

МЕДСЕСТРА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ

И.В. Юбрина, Л.В. Босова

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

Приведены факторы, препятствующие участию медсестры общей практики в профилактической и диспансерной работе. Показаны меры, способствующие оптимизации этой деятельности.

Ключевые слова: семейная медицина, медсестра общей практики, помощь населению.

В регулярно издаваемых приказах, относящихся к развитию общей врачебной практики (семейной медицины), акцентируется внимание на необходимости выполнения медсестрами профилактической работы (1–4). Однако на деле ее масштабы недостаточны, и выполняется эта работа некачественно. Причины этого рассматриваются в литературе. Например, А.В. Шабров и соавт. в 1997 г. отмечали, что в Санкт-Петербурге визиты к участковому врачу и участковому педиатру с профилактической целью составляют лишь 5 и 10% соответственно от всей обращаемости, а официальной статистики по медсестрам не ведется. Другая важная причина такого положения состоит в том, что на профилактические мероприятия в Санкт-Петербурге, например в 1997 г., выделялось не более 10% всех средств, затрачиваемых на медицинскую помощь (7). В книге «Профилактика в общей врачебной практике» отмечается отсутствие финансовой поддержки профилактической работы со стороны страховых компаний, а также то, что руководители здравоохранения не мотивированы к тратам и без того ограниченных ресурсов на профилактику (6). Проведение же профилактических мероприятий медсестрами сдерживается тем, что если работа тарифицируется в зависимости от цели визита пациента, то для медсестер этого не предусмотрено.

С 2006 г. в Санкт-Петербурге в рамках Национального проекта «Здоровье» проводится дополнительная диспансеризация населения, ежегодно регламентируемая соответствующими приказами Минздравсоцразвития РФ, последний из которых – № 67н от 24 февраля 2009 г. (5). В ходе дополнительной диспансеризации, являющейся неотъемлемой частью профилактической работы, выявляются заболевания, а также факторы риска их развития, о которых пациенты не знали ранее. Особенно это касается сердечно-сосудистых заболеваний, которые остаются главной причиной смерти и инвалидиза-

ции населения. Однако главный недостаток дополнительной диспансеризации, по нашему мнению, – то, что она организована по производственному принципу: врачи участковой службы обследуют пациентов, которых видят в первый и последний раз. Без сомнения, заинтересованности в таких пациентах быть не может, и дальнейшая их судьба, особенно тех из них, кто нуждается в профилактических мероприятиях, не прослеживается.

Между тем специальная подготовка врачей и медсестер общей практики в значительной мере ориентирована на профилактическую работу; они обязаны проводить диспансеризацию прикрепленного населения независимо от производственного принципа. Многолетний опыт работы в общей врачебной практике показывает, что потенциал знаний и умений врачей и медсестер общей практики в области профилактической и диспансерной работы используется недостаточно, что ведет к значительным экономическим затратам (8).

Мы поставили перед собой цель определить роль медсестры общей практики в проведении профилактических мероприятий в современных условиях и предложить методы оптимизации этой работы.

Исследование выполнено в отделении врачей общей практики Городской поликлиники № 54, где работают 6 врачей общей практики, 9 медсестер общей практики и 3 медицинских регистратора. Количество приписанного к отделению населения – 7,5 тыс. человек, в том числе 1000 детей.

В круг профилактической деятельности медсестер входят:

- флюорографическое обследование;
- участие в иммунопрофилактике (отбор населения и приглашение на прививки, выполнение прививок после осмотра врача);
- выявление семей высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- ведение школ профилактики сахарного диабета, бронхиальной астмы, артериальной гипертензии, атеросклероза (вновь созданная Школа);
- работа с детским населением (участие в профилактических осмотрах), ведение Школы будущих мам и здорового ребенка.

Хронометраж показал, что в течение 1 рабочего дня медсестры, не использующие компьютер, из 4 ч, ответственных на амбулаторный прием, затрачивают на «бу-

мажную» работу (регистрация манипуляций, оформление медицинской документации во время приема, составление отчетов и т.д.) в среднем 1 ч 27 мин ± 12,6 мин, на узкоспециализированные манипуляции (инъекции, регистрация ЭКГ, вымывание серных пробок из уха, перевязки и т.д.) – в среднем 1 ч 29 мин ± 8,3 мин; 22,3 ± 3,5 мин затрачивается на обработку инструментов и другие подготовительные работы; общение с пациентами по телефону занимает в среднем 39,6 ± 4,6 мин. Таким образом, времени на профилактические мероприятия не остается.

После анализа приведенных данных мы выбрали несколько путей оптимизации профилактической работы:

1. Выделить 1 день в неделю только для профилактической и диспансерной работы. Это предложение признано несостоятельным, так как отделение ведет детей, обслуживание которых не может быть отсрочено; кроме того, в период повышенной заболеваемости «неотложные» пациенты создают дополнительный поток, порой более значительный, чем плановые больные.

2. Поскольку на 1 врача приходится 1,5 ставки медсестры, между медсестрами 1 смены было перераспределено время, затрачиваемое на прием и обслуживание вызовов: для одних на 1 ч увеличилась продолжительность приема и уменьшилось время, уходящее на обслуживание вызовов, для других – наоборот, время приема было сокращено.

3. Была создана компьютерная программа, которая на 64% сократила продолжительность работы с документами.

4. Медицинские регистраторы, освоив компьютер, участвуют в оформлении амбулаторных карт, электронной выписке рецептов, регистрации лабораторных анализов и инструментальных исследований.

Создание компьютерной программы «Автоматизированное рабочее место врача амбулаторной помощи» (свидетельство о государственной регистрации № 2009615686) решило много проблем, связанных с затратой рабочего времени. Так, в программе учтены все требования паспорта участка, делают выборки населения по разным признакам (например, участники Великой Отечественной войны, подростки, неорганизованное население и т.д.). Среди множества функций программы – проведение профилактического флюорографического обследования неорганизованного населения, для чего делается выборка пациентов, которые более года не проходили данного обследования. Предусмотрен отбор населения, нуждающегося в иммунопрофилактике, после выполнения которой компьютер рассчитывает дату следующей вакцинации, о которой медсестра своевременно информируется. В программу заложена вся необходимая для диспансеризации подготовительная документация, для каждого пациента определен перечень необходимых исследований в зависимости от пола, возраста, имеющихся заболеваний, и после внесения в компьютер данных о результатах диспансеризации автоматически составляются отчеты.

После проведения коррекционных организационных мероприятий повторно хронометрировали рабочий день тех же сотрудников, но уже использующих компьютер. Хронометраж показал, что у медсестер теперь достаточно времени для профилактической и диспансерной работы.

В современных условиях медсестра общей практики – самостоятельный специалист в области сестринского дела. Ее должностные обязанности, связанные с профилактической и диспансерной деятельностью, должны быть конкретизированы в соответствующих нормативных документах, а ее работа, особенно касающаяся профилактики, – тарифицирована, что является стимулом к повышению качества услуг.

На современном этапе развития общей врачебной практики работа персонала должна быть максимально компьютеризирована, что не только экономит рабочее время, но и значительно расширяет информационное поле врача и медсестры.

Литература

1. Приказ МЗ РФ от 26.08.92 № 237 «О поэтапном переходе и организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».
2. Приложение 4 к приказу МЗ РФ от 19 августа 1997 г. № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». Квалификационные характеристики специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (с изменениями от 6 февраля 2001 г.), глава XIX. Специальность: «Общая практика».
3. Приложение 3 к приказу МЗ РФ 249 от 19.08.1997 г. «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 326 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».
5. Приказ МЗиСР РФ № 67н от 24 февраля 2009 г. «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан».
6. Профилактика в общей врачебной практике /Под ред. проф. О.Ю. Кузнецовой и проф. И.С. Глазунова. – СПб., 2004. – С. 9.
7. Шабров А.В., Маймулов В.Г. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача). – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 1997. – С. 17.
8. Юбрина И.В., Немышева О.А. Дополнительная диспансеризация: вопросов больше, чем ответов // Рос. семейный врач. – 2008; 12. (1): 35–38.

A GENERAL PRACTICE NURSE: OPTIMIZATION OF PROPHYLACTIC AND DISPENSARY WORK

I.V. Yubrina, L.V. Bosova

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The factors preventing the participation of a general practice nurse in preventive and dispensary work are given. Measures promoting the optimization of this activity are shown.

Key words: family medicine, general practice nurse, care to the population.