



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
АССОЦИАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС  
«Лидерство и инновации –  
путь к новым достижениям»**

17 – 19 октября в Санкт-Петербурге состоялся Конгресс «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям», посвященный 25-летию Ассоциации медицинских сестер России.

Мероприятие получилось очень масштабным! По словам организаторов в Конгрессе приняли участие свыше 750 человек из 50 регионов Российской Федерации и представители 12 зарубежных стран: Республики Беларусь, Республики Молдова, Луганской народной республики, Донецкой народной республики, Латвии, Нидерландов, Польши, Уэльса, Германии, США, Франции, Дании.

Праздничное открытие Конгресса началось с парада Ассоциаций. Представители региональных Ассоциаций прошли по злу в национальных костюмах. Колорит национальных костюмов очень разнообразен.

Также торжественность мероприятия придал парад барабанщиц.



По традиции гимн Ассоциации исполнил детский хор радио и телевидения Санкт-Петербурга



Поздравления в адрес Ассоциации были направлены заместителем министра здравоохранения Краевым Сергеем Александровичем, председателем ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ Кузьменко Михаилом Михайловичем, Директором Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанной Якаб. В ходе церемонии открытия прозвучали поздравления участникам мероприятия от губернатора Санкт-Петербурга; заместитель губернатора Ленинградской области Николай Петрович Емельянов и председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области Сергей Валентинович Вылегжанин поздравили собравшихся лично, причем и от своего лица, и от имени всех министров здравоохранения российских регионов, откуда на конгресс прибыли многочисленные делегации!





В свою очередь поздравления к юбилею ассоциации получили активные ее члены, внесшие большой вклад в развитие сестринского дела, получившие ученую степень.



Научная часть Конгресса была очень насыщенной. Лекционные мероприятия проходили одновременно в нескольких залах и были представлены профильными секциями, такими как «Сельское здравоохранение», «Сестринские исследования», «Паллиативная помощь» и т.д.

Участники имели возможность посетить наиболее актуальные для себя симпозиумы.

Мне было интересно посетить сателлитное мероприятие «Жизнь после инсульта». На данном мероприятии своим опытом работы с пациентами перенесшими ОНМК поделилась коллега из Латвии.

Следует отметить, что латвийских клиниках в мультидисциплинарную бригаду входят не только врачи, медсестры, логопед, помощники медсестер, физиотерапевт, эрготерапевт, но и социальный работник. Так же активно в процесс лечения и реабилитации включаются родственники. Средний койко-день у пациентов с ОНМК такой-же, как и у нас – 10 дней. Далее пациент либо выписывается домой, либо попадает в зависимости от динамики на реабилитацию, в пансионат или в паллиативное отделение. В задачу социального работника входит помочь в устройстве пациента после госпитализации в стационаре. Если необходимо, то он решает вопрос об обеспечении пациента средствами реабилитации, функциональной кроватью, или помогает с переводом в другое учреждение (реабилитационное, паллиативное), оформление инвалидности.

Родственники пациента играют немаловажную роль в реабилитации пациента. Для того, чтобы их сделать союзниками в нелегком деле, была издана на латвийском языке обучающая брошюра: «Обучение повседневной деятельности после инсульта». В настоящий момент брошюра переведена на русский язык.

Введение в наши стационары социального работника и организация обучающих школ для родственников наших пациентов существенно облегчила бы

работу медицинского персонала. У нас, как правило, переводом пациентов в паллиатив или реабилитационное отделение занимается заведующий отделением.

## Симпозиум «Доказательная сестринская практика»



В данном симпозиуме были представлены следующие доклады:

- «Доказательная сестринская практика – гарантия совершенствования медицинской помощи»
- «Буллинг в сестринской профессиональной среде: результаты исследования в России»
- «Медицинские сестры с расширенной ролью: результаты международного исследования по осуществленным реформам и уроки для будущих перемен»
- «Система идентификации прокола как средство профилактики гемоконтактных инфекций у медицинского персонала»
- «Пациент-ориентированный уход в условиях оказания ургентной помощи»

В последнее время большое внимание уделяется доказательной медицине, на основах которой, должны стояться обследование и лечение пациентов. Работа сестринского персонала так же должна основываться на принципах доказательной медицине. Ассоциация медицинских сестер России уделяет особое внимание доказательной сестринской практике и поддерживает медицинских сестер, проводящих сестринские исследования.



Внедрение доказательной практики расширило роль медицинской сестры. В различных регионах создаются учебно - методические кабинеты, в которых медицинские сестры осваивают новые навыки и обучаются без отрыва от производства.

Ассоциация медицинских сестер приняла участие в международном исследовании «Буллинг на рабочем месте». Основная его цель состояла в определении распространенности и особенностей агрессивного поведения в коллективе, с которым могут сталкиваться медицинские сестры. Исследование выполнялось для лучшего понимания ситуации и проявления буллинга на рабочих местах, чтобы выработать соответствующие рекомендации на будущее.

Буллинг – это многократное негативное психологическое давление на человека.

Внешне буллинг проявляется в необоснованно пренебрежительном и высокомерном отношении к сотруднику. Вся его инициатива ставится под сомнение и жестко высмеивается. Так же как высказывания и любые действия. Все это попадает под язвительную критику.

Человек, занимающийся буллингом, пытается доказать, что его жертва глупа и бесполезна для коллектива. Он может дойти до открытых унижений, обидных обвинений и оскорблений. Нападающий не всегда является коллегой, он может быть и начальником жертвы.

Руководители, способные на буллинг, – плохие управленцы, недостаточно компетентные для высоких должностей, так как не умеютправляться с гневом, не имеют коммуникативных и социальных навыков. Такой психологической травлей они просто стремятся сохранить свое могущество.

В первую очередь жертве нельзя поддаваться этому давлению, паниковать - следует постараться сохранить спокойствие. И понять причину буллинга. Их может быть много – личная неприязнь, давний конфликт, желание получить должность жертвы и т. д. В зависимости от этого попробовать выработать тактику поведения в отношении нападающего.

## Уровни профилактики

- **Первичная профилактика:** предотвращение возникновения буллинга
- **Вторичная профилактика:** действия, направленные на раннее выявление буллинга
- **Третичная профилактика:** предотвращение развития буллинга после того, как он возник

## Вторичная профилактика: МОНИТОРИНГ



- Измерение качества сестринской помощи:
  - Ошибки, связанные с безопасностью пациентов
  - Данные по удовлетворенности пациентов
- Сохранение кадров, абсентеизм, показатели текучести кадров
- Собеседование при увольнении

У нас чаще встречается буллинг со стороны администрации, которая упрекает сотрудников неэффективной работе, непонимании стратегии здравоохранения.

Беда наших учреждений в том, что мы скрываем свои ошибки, чтоб нас не наказали. Если ошибки все-таки выявляются, то администрация не предпринимает ничего, чтоб ошибки не допускать в будущем. Также у нас в учреждениях страдает сервис – условия пребывания пациентов, недостаточное качество сестринской помощи прямо пропорционально от соотношения медсестра/пациент. Чем больше пациентов приходится на медсестру, тем ниже качество сестринской помощи. Решить данную проблему можно путем пересмотра штатного расписания, пересмотра должностных обязанностей. Необходимо добиться, чтобы медсестрам не приходилось заниматься работой младшего персонала (мытье полов, кормление пациентов, их транспортировка и т.д.) При этом возрастет не только качество сестринской помощи, но и будет ощутима экономическая выгода –

низкоквалифицированный труд стоит дешевле. Возникает вопрос: зачем платить больше?

В этой связи не очень понятна позиция Минздрава, который считает, что нечего ориентироваться на зарубежные страны, в которых нагрузка на медсестру меньше. Добиться качества без ресурсного обеспечения, к которому относится и персонал, невозможно

В докладе «Медицинские сестры с расширенной ролью: результаты международного исследования по осуществленным реформам и уроки для будущих перемен» были проанализированы реформы в различных странах по расширению роли медицинских сестер.

Системы первичного здравоохранения и кадры здравоохранения стремительно меняются в ответ на возрастающие и усиливающиеся потребности пациентов с хроническими и острыми заболеваниями. Профессиональные и клинические роли медицинских сестер меняются во многих странах, однако объем сравнительных данных по реформам, содержанию практики и выводам для систем здравоохранения пока ограничен.

В ходе проведенного анкетирования было выявлено, что из охваченных исследованием 39 стран, в 11 странах (Австралия, Канада, Финляндия, Ирландия, Нидерланды, Новая Зеландия, 4 страны в составе Великобритании, США) СПМ работают в условиях расширенной роли, объем которой был измерен по 7 составляющим клинической практики (право определять диагноз, выписывать направления на анализы/диагностические процедуры, выписывать лекарственные препараты, принимать решения о лечении, являться первым контактным лицом для пациента, направлять пациента к другим провайдерам помощи, работать с определенной группой пациентов). В этих странах были реализованы реформы СПМ.

Если говорить о расширенной роли медицинских сестер в целом, то на медицинских сестер можно возложить часть функций врачей. В ряде стран медицинские сестры ведут в амбулаторных условиях хронических пациентов и направляют таких пациентов к врачу только при изменении течения заболевания. Побывав на стажировке в Израиле, мы увидели, что медицинские сестры, пройдя специальное обучение, имеют ряд полномочий: могут изменить дозировку наркотического анальгетика, ориентируясь на интенсивность боли у пациента по шкале боли или изменить параметры ИВЛ...

Что же происходит у нас в стране? Зачастую можно встретить в истории болезни, когда врач у пациента с сахарным диабетом пишет: при повышении глюкозы крови ввести инсулин.... Я думаю, что в экстренных случаях, можно

возложить на медсестру расчет дозы инсулина при повышенной глюкозе крови или принятие решения по купированию гипертонического криза. Естественно, медицинские сестры должны пройти соответствующую подготовку. Для этого целесообразно разработать узкопрофильные курсы повышения квалификации, такие как «Сахарный диабет», Гипертоническая болезнь». Курсы должны быть без отрыва от производства, с углубленной подготовкой по теме. Продолжительностью может быть даже в течение года. Считаю, что медсестры, имеющие расширенные функции должны иметь высшую категорию. Сейчас разницы в функционале между медицинскими сестрами с разной категорией нет: все они выполняют одинаковую работу, причем, не всегда медсестра с высшей категорией выполняет обязанности лучше.

Еще один факт в сторону расширения функций медицинских сестер – это работа медсестер анестезистов. Всем известно, что если анестезиолог работает на 2 операционные, то анестезисту приходится поддерживать анестезию самостоятельно, при необходимости водить пациенту миорелаксанты и наркотические анальгетики. Документально эта функция нигде не закреплена. Так может, есть целесообразность том, чтобы доверить медсестре анестезисту поддержание анестезии в стандартных неосложненных случаях. Считаю, что для этого можно поставить вопрос на уровне Минздрава об углубленной подготовке для медсестер анестезистов на уровне колледжей.

Доклад «Система идентификации прокола как средство профилактики гемоконтактных инфекций у медицинского персонала» посвящен сестринскому исследованию по применению хирургических перчаток. Часто в ходе использования хирургические перчатки становятся проницаемыми, на них появляются повреждения, которые не видны глазом и могут сыграть роковую роль в профессиональных заболеваниях медицинского персонала. В ходе исследования было выявлено, что у обычных перчаток высок риск проколов, которые можно выявить только в ходе специального теста. У двойных перчаток с индикацией прокола частота сквозных проколов меньше, но они имеют более высокую стоимость по сравнению с обычными хирургическими перчатками. Из чего можно сделать вывод: использование двойных перчаток с системой индикации проколов можно рекомендовать для проведения хирургических вмешательств с повышенным риском инфицирования медицинского персонала.

Очень интересный опыт Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Больница скорой медицинской помощи». В данном учреждении организована служба по уходу за пациентами.

За время работы нового подразделения:

- Внедрение стандартного плана ухода за пациентом привело к четкому разграничению функциональных обязанностей среднего и младшего медицинского персонала, повысило степень ответственности и уровень взаимодействия различных категорий персонала.
- Введены должности медицинских сестер – координаторов ухода, являющихся ключевым звеном в процессе организации ухода.
- Уход в ургентных ситуациях начинается одновременно с оказанием неотложной помощи, предупреждая развитие осложнений, учитывая степень дефицита самоухода (по шкале Д. Бартелл);
- На этапе приемного отделения используются различные шкалы по оценке состояния пациента (визуальная аналоговая шкала боли, шкала риска падений Морзе, и др.); используется цветовая кодировка рисков;
- Общение с пациентом, решение всех его проблем, аккуратное приведение в порядок внешнего вида многих больных, перемещение пациентов в пре-делах отделения и больницы – эти и другие обязанности сотрудников отдела, позволили выделить те, которые должны выполняться бригадой.
- Отсутствие прикрепления к одному отделению сотрудников отдела позволяют расширить их функциональные возможности, пересмотреть критерии качества ухода за больными, изменить оснащение сотрудников отдела современными предметами и средствами ухода, использовать новые формы обслуживания больных в отделении. Основное кредо отдела организации и обеспечения ухода: «Уход, ориентированный на пациента, должен быть доступен в течение 24 часов».
- Взаимозаменяемость младших медицинских сестер, их мобильность, обучение сотрудников технологиям ухода делают работу отдела максимально востребованной в больнице.
- Разработаны методические рекомендации по организации ухода за пациентами на базе больницы скорой медицинской помощи. Созданы «Школы пациента» и «Школы родственников пациента».
- Старшие медицинские сестры клинических отделений отмечают улучшение качества ухода за пациентами и решение кадровых вопросов (по результатам диалога на «круглом столе»). Со стороны пациентов улучшение их обслуживания вызывает порой только удивление, потому что традиционно сложившееся отрицательное мнение о больнице не оправдывается.

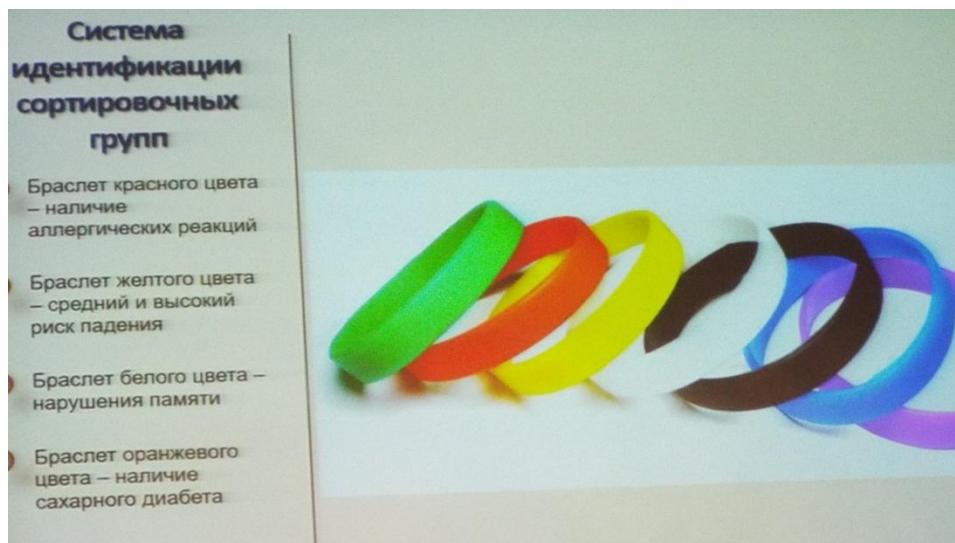
Сотрудники отдела работают экстерриториально, т.е. не закреплены за конкретным клиническим отделением. Деятельность отдела – адресная,

направленная на обслуживание пациентов с различной степенью дефицита самоухода. Поскольку количество таких пациентов варьируется от 8–10 до 40-50 (в зависимости от профиля отделения), численность младших медицинских сестер для работы в конкретном отделении зависит не от количества лечебных коек, а от количества пациентов, которые нуждаются в уходе.

В таком подходе есть рациональное звено. Во-первых, сотрудники службы ухода за пациентами не занимаются уборкой помещений, что немаловажно, так как при совмещении должностей уборщицы и младшей медсестры по уходу существует риск развития ИСМП. Во–вторых – младшая медицинская сестра по уходу согласно законодательству должна пройти специальную подготовку. При организации специального подразделения, обучить надо только сотрудников подразделения – это меньшее количество, по сравнению с общей численностью младшего персонала в стационаре. В-третьих – старшей медсестре клинического отделения не нужно проводить периодические занятия с персоналом по уходу, так как во главе службы по уходу стоит своя старшая медсестра, которая несет ответственность за качество ухода. В –четвертых – обеспечивается адекватное соотношение медсестра по уходу/пациент, так как нет закрепленности персонала за отделением и есть возможность варьировать число персонала по уходу в зависимости от количества пациентов в отделении, нуждающихся уходе , что улучшает качество ухода.

Еще у данной организации есть ряд инноваций, которые можно внедрить в наших учреждениях:

- идентификация проблемных пациентов браслетами

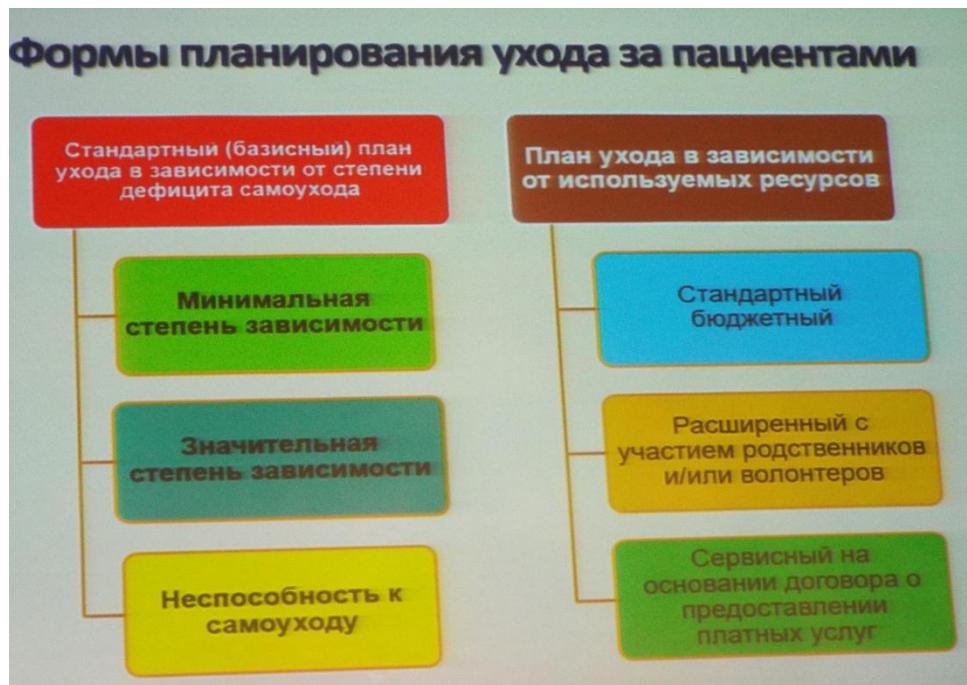


- применение оценочных шкал на уроне приемного отделения

## Оценочные шкалы, применяемые в ГБУЗ БСМП



- планирование ухода в зависимости от степени дефицита самоухода



В ходе Конгресса можно было ознакомиться с постерной сессией. Были представлены материалы на темы:

- Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.
- Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов института повышения квалификации специалистов здравоохранения хабаровского края. Обмен опытом.
- Выбор расходного материала для проведения экспресс-биопсии.

- Особенности сестринского ухода за пациентами после чрезкожного дренирования почки.
- Школа здоровья «реабилитация пациенток после мастэктомии».
- Выбор венозного доступа, ориентированного на пациента.
- Социально-ориентированное направление деятельности медицинской сестры детского туберкулезного санатория.
- Роль медицинской сестры в медико-санитарном просвещении пациентов при туберкулёзе органов дыхания на санаторном этапе лечения.
- Эффективность применения мультимодальной комбинированной анестезии с использованием BIS мониторинга.
- Системный подход к профилактике миопий у детей младшего школьного возраста в деятельности медицинской сестры академической.
- Влияние приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы на успеваемость студентов КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж».
- Оценка навыка проведения сердечно-легочной реанимации в межаттестационный период у специалистов с медицинским образованием.
- Повышение эффективности обучающей технологии «обеспечение противотуберкулезной инфекционной безопасности младшим медицинским персоналом».
- Применение современных технологий распределения потоков пациентов на этапе приемного отделения больницы скорой помощи.
- Реализация пациент-ориентированных технологий ухода за пациентом в ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи».
- Школа поощрения грудного вскармливания и ее влияние на формирование здоровья новорожденного ребенка.
- Эффективность применения комплексного подхода системы медицинского клининга.
- Доступность и оптимизация медицинской помощи через регистратуру поликлиники.
- Повышение эффективности работы регистратуры.

В день закрытия Конгресса региональные Ассоциации, внесшие немалый вклад в развитие Всероссийской Ассоциации получили памятные награды



**НАГРАЖДАЮТСЯ профессиональные  
ассоциации из следующих регионов:**

**Москва**

**Республика Марий Эл**

**Курская область**

**Брянская область**

**Ивановская область**





Также были ответные поздравления в адрес Валентины Антоновны с вручением памятных подарков.





Старшая медицинская сестра Баранова Е. А

ГБУЗ «ГКБ имени С. С. Юдина ДЗМ»