

## Валентина Саркисова: Сестринское дело в России выходит на новый этап своего развития

**В преддверие Дня медицинской сестры мы записали интервью с президентом Ассоциации медицинских сестер России**

**– Валентина Антоновна, как вы оцениваете состояние сестринской службы сегодня в России?**

– Конечно, хотелось бы сказать, что у нас все отлично. Но на самом деле это не всегда так. Когда мы говорим о самых важных аспектах работы сестринского персонала, по многим из этих направлений хотелось бы, чтобы ситуация в них была лучше. Первое, что необходимо отметить: у нас сейчас существенно растет уровень сестринского персонала. Я имею в виду как уровень образования, так и уровень культурного, личностного развития медицинских сестер. Специалисты становятся все более грамотными и развитыми во всех отношениях. С каждым годом увеличивается процент медицинских сестер, которые получили высшее образование. Наши медицинские сестры все активнее участвуют в программе непрерывного медицинского образования. Возможно, эти процессы происходят плавно, не так быстро, как нам хотелось бы. Но тенденция есть, она очень четко видна. И это не может не радовать. В последние годы нам многое удалось изменить как в отношении системы к сестринским кадрам, отношении общества к медсестрам, так и внутри самого сестринского сообщества. Отрадно отметить растущий интерес к профессии среди молодежи – конкурс в медицинские колледжи растет. Но, конечно, не все проблемы решены. И мы не можем сказать, что мы добились высокого статуса медсестры, такого, каким он должен быть согласно фактической роли этой профессии в жизни общества и в системе здравоохранения. Открытым остается вопрос саморегулирования в сестринской профессии. Нам приходится и еще очень долго придется доказывать, что медицинская сестра имеет право на свою позицию в отношении важнейших вопросов своей профессии, образования, практики, и что государство, администрация, врачебное сообщество должны эту позицию уважать и к ней прислушиваться.

**– В 2020 году, проводя Год медицинской сестры, ВОЗ опубликовала отчет о состоянии сестринской службы в разных странах мира. Как, по Вашим оценкам, выглядит Россия на мировом фоне?**

– В России сейчас порядка 990 тысяч медицинских сестер. Средних медработников в целом –

1.4 млн. человек. Главный вывод, который дают нам эти цифры – кадровый дефицит в отрасли продолжает оставаться достаточно серьезным. И каждый год численность сотрудников сестринской службы уменьшается. Кадровая политика – один из наиболее острых и актуальных вопросов для нас на сегодняшний день. И, если мы говорим о мировом опыте, то в России дефицит сестринских кадров ведет к острому дисбалансу соотношения «врач-медсестра». Этот показатель у нас на очень низком уровне. Например, в Норвегии он составляет 1:5,7. В России – 1:2, а в некоторых регионах даже 1:1. И это очень тревожно. На палатных медсестрах большая нагрузка, большие нормативы. Поэтому страдает и качество оказываемой пациентам помощи.

**– Ещё один актуальный вопрос, который сегодня активно обсуждается в профессиональном сообществе – о расширении полномочий медицинских сестер. И здесь опять видим, что Россия отстает от общемировой тенденции.**

– Мы об этом говорим давно. И во многих регионах России эта практика уже внедряется. Где-то быстрее, где-то медленнее. Но процесс идет. Профессиональное развитие сегодня не имеет границ.

Мы переживаем достаточно бурный период самоопределения. Медицинские сестры, акушерки, фельдшеры делают первые шаги в своих новых полномочиях, а система здравоохранения оценивает, готова ли передать следующую порцию функциональных задач. Так или иначе, но на всех фронтах, где сегодня остро не хватает врачей, за дело возьмется армия медицинских сестер. Исследованиями доказано, что это эффективно, безопасно, экономически выгодно.

И для пациентов это гораздо лучше. Во-первых, при таком подходе значительно бы снизилась нагрузка на врачей. Ведь в повседневной работе есть много функций, на которые у врача просто не хватает времени. Да он и не должен этим заниматься. Его задача – лечить, уделить максимум времени пациенту. А многие сопутствующие функции можно было бы спокойно передать медсестре. Второй момент – доступность медицинской помощи на всей территории России. Страна большая. Много отдаленных территорий, малых населенных пунктов. В село ни один врач не поедет. Ему это не интересно. А хорошо образованная медсестра с отработанными практическими навыками вполне могла

бы выполнять эту работу. Специалисты, работающие на селе, уже сегодня самостоятельны, они не могут отойти в сторону, остановиться и подождать врача. Нам всем просто надо увидеть, что ситуации, в которых врача нет в условиях города тоже немало, особенно в первичном звене. Медицинские сестры могут и обязательно возьмут на себя оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями вне обострения, лечения простых состояний, не требующих врачебной подготовки. Эти перемены кратко повысят доступность помощи и, я уверена, снимут высокую долю социальной напряженности, которую сегодня порождают очереди к врачам-специалистам.

Роль фельдшера, акушерки, медсестры просто незаменима. Как минимум, потому что менее затратно для системы здравоохранения. А медсестры с высшим образованием вполне могут вести первичный прием, направлять пациента на исследования и консультации. Но в наших реалиях пока нет такого законодательства. Фельдшерам добавили врачебные функции. И медсестры во многих случаях справлялись бы не хуже.

**– Вы упомянули региональный опыт. Расскажите о нем чуть подробнее. Как обстоит дело с развитием сестринской службы в регионах России?**

– Российские регионы пока ещё слабо и неохотно внедряют новые подходы. Возможно, в некоторых случаях не хватает смелости, где-то – политической воли. И тем не менее, хорошие примеры успешно реализованных инициатив есть. Мы знаем, что, например, в Омске реализовывался проект по ранней реабилитации послеоперационных больных. Результаты впечатляющие. Пациенты быстрее восстанавливаются, быстрее выписываются из больницы. В Кемерово много разных проектов проводится. В частности, по расширению сестринских полномочий в травматологии. Медсестры принимают пациентов, направляют на анализы, обследуют. И уже с готовыми анализами пациент идет к врачу-травматологу, который делает назначения. Прежде пациентам приходилось сидеть в очереди час-полтора, а теперь – 10–15 минут. Освобождается время врача, пациент проводит меньше времени в ожидании. Выигрывает и система здравоохранения в целом. Время врача занято пациентами, которые действительно нуждаются непосредственно во врачебной помощи. Второй пример – догоспитальная подготовка. Пациент поступает на операцию уже полностью подготовленный. Это тоже колоссально экономит ресурсы. Но во многих случаях нам пока система не позволяет реализовать все эти возможности в полной мере. А согласно требованиям времени, современным реалиям во всем мире – уже пора.

На государственном уровне все время говорится о повышении качества медицинской помощи. А ведь медсестра как раз и есть то самое важное звено, от которой качество медпомощи зависит напрямую – она больше проводит времени с пациентом, контролирует выполнение врачебных назначений, а во многих случаях сама их и выполняет. И именно от качества выполнения зависит и результат лечения, и сроки выздоровления пациента, и, как следствие, уровень медицинской помощи в целом.

**– Возвращаясь к проблеме кадрового дефицита. Какой должна быть система мер для исправления ситуации?**

– Первый и самый очевидный шаг – формирование нормативно-правового поля. В большинстве развитых стран мира есть закон о сестринском деле. В России такого закона нет. У нас есть 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». И все принимаемые в здравоохранении документы касаются, главным образом, врачей. О медсестрах в нормативно-правовых документах нет практически ничего. Как будто их и нет в системе вовсе. Экстренная ситуация с пандемией коронавируса, возникшая в 2020 году, показала, что сестринская служба – важный элемент системы. Задвигать его на задний план неправильно. В сложившейся экстренной ситуации мы увидели это в реальности. Важность сестринской работы признало общество. Теперь следующий этап – прописать важнейшие нормы законодательно. И мы активно работаем в этом направлении.

**– Что в этом направлении делает РАМС? Какие шаги предпринимает? Какие инициативы выносите на обсуждение обществу и регуляторам?**

– Мы обращались в Минздрав, предлагали свои поправки в законодательные документы. Нигде это не отразилось. У нас только-только стали приниматься профессиональные стандарты. Мы возлагали большие надежды на эти документы, – вот они появятся и определят сферу ответственности медсестры, фельдшера, акушерки. Но тогда мы были уверены, что стандарты станут результатом консенсуса профессионального сообщества. Этого не получилось.

Поэтому мы вынуждены работать с некоторыми уже вышедшими без нашего участия документами и настаивать на существенных поправках. Да, мы не понимаем, почему профстандарт медицинской сестры – анестезиста не только не расширил круг полномочий, но и радикально сузил его. Документом, в частности, не предполагается, что такая сестра может осуществлять переливание крови, готовить некоторые виды наркозно-дыхательного оборудования, проводить аспирацию, обеспечивать проходимость дыхательных

путей, проводить вентиляцию легких. Кто все это будет выполнять, если у сестры-анестезиста таких полномочий нет? А между тем, медсестра-анестезистка во время операции давно выполняет эти обязанности: и кровь переливает, и занимается вентиляцией легких, и выполняет много другой работы. Как председатель Европейского форума, я много общаюсь с зарубежными коллегами, вижу, что медсестры-анестезистки из Дании, Швеции, Франции дают анестезию сами. А врач-анестезиолог обслуживает 5-6 операционных. Он сосредоточен на своих, сугубо врачебных функциях. А у нас врачей-анестезиологов не хватает, но при этом по факту в операционных врачи во многом делают работу, которую вполне могла бы выполнять медсестра. Где общий наркоз, что-то большое, серьезное, там, конечно, необходимо присутствие врача. А в большинстве случаев, когда речь идет о рутинных манипуляциях, их может выполнять медсестра. Надо реорганизовывать службу.

Но не только в профстандартах дело. Большая задача состоит в создании новых руководств по лечению отдельных состояний и заболеваний. В каждом порядке оказания медицинской помощи должна быть прописана роль медицинской сестры, акушерки. Мы должны выйти из тени, наша работа должна быть озвучена в документах.

**– А в чем проблема таких медленных изменений в России? Наша система не готова к новому?**

– Кадров не хватает. Надо менять подходы. Заработная плата очень низкая. В Ставрополье, например, врач получает 22 000 рублей. Зарплата, конечно, должна быть другая. Врачи имеют возможность заработать больше. Медсестры – нет. В результате мы видим ситуацию, когда они учатся в медицинских вузах и колледжах, а работать в систему здравоохранения не приходят. Менять надо политику. Без изменений улучшения не будет. Мы лоббируем эти вопросы. Мы посмотрели уровень образования. Требование – бакалавриат и не ниже. Повышаются требования и к уровню, и к компетенциям медсестер. Во всем мире – тенденция на усиление сестринского образования, а у нас наоборот хотят сократить время обучения. Мы в недоумении. Понятно, что кадров не хватает и государство хочет получить специалистов побыстрее. Но штамповать кадры некачественные в любом случае – не вариант.

**– В 1992 году планировалось вместе с американскими коллегами осуществить образовательный проект «Новые медсестры для новой России». Удалось ли достичь поставленных целей? На каком**

**этапе эта работа сейчас? Каким вам видится следующий шаг в этом направлении?**

– Этот проект был не только образовательным. Он положил начало общественному движению. Тогда мы впервые встретились с медсестрами с высшим образованием, профессорами. В то время – в начале 1990-х годов – для нас было в новинку, что где-то в мире медсестры работают на таком уровне. Тогда мы впервые услышали, что все общественные проекты зарубежные специалисты готовы осуществлять только с ассоциацией. По инициативе Натальи Серафимовны Мальцевой – она работала тогда в Минздраве – появилась Ассоциация. Далее последовали годы развития, мы создавали межрегиональную сеть. И мы, как общественная организация стали лоббировать вопросы высшего образования для медицинских сестер, увеличения срока обучения. Ранее программа обучения длилась 1 год и 10 месяцев, мы добились, что срок увеличился до 2 лет и 10 месяцев. Ограничили поступление девятиклассников. Доказывали, что необходимо повышать уровень образования. И, хотя 90-е годы были очень сложные, но Министерство здравоохранения РФ было настолько созидательно! Они нас во всем поддерживали. В 1998 году прошел первый съезд медицинских сестер. Разработка первой программы сестринского дела.

Сейчас мы планомерно продолжаем эту работу, стараемся придерживаться выбранного направления и тот опыт, который накоплен в предыдущие годы, выводить на новый уровень.

**– Каким, на Ваш взгляд, будет вектор развития сестринской службы в России в ближайшие годы?**

– Думаю, в центре внимания будут две основные тенденции: расширение полномочий медицинских сестер и повышение уровня образования. То есть, те направления, которые сейчас находятся на старте, они продолжают свое развитие. В современном мире профессиональный рост – неотъемлемое условие не просто работы, но и существования. Что касается сестринского образования, очень хочется верить, что в широкое применение войдет практика, когда учить будущих медсестер в вузах и колледжах будут практикующие медицинские сестры. Это тоже крайне важно: медсестер должны обучать не только и не столько врачи, а именно медицинские сестры. И даже в нынешних реалиях нам ситуация позволяет это делать – у нас достаточно много образованных медсестер, которые могут и должны передавать лучший опыт молодым.