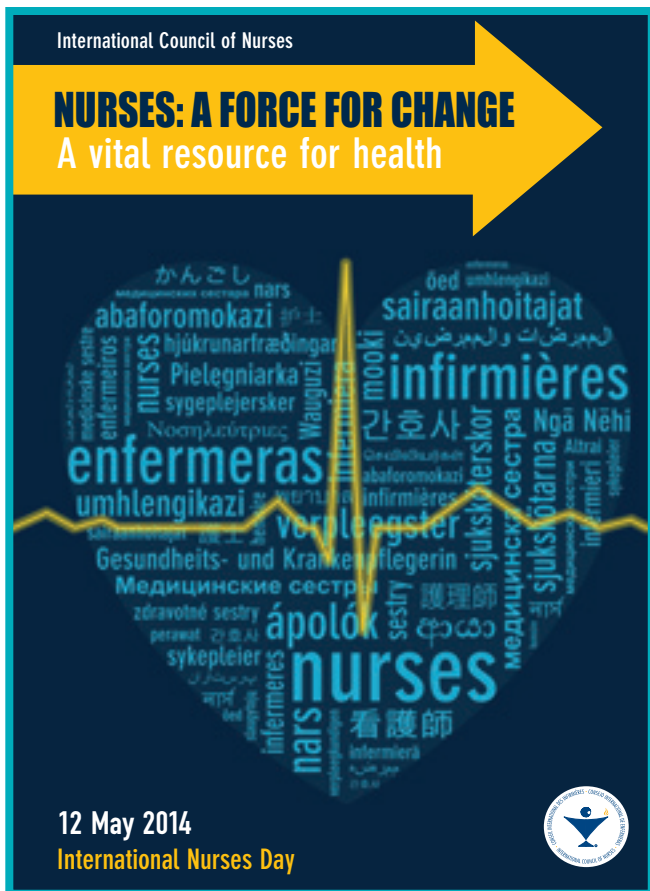


МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – ВАЖНЕЙШИЙ РЕСУРС ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.В. Островская, канд. психол. наук

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

E-mail: mma.vso.kusd@gmail.com



Медсестры – наиболее многочисленный отряд медицинских работников и с точки зрения затрат – самая дорогостоящая рабочая сила. На сегодня они оказались в сложной ситуации, поскольку правительства и работодатели пытаются сдерживать расходы на здравоохранение, что проявляется сокращением рабочих мест, сохранением прежнего уровня заработной платы, а порой и ее снижением. Поэтому сестринский персонал должен постоянно оправдывать связанные с его деятельностью затраты, а также подтверждать свой профессионализм.

Ключевые слова: Международный день медицинских сестер-2014, квалифицированный сестринский персонал, благоприятная производственная среда, кадровое планирование, нагрузка на персонал, управление пациентом своим состоянием, рентабельность ухода.

Медицинские работники вносят огромный вклад в сохранение и укрепление здоровья людей во всем мире. Одинаковая доступность услуг здравоохранения для всех не может быть обеспечена без участия медсестер. Именно поэтому Международный совет медицинских сестер (МСМ) принял решение выбрать в качестве темы Международного дня медицинских сестер-2014 «Медицинские сестры как важнейший ресурс здравоохранения, движущая сила перемен».

Медсестры – самая многочисленная группа работников здравоохранения. Они всегда рядом с пациентом, а в некоторых ситуациях оказываются единственными медицинскими работниками, к которым можно обратиться за помощью. Поэтому МСМ считает необходимым привлечь внимание мировой общественности к медсестрам как к жизненно важному кадровому ресурсу системы здравоохранения.

В последние десятилетия мы стали свидетелями изменений как структуры заболеваемости населения, так и демографической ситуации. Рост частоты развития неинфекционных заболеваний, включая психические расстройства, и старение населения вынуждают правительства пересматривать свою точку зрения на систему здравоохранения.

Это привело к переключению внимания на профилактику заболеваний и укрепление здоровья и к смещению процесса предоставления медицинских услуг из стационаров в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Ввиду появления новых инфекций, ухудшения экологической обстановки, демографических изменений необходимо рассматривать сестринское дело как холистический (целостный) клиентцентрированный уход, сопровождающий человека на протяжении всей его жизни.

Что же нужно для обеспечения должного качества такого ухода? В этом поможет разобраться простая формула: **высококачественный уход = квалифицированный сестринский персонал + благоприятная производственная среда.**

Рассмотрим *слагаемые качественного ухода*. Одна из основных проблем, связанных с квалифицированным сестринским персоналом, – его дефицит. В докладе ВОЗ (2006) говорилось, что больше всего медицинских работников не хватает в наиболее беднейших странах мира и в первую очередь – в африканском регионе южнее Сахары [9]. В декларации 3-го Глобального форума по кадровым ресурсам здравоохранения (Global Forum on Human Resources for Health) отмечено, что проблема дефицита медицинских кадров выходит за рамки национальных границ: диспропорция в распределении ресурсов, связанная с географическим положением, и международная миграция становятся факторами, которые подчас препятствуют предоставлению даже самых необходимых услуг здравоохранения [5]. Поскольку медицинские службы играют роль посредника в отношениях между гражданами и правительствами по вопросам здоровья, решение проблем здравоохранения будет способствовать укреплению сплоченности общества и социально-экономическому развитию стран.

Медсестры способствуют достижению Целей развития тысячелетия, а также снижению распространенности неинфекционных заболеваний. Они играют ключевую роль в профилактике и лечении хронических заболеваний, а также в помощи наиболее уязвимым и маргинальным членам сообщества. Чтобы медсестры могли максимально использовать свой потенциал, их необходимо поощрять и поддерживать. Всемирная ассамблея здравоохранения – высший руководящий орган Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – неоднократно признавала, что для сохранения и укрепления здоровья отдельных лиц, семей и общества в целом важно развивать и укреплять сестринские и акушерские службы.

Между тем, как отмечалось в Докладе ВОЗ (2013), многие сестринские службы остаются недоукомплектованными, да и работающие в них медсестры могут иметь низкую квалификацию [11]. Все это связано с нехваткой ресурсов – материальных, финансовых, трудовых, информационных, в которых остро нуждается современная система оказания медицинской помощи и обеспечение которыми, конечно, связано с расходами.

К сожалению, расходы на здравоохранение чаще рассматриваются как затраты, а не как капиталовложение. Этот подход привел к тому, что деятельность системы здравоохранения стала описываться такими терминами, как рентабельность, экономичность, затраты, себестоимость, реинжиниринг, взятыми из промышленного сектора. В какой-то степени такой подход оправдан. Но, с другой стороны, он расходится с философией сестринского дела, основные ценности которой – здоровье, здоровая окружающая среда, сохранение достоинства, забота, профессионализм, независимость.

Медсестры как самый многочисленный отряд медицинских работников – самая дорогостоящая рабочая сила. Сегодня они оказались в сложной ситуации, поскольку правительства и работодатели пытаются сдерживать расходы на здравоохранение, что проявляется сокращением рабочих мест, удержанием заработной платы на прежнем уровне, а порой и ее снижением.

Это может отрицательно сказываться на качестве ухода, а также на привлечении и удержании персонала. В результате такой политики *сестринский персонал вынужден постоянно оправдывать связанные с его деятельностью затраты, а также подтверждать свой профессионализм.*

Система здравоохранения в XXI веке

Существующие представления	Новые представления о здравоохранении в XXI веке
Уход базируется прежде всего на визитах в медицинские организации	Уход основан на непрерывных взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами
Медицинские работники управляют процессом	Уход выстраивается в соответствии с потребностями и ценностями пациента
Медицинские работники контролируют процесс	Контроль осуществляется пациентом
Информация фиксируется и не распространяется	Происходит свободный обмен имеющейся информацией
Принятие решений осуществляется на основе обучения и опыта работы	Принятие решений осуществляется на основе доказательной практики
Соблюдение принципа «Не навреди» лежит в зоне личной ответственности	Безопасность пациента является системным свойством
Необходимы скрытность и непонятность	Необходима ясность и откровенность
Система реагирует на потребности	Потребности прогнозируются
Осуществляется поиск путей снижения затрат на содержание системы	Ненужные расходы постоянно снижаются
Взаимоотношения выстраиваются с учетом профессиональных ролей	Взаимоотношения выстраиваются на основе сотрудничества между медицинскими работниками

Социально-экономическое значение сестринского и акушерского дела в последнее время не раз становилось предметом исследований и систематических обзоров. Обзор 32 исследований, проведенных в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития – ОЭСР (Organisation for Economic Cooperation and Development), показал преимущества использования медсестер-специалистов, медсестер общей практики, медсестер при организации ухода на дому [3, 7].

Сестринское образование также пытается справиться с этими проблемами. Расходы на подготовку медицинского персонала во всем мире явно недостаточны для удовлетворения потребностей населения. Сумма расходов на подготовку медицинских кадров – 100 млрд долл. США в год – составляет менее 2% от расходов на здравоохранение во всем мире [4].

Существуют системные проблемы в подготовке специалистов в области здравоохранения, связанные с несоответствием компетенций выпускников потребностям населения, с сохраняющейся гендерной стратификацией профессионального статуса и количественными и качественными дисбалансами медицинских профессий [4]. МСМ еще в 2009 г. обратил внимание на то, что образовательные программы подготовки клинических специалистов несовершенны: мало времени выделяется непосредственно на клиническую подготовку; отсутствуют четкие требования к компетенциям выпускника; используются неэффективные методики преподавания; не хватает современных клинических баз или они отсутствуют; не хватает и высокопрофессиональных педагогических кадров.

Взаимозависимость между системами здравоохранения и образования и баланс между ними имеют решающее значение для эффективности медицинской помощи и обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения. Мир вокруг нас постоянно меняется, и адекватно реагировать на эти изменения можно, только представив себе всю картину проблем в здравоохранении не с точки зрения отдельной страны, а в глобальном масштабе.

В XXI веке представления о системе здравоохранения и ее механизмах претерпевают изменения (см. таблицу).

На сегодня многие страны испытывают как дефицит медицинских кадров, так и их неполную занятость и даже отсутствие рабочих мест. Принимая решения о реформировании здравоохранения, необходимо помнить, что в последующие 20 лет разрыв на рынке труда между спросом и предложением медицинских кадров будет расти и, по прогнозам, составит 22–29%.

Исследование, проведенное в США в 2009 г., показало, что количество зарегистрированных медсестер (RN) на душу населения достигло пика в 2007 г. и теперь неуклонно снижается по мере выхода медсестер на пенсию. Эта ситуация может повториться и в других странах-членах ОЭСР.

Спрос и предложение на рынке труда зависят от миграции. В рамках глобальной системы здравоохранения существующий между ними разрыв может быть восполнен медсестрами-мигрантами. Действительно, Австралия, Канада и США уже заявили, что они видят возможности сокращения разрыва между спросом и предложением в рекрутинге медсестер из других стран.

Эффект этой политики может быть как *положительным* (например, возможность зарабатывать деньги и посылать их домой), так и *отрицательным* (например, ухудшение функционирования системы здравоохранения страны, из которой происходит отток кадров).

ВОЗ предпринимает некоторые усилия, чтобы минимизировать негативные последствия миграции. В то же время необходимо помнить, что «вливание» медсестер-мигрантов в дисфункциональные системы здравоохранения, которые не способны привлекать и удерживать персонал, не решит проблему дефицита сестринских кадров.

Особая ситуация сложилась в странах – членах Европейского Союза (ЕС). Свобода передвижения населения этих стран предполагает, что гражданин ЕС может беспрепятственно переезжать из страны в страну в целях проживания (в том числе и по выходе на пенсию), работы или учебы. Для обеспечения этой возможности упрощаются формальности при переезде и взаимное признание профессиональных квалификаций, но усложняются как мониторинг миграционных потоков, так и кадровая политика стран – членов ЕС.

Не следует забывать и о внутренней миграции. Во многих системах здравоохранения существует проблема удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Медсестры чаще всего мигрируют из сельской местности в города в поисках лучших возможностей для себя и своих семей, что также может усугублять и без того существующее неравенство в доступности услуг системы.

Еще один фактор, важный для понимания кадровых проблем в системе здравоохранения, – продолжительность трудового стажа медсестер. Сегодня многие модели, используемые для расчета стажа, построены с учетом характеристик работника мужского пола. Но в сестринской профессии во многих странах доминируют женщины. Поэтому необходима модель расчета стажа, которая учитывает особенности женского организма.

Кадровое планирование

Системы здравоохранения и образования, несомненно, несут ответственность за планирование и обеспечение деятельности сестринских кадров. Видимо, зону ответственности следует расширить, включив в нее работодателей и постоянно контролируя их деятельность в этом направлении.

Несмотря на то, что существуют убедительные доказательства взаимосвязи между нагрузкой медсестер и результатами лечения пациентов, значимость медсестер для системы здравоохранения до сих пор дискутируется. Как уже отмечалось, медсестры – самая многочисленная группа работников системы здравоохранения, и любые предложения по увеличению численности сестринского персонала будут встречать сопротивление, в первую очередь – из-за увеличения затрат на его содержание. Поэтому очень важно представлять себе численность сестринского персонала на сегодняшний день и то, каким образом его можно использовать более эффективно. Основной вопрос, возникающий при распределении трудовых ресурсов: как обеспечить наличие работников с необходимыми знаниями и навыками в конкретном регионе, лечебном учреждении и т.д.?

Кадровое планирование следует рассматривать и в контексте продолжительности трудовой деятельности медсестер. Необходимы сведения о численности медсестер, только начавших карьеру, о численности тех, кто активно трудится, кто уже находится в предпенсионном и пенсионном возрасте; для планирования важно знать, сколько медсестер обучаются в учебных заведениях и сколько их потребуется. То есть нужны более тесные контакты между системами образования и здравоохранения. Система образования должна участвовать в кадровом планировании и быстро реагировать на требования времени путем изменения учебных планов и осваиваемых компетенций.

Один из ключевых факторов решения проблемы трудовых ресурсов – высокая производительность труда, обеспечиваемая постоянным развитием и обучением персонала, соответствующей компенсацией и хорошими условиями труда.

Качественное кадровое планирование позволяет выстраивать эффективную стратегию развития трудовых ресурсов. При планировании трудовых ресурсов необходимо учитывать также уход из профессии из-за миграции, проблем со здоровьем, неудовлетворенности условиями труда и т.д. Для замены этих работников тоже требуются затраты, так как их уход связан с утратой их знаний и опыта. Существует острая необходимость в планировании передачи знаний и навыков медсестер предпенсионного возраста их более молодым коллегам.

Очень важно планировать преемственность не только знаний и опыта, но и управленческих

функций. Отсутствие планирования процесса выявления и развития потенциальных лидеров и менеджеров было определено как ключевая причина возникновения проблем с предоставлением медицинских услуг в сельских и отдаленных районах. При планировании трудовых ресурсов необходимо учитывать и численность медсестер, которые возвращаются в профессию.

Кадровое планирование осуществляется на глобальном, национальном, региональном и местном уровнях. В идеале планы, разработанные на местном уровне, должны лечь в основу региональных и национальных планов. Здесь заметим, что во многих странах медсестры на правительственном уровне участвуют в кадровом планировании.

Однако для качественного кадрового планирования мало иметь сведения о потребности в трудовых ресурсах. Чтобы рассчитать адекватные нагрузки, нужны также данные об объеме и сложности работы.

Измерение нагрузки сестринского персонала

Группа старших медсестер из Новой Зеландии выявила факторы, влияющие, по их мнению, на нагрузку персонала [8]. Это:

- спрос на сестринские услуги;
- условия труда;
- уровень сложности медицинских услуг;
- их качество;
- удельный вес ухода в общем перечне медицинских услуг;
- интенсивность сестринской деятельности;
- численность и уровень подготовки персонала.

При расчете нагрузки сложно учесть все эти факторы, однако выполнить такой расчет можно, взяв за основу даже 1 из них. Используя же полученные данные вместе с другими, можно показать, как соотношение между укомплектованностью и рабочей нагрузкой может изменить качество и стоимость медицинских услуг и как условия труда могут снизить или повысить нагрузку.

Большинство успешных подходов к планированию сестринских кадров опираются на:

- учет взглядов руководителя сестринской службы;
- активное привлечение персонала к процессу планирования;
- абсолютную открытость процесса планирования;
- использование определенной методики;
- регулярную оценку результатов лечения и ухода при выбранной рабочей нагрузке;
- активное взаимодействие с системами образования и социального обслуживания;
- акцент на качество ухода.

Расширение профессиональных ролей медсестер

В здравоохранении разделение труда – обычное явление. Вопрос о передаче медсестрам функций других специалистов системы и наоборот всегда вызывает оживленные дискуссии. Сторонники такого подхода считают, что это поможет хотя бы на короткое время восполнить дефицит персонала. Тем не менее ряд оценок свидетельствуют о том, что его нужно применять с осторожностью, так как в долгосрочной перспективе он может оказать непредвиденное и дорогостоящее влияние на результаты.

Кроме того, эффективность деятельности медицинского работника зависит от того, как он взаимодействует с коллегами. Поэтому системы здравоохранения должны предоставлять работникам возможность осваивать новые виды деятельности как для улучшения работы в команде, так и для личного развития. Новые знания и умения позволяют медсестрам быть более мобильными, что особенно важно в эпоху перемен (реформирования системы).

Управление пациентом своим состоянием

Помимо изменения роли медсестры, необходимо учитывать и изменения роли пациента. Сегодня он начинает активно управлять своими потребностями в области здравоохранения. Пациенты объединяются в группы по интересам, что позволяет им совместно использовать знания, связанные не только со здоровьем, но и с вариантами использования системы здравоохранения. Чаще всего это происходит в социальных сетях и других интернет-ресурсах. Медсестры должны быть готовы к новым виртуальным формам взаимоотношений с пациентами.

Последствия этого процесса, с одной стороны, захватывающие, с другой – разрушают уже сложившиеся отношения с медперсоналом. На сегодня ситуация такова, что пациенты могут получить доступ к инструментам для сбора информации, систематическим обзорам, законодательным актам и видеть результаты в режиме реального времени.

Информация медицинского характера: пациенты все больше занимаются управлением своим здоровьем, что приводит к неплохим результатам, но в то же время – к сопротивлению со стороны медицинского сообщества.

Информация об исследованиях: пациенты могут узнать о клинических испытаниях, происходящих в любой точке мира, и участвовать в них онлайн или даже проводить собственные исследования, которые могут вызывать доверие у других пациентов.

Информация о бизнесе: покупатели хотят платить за улучшенную продукцию, а не за сделки; таблетка должна быть представлена как более эф-

фективная по сравнению с существующими препаратами, а не только с плацебо в контролируемом исследовании.

Безопасность: пациенты могут представлять свое собственное видение безопасности в режиме реального времени и вступать в диалог с производителями лекарств на тему о способах улучшения продукции.

Поэтому сегодня одной из задач системы здравоохранения является повышение медицинской грамотности населения. Низкий уровень медицинской грамотности препятствует эффективному управлению пациентами своим здоровьем. Повышение грамотности пациентов – еще одна возможность для медсестер продемонстрировать свой профессионализм и оправдать затраты, связанные с их деятельностью.

Благоприятная производственная среда

Как уже отмечалось, качественный уход зависит не только от квалификации персонала, но и от благоприятной производственной среды. Но это условие не всегда рассматривается в качестве ключевого для понимания существующих в здравоохранении проблем. Между тем исследования показывают, что без хороших производственных условий увеличение штатов может иметь минимальный эффект, тогда как при хороших условиях труда этот эффект значителен [6].

Исследование S. Ayatomolowo и др. (Нигерия) выявило взаимосвязь между удовлетворенностью работой и благоприятной производственной средой. Среди наиболее значимых составляющих благоприятной среды медсестры указали управленческую практику и систему поддержки на рабочем месте [1]. Опрос медицинских работников Свазиленда показал, что 80% из них оставили работу, потому что чувствовали себя заброшенными и недооцененными [2].

ВОЗ подтверждает эту точку зрения и отмечает, что системы поддержки и стимулирования деятельности работников важны по 4 причинам:

- они, скорее всего, будут более эффективными, чем увеличение штата работников;
- возможности увеличения штата всегда будут ограниченными;
- мотивирование и высокая производительность труда способствуют найму и удержанию персонала;
- правительства обязаны гарантировать обществу максимально справедливое и эффективное, насколько возможно, использование ограниченных человеческих и финансовых ресурсов.

Лидеры сестринского дела должны брать на себя ответственность за идентификацию проблем

рабочей среды, а также предлагать их решения. МСМ считает, что сестринская деятельность может стать более эффективной с точки зрения использования ресурсов (рентабельной). Для этого необходимо:

- рассматривать сестринское дело как основной ресурс в организации рентабельного ухода;
- дать медсестрам возможность получать знания по вопросам политики и экономики;
- привлекать медсестер к управлению ресурсами, принятию решений и стратегическому планированию;
- продвигать и поддерживать исследования, направленные на изучение и оценку затрат на различные сестринские методики и технологии и определение их влияния на результаты лечения;
- создавать и развивать базы данных, которые позволяют сравнивать результаты применения разных подходов к организации ухода за пациентами;
- распространять информацию и участвовать в онлайн-исследованиях по эффективному использованию ресурсов, снижению расходов и внедрению передовых стандартов в практическую деятельность;
- создавать профессиональные сети по различным сестринским специальностям, чтобы способствовать коллегиальному сотрудничеству и обмену идеями и информацией по повышению качества ухода и его рентабельности;
- проводить акции, направленные на признание и поддержку в общественном сознании роли медсестер в организации качественного ухода и эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Литература

1. Ayamolowo S.J., Omolola I., Mayowa A.O. Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study // International J. of Caring Sciences. – 2013; 6 (3): 531.
2. Beleta A. ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers // The Lancet. – 2008; 371: 1901–1902.
3. Browne G., Birch S., Thabane L. Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes. – Ottawa, 2012. Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association. // <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/06/030429355.pdf>

4. Frenk J., Chen L., Bhutta Z. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>

5. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. A Universal Truth: No Health Without a Workforce, Third Global Forum on Human Resources for Health Report // <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>

6. Kavanagh K., Cimiotti J., Abusalem S. et al. Moving Healthcare Quality Forward With Nursing-Sensitive Value-Based Purchasing // <https://www.scienceopen.com/document/vid/9188f9c0-153d-44ea-91e7-3a988f25c526;jsessionid=GJQRppVLfmZJL4rcRdmPj4g9.slave:so-app2-prd>

7. Maben J., Morrow E., Ball J. et al. High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London // <http://eprints.soton.ac.uk/346019/1/High-Quality-Care-Metrics-for-Nursing-Nov-2012.pdf>

8. Walker J., Hendry C. 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/ Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, November, 2009.

9. World Health Organization. The World Health report Working together for Health // <http://www.who.int/whr/2006/en/>

10. World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation // http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

11. World Health Organization (2013). Good practices in nursing and midwifery – from expert to expert. A manual for creating country case studies // http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/234952/Good-practices-in-nursing-and-midwifery.pdf

12. World Health Organization (2013). Nursing and Midwifery Progress report 2008 – 2012 // http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/progress_report/en/

NURSES OF PRIMARY RESOURCE HEALTH

I.V. Ostrovskaya, Cand. Psychol. Sci., MBA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

As the largest and therefore, in terms of total cost, the most expensive workforce, nurses have seen the revision of staffing mixes, the cutting of nursing positions and a constant reduction, or even suppression of their salaries. It has also led to short term decision making which has long term consequences. It is clear that globally, nursing now has to justify itself both financially and professionally.

Key words: International Nurses Day 2014, an educated nurse workforce, a good work environment, workforce planning, nursing workload, patient self-management, cost-effectiveness nursing.