигла уровня целевых показателей, то сейчас опять рухнула.

Немало несправедливости и в соотношении цифр оплаты труда среднего и младшего медперсонала. В соответствии с решением Правительства РФ по прошлым майским указам, работники бюджетной сферы должны были получать не менее 100% от средней зарплаты по региону. Потом были разработаны так называемые дорожные карты, требующие, чтобы зарплату на этом уровне получали и младший, и средний медперсонал. При этом разница в их доходах оказалась на усмотрении руководителей главных врачей. Формулировка «не менее», по сути, подталкивала главных врачей к очень серьезным административным реформам – надо было посмотреть на число заместителей, бухгалтеров, сотрудников отдела кадров и пересмотреть штат. Но сделали это не все. А у законодателя была одна задача – добиться высокой заработной платы при напряженной работе. В России, как известно, низкая производительность труда по всем отраслям. Но, простите, какой она будет, если медсестра полдня моет полы, а еще полдня подклеивает бумажки?

Отдельный разговор – это ориентация на «средние» цифры заработной платы. Например, недавно Департамент здравоохранения Москвы недавно публиковал данные о зарплатах врачей. Средний заработок получился приличный, на уровне 74 тысяч рублей с копейками. Оснований не доверять этим данным у меня нет. Но это средние показатели: кто-то получает 70 тысяч, кто-то 150, а кто-то 30. И это благополучная Москва. В сугубо депрессивных регионах с зарплатами все действительно плохо.+

Автор: Дарья Шубина