1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 Актуальность проблемы развития первичной медицинской помощи по принципу медсестры общей практики

Социально-экономические преобразования начала 90-х годов затронули все стороны жизни, определяющие здоровье населения. Психоэмоциональная напряженность, снижение уровня и качества жизни сопровождаются ухудшением показателей общественного здоровья, ростом заболеваемости и смертности, изменением типа патологии, увеличением числа социальных и инфекционных заболеваний.

С другой стороны, недостаточность финансирования привела к накоплению проблем в здравоохранении и, в первую очередь, его амбулаторно-поликлиническом звене, которое в настоящее время не может в полной мере обеспечивать населению доступную квалифицированную медицинскую помощь.

Кроме того, наблюдающееся в последнее время процесса специализации, привело к нерациональному использованию ресурсов, к ослаблению личной ответственности врачей за результаты лечения больных. Немаловажными факторами, требующими преобразования амбулаторно-поликлинической помощи, являются сужение сферы деятельности участкового врача, падение его авторитета, несоответствие многих возложенных на него функций, правовым возможностям их реализации. Уровень подготовки участкового терапевта не позволяет ему лечить больных при целом ряде распространенных заболеваний, рассматривать пациента с точки зрения его социального статуса, семейного положения, трудовой деятельности и других аспектов, оказывающих влияние на здоровье и жизнедеятельность. Перечисленные проблемы требуют совершенствования именно первичного звена здравоохранения.

Одним из приоритетных направлений реформирования, по мнению многих ученых-организаторов здравоохранения, считается семейная или обще практическая медицина, центральной фигурой которой является врач общей практики/семейный врач.

Однако, для успешного внедрения в нашей стране системы семейной или обще практической медицины, необходимо решить целый ряд вопросов, среди которых существенное значение имеют научное обоснование деятельности врача и медсестры общей практики, разработка вопросов его финансирования, материально-технического обеспечения, организации работы, виды учетной и отчетной документации, поиск и создание методологических основ комплексного медико-социального изучения семьи, формирование общественного мнения и заинтересованности населения в новой форме оказания медицинской помощи.

1.2 Цель

1. Провести сравнительный анализ преимущества оказания сестринской помощи по принципу медсестра общей практики.
2. Разработка научно – обоснованных рекомендаций при организации работы медсестры общей практики и участковой медсестры.

Задачи:

1. Исследование принципов деятельности медсестры общей практики в России и за рубежом.
2. Провести сравнительный анализ деятельности медсестры общей практики и участковой медсестры на примере работы НУЗ Отделенческой больницы на ст.Тайшет ОАО РЖД.
3. Разработка научно–обоснованных рекомендаций по образовательной деятельности медсестры общей практики и участковой медсестры.

1.3 Объекты и методы исследования

Объект – население, сестринский и врачебный персонал НУЗ Отделенческой больницы ст. Тайшет ОАО РЖД.

Методы – социологический опрос, обработка данных, статистический метод обработки данных.

2. Обзор литературы

2.1 Сестринское дело на современном этапе

Завершилось двадцатое столетие - век научного и технического прогресса, революционных изменений общества и человечества в целом. Пожалуй, нет такой сферы деятельности человека, которую не затронули эти изменения. Это в полной мере относится к медицине как науке и системы медицинского образования важнейшей составной части отрасли здравоохранения.

Здоровье человека - особая непреходящая ценность, дарованная ему природой. Сохранение физического, психического, эмоционального здоровья должно быть в центре внимания, как отдельной личности, так и цивилизованного государства.

Взаимоотношение врача и медицинской сестры является одной из ключевых в медицинской практике. С развитием технического оснащения отрасли постоянно совершенствуется и повышается роль сестринского персонала в здравоохранении. Сегодня сестринский персонал для работы с пациентами должен владеть не только сложными техническими манипуляциями и навыками, но и обладать современными медицинскими и естественнонаучными знаниями.

Хорошо известны слова А.П. Чехова: "Профессия врача - подвиг. Она требует самопожертвования, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это". Самопожертвование и подвиг не только являлись обязательным требованием, но и были нормой поведения наших великих соотечественников. И.И. Мечников и Д.К. Заболотный испытывали на себе действие холерных вибрионов. С.А. Андриевский путем самозаражения подтвердил зоонозную природу сибирской язвы.

Наступивший XXI век сопровождается дальнейшим возрастанием роли и ответственности врача в обществе. В связи с угрозой и наличием региональных вооруженных конфликтов, увеличением числа преступлений проблема нравственности и морали стала более заметной в деятельности врачебного и сестринского персонала. Соответственно возросла роль всесторонне образованных, профессионально подготовленных и морально чистых людей в белом халате.

Проблема взаимоотношений врача и медицинской сестры является одной из ключевых в медицинской этике. При этом подавляющее большинство авторов рассматривают данную проблему с позиций патернализма - "отеческой" заботы врачебного сословия над сестринским персоналом. Врачи античного периода получали образование в семейных школах, где знания и умения передавались либо по наследству, либо сообщались доверенным лицам.

С появлением в IX веке первых университетов подготовка врачей стала постепенно переходить на научные рельсы. При этом практически до XVIII века к врачам относились только терапевты. Хирурги выходили из сферы цирюльников и находились на более низкой ступени. По мере развития науки и техники менялся лик медицины. Внутри ее формировались отдельные направления с последующей специализацией выпускников. Этот принцип фактически сохранился и до наших дней.

Врач был и остается одной из ключевых фигур в любой системе здравоохранения.

Сестринское дело также прошло большой и сложный путь развития. Впервые в России женский труд для ухода за больными в госпиталях был использован при Петре I. Началом сестринского дела в России считают 1803 год, когда появилась служба сердобольных вдов. В 1818 году в Москве был организован институт сердобольных вдов, а при больницах стали организовывать специальные курсы сиделок. Именно в этот период начинается специальная подготовка сестринского персонала. Организовал первую службу медицинских сестер в России Кристофер фон Оппель, который в предисловии к руководству по обучению сестринскому делу писал: "Без соответствующего ухода и поддержки больных даже лучший врач не сможет восстановить здоровье и предотвратить смерть".

К более широкому привлечению женского труда для ухода за больными в России прибегали во время крымской войны в 1853-1856 гг. Именно в этот период впервые в мировой истории медицинские сестры оказывали помощь раненым на поле боя. В 1885 году Н.И. Пирогов разработал сборник инструкций для медсестер. В дальнейшем сестринское дело в России развивалась под знаком Красного Креста. С 1926 года термин "сестра милосердия" был изменен на "медицинская сестра". В 1953 году медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища, которые занимаются подготовкой сестринского персонала и до сегодняшнего дня.

С 1991 года начата подготовка сестринского персонала и в колледжах по 4-годичной программе. В этот же период открываются и факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах.

Сестринское дело в России является частью общей медицинской деятельностью. Необходимость выделения сестринского дела обусловлена рядом организационных, психологических и этических аспектов.

С переходом к оказанию первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) возникла необходимость в подготовке медсестер общей практики. Медсестра общей практики должна обладать большей самостоятельностью в работе, а не быть просто помощником врача. Работа сестринского персонала может иметь два уровня функционирования. Один уровень - это работа в составе команды общей врачебной практики. В этом случае сестринский персонал работает при проведении приема пациентов, проводит процедуры диагностические и лечебные, осуществляет патронаж больных на дому. Второй уровень работы медицинских сестер, который только появляется в России, должен предусматривать больше их самостоятельность.

Одним из главных направлений реформы здравоохранения, проводимой в целях выполнения конституциональных гарантий населению в области охраны здоровья, является реформа первичной медицинской помощи. В связи с тем, что почти 80% населения начинает и заканчивает обследование и лечение в первичном звене здравоохранения, от состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество работы всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем возникших на уровне семьи.

Врач общей практики (семейный врач) и медицинская сестра общей практики оказывают всеобъемлющую и непрерывную помощь всем пациентам, независимо от пола и возраста, с учетом их семейных отношений и социального статуса. Одним из главных приоритетов общей практики является доступность и профилактическая направленность, что способствует предупреждению развития заболеваний в группах риска и их осложнений, требующих стационарного лечения. Хорошо подготовленный врач общей практики в состоянии самостоятельно обеспечить оказание помощи 80% пациентов, обращающихся в учреждения амбулаторного типа, что значительно снижает потребность в узких специалистов на этом этапе оказания помощи.

Одна из основных проблем - отсутствие точных данных о потребностях в сестринском уходе, особенностях его планирования, моральной и правовой ответственности медицинских сестер общей практики. Еще в 60-е годы комитет экспертов ВОЗ по сестринскому делу определил его как "практику человеческих взаимоотношений", считал, что медсестра должна уметь распознавать потребности пациентов, "рассматривая больных как индивидуальные человеческие существа". Сестринский уход должен быть нацелен на личность, на физические, психологические и социальные проблемы, возникающие перед этой личностью в связи с болезнью, а также на семью в целом.

Медицинская сестра совместно с больным и с его родственниками, а не только с врачом, намечает мероприятия, которые необходимо провести для достижения конкретно поставленной цели. Она должна предводить результат этих мероприятий. Так как с больным большее время проводит медицинская сестра, а в условия семьи-родственники, то успех действия медсестры будет зависеть от представлений больного и его семьи о здоровье, болезни и потребности в успехе.

2.2 Приказ Министерства РФ от 26.08.92г. №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики»

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан декларирует право на выбор врача и медсестры общей практики, которые будут оказывать ПМСПН любому его члену независимо от возраста и пола.

Минздравом России разработана Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (одобрено постановлением Правительства РФ от 05.11.97 №1387), которая в качестве приоритетного направления в совершенствовании организации оказания медицинской помощи рассматривает развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе общей врачебной (семейной) практике.

Приоритет реформирования "первичного звена" здравоохранения обусловлен такими его особенностями, как:

- доступность населению;

- экономичность;

- реализация всех основных этапов оказания медицинской помощи

населению - профилактики, лечения и реабилитации;

- обеспечения постоянного наблюдения за здоровьем населения.

В целях ускорения реформ в здравоохранении и адаптации отрасли к условиям рыночной экономики был создан приказ Министерства России от 26.08.92г. №237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)", которым утверждены положения о враче и медсестре общей практики, квалификационные характеристики и типовой учебный план подготовки специалистов.

*Приложение №5 к приказу Министерства РФ от26.08.92г.№237.*

Положение о медицинской сестре общей практики.

1. Общее положение.

1.1 Медицинская сестра общей практики является специалистом в области сестринского дела, работает совместно с врачом общей практики (семейным врачом) и обеспечивает медицинскую помощь прикрепленному населению, включая профилактические и реабилитационные мероприятия.

1.2 На должность медицинской сестры общей практики назначаются медицинские сестра, прошедшие подготовку по программе специализации "Медицинская сестра общей практики".

1.3 Медицинская сестра общей практики работает под руководством врача общей практики или самостоятельно условиям договора (контракта).

Медицинская сестра общей практики назначается и освобождается от должности в соответствии с действующим законодательством.

2. Обязанности медицинской сестры общей практики. Основными обязанностями медицинской сестры общей практики являются:

2.1 Выполнение профилактических, лечебных, диагностических мероприятий, назначаемых врачом в поликлинике и на дому, участия в проведении амбулаторных операций.

2.2 Оказание больным и пострадавшим первой доврачебной медицинской помощи при травмах, отравлениях, острых состояниях, организация госпитализации больных и пострадавших по экстренным показаниям.

2.3 Организация амбулаторного приема врача общей практики (семейного врача), подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов, проведение осмотра больного, предварительный сбор анамнеза.

2.4 Соблюдение санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментария и материалов, мер предупреждения постинъекционных осложнений, сывороточного гепатита, СПИДа, согласно действующим инструкциям и приказам.

2.5 Ведение учетных медицинских документов (статистические талоны, карты экстренного извещения, бланки направления на диагностические исследования, посыльные листы во ВТЭК, санаторно-курортные карты, контрольные карты диспансерного наблюдения и т.д.).

2.6 Обеспечение кабинета врача общей практики (семейного врача) необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой. Учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета. Контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным их ремонтом и списанием.

2.7 Проведение персонального учета обслуживаемого населения, выявления его демографической и социальной структуры, учет граждан, нуждающихся в надомном медико-социальном обслуживании.

2.8 Проведение в поликлинике (амбулатории) и на дому доврачебных профилактических осмотров населения.

2.9 Организация учета диспансерных больных, инвалидов, часто и длительно болеющих и др.; контроль их посещений, своевременное приглашение на прием.

2.10 Участие в проведении санитарно-просветительной работы на участке: пропаганда гигиенических знаний, здорового образа жизни, рационального питания, закаливания, физической активности и т.д..

2.11 Подготовка санитарного актива участка, проведение занятий по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, острых состояниях и несчастных случаях; обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказание первичной доврачебной помощи.

2.12 Подготовка больных к проведению лабораторных и инструментальных исследований.

2.13 Своевременное ведение установленных учетно-отчетных, статистических документов

2.14 Постоянное повышение, усовершенствование своего профессионального уровня, знаний, профессиональной культуры

2.15 Выполнение правил внутреннего трудового распорядка, медицинской этики, требований по охране труда и техники безопасности

3. Права медицинской сестры общей практики.

3.1 Вносить предложения по вопросам организации труда, обеспечения необходимыми медицинскими медикаментами, инструментами, перевязочными материалами, а также по вопросам улучшения лечебно-профилактической помощи населения в пределах своей компетенции

3.2 Принимать участие в совещаниях (собраниях) по вопросам лечебно-профилактической и организационной работы на прикрепленном участке

3.3 Постоянно повышать свои знания, не реже одного раза в 5 лет на базе училищ (отделений) повышения квалификации работников по средним специальным медицинским и фармацевтическим образованием

4. Ответственность медицинской сестры общей практики

Медицинская сестра общей практики несет ответственность: за осуществляемую профессиональную деятельность, неоказание медицинской помощи больным в состояниях угрожающих жизни, за противоправные действия или бездействие, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, в установленном законом порядке.

Все это требует профессиональной специальной подготовки и переподготовки медицинских сестер общей практике. Создание новых учебных программ должно предусматривать не простое "наращивание" знаний и увеличение числа величин, а подготовку специалистов с "разным уровнем категорий и функций, которые предусматривают право принятия самостоятельных решений".

2.3 Приказ главного управления здравоохранения г. Иркутска от 23.10. 2003 г. № 630 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Иркутской области»

В Иркутской области, как и в Российской Федерации в целом, анализ основных показателей ресурсов в деятельности лечебно-профилактических учреждений показал, что по-прежнему приоритет при оказании медицинской помощи отдается более дорогостоящей стационарной помощи. При этом отмечено, что количество занятых должностей врачами терапевтами участковыми уменьшается, а доля врачей специалистов, работающих в стационарах постоянно увеличивается.

Организация первичной медицинской помощи, ориентированная на участковую и специализированную участковую службу, не обеспечивает необходимой эффективности. Функции участкового врача не позволяют ему обеспечить оказание непрерывной и всеобъемлющей помощи основным категориям пациентов независимо от пола и возраста. Отсутствует ответственность врача за здоровье семьи в целом и преемственность при ведении больных при их переходе из детских поликлиник во взрослую службу.

Ключевой задачей в решении указанных проблем является развитие принципов семейной медицины и повышение роли общеврачебных (семейных) практик в первичном здравоохранении. Во исполнение приказов Минздрава России от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»; от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах Центра, отделения общей врачебной (семейной) практики; от 12.08.2003 г. № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)» и в целях дальнейшего совершенствования и эффективной организации амбулаторно-поликлинической помощи населению путем поэтапного внедрения общей врачебной практики (семейной медицины)

* 1. Организация работы врача общей практики за рубежом

В разных странах существует различная практика по созданию новых мест для врачей общей практики: в некоторых странах имеются определенные законодательные акты, регулирующие создание новых мест (Италия, Австрия и пр.), в других нет (Бельгия, Нидерланды и пр.). В ряде стран, например, Швеции, Финляндии, где врачи общей практики получают фиксированную зарплату, новые врачи общей практики принимаются только при наличии вакансий. Следует отметить, что при наличии такой регулируемости в Италии самая высокая плотность врачей общей практики и малая нагрузка на врача общей практики, а в условиях отсутствия такой регулируемости (Нидерланды) самая низкая плотность врачей общей практики и самое большое количество пациентов на одного врача.

Число жителей на одного врача общей практики колеблется от 850 до 2430 человек, при этом можно различить три группы:

* первая - до 1000 человек (Австралия, Испания и некоторые другие),
* вторая — от 1000 до 2000 человек (Канада, Франция, Великобритания, США, Германия, Япония),
* третья группа — более 2000 человек на одного врача общей практики (Швеция, Голландия, Сингапур, Гонконг).

Число консультаций на 1 ВОП в неделю в большинстве стран находилось в пределах 100 — 200 консультаций. В странах Юго-Восточной Азии (Япония, Сингапур, Гонконг), а также Германии — число консультаций было значительно больше — от 220 до 375 в неделю.

Характеристика первичной помощи в разных странах.

Количество часов в неделю, затраченных на консультации ВОП в Дании, Испании, Франции от 25 до 32, в то время как в большинстве стран в среднем приходится около 45 часов (42-48), а в Германии и странах Юго-Восточной Азии (Япония, Сингапур, Гонконг) — это время составляет 50 часов и более в неделю.

Работа врачом общей практики является престижной профессией и это подтверждается превышением его среднего дохода по сравнению со средним доходом работников частного сектора.

Наиболее распространенным среди врачей общей практики является организация медицинского обслуживания во внерабочие часы своими собственными силами, однако в некоторых странах, например, в Италии имеются специальные службы, обеспечивающие медицинское обслуживание и скорую помощь когда не работают врачи общей практики.

В Австрии, например, врачи общей практики должны быть доступны для населения с 9 до 19 часов в рабочие дни. Во время выходных дней помощь осуществляется также за счет специальных служб. В Италии врачи общей практики обязаны быть доступными для пациента с понедельника по пятницу с 8 часов утра до 20 часов вечера с 2-часовым перерывом, а в субботу с 8 до 14 часов.

Выбор врача общей практики является серьезным фактором конкуренции между врачами. Среди причин, которые играют определенную роль при выборе врача общей практики, по данным ряда исследователей наиболее важными можно считать следующие:

* место жительства пациента,
* рекомендации родственников или друзей,
* привлекательность методов работы врача,
* доброе отношение к детям,
* преемственность (прежний уехал),
* лечится у него с детства, является доктором жены/мужа;
* неудовлетворенность предыдущим врачом,
* невозможность найти другого.

Врач общей практики может работать один — так называемая одиночная практика, в партнерстве (2 врача общей практики) и в составе определенной «бригады» — групповая практика. В последнее время стала все более распространяться такая форма организации общей практики, как центры здоровья.

В последнее время наблюдается тенденция к более широкому распространению групповой практики, как более предпочтительной по сравнению с одиночной или в партнерстве. Так, по некоторым данным в Великобритании в 1951 году 81% врачей общей практики работали в одиночку или вдвоем и только 6% в общей практике, состоящей из 4 и более человек; в 1983 году это соотношение уже было 29% и 49% соответственно, в настоящее время количество одиночных практик сократилось до 10%. При работе в групповой практике наблюдается меньшая загруженность дежурствами, большая возможность и длительность отдыха (отпуска), более широкие возможности для диагностики, лечения (в силу лучшего оборудования, возможности приобрести аппаратуру). Кроме того, это расширение возможностей для профессионального общения, взаимных консультаций, учебы и пр. Центры здоровья (ЦЗ) целесообразно рассмотреть на примере Финляндии. Первичная помощь является приоритетным направлением в здравоохранении Финляндии с 1972 года. Характерно, что в начале 70-х годов почти 90% всех ресурсов здравоохранения тратилось на специализированные больничные службы, оставляя только около 10% на первичную помощь. Однако, состояние здоровья населения не улучшалось, хотя расходы на здравоохранение росли в два раза быстрее, чем валовой национальный доход.

Как основное медицинское учреждение в системе первичной помощи на уровне общины был принят центр здоровья. Центр здоровья обозначает не просто здание или комплекс зданий, а представляет целостную систему организации первичной помощи. Минимальное количество обслуживаемого населения около 10 000 человек. В Финляндии более двухсот ЦЗ и большинство из них имеет не менее 4 ВОП для обеспечения дежурств. Вспомогательный персонал в среднем 11 человек. Некоторые ЦЗ имеют своих собственных консультантов—специалистов, но в любом случае консультации могут оказываться и внешними консультантами. ЦЗ имеет лабораторию, рентген и местные больницы (койки) для острых и хронических больных. Услуги предоставляются в различных отделениях, разбросанных по территории. Некоторые из них открыты и день и ночь, некоторые доступны 2 раза в неделю. 75% контактов врач-пациент осуществляется на уровне ЦЗ, остальные через страховые фонды и частных врачей. Среди услуг, предоставляемых ЦЗ следует отметить: охрану материнства и детства. Женщина посещает ЦЗ примерно 16 раз во время беременности и после родов. 95% приходят на обследование до 4 месяцев, а более 99% женщин рожают в больнице. Акцент делается на здоровье пожилых, планирование семьи, санитарное просвещение. Проводится физиотерапия, наблюдение за психически больными и многими другими группами.

Характерно, что, в основном, домашние визиты выполняются медсестрами из центров здоровья, а врачи общей практики делают домашние визиты только пожилым или хроническим больных, для которых организован стационар на дому.

В центрах здоровья нет персональной, регистрационной системы пациентов, поскольку все врачи несут коллективную ответственность в пределах зоны обслуживания центра здоровья. Это не дает возможности осуществить преемственность помощи, поэтому к настоящему времени все больше людей стремятся получить более персонифицированную помощь от выбранного ими врача. Эти тенденции учитываются организаторами здравоохранения и в будущем предполагается замена коллективной ответственности на индивидуальную ответственность за пациентов, зарегистрированных у данного врача.

95% всех врачей общей практики центров здоровья имеют 37-часовую рабочую неделю и получают зарплату. Дополнительная оплата существует за ночные и телефонные дежурства. В свое свободное время врачам разрешено подрабатывать в частной практике, оплата в которой идет по принципу «оплата за услугу». Только 5% работают, как частнопрактикующие врачи. Пациенты могут пользоваться частным сектором по мере необходимости, при этом им частично возмещается стоимость лечения из общественных фондов страхования, предназначенных для частного сектора.

Согласно определению Американской академии семейных врачей, ПМП является типом медицинской помощи первого контакта и предполагает ответственность перед больным за сохранение его здоровья и лечение заболевания. Она включает уникальное взаимодействие и связь между пациентом и врачом. Этот вид помощи, всесторонний по характеру, включает контроль проблем пациента: биологических, поведенческих и социальных. Использование консультантов и общественных ресурсов — важная составная часть эффективной первичной медицинской помощи.

Оказанием ПМП в экономически развитых странах занимаются ВОП или СВ. На одного врача приходится в среднем 2000 человек, и он решает до 80% всех медицинских проблем пациентов, освобождая их от ненужных визитов к специалистам.

Обращение ВОЗ в 70-е годы к проблемам ПМСП ознаменовало собой чрезвычайно важное изменение стратегии организации наиболее массовой медицинской помощи. Осуществленные на базе новой концепции преобразования в ПМСП привели к серьезным положительным сдвигам в состоянии здоровья населения как развивающихся, так и развитых стран. Парадоксально, что в СССР, организовавшем первую конференцию ВОЗ по ПМСП, авторитарные структуры власти проигнорировали проблему коренного преобразования массовой медицинской помощи, что в сочетании с кризисом вызвало значительное ухудшение показателей общественного здоровья в 80—90-е годы.

Английский ученый У. Стефан, обобщивший в 1982 г. опыт организации ПМП в 22 странах, сформулировал основы ее концепции и свел воедино мнение специалистов по общей и семейной врачебной практике. Он подчеркнул, что проблема помощи на первичных уровнях — это проблема удовлетворенности населения всей системой медицинской помощи. Медики всегда стояли перед дилеммой между обеспечением наилучшей медицинской помощи и ее приемлемостью в финансовом отношении, которая разрешается путем поиска правильного соотношения содержания и объемов медицинской помощи, оказываемой на первичном (ПМСП), вторичном (специализированная) и последующих уровнях (высокоспециализированная и уникальная). Однако суть проблемы не в финансовых лимитах, а в том, чтобы не допустить ошибок в лечебной практике на первичном уровне.

ВОП как никто другой знает нужды больных, оценивает преимущества и недостатки методов диагностики и лечения. Поэтому ВОП не должен зависеть от каких-либо финансовых и бюрократических ограничений, он действует как посредник между пациентом и системой здравоохранения. У. Стефан утверждает, что ни одна система здравоохранения не может эффективно функционировать и удовлетворять потребности людей, если она не обеспечивает хорошо организованную первичную медицинскую помощь. В Дании, Финляндии, Новой Зеландии и Великобритании хорошо развита система первичного медицинского обслуживания ВОП. Подготовка ВОП хорошо осуществляется во всех скандинавских странах, Франции, ФРГ, США и особенно в Канаде, где семейная медицина является традиционной и выходит единственный в мире журнал "Семейный врач".

Всемирный форум здравоохранения (1982 г.) подчеркнул, что типичной ошибкой в организации здравоохранения является сокращение доли расходов на первичных уровнях медицинской помощи, которыми реально пользуются 80–90% больных. Отмечая очевидную успешность опыта ПМСП, форум считает, что не существует идеальной ее модели вследствие географических и этнографических различий.

Единственным общим критерием доступности является грамотный врач или другой медицинский работник, помогающий пациенту оценить ситуацию и принять правильное решение— как лечиться и куда при необходимости обращаться дальше. Умение предоставить преимущества системы здравоохранения народу — это, прежде всего, достижение устойчивого взаимопонимания между ВОП, их помощниками и постоянной клиентурой. Предоставление необходимого объема ответственности вспомогательному персоналу — важнейшая черта правильного функционирования первичного уровня. Позиция медиков, настаивающих на том, что обследовать и лечить больного может только врач, оказала парализующее действие на развитие структуры и функции служб здравоохранения.

Личный контакт является одной из лучших сторон деятельности специалиста общей практики. Инициатива контакта между врачом и пациентом в равной мере может принадлежать обеим сторонам, формы контактов не должны лимитироваться (на дому, приглашение на прием, консультации по телефону, визиты при стационарном лечении, обучение схемам самолечения и самоконтроля). Главным вопросом является предоставление семье возможности обращаться за помощью к одному человеку, чаще всего к СВ. Он должен уметь диагностировать и лечить большинство болезней, уметь проводить простые профилактические мероприятия и заниматься санитарным просвещением. Для этого необходима достаточная подготовка и возможность опереться на отлаженную систему вторичной (специализированной) помощи.

ВОП нанимается, как правило, местными властями на средства фондов национального и территориального налогообложения, выделяемые на здравоохранение. Помимо зарплаты ему предоставляется доверительный счет в банке на содержание штата вспомогательного персонала, аренду помещения, покупку инвентаря и медикаментов. Выставляя счета на предоставленные пациентам услуги, он, таким образом, расходует выданный ему кредит, чтобы в конце года полностью погасить его. Хотя лечение на первичном уровне в большинстве стран Европы бесплатное, средства, выделяемые на это, постоянно находятся в обращении, что и является единственно правильной формой оценки эффективности их расходования. Только та система, которая способна использовать весь объем имеющихся и в первую очередь массовых, относительно дешевых ресурсов, может правильно направить доверенные ей средства на контингенты больных, нуждающихся в особом подходе. Особенно рационально используются средства там, где есть местная инициатива, традиции неформальной помощи, без всяческих бюрократических ограничений.

* 1. Подготовка и переподготовка медсестер общей практики

Как свидетельствуют литературные данные, к очевидным преимуществам системы общей врачебной практики можно отнести снижение заболеваемости и улучшение качества жизни, приводящие к перспективному снижению затрат на медицинскую помощь, что связано с прогнозируемым снижением потребности в дорогостоящем стационарном и специализированном лечении за счет систематически проводимой профилактической работы и постоянного наблюдения бригадами общей врачебной практики за уровнем и состоянием здоровья прикрепленного контингента.

В поддержку развития первичного медицинского обслуживания, основанного на общей практике, Министерство здравоохранения в 1999 году утвердило отраслевую программу «Общая (семейная) практика». В ней определены требования к подготовке, права и обязанности врачей общей практики, указаны правовые, организационные и финансовые основы существования общей практики.

Семейная медицина предусматривает работу команды медиков с семьей в целом и с каждым ее членом на протяжении длительного времени. В системе общей врачебной практики функции врача и медицинской сестры значительно шире, чем у участковых терапевтов и педиатров и работающих с ними медицинских сестер, здесь оказывается более разнообразный спектр медицинских услуг, многие из которых традиционно оказываются врачами - специалистами, поэтому у пациентов не возникает потребности пользоваться их помощью, например, для определении остроты зрения или для смены послеоперационной повязки. В более сложных случаях, требующих вмешательства специалиста, врач общей практики, определяющий необходимость консультации, может направить пациента к нему, но у того же специалиста должно быть больше времени на работу с теми, кто нуждается в его помощи, и это время появится, если часть функций его возьмет на себя врач общей практики.

Значительная роль в работе общих врачебных практик отводится сестринскому персоналу. Зная социальный статус семьи, уровень здоровья каждого из ее членов, особенности развития и течения заболеваний, пользуясь доверием и авторитетом у своих пациентов, семейная медицинская сестра может более эффективно заниматься не только координирующей деятельностью, но и разработкой и реализацией конкретных профилактических мероприятий, необходимых каждой семье, в соответствии с условиями жизни данной семьи, а также разработкой и реализацией планов сестринского ухода за пациентами.

Для успешной работы медицинской сестре общей практики необходимы обширные знания и умения, превышающие те, что приобретаются на базовом уровне образования, так как функции семейной медицинской сестры значительно разнообразнее, чем у медицинских сестер стационаров и медсестер, работающих на терапевтических и педиатрических участках амбулаторно-поликлинических учреждений.

К числу функций медицинской сестры общей практики среди прочего относятся:

• проведение персонального учета, сбор демографической и медико-социальной информации о прикрепленном населении;

• выявление факторов риска, проведение мероприятий, направленных на снижение их влияния на состояние здоровья населения;

• проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения: обучение уходу за больными, обучение беременных и их семей, обучение населения здоровому образу жизни, знаниям и навыкам, связанным с конкретными заболеваниями, уходу за детьми и инвалидами;

• обучение населения оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях;

• консультирование по медико-социальным аспектам семьи, планированию семьи;

• организация медико-психологической поддержки членам семьи с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей;

• выполнение профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий, назначаемых врачом в поликлинике и на дому.

В настоящее время подготовка сестер ориентирована в основном на работу с уже заболевшими людьми; преимущественно готовятся кадры для стационаров, что не позволяет уделять достаточное внимание вопросам профилактической деятельности медицинских сестер, хотя на всех уровнях подготовки сестринского персонала большое значение должно придаваться именно вопросам поддержания здоровья здоровых людей, а также профилактике дальнейшего развития уже имеющихся заболеваний. Однако такая ориентация при подготовке медицинских сестер общей практики неприемлема: наряду со знанием особенностей сестринской деятельности при различных заболеваниях им необходимы обширные знания и в области семейных отношений, и в области психологии, и в области профилактической медицины. Она должна знать особенности сестринской деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи, уметь оказывать паллиативную помощь, помощь семьям, имеющим инвалидов и многое, многое другое. Поэтому основной задачей при подготовке медицинских сестер общей практики является создание условий, обеспечивающих максимальное приближение к реалиям современного общества, современной семьи с их медицинскими и социальными проблемами, обеспечение целостного подхода к деятельности медицинской сестры при работе с семьей.

Именно такой подход в обучении — широты умений, знаний и взглядов, необходимых медицинской сестре общей врачебной практики, — предусматривает Государственный образовательный стандарт, в соответствии с которым и ведется подготовка семейных медицинских сестер. В настоящее время действует Государственный образовательный стандарт, принятый в 2004 году. Это стандарт второго поколения (первый образовательный стандарт действовал с 1997 по 2003 год), он учитывает изменения, произошедшие в последние годы в обществе и здравоохранении.

Подготовка сестер общей врачебной практики ведется с 1992 года, когда вышел Приказ Министерств № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». За это время накоплен значительный опыт обучения медицинских сестер общего звена по направлению углубленной подготовки «Семейная медицина».

В соответствии с Государственным образовательным стандартом на повышенном уровне образования учатся медицинские сестры со стажем и только что завершившие обучение на базовом уровне.

К специалистам сестринского дела в структурах семейной медицины относятся:

- медсестра общей практики (среднее образование плюс три года колледжа, 1-ый уровень) работает с врачом общей практики;

- фельдшер (среднее образование плюс четыре года колледжа, 2-ой уровень) работает как помощник врача общей практики в структурах сельской медицины и в отдельных офисах - самостоятельно;

- академическая сестра (высшее образование, 3-ий уровень) работает менеджером отделения врачей общей практики, главной или старшей медсестрой.

Семейная медицина, составная часть сестринского дела, ориентируется на личность, семью, общество в целом, основополагается на концепции здоровья населения в данной стране и важнейших социально-гигиенических проблемах. Подготовка и переподготовка медицинской сестры общей практики должна включать углубленное знание предметов сестринского дела по горизонтали (терапия, хирургия, акушерство и гинекология и др.) и межпредметное сотрудничество по вертикали (педагогика, психология и др.). Краеугольным принципом многих дисциплин должен быть сестринский процесс как научно обоснованный метод решения медицинской сестрой проблем пациента.

При переходе к организации первичной медико-санитарной помощи населению (ПМСПН) по семейному принципу резко возрастает роль и нагрузка медсестры общей практики, повышается ее ответственность по отношению к пациенту и одновременно повышается ответственность пациента за свое здоровье.

Процесс перехода к семейной медицине требует пересмотра принципов медицинского образования и подходов к нему. В отличие от сложившейся системы подготовки медицинских кадров с приоритетом на изучение клинических дисциплин. Медицинское образование на современном этапе обязательно должно включать в себе не только индивидуально-лечебную, но и медико-социальную профилактику, изучение проблем семьи.

Становление института врачей общей практики (семейных врачей) предполагает расширение функции среднего медицинского персонала, подготовку медицинских сестер и менеджеров общеврачебных практик.

Медсестра-менеджер с высшим сестринским образованием служит соединяющим мостом между врачами и медицинскими работниками среднего звена. Знания основ практической психологии, маркетинга, права и экономики существенно повышает ценность этого специалиста для функционирования обще врачебной практики.

Будущие организаторы различных подразделений ЛПУ (заместитель главного врача по сестринскому делу, главная и старшая сестра больницы, менеджер отделения врачей общей практики) проходят углубленную подготовку по всем разделам деятельности бригады врачей общей практики с учетом особенностей их работы в отделениях, офисах и амбулаториях.

Программа "Сестринское дело в семейной медицине" для факультета высшего сестринского образования составлена с учетом квалифицированной характеристики данных специалистов. Основная задача подготовки медицинских сестер с высшим образованием по организации сестринского дела в семейной медицине - обучение технологиям организации первичной медико-санитарной помощи населению в общеврачебных практиках.

В связи с этим медицинская сестра-руководитель должна четко представлять особенности работы всех подразделений обще врачебной практики, современные тенденции развития сестринского дела и семейной медицины в России и за рубежом, направление развития страховой медицины, роль и задачи медицинской сестры общей практики в системе оздоровления семьи и общества, основные социальные и психологические проблемы семьи.

Семейная сестра - равноправный участник во всех видах лечебно-профилактической работы на участке наряду с семейным врачом.

Медсестры с высшим образованием должны знать:

• Основы законодательства по здравоохранению;

• Постановления Правительства РФ;

• Приказы Министерства России;

• Приказы Главного управления здравоохранения при администрации области;

• другие документы, регламентирующие работу общеврачебных практик.

А также уметь:

• использовать их при работе в качестве менеджеров общеврачебных практик;

• обеспечивать четкую и бесперебойную работу бригады врачей общей практики;

• составлять программы медицинской, психологической, социальной и профессиональной реабилитации пациентов общеврачебных практик.

* 1. Квалификационные требования к работе медсестры общей практики. Умения и навыки

В соответствии с Приказом Министерства России от 26.08.92 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)», реорганизация предполагает изменение структуры и сути работы поликлиник, преобразования их амбулатории, офисы и отделения врачей общей практики (семейных врачей).

Круг проблем, которая должна решать медсестра обшей практики, гораздо шире, чем у участковой медсестры. (Основные требования к работе медсестры общей практики // жур. "Российский семейный врач" №2 - Санкт-Петербург, 2000)

В задачи медицинской сестры общей практики входят:

* проведение санитарно-противоэпидемической работы;
* проведение иммунопрофилактики;
* обучение населения простейшим методам само - и взаимопомощи; организация ухода за детьми и больными;
* проведение по назначению врача диагностических и реабилитационных мероприятий в пределах своей компетенции;
* оказание первой доврачебной помощи при острых заболеваниях, травмах, отравлениях, несчастных случаях, в том числе и у детей;
* организация и контроль за работой младшего персонала;

 Все это требует специальной профессиональной подготовки, что было учтено при создании новых учебных программ, которые предусматривают непростое "наращивание" знаний и увеличение числа дисциплин, а подготовку специалистов с разным уровнем категорий функций, предусматривающих право принятия самостоятельного решения.

Краткий перечень навыков и умений медицинской сестры общей практики, качественно отличающей ее от обычной "кабинетной" медсестры, может быть представлен в следующем виде:

* запись электрокардиограммы, функции дыхания на портативном аппарате;
* определение остроты зрения и слуха;
* глазная тонометрия;
* экспресс-анализ крови, мочи, определение билирубина, желчных пигментов;
* выполнение физиотерапевтических процедур;
* владение основами лечебного массажа;
* сердечно-легочная реанимация, электрическая дефибрилляция по жизненным показаниям;
* знание основ медицинской статистики;
* работа на персональном компьютере в объеме пользователя.

Медицинская сестра общей практики, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания в семье, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье. Если в семье есть верующие, медицинская сестра должна найти подход к ним с целью положительного влияния на здоровье членов этой семьи. Медицинская сестра общей практики дает подробную оценку состояния здоровья семьи и рекомендации по коррекции выявленных нарушений, вместе с семьей оценивает результаты проводимых ею, врачом общей практики и семьей профилактических мер. То есть медсестра общей практики проводит первичный скрининг различных аспектов здоровья семьи.

Таким образом, медицинская сестра общей практики - это равноправный участник, наряду с врачом общей практики, всех видов лечебно-профилактической работы на участке. В соответствии с мировыми стандартами медицинская сестра общей практики должна относиться к пациентам как к уникальным личностям; уметь выявлять их проблемы, в том числе внутрисемейные, координировать медицинскую помощь в течение всей жизни пациентов. Хорошая, дружная работа тандема: врач и медсестра общей практики - залог снижения заболеваемости и повышение показателей здоровья семьи.

* 1. Регламентация работы медицинской сестры общей практики

Регламентация работы медицинской сестры общей практики детализирована Приказом №237 МЗ РФ. Медицинская сестра общей практики моет осуществлять свою деятельность как в государственных медицинских учреждениях, так и в негосударственных в порядке частной практики. Медсестра общей практики работает по контракту (договору). При этом обслуживаемый контингент формируется с учетом права свободного выбора врача и медсестры общей практики.

Объем работы медсестры общей практики определяется лицензией: это амбулаторный прием, посещения на дому, оказание неотложной помощи, выполнение профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, содействие решению медико-социальных проблем семьи.

Наиболее успешно в отделениях обще врачебной практики (ОВП) медицинскими сестрами решаются вопросы выполнения врачебных назначений. Квалификация медицинских сестер и оснащенность офисов позволяют своевременно и в должном объеме осуществлять назначение врача: сбор и выполнение анализов, проведение диагностических мероприятий (запись ЭКГ, измерение артериального давления и внутриглазного давления, определение остроты зрения, функции внешнего дыхания и т.д.), а также провести медикаментозное лечение.

Работа семейных медицинских сестер на дому предусматривает одну из основных целей - осуществление условий для максимально долгого и успешного проживания инвалида или пенсионера у себя дома с помощью разнообразных средств ухода и технических приспособлений.

Это можно достичь, решив следующие задачи:

1. Обеспечение безопасности пациента:

* пожарная безопасность;
* электрическая безопасность;
* устранение препятствий по уходу передвижения;
* установление перил, ручек, укрепление ковриков и т.д.;
* безопасное хранение чистящих, отбеливающих средств, красителей и т.д.;
* надежность затворов на окнах и дверях;
* безопасное хранение лекарств, контроль за содержимым домашних аптечек, хранение лекарственных средств;
* соответствие высоты стульев, кровати и т.д. по росту пациента.

2. Уважение человеческого достоинства, соблюдение прав человека.

3. Соблюдение конфиденциальности (тайны личных дел, диагноза, содержание переговоров и т.д.).

4. Обеспечение качества общения с пациентом (доступность для беседы, эмоциональная поддержка).

5. Расширение круга общения пациента, создание обстановки для этого (доступность телефона, наличие адресов, письменных принадлежностей, побуждение к расширению общения).

6. Поощрение независимости и самостоятельности пациента, позволение делать столько, сколько он может.

7. Применение средств к расширению самообслуживания и большей самостоятельности (оборудование помещений, применение приспособлений: опорной палки, костылей, колясок и т.д.).

8. Одобрение действий пациента.

9. Профилактика и диагностика любого населения (психического, сексуального, финансового, физического).

10.Оказание помощи в приеме пищи, передвижении, уходе за ногтями и волосами, стирки, одевании, доставки и приготовлении пищи, выполнении гигиенических процедур, уборка помещений и т.д. в зависимости от потребности пациента.

11.Обеспечение инфекционной безопасности пациента.

12.Организация ремонта бытовой техники.

Не будем забывать, что помимо перечисленных выше задач по уходу на дому, семейной медицинской сестре надлежит не только обучать пациента правилам и методам, позволяющим расширить уровень самообслуживания, но и его ближайшее окружение уходу за этим членом семьи. Часто эта работа в психологическом плане наиболее тяжела со старыми людьми, число которых неуклонно растет в нашей стране.

Современное общество нуждается в профессиональной медико-социальной адаптации пожилых людей, в выявлении и устранении факторов, снижающих их способность к самообслуживанию. Без решения перечисленных задач вряд ли можно считать деятельность семейных медицинских сестер успешной. Главным ее объектом должны быть пожилые люди, инвалиды, дети. Выполнить эти задачи возможно лишь при следующих условиях:

1. решение задач, поставленных всей командой: врач - сестра - социальный работник;

2. создание базы данных не только о пациентах, но и о семьях, обслуживаемых отделением обще врачебной практики;

3. достаточное количество подготовленных профессионалов, способных оказать все виды помощи всем тем, кто в ней нуждается.

3. Собственные данные

С целью организации вопроса первичной медицинской помощи по принципу медсестра общей практики на примере НУЗ Отделенческой больницы на ст.Тайшет и отношения к реформам медицинских кадров были опрошены 20 врачей и 28 медсестры, а также 64 пациента, обслуживаемых НУЗ Отделенческой больницей на ст.Тайшет ОАО РЖД.

3.1 Организационная структура НУЗ Отделенческой больницы на ст. Тайшет ОАО РЖД

С целью организации вопроса первичной медицинской помощи по принципу медсестра общей практики была изучена структура и кадровый состав НУЗ Отделенческой больницы на ст. Тайшет.

Таблица № 2. Структура медицинских кадров.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должности | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Участковые врачи | 12 | 22,5 |
| Семейные врачи | 3 | 5,5 |
| Узкие специалисты | 40 | 72 |
| Участковые медсестра | 12 | 19 |
| Семейные медсестра  | 3 | 4,5 |
| Медсестры кабинетов узких специалистов | 49 | 76,5 |

Таблица № 1. Организационная структура руководящего состава медицинской деятельностью НУЗ Отделенческой больницей на ст.Тайшет.

#### Главный врач

Заместитель главного

врача по работе с сестринским персоналом

Заместитель главного

врача по организационной

деятельности.

Заместитель главного

врача по клинико –

экспертной работе.

Сестринская

служба.

Заведующий терапевтическим

отделением № 1.

Заведующий терапевтическим

отделением № 2.

Заведующий отделением

узких специалистов.

Старшая медсестра терапевтического

отделения № 1.

Старшая медсестра терапевтического

отделения № 2.

Старшая медсестра узких специалистов.

Анализ организационной структуры и кадрового состава позволяет делать следующие выводы. На 55 врачей приходится 64 медсестры, что соответствует 1: 1,2 и не соответствует мировым стандартам (1:4). Должностные обязанности и деятельность сестринского персонала НУЗ отделенческой больницы на ст. Тайшет ОАО РЖД.

Таблица № 3. Сравнительный анализ должностных обязанностей и деятельности сестринского персонала

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Деятельность | Семейнаямедсестра | Участковаямедсестра |
| Организация амбулаторного приема, подготовка рабочего места, инструментария, индивидуальных карт амбулаторного больного. | + | + |
| Выполнение назначений врача. | + | + |
| Манипуляционная деятельность – инъекции, измерение артериального давления и др.  | + | + |
| Проведение доврачебных профилактических осмотров населения. | + | + |
| Ведение установленных учетно – отчетных, статистических документов. | + | + |
| Участие в проведении санитарно – просветительской работы на участке.  | + | + |
| Систематически повышать свою квалификацию путем изучения соответствующей литературы, участия в конференциях, семинарах. | + | + |
| Выполнение физиотерапевтических процедур. | + | \_ |
| Запись электрокардиограммы, функции дыхания на портативном аппарате (пикфлоуметрия); | + | \_ |
| Исследование внутриглазного давления. | + | \_ |
| Определение остроты зрения и слуха. | + | \_ |
| Экспресс - анализы крови, мочи, определение билирубина, желчных пигментов. | + | \_ |
| Владение основами лечебного массажа. | + | \_ |

Таким образом, сравнительный анализ должностных обязанностей и деятельности семейной и участковой медсестры показывает значительное превосходство объема деятельности медсестры общей практики.

3.3 Результаты опроса медицинских работников НУЗ Отделенческой больницы на ст.Тайшет ОАО РЖД

Таблица № 4. Кадровый состав проанкетированных медицинских

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| работников МУЗ ГП № 1.Должность: | Абсолютное число (чел) | Процент (%) | Образование |
| Высшее | Средне – специальное |
| Абсолют.число  | Процент | Абсолют.число  | Процент |
| Участковые врачи | 10 | 50 | 10 | 100 | \_ | \_ |
| Семейные врачи | 3 | 15 | 3 | 100 | \_ | \_ |
| Узкие специалисты | 7 | 35 | 7 | 100 | \_ | \_ |
| Участковые медсестра | 12 | 43 | \_ | \_ | 12 | 100 |
| Семейные медсестра  | 3 | 11 | \_ | \_ | 3 | 100 |
| Медсестра кабинетов узких специалистов | 13 | 46 | 2 | 10 | 11 | 90 |

Таким образом, анализ структуры кадрового состава показал, что на 20 врачей количество медицинских сестер с высшим образованием составляет 10%, со средне–специальным – 90%.

Анализ отношения медицинских кадров к реформам Российского здравоохранения по направлению общая практика представлен в таблице № 5.

Таблица № 5. Отношение к реформам Российского здравоохранения по направлению общая практика.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Должность: | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютноечисло (чел) | Процент (%) | Абсолютноечисло (чел) | Процент (%) | Абсолютноечисло (чел) | Процент (%) |
| Врач | 10 | 50 | 8 | 40 | 2 | 10 |
| Медсестра | 16 | 57 | 7 | 25 | 5 | 18 |

Таким образом, из 20 опрошенных врачей и 28 медсестер, только 50 % врачей и 57 % медсестер относятся к реформам положительно. 40 % врачей и 25 % медсестер дали отрицательный ответ.

Анализ деятельности сестринского персонала по данным анкетирования врачебных кадров показали следующие результаты.

Таблица № 6. Анализ деятельности сестринского персонала по данным анкетирования врачебных кадров.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютное число (чел) | Процент (%) | Абсолютное число (чел) | Процент (%) | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Удовлетворенность работой своей медсестры. | 16 | 80 | 4 | 20 | \_ | \_ |
| Знаете ли Вы о высшем сестринском образовании. | 18 | 90 | 2 | 10 | \_ | \_ |
| Необходимо ли медсестре иметь высшее образование. | 12 | 60 | 6 | 30 | 2 | 10 |

Таким образом, по данным опроса врачей МУЗ ГП № 1 большинство удовлетворены (80%) работой своей медсестры и только 20% врачей не удовлетворены.

Анализ опроса врачебных кадров показал, что большая часть (90%) не понаслышке знакомы с высшим сестринским образованием, но только 60 % врачей считают нужным повышать образовательный уровень медицинским сестрам.

Таким образом, 60 % врачей считают необходимым повышать уровень образованности современной медицинской сестры, что позволит улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

* 1. Результаты опроса населения, обслуживаемого НУЗ Отделенческой больницей на ст. Тайшет ОАО РЖД

Таблица № 7. Структура проанкетированного обслуживаемого населения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пол: | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Мужчины | 23 | 34 |
| Женщины | 41 | 66 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Образование:  | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Высшее | 28 | 45 |
| Средне - специальное | 23 | 37 |
| Среднее | 13 | 18 |

Таким образом, из 64 опрошенных пациентов 34% мужчин и 66% женщин. С высшим образованием – 45%, со средне – специальным – 37% и 18% имеют среднее образование.

Таблица № 8. Результаты опроса пациентов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Частота посещения поликлиники: | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Регулярно (1раз в полгода) | 28 | 45 |
| Ежегодно | 21 | 34 |
| Затруднились ответить | 15 | 21 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специалисты, к которым обращаются наиболее часто: | Абсолютное число (чел) | Процент (%) |
| Терапевт | 20 | 33  |
| Хирург | 14  | 22  |
| Ревматолог | 10  | 16  |
| Эндокринолог |  8 | 13  |
| Невропатолог  |  5 | 8  |
| Окулист | 3 | 2 |
| Другие специалисты | 4 | 6 |

Таким образом, среди опрошенного населения основная часть регулярно (45%) пользуется помощью специалистов. Средний возраст пациентов 62,4 года.

Наиболее часто посещают терапевтов – 33%, хирургов – 22%, ревматолога – 16%.

Таблица № 9. Анализ удовлетворенности качеством врачебной помощи обслуживаемого населения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютное число (чел) | 32 | 25 | 7 |
| Процент (%) | 50 | 40 | 10 |

Таким образом, из 64 опрошенных пациентов удовлетворены качеством врачебной помощи были только 50% опрошенных пациентов, 40% отрицательно отзывались о качестве помощи. Причинами неудовлетворенности выставили следующее: длительное время ожидания приема, неполноценный осмотр и малое время отведенное на осмотр.

Таблица № 10. Анализ удовлетворенности качеством сестринской помощи обслуживаемого населения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютное число (чел) | 44 | 13 | 7 |
| Процент (%) | 70 | 20 | 10 |

Анализ деятельности сестринского персонала показал высокий процент удовлетворенности (70%) качеством сестринской помощи, но 20% не удовлетворены. Причину объяснили невозможностью получения сестринской на дому и малым временем общения.

Таблица 11. Анализ удовлетворенности деятельностью участковой медсестры.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютное число (чел) | 10  | 8  | 2 |
| Процент (%) | 50 | 40 | 10 |

Таким образом, только 50% опрошенных пациентов (20 человек) удовлетворены работой участковой медсестры.

Таблица 11. Анализ удовлетворенности деятельностью семейной медсестры.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Положительные ответы | Отрицательные ответы | Затруднились ответить |
| Абсолютное число (чел) | 16 | 2 | 2 |
| Процент (%) | 80 | 10 | 10 |

Таким образом, больший процент опрошенных пациентов (20 пациентов) удовлетворены работой семейной медсестры, особенно многосторонностью ее деятельности.

Заключение

1. Сравнительный анализ деятельности медсестры общей практики в России и за рубежом показал, что за рубежом семейная практика имеет прочные позиции, а в России по данным литературных источников только начинает широко применятся на практике.
2. После проведения сравнительного анализа деятельности медсестры общей практики и участковой медсестры было выявлено, что должностные обязанности семейной медсестры характеризуются большей разносторонностью и глубиной деятельности.

Анализ деятельности и качества оказания сестринской помощи на примере НУЗ Отделенческой больницы на ст.Тайшет ОАО РЖД.

1. показал, что больший процент опрошенных пациентов (80%) дали положительные ответы в отношении деятельности медсестры общей практики.

*Выводы:*

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Деятельность медсестры общей практики характеризуется высоким уровнем профессионализма, высокой результативностью, многогранностью и сложностью манипуляционной деятельности.
2. Медицинский персонал нашей больницы положительно относится к реформам Российского здравоохранения, однако констатируется низкий уровень информированности.
3. Кадровый состав медсестер характеризуется низким образовательным уровнем, только 2 медсестры имеют высшее образование.
4. Основной процент врачебных кадров считают необходимым повышать уровень образованности современной медицинской сестры, что позволит улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

*Рекомендации:*

1. В целях повышения образованности сестринских кадров следует организовать постоянно действующие семинары для медицинских сестер.
2. Руководителям среднего медицинского звена необходимо повышать свой образовательный уровень путем обучения но факультете высшего сестринского образования по направлению повышенный уровень и высшее образование.
3. Внедрять в образовательные программы с населением «Школы здоровья» и применять труд профессиональные навыки специалистов с высшим сестринским образованием.

Список используемой литературы

1. Аванесов А. Семейный врач (опыт двух лет работы) //Врач. - 1994.-№ 10.
2. Бекиш О.-Я.Л., Сачек М.Г. Подготовка медицинских кадров при многоступенчатой системе образования // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. — Минск, 1993.
3. Бизли Г. Роль кафедр семейной медицины в додипломном медицинском образовании // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
4. Борил А.. Непрерывное мед. образование как альтернатива последипломной подготовки по семейной медицине. Оценка практики // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991г.
5. Бойд Р.Д. Канадская система здравоохранения — роль семейного врача // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991 г.
6. Васильченко С.А., Мостипан А.В. Первый этап реформы здравоохранения: перераспределение ресурсов // Медицина Украины. — 1995. — N 3.
7. Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н. Основные проблемы подхода к организации ПМП по принципу ВОП(СВ) // Санкт-Петербург, врачеб. ведомости. — 1994. - N 9-10.
8. Галкин В.А. Значение кафедры поликлинической терапии в подготовке врача ВОП // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
9. Галкин ВА., Кривошеее Г.Г., Намаканов Б.А. Семейная медицина: теория и практика: Обзор, информация / Союзмединформ. — М., 1991.
10. Галкин РА., Шевский В.И. Новый хозяйственный механизм как этап перехода к медицинскому страхованию //Пробл. социальной гигиены и история медицины.- 1994. - № 1.

# 11. Губачев Ю.М. Кто будет семейным врачом? // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.

1. Двойников С.И., Карасеева Л.А. "Сестринское дело" //Самара, 1998г. Жилдяева Е.П. Процесс реформирования здравоохранения в Швеции. // Пробл. социальной гигиены и история медицины. — 1994. — N 5.
2. Иванов А.И., Сидорова И.С. Опыт последипломной подготовки ВОП из контингента стажированных участковых терапевтов // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
3. Камерон А, Керк П. Додипломное медицинское образование. Программы подготовки по семейной медицине // Семейная медицина и современные пробле­мы подготовки семейного врача: Междунар. сов.- канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
4. Керк П. Текущая и итоговая оценка подготовки семейного врача // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
5. Козлитин В.М., Демченкова Г.З. Семейный врач в амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению // Сов. здравоохранение. — 1988. — N 9.
6. Кричагин В.И. Где, когда и кому нужен семейный врач?: Обзор, информация / Союзмединформ. — М., 1989.
7. Кубарко А.И., Денисов С.Д. Пути совершенствования подготовки врачебных кадров в современных условиях //1 съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. — Минск, 1993. К вопросам о подготовке медицинских сестер общей практики (семейных медсестер) // жур. «Медицинская сестра» № 1, 2006 г.
8. Концепция развития семейной медицины // жур. «Медицинская сестра» № 1, 2006 г.
9. . Краснов А.Ф. "Сестринское дело" (2 том) //Москва, 1999г. Краснов А.Ф. "Семейная медицина" //Самара, 1995г.
10. Мыльникова И.С. "Сборник нормативных документов" //Москва, 1999г
11. Мовшович Б. Л. Р. А. Галкин, Peter Toon, А. И. Иванова, «Организация общей врачебной практики». Самара 1997 г.
12. Лаптев Ю.А., Косой ГА. Первый опыт организации работы семейного врача в Пензенской области // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
13. Лекторов В.Н., Орехов А.В. Опыт внедрения новых форм хозяйствования в учреждениях здравоохранения области // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. — Минск, 1993.
14. Мослаков ДА., Васильев B.C. Проблемы послевузовской подготовки врачей и связь ее с развитием специализированной помощи // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. — Минск, 1993.
15. Мелянченко Н.Б. Принципиальные аспекты концепции реформы здравоохранения территориального условия // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. — Минск, 1993 г.
16. Мензие С. Д. Последипломная специализация по семейной медицине // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991 г.
17. Мур К. Непрерывное медицинское образование в Канаде // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
18. Найговзина Н.Б., Лебедева Н.Н. К вопросу внедрения системы общепрактикующих врачей в России // Мед. страхование. - 1995. — N 3.
19. Организация лечебно-профилактической помощи населению в системе ПМСП: Отчет о НИР / А.И. Седых,B.C. Елейникова и др. — Минск, 1994.
20. Павловский М.П. и соавт. О проблемах подготовки ВОП // Врачеб. дело. - 1989. - N 5.
21. Палъмер У.Г. Формы и методы обучения семейных врачей // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991. Новые формы организации медицинской помощи //жур. "Российский семейный врач" №3 - Санкт-Петербург, 2000г.
22. Основные требования к работе медсестры общей практики //жур. "Российский семейный врач" №2 - Санкт-Петербург, 2000 г.
23. Подготовка сестринского персонала для оказания первичной медико-санитарной помощи населению в условиях функционирования общей врачебной практики //жур. "Главная медицинская сестра" №3-Москва,2000г.
24. Приложение №5,6 к Приказу Министерства РФ от 26.08.92г. №237
25. Приказ главного управления здравоохранения г. Иркутска от 23.10. 2003 г. «О совершенствовании амбулаторно - поликлинической помощи населению Иркутской области».
26. Павлов В.В., Галкин Р.А., Кузнецов С.И. "Реорганизация первичной медико-социальной помощи в Самарской области" Самара, 1997 г.
27. Раз Д.У. Семейная медицина: обзор международного опыта // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-ка- над. семинар. — Владикавказ, 1991.
28. Руцкий А. В. Проблемы повышения квалификации медицинских кадров // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез. докл. - Минск, 1993.
29. Седых А. И. изучение организационных и экономических форм деятельности органов и учреждений здравоохранения, работающих в условиях экономических методов управления: Отчет о НИР/ и др. — Минск, 1994.
30. Симонова Н.Н. Концепция организации ПМСП городскому населению в соответствии с новыми подходами к реформе здравоохранения // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
31. Старфилд Б. Важна ли первичная медицинская помощь? // Lancet. - 1994. - V. 344. - Р. 1129-1133.
32. Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии // Всемирн. форум здравоохранения. — 1982. — Т. 2, N 4.
33. Сестринское дело в семейной медицине - надежда и реальности //жур. "Российский семейный врач" №1 - Санкт-Петербург, 2000 г. Справочник медицинской сестры//Москва, 1998г.
34. Семейная медицина – вклад в будущее. // жур. «Сестринское дело» № 6, 2004 г.
35. Ушаков Г.Н., Цветкова И.Н. Эффективность работы врача по семейному принципу // Современная поликлиническая помощь: Сб. науч. тр. — М., 1992.
36. Франк Д. Семейная медицина и специализированная медицинская помощь: контрасты в эффективности затрат // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.- канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
37. Хант В. Р. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы // Врач. - 1994. - N 2.
38. Холмс Ф.Ф., Чуваков Т. Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века // Наше здоровье. — 1995. — Весна.
39. Худжсен Б., Кристи-Силы Д. Непрерывное медицинское образование // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991.
40. Цыбин А.К. К вопросу о менеджменте и маркетинге в здравоохранении //1 съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения, историков медицины: Тез.докл. - Минск, 1993.
41. Шабров А.В., Поляков И.В., Акулин И.М. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу общей практики (семейного врача) в Санкт-Петербурге // Мед. страхование. — 1995. — N 12(3).

Приложение № 1

# Статистическая карта для изучения мнения пациента

Уважаемый (ая) пациент(ка).

Просим Вас ответить на предложенные вопросы, которые помогут изучению профессиональной деятельности медицинских работников: врачей медсестёр, и улучшить помощь больным с вашим заболеванием. Анонимность ответов гарантируем.

1. Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол:
	* жен,
	* муж.
3. Образование:
	* высшее,
	* средне - специальное,
	* среднее.
4. Как часто вы посещаете поликлинику?
	* регулярно (1 раз в полгода),
	* ежегодно,
	* затрудняюсь ответить.

## К каким специалистам Вы наиболее часто обращаетесь?

* + Терапевт,
	+ Хирург,
	+ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  Как часто Вы вызываете врача на дом?

* + регулярно (1 раз в полгода),
	+ ежегодно,
	+ затрудняюсь ответить.
1. Как часто Вы пользуетесь помощью участковой медсестры?
	* регулярно (1 раз в полгода),
	* ежегодно,
	* затрудняюсь ответить.
2. Как Вы относитесь к деятельности врача общей практики?
	* Положительно,
	* Отрицательно.
	* Затрудняюсь ответить.
3. Как Вы относитесь к деятельности медсестры общей практики?
	* Положительно,
	* Отрицательно.
	* Затрудняюсь ответить.
4. Удовлетворены ли Вы помощью вашего участкового врача и медсестры?
	* да,
	* нет,
	* затрудняюсь ответить.
5. Отдаете ли Вы предпочтения работе семейной или участковой медсестры?
	* да,
	* нет,
	* затрудняюсь ответить.
6. Считаете и Вы, что семейная медсестра более квалифицированная?
	* да,
	* нет,
	* затрудняюсь ответить.
7. Знаете ли Вы о высшем сестринском образовании?
	* да,
	* нет,
	* затрудняюсь ответить.
8. Нужно ли медсестре иметь высшее медицинское образование?
	* да,
	* нет,
	* затрудняюсь ответить.

Приложение № 2

1. Занимаемая должность:
* Врач;
* Медсестра.
1. Образование:
* высшее,
* средне – специальное.
1. Как Вы относитесь к деятельности врача общей практики?
* Положительно,
* Отрицательно.
* Затрудняюсь ответить.
1. Как Вы относитесь к деятельности медсестры общей практики?
* Положительно,
* Отрицательно.
* Затрудняюсь ответить.
1. Считаете и Вы, что семейная медсестра более квалифицированная?
* да,
* нет,
* затрудняюсь ответить.
1. Считаете ли Вы целесообразным переход к семейной медицине в рамках реформирования Российского здравоохранения?
* Да;
* Нет;
* Затрудняюсь ответить.
1. Знаете ли Вы о высшем сестринском образовании?
* да,
* нет,
* затрудняюсь ответить.
1. Нужно ли медсестре иметь высшее медицинское образование?
* да,
* нет,
* затрудняюсь ответить.
1. Удовлетворены ли работой своей медсестры?
* да,
* нет,
* затрудняюсь ответить.