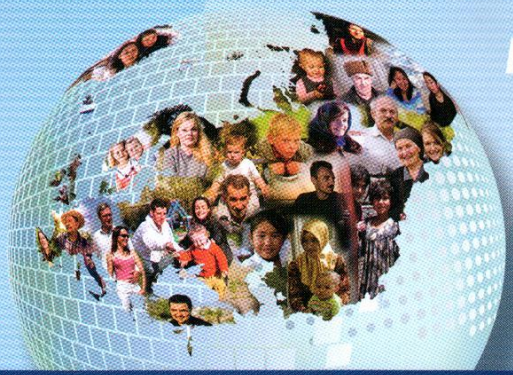
Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро



МЕДСЕСТРЫ И АКУШЕРКИ:
ключевой ресурс здравоохранения

Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье–2020



АННОТАЦИЯ

Документ “Здоровье-2020”, в котором изложены основы политики и стратегия здравоохранения в Европе, нацелен на улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения, уменьшение неравенств и развития систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей. Для обеспечения поддержки в реализации новой стратегии здравоохранения был разработан документ “Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020”. В документе содержатся методические рекомендации для государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ относительно мобилизации потенциала сестринских и акушерских кадров. Европейский сборник ситуационных исследований был подготовлен для демонстрации практических примеров новых ролей медицинских сестер и акушерок и новых моделей практики, которые в настоящее время находят применение в разных странах Региона. Ситуационные исследования непосредственно связаны с приоритетными областями политики Здоровье-2020 и отражают именно те виды деятельности, которые нужны для полной реализации целей, сформулированных в “Стратегических направлениях укрепления сестринского и акушерского дела в Европе”.

Ключевые слова

EUROPE
HEALTH POLICY
HEALTH SERVICES
MIDWIFERY
NURSING

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро (http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ 5

ПРЕДИСЛОВИЕ 6

РЕЗЮМЕ 7

1. ВВЕДЕНИЕ 11
   - 1.1 Назначение сборника 12
   - 1.2 Целевая аудитория 13
   - 1.3 Используемая методика 13
   - 1.4 Ограничения, связанные с подготовкой сборника 17
2. СИТУАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ВКЛАД В РЕАЛИЗАЦИЮ ПОЛОЖЕНИЙ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЕ-2020 18
   - 2.1 Обзор приоритетных областей действий 18
   - 2.2 Приоритетная область действий 1 20
   - 2.3 Приоритетная область действий 2 31
   - 2.4 Приоритетная область действий 3 40
   - 2.5 Приоритетная область действий 4 58
3. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СТРАТЕГИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ УКРЕПЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО И АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ 66
   - 3.1 Приоритетные области действий 67
   - 3.2 Механизмы создания благоприятных условий 73
4. ВЫВОДЫ 80

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ШАБЛОН ВОЗ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В СТРАНАХ 82

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТАБЛИЦЫ С АНАЛИЗОМ СИТУАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ 83

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблицы

Таблица 1. Список представленных ситуационных исследований 13

Таблица 2. Примеры ситуационных исследований, иллюстрирующих вклад в реализацию приоритетных областей политики Здоровье-2020 64

Таблица 3. Примеры ситуационных исследований, связанных с необходимостью планирования кадровых ресурсов 68

Таблица 4. Примеры положительного влияния условий работы на практику 70

Таблица 5. Примеры научно обоснованной практики на конечные результаты работы .. 72

Таблица 6. Законодательная основа, регламентирующая перемены 74

Таблица 7. Национальные программы и руководства, направленные на совершенствование практики 74

Таблица 8. Примеры профессиональных должностей и их вклада в предоставление услуг 79

Таблица 9. Анализ конечных результатов и основных видов деятельности в предоставлении услуг медицинскими сестрами и акушерками 83

Таблица 10. Анализ конечных результатов и основных видов деятельности при выполнении расширенных и дополнительных ролей 86

Таблица 11. Анализ с конечных результатов и основных видов деятельности при оказании помощи вне стационара и на дому 90

Рисунки

Рис. 1. Здоровье-2020 – основы политики здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ 11

Рис. 2. Сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в контексте Стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела в Европе и политики Здоровье-2020 66

Вставки

Вставка 1. Возможность карьерного роста в результате получения признанного в стране формального образования 67

Вставка 2. Модель оптимизации структуры сестринского персонала для предоставления высококачественной помощи 69

Вставка 3. Виртуальная среда, благоприятствующая укреплению здоровья 71

Вставка 4. Научные исследования и практика, основанная на доказательствах 76

Вставка 5. Партнерства в области сестринской помощи в школах 77

Вставка 6. Лидеры в лечебной работе способствуют разработке методов управления болью 78

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Сборник примеров из практики работы медицинских сестер и акушерок был подготовлен программой "Кадровые ресурсы здравоохранения" отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. В составлении сборника принимали участие многие люди и организации, чьи усилия и ценный вклад заслуживают признания и благодарности. Рецензированием, анализом и обобщением ситуационных исследований занимались советник Министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии Marjukka Vallimies-Patomäki с группой интернов технической программы ВОЗ "Кадровые ресурсы здравоохранения" Lindsay Howard, Sigrid Veber, Wendy Chong, Amina Jama Mahmud и Elina Rautiainen.

Ценную поддержку, комментарии и рекомендации предоставили Jean White , Vivienne Bennett, Kay Currie, Claudia Maier, Sigrún Gunnarsdóttir, Sheila O'Malley, Billie Hunter, Валентина Саркисова, Наталья Серебренникова, Kathleen Kennedy, Sharon Miller, Margrieta Langins и Stefanie Praxmarer.

Авторы ситуационных исследований

Бельгия: Sofie Verhaeghe, Thérèse Van Durme; **Хорватия:** Valentina Krikšić, Mara Županić; **Дания:** Sara Kindberg, Birthe Irene Dinesen, Anne Dichmann Sorknæs, Christina Skov; **Финляндия:** Tuija Tuominen, Sirpa Luukkainen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjukka Vallimies-Patomäki; **Германия:** Jürgen Osterbrink; **Венгрия:** Gabriella Erdélyi Kissné; **Исландия:** Elisabet Konradsdottir; **Ирландия:** Deborah Browne, Maria Kane; **Израиль:** Galit Kaufman, Yafa Haron, Mira Honovich; **Литва:** Virginija Bulikaite; **Норвегия:** Lisbeth Gravdal Kvarme, Kari Glavi; **Португалия:** Ananda Fernandes, Irma Brito, Luís Manuel Cunha Batalha, Fernando Mendes, Rosa Maria dos Santos Moreir, Maria Neto Leitão; **Российская Федерация:** Марина Клименюк, Лариса Пудовинникова, Марина Ященко, Наталья Боровик, Людмила Васильева, Ирина Ляпина; **Испания:** Teresa Moreno-Casbas, Esther González-María, Concepción Cuenca Calabuig, Carmen Ferrer Arnedo; **Швеция:** Amina Jama Mahmud **Швейцария**: Eva Cignacco; **Соединенное Королевство, Англия:** Karen Bowley, Helen Mackenzie, Wendy Nicholson, Linda Arnot, Emma McDonough, Tracey Cooper; **Соединенное Королевство, Северная Ирландия:** Hilary Patterson, Maurice Devine, Janice Reid; **Соединенное Королевство, Шотландия:** Yvonne Millerick, Val Arbuckle, Carol Barnett; **Соединенное Королевство, Уэльс:** Jayne Sankey, Julie Lewis, Bethan Morgan.

Создание сборника стало возможным благодаря эффективному сотрудничеству и поддержке, которую оказали главные специалисты по сестринскому и акушерскому делу в странах, а также Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций и Сотрудничающие центры ВОЗ.

Идея проекта принадлежит руководителю программы "Кадровые ресурсы здравоохранения" Европейского регионального бюро ВОЗ д-ру Галине Перфильевой, которая осуществляла координацию и общее руководство по выполнению проекта.

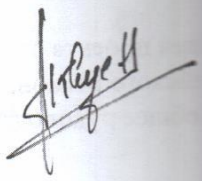
ПРЕДИСЛОВИЕ

Для полной реализации цели и устремлений, изложенных в программном документе Здоровье-2020 – рамочной основе политики и стратегии здравоохранения в Европе, направленной на поддержку действий по укреплению здоровья и повышению уровня благополучия людей, чрезвычайно важно, чтобы все работники здравоохранения могли в полной мере реализовать свои профессиональные роли. Для достижения этого должны постоянно развиваться и соответствовать потребностям населения образование работников здравоохранения, модели предоставления услуг, нормы и правила, законодательство и профессиональные роли. Не менее важно и то, чтобы кадровые ресурсы здравоохранения и модели предоставления медицинских услуг способствовали проведению в жизнь принципов помощи, ориентированной на нужды и запросы людей.

Предлагаемый вашему вниманию «Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье-2020» содержит целый ряд примеров работы с различными возрастными группами и в различных областях медицинских услуг, которые иллюстрируют инновационные методы, применяемые медицинскими сестрами и акушерками в ответ на современные требования к обеспечению здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ. Подборка ситуационных исследований не только иллюстрирует положительное влияние различных инициатив и подходов на здоровье пациентов и населения, но и со всей определенностью демонстрирует экономическую эффективность оказываемых услуг: инвестирование в укрепление сестринских и акушерских кадров совершенно оправдано с экономической точки зрения.

В результате широкомасштабного сотрудничества с авторитетными лидерами сестринского и акушерского дела и консультаций со специалистами, формирующими политику, был разработан документ «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020» – первый документ подобного рода, появившийся в Европейском регионе. В нем изложена единая точка зрения на то, как две эти профессии могут поддержать достижение целей политики Здоровье-2020. Данный сборник является дополнением к этому документу, поскольку в нем содержится целый ряд практических примеров, демонстрирующих различные типы подходов к предоставлению помощи, которая будет нужна в будущем. Оба документа были официально приняты на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.

Благодарю всех участников многочисленного авторского коллектива, внесших вклад в подготовку и издание этого сборника; это прекрасный пример сотрудничества в Регионе. Надеюсь, что представленные в сборнике примеры практики послужат средством мотивации и катализатором действий по дальнейшему укреплению кадровых ресурсов в странах Региона, а также будут стимулировать создание прочной базы фактических данных о профессиональных действиях, дающих положительный эффект на здоровье и благополучие населения.



Д-р Hans Kluge

Директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья,
Специальный представитель Регионального директора по вопросам профилактики
и борьбы с М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ

РЕЗЮМЕ

В документе «Здоровье-2020», определяющем основы политики в области охраны здоровья и повышения уровня благополучия в Европейском регионе ВОЗ, подчеркивается, что медицинские сестры и акушерки играют ключевую и все более важную роль в усилиях общества по преодолению современных проблем общественного здоровья, обеспечению непрерывности в оказании медицинской помощи, соблюдению прав людей и удовлетворению их меняющихся потребностей в услугах здравоохранения. В Европе медицинские сестры и акушерки составляют самую многочисленную категорию в структуре работников здравоохранения. Работая непосредственно с пациентами, они тесно общаются со многими людьми и поэтому должны хорошо знать принципы и практику общественного здравоохранения, чтобы использовать любую возможность для влияния на конечные показатели здоровья населения, социальные детерминанты здоровья и стратегии, необходимые для осуществления изменений к лучшему.

Европейское региональное бюро ВОЗ тесно сотрудничает с государствами-членами, главными государственными специалистами по сестринскому и акушерскому делу, Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций (EFNNMA) и другими заинтересованными партнерами с целью формирования знаний, основанных на научных данных, касающихся сестринского и акушерского дела, и влияния на направления национальной политики, которые будут приводить к предоставлению медицинских услуг, характеризующихся высоким качеством, доступностью, справедливостью, рациональностью и отзывчивостью.

Для того чтобы сориентировать государства-члены в их усилиях по созданию благоприятных возможностей для повышения вклада сестринских и акушерских кадров в реализацию политики Здоровье-2020, Региональное бюро разработало документ «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020». Этот рамочный документ – первый подобного рода в Регионе – имеет целью придать стратегический характер предпринимаемым действиям и обеспечить согласованность стратегий и практики для достижения 12 целей, определенных в политике Здоровье-2020, чтобы в конечном итоге способствовать реализации положений этой политики.

Для практического подкрепления «Стратегических направлений» был подготовлен «Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье-2020», который позволяет демонстрировать и пропагандировать примеры инновационных вмешательств в сестринском и акушерском деле, связанных с удовлетворением потребностей людей в медицинской помощи в Регионе. В общей сложности было получено 55 ситуационных исследований из 18 стран. Сборник примеров передовой практики стал частью проекта, который проводился в течение одного года программой «Кадровые ресурсы здравоохранения» в Европейском региональном бюро ВОЗ.

Основные результаты анализа ситуационных исследований можно представить в виде следующих выводов:

- **Передовая практика работы в сестринском и акушерском деле, способствующая осуществлению политики Здоровье-2020, в Регионе имеется**. В различных условиях и организационных рамках, начиная от небольших проектов до общенациональных реформ сестринского и акушерского дела, были реализованы разнообразные новые модели и инновационные методы предоставления медико-санитарной помощи. Однако имеющиеся инновации и передовая

практика не всегда надлежащим образом оформляются документально или проходят строгую оценку, и информация о них редко распространяется внутри страны или среди других стран.

- **Медицинские сестры и акушерки своей работой укрепляют здоровье населения**. Ситуационные исследования демонстрируют широкий диапазон вклада медицинских сестер и акушерок в улучшение здоровья и предупреждение заболеваний – от укрепления здоровья на всех этапах жизни до расширения прав и возможностей граждан и сообществ. Нередко роль медицинской сестры и акушерки развивалась и расширялась как реакция на изменяющиеся потребности населения в медико-санитарной помощи. Это демонстрирует, каким образом медицинские сестры и акушерки выступают в качестве жизненно важного и многогранного ресурса, используемого для достижения целей политики Здоровье-2020.

- **Инновации облегчаются благодаря научно обоснованной практике и междисциплинарному сотрудничеству**. Доказано, что сотрудничество в рамках многопрофильных бригад медицинской помощи эффективно и осуществимо. Медицинские сестры и акушерки играют все более важную роль в развитии научно обоснованной практики, в составе многопрофильных бригад они ведут научные исследования и разрабатывают инновационные методы работы.

- **Благоприятствующие стратегии позволяют в полной мере реализовать потенциал медицинских сестер и акушерок.** Сестринские и акушерские кадры обладают необходимыми опытом, знаниями и возможностями для улучшения здоровья населения, но значительная часть этого потенциала остается невостребованной. Ситуационные исследования показали, что для того, чтобы медицинские сестры и акушерки могли работать с максимальной отдачей и в полной мере реализовать свои способности, необходимы действенные стратегии и эффективное планирование кадровых ресурсов, сильные профессиональные лидеры, нормативная база, стандарты в области образования и методы управления, ориентированные на поддержку персонала.

Представленные в данном сборнике результаты показывают, что медицинские сестры и акушерки предоставляют безопасную, высококачественную и ориентированную на человека и население медицинскую помощь, улучшают охват и комплексный характер медико-санитарных услуг и снижают затраты лечебно-профилактических учреждений и систем здравоохранения. Их функции развиваются и расширяются, особенно в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний, ведения и координации лечения хронических болезней. Практика в сестринском и акушерском деле развивается в ответ на потребности населения в медицинских услугах. В целом это развитие строится на научных данных и методах повышения качества и достигается при наличии сильного руководства и благоприятных системных условий.

В сборнике убедительно показано, что сестринская и акушерская практика вносит значительный вклад в реализацию политики Здоровье-2020. Медицинские сестры и акушерки являются жизненно важным ресурсом, благодаря которому укрепляется здоровье населения и уменьшаются неравенства в отношении здоровья, что и является целью политики Здоровье-2020.

Приоритетная область 1 политики Здоровье-2020: инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан

- Медицинские сестры и акушерки являются ключевыми действующими лицами в расширении прав и возможностей граждан и семей в получении доступа к услугам здравоохранения,

в повышении уровня медико-санитарной грамотности и изменении поведения людей в отношении собственного здоровья на протяжении всей жизни. Более того, доказано, что их услуги характеризуются положительным соотношением затрат и эффективности, а также ведут к экономии затрат. В представленных странами ситуационных исследованиях услуги акушерок и медицинских сестер общественного здравоохранения демонстрируют ярко выраженный положительный эффект, который проявляется в содействии нормальным родам, поддержке здорового начала жизни, обеспечении развития ребенка, а также в укреплении здоровья и благополучия семей.

- Повышение уровня медико-санитарной грамотности дает возможность людям делать осознанный выбор и позволяет создавать благоприятные условия для принятия решений в пользу здоровья. Эти стратегии чрезвычайно важны для борьбы с неинфекционными и инфекционными заболеваниями сегодня и в более отдаленной перспективе. Для того, чтобы поддерживать хорошее здоровье на всех этапах жизни, медицинские сестры и акушерки могут выступать лидерами в создании новых стратегий укрепления здоровья посредством предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи на своих участках и на дому.

- Медицинские сестры также являются ключевым звеном в поддержке здорового старения и обеспечении самостоятельной жизни, поскольку они оценивают потребности в помощи, предоставляют лицам пожилого возраста консультации, касающиеся необходимой помощи, и новые формы услуг, которые позволяют сохранять самостоятельность и благополучие.

Приоритетная область 2 политики Здоровье-2020: решение наиболее актуальных проблем Европейского региона в области здравоохранения: неинфекционные и инфекционные болезни

- Во многих ситуационных исследованиях, проведенных в странах, маршруты комплексной помощи и вмешательства, ориентированные на нужды и интересы человека и конкретно направленные на поддержку людей в ведении неинфекционных заболеваний, возглавляют медицинские сестры, которые используют свои знания и опыт, работают один на один с пациентами и в составе многопрофильных и межведомственных бригад. В соответствии с последними тенденциями, медсестры используют медицинские технологии и программные приложения для развития у пациентов умения самостоятельно вести наблюдение за своим состоянием и содействовать интеграции стационарной и внестационарной помощи. Такие действия способствуют повышению качества помощи и уровня благополучия, а также снижению расходов лечебно-профилактических организаций и систем медико-санитарной помощи, так как снижают показатели госпитализации и предупреждают нерациональное использование лекарственных средств. Таким образом, использование практического опыта и знаний медицинских сестер помогает развивать упреждающие методы своевременного и оправданного с точки зрения соотношения затрат и результатов удовлетворения потребностей пациентов, снижает частоту осложнений болезни, улучшает итоговые показатели здоровья и считается наиболее окупаемой статьей расходов на здравоохранение.

Приоритетная область 3 политики Здоровье-2020: укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала и готовности общественного здравоохранения к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования

- Медицинские сестры и акушерки играют важную роль в укреплении систем здравоохранения, реализующих принципы предоставления помощи, ориентированной на нужды и интересы

человека. Медсестры также входят в состав бригад общественного здравоохранения, повышающих жизнестойкость населения, и являются ключевыми членами бригад реагирования на чрезвычайные ситуации. К примерам передовой практики относятся поощрение выбора женщин в вопросах деторождения, поддержка родителей в обеспечении своим детям наилучшего начала жизни, поддержка совместного принятия решений, содействие ведению самопомощи и перенос традиционной помощи на базе стационара на уровень местных сообществ и в домашнюю среду пациентов в соответствии с проводимыми реформами сектора здравоохранения.

- Эффективным и реально осуществимым способом расширения масштабов определенных мероприятий и помощи нескольким группам пациентов, улучшения доступа к помощи и достижения всеобщего охвата медицинскими услугами является расширение функций медсестер и акушерок. Новые сестринские и акушерские услуги нацелены на уязвимые группы пациентов и на улучшение доступа к помощи в сельских районах и поэтому поддерживают достижение всеобщего охвата медицинскими услугами.

Приоритетная область 4 политики Здоровье-2020: создание жизнестойких сообществ и благоприятных условий окружающей среды

- В предоставлении сестринских и акушерских услуг во внестационарных условиях на базе местных сообществ главное внимание уделяется вовлечению людей из местных сообществ и воспитание отношения к вопросам здоровья как к своему кровному делу. Цель состоит в пропаганде здорового образа жизни среди молодежи и семей, осуществлении ранних вмешательств для поддержки самостоятельности и благополучия лиц пожилого возраста и развитии рациональной и качественной помощи на дому. Такие изменения в практике осуществляются с помощью моделей предоставления комплексных услуг и облегчаются благодаря общению с местными сообществами с использованием информационно-коммуникационной технологии. В примерах из других стран создание новых партнерств между академическими и лечебно-профилактическими учреждениями сыграло важную роль в мобилизации студенческого сообщества.

Сборник предназначен для того, чтобы повлиять на прогресс в достижении более высокого уровня здоровья и благополучия населения в будущем. Он может служить техническим руководством для отдельных государств-членов, в котором указаны пути к укреплению кадрового потенциала, улучшению профессионального образования и условий труда, укреплению служб медико-санитарной помощи на уровне учреждений, на местном и региональном уровне. Цель заключается в том, чтобы вдохновить на формирование и распространение передовой сестринской и акушерской практики и побудить к максимально эффективному использованию медицинских сестер и акушерок как жизненно важного ресурса для улучшения здоровья и повышения благополучия населения.

1. ВВЕДЕНИЕ

Рамочные основы европейской политики укрепления здоровья и повышения уровня благополучия – Здоровье-2020[1] – были приняты всеми пятьюдесятью тремя государствами-членами в Регионе на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2012 г. Политика Здоровье-2020 направлена на поддержку действий всего государства и общества, чтобы «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека».

Рамочные основы политики построены на данных научных исследований и прошли рецензирование авторитетными экспертами. Они позволяют лицам, формирующим политику, видеть перспективы, указывают стратегический путь, содержат комплекс приоритетов и ряд предложений относительно эффективных мер по укреплению здоровья, предусматривают меры по снижению неравенств в отношении здоровья и обеспечивают здоровье будущих поколений. В них обозначены стратегии действий, которые можно адаптировать к самым различным реалиям в контексте стран Европейского региона ВОЗ.

Рис. 1. Здоровье-2020 – основы политики здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ



В политике Здоровье-2020 подчеркивается, что медицинские сестры и акушерки играют ключевую и все более важную роль в усилиях общества по решению современных проблем общественного здоровья, обеспечению непрерывности медико-санитарной помощи, соблюдению прав людей и удовлетворению их меняющихся потребностей в медицинских услугах. Во всех странах медицинские сестры и акушерки вместе составляют самую многочисленную группу медицинских работников.

[1] Всемирная организация здравоохранения (2013 г.). Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf).

Работая непосредственно с пациентами, они должны хорошо знать принципы и практику общественного здравоохранения, чтобы использовать любую возможность для влияния на социальные детерминанты здоровья, конечные показатели здоровья населения и стратегии, необходимые для осуществления перемен к лучшему. В условиях роста потребностей в услугах и старения населения медицинские сестры и акушерки незаменимы в предоставлении безопасных, высококачественных и рациональных медицинских услуг на всех этапах жизни. Вот почему они являются ресурсом, жизненно важным для достижения целей политики Здоровье-2020.

Настоящий сборник содержит фактические данные о передовой практике в сестринском и акушерском деле и демонстрирует вклад медицинских сестер и акушерок в достижение целей политики Здоровье-2020, который выражается в предоставлении медицинской помощи, основанной на данных научных исследований и ориентированной на нужды и запросы людей.

В программном документе «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе во имя достижения целей политики Здоровье-2020»[2] (далее в тексте – «Стратегические направления») определены приоритетные области действий и механизмы создания благоприятных системных условий, необходимые для развития, внедрения и поддержки передовой практики в сестринском и акушерском деле.

Эти три документа будут служить для государств-членов руководством в деятельности по достижению целей укрепления здоровья и повышения благополучия населения, снижения неравенств в отношении здоровья и обеспечения наличия устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей.

Как отмечено в документе «Здоровье-2020», страны начинают эту деятельность с разных исходных позиций и в разных условиях и имеют разные возможности. 53 страны, входящие в Регион, существенно различаются между собой по структуре заболеваний и практике здравоохранения и предоставления медицинских услуг.

1.1 Назначение сборника

Настоящий сборник предназначен для того, чтобы на примерах передовой практики представить вклад медицинских сестер и акушерок в реализацию политики Здоровье-2020 и «Стратегических направлений». Хочется надеяться, что сборник послужит источником вдохновения, стимулом и руководством к действию, поскольку в нем показаны пути повышения профессионального потенциала кадров, улучшения профессионального образования и условий труда, дальнейшего укрепления системы медико-санитарных услуг на всех уровнях, начиная от учреждений/местного уровня до национального и регионального уровня. Немаловажно и то, что в сборнике демонстрируется, как можно с максимальной эффективностью использовать сестринские и акушерские кадры в качестве жизненно важного ресурса для повышения уровня здоровья и благополучия населения.

[2] Всемирная организация здравоохранения (2014 г.). Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе во имя достижения целей политики Здоровье-2020 (проект). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

1.2 Целевая аудитория

Настоящий сборник рассчитан на министерства здравоохранения, лиц, формирующих политику, ученых и поставщиков услуг, которых волнует вопрос о том, как вклад медицинских сестер и акушерок и различные модели предоставления помощи могут влиять на прогресс в будущем и способствовать достижению основных целевых показателей политики здравоохранения.

1.3 Используемая методика

Приведенные в ситуационных исследованиях примеры передовой практики в сестринском и акушерском деле были собраны технической программой Европейского регионального бюро ВОЗ «Кадровые ресурсы здравоохранения» при содействии и участии главных государственных специалистов по сестринскому и акушерскому делу, национальных сестринских и акушерских ассоциаций и сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу в Регионе. Сбор примеров проходил с мая 2013 г. по апрель 2014 г. За это время было получено 55 ситуационных исследований из 18 стран (таблица 1). Для того, чтобы сборник не был слишком громоздким, в нем подробно описываются лишь некоторые ситуационные исследования, выделенные в нижеследующей таблице синим цветом.

Таблица 1. Список представленных ситуационных исследований

Страна	№ п/п	Название ситуационного исследования	Авторы
Бельгия	1	Противодействие агрессивному поведению при оказании психиатрической помощи	*Д-р Sofie Verhaeghe*
	2	Внедрение рекомендаций в отношении питания в отделениях неотложной гериатрической помощи	*Г-жа Thérèse Van Durme*
Хорватия	3	Повседневные потребности и жизнедеятельность гериатрических больных – пользователей помощи на дому	*Г-жа Valentina Krikšić* *Г-жа Mara Županić*
Дания	4	Услуги под руководством акушерок в послеродовой клинике. Систематическая оценка заживления ран в стационаре.	*Д-р Sara Kindberg*
	5	Применение телемедицины при реабилитации больных ХОБЛ	*Г-жа Birthe Irene Dinesen*
	6	Видеоконсультирование больных ХОБЛ с использованием средств телемедицины	*Г-жа Anne Dichmann Sorknæs*
	7	Применение телемедицины при реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями	*Г-жа Christina Skov*
Финляндия	8	Поддержка семей в стационаре, имеющем статус больницы, доброжелательной к ребенку	*Г-жа Tuija Tuominen*
	9	Внедрение роли "куратора случаев" и модели помощи при хронических состояниях	*Г-жа Sirpa Luukkainen*
	10	Новый подход к укреплению здоровья в семьях, имеющих детей	*Д-р Marjaana Pelkonen* *Д-р Tuovi Hakulinen-Viitanen*
	11	Сестринские консультации при острых нарушениях здоровья и неинфекционных заболеваниях	*Д-р Marjukka Vallimies-Patomäki*

Страна	№ п/п	Название ситуационного исследования	Авторы
Германия	12	Улучшение практики купирования боли в частных лечебницах в Мюнстере	*Д-р Jürgen Osterbrink*
Венгрия	13	Программа скрининга на рак шейки матки, проводимого патронажными медицинскими сестрами	*Г-жа Gabriella Erdélyi Kissné*
Исландия	14	Амбулатория для детей и подростков, страдающих сахарным диабетом	*Г-жа Elisabet Konradsdottir*
Ирландия	15	Клиника дородовой помощи для подростков под руководством акушерки в больнице Ротанда	*Г-жа Deborah Browne*
	16	Ранняя выписка и комплексный уход за больными ХОБЛ, больница Сент-Джеймс, Ирландия	*Г-жа Maria Kane*
Израиль	17	MOMA- первый национальный центр вызова по телефону медицинских сестер для проведения лечения	*Д-р Galit Kaufman*
	18	Единство общественного здравоохранения в борьбе против полиомиелита в Израиле	*Д-р Yafa Haron* *Г-жа Mira Honovich*
Литва	19	Самостоятельная практика диабетической медсестры: повышение внимания к потребностям пациентов	*Г-жа Virginija Bulikaite*
Норвегия	20	Ориентированный на поиск решения подход к повышению уровня самооценки у социально замкнутых школьников	*Г-жа Lisbeth Gravdal Kvarme*
	21	Измененная модель помощи по месту жительства для предупреждения и лечения послеродовой депрессии у женщин	*Д-р Kari Glavin*
Португалия	22	Сестринская группа по купированию боли для превращения больницы в учреждение, свободное от боли	*Проф. Ananda Fernandes*
	23	Пока ты не обжегся: меры по укреплению здоровья и снижению вреда в рекреационной ночной жизни молодежи	*Д-р Irma Brito*
	24	Повышение точности оценки интенсивности болевых ощущений в детской больнице	*Д-р Luís Manuel Cunha Batalha*
	25	Индивидуальный уход как средство повышения качества и действенности сестринской помощи	*Д-р António Fernando Salgueiro Amaral*
	26	Мобилизация сообществ высшего образования на распространение здоровых социальных сред	*Д-р Irma Brito* *Д-р Fernando Mendes*
	27	Мягкое приключение: открытие центра подготовки к рождению ребенка и материнству и отцовству	*Д-р Rosa Maria dos Santos Moreira*
	28	Белая лента: предупреждение насилия в отношениях знакомства	*Г-жа Maria Neto Leitão*

Страна	№ п/п	Название ситуационного исследования	Авторы
Российская Федерация	29	Раннее начало физической активности и обучения пациентов после ампутации нижних конечностей	*Г-жа Марина Анатольевна Клименюк*
	30	Самостоятельные сестринские услуги на более высоком уровне в городской поликлинике № 15 г. Самара	*Г-жа Лариса Юлдашевна Пудовинникова*
	31	Новая роль медицинской сестры – обучение членов семьи уходу за тяжелобольными пациентами	*Г-жа Марина Анатольевна Ященко*
	32	Укрепление роли медицинских сестер в предоставлении первичной медико-санитарной помощи детям в одной из поликлиник г. Тольятти	*Г-жа Наталья Владимировна Боровик* *Г-жа Людмила Викторовна Васильева*
	33	Контролируемое лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, координируемое палатными медсестрами диспансера, Самарская область	*Г-жа Ирина Алексеевна Ляпина*
Испания	34	Создание центра доказательной медико-санитарной помощи: сотрудничающий центр Института имени Джоанны Бриггс	*Д-р Teresa Moreno-Casbas*
	35	Внедрение руководства на доказательной основе для создания сети центров, приверженных применению передовых методов оказания помощи	*Г-жа Esther González-María*
	36	Привлечение акушерки к проведению скрининга и неотложной акушерской помощи	*Г-жа Concepción Cuenca Calabuig*
	37	Национальная стратегия научных исследований в сестринском деле в Испании: привлечение медицинских сестер к практике на доказательной основе и к научным исследованиям	*Д-р Teresa Moreno-Casbas*
	38	Школа неформальных помощников по уходу	*Г-жа Carmen Ferrer Arnedo*
Швеция	39	Планирование интерактивной коммуникации по вопросам здоровья с использованием средств ИКТ для поддержки деятельности участковых медсестер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в первичном звене медико-санитарной помощи	*Д-р Amina Jama Mahmud*
Швейцария	40	Увязывание сестринской практики с научными исследованиями с целью обеспечения эффективного купирования боли в неонатальном отделении интенсивной терапии	*Д-р Eva Cignacco*

Страна	№ п/п	Название ситуационного исследования	Авторы
Соединенное Королевство, Англия	41	Создание больницы, доброжелательной к больным с деменцией	*Г-жа Karen Bowley*
	42	Формирование стратегии сестринской помощи, при которой осуществляется сострадательный уход за пациентами	*Г-жа Helen Mackenzie*
	43	Повышение шансов на успешную жизнь детей и подростков: использование услуг школьных медсестер для удовлетворения нужд местного населения	*Г-жа Wendy Nicholson* *Г-жа Linda Arnot*
	44	Роль патронажа в работе бригад раннего вмешательства по охране здоровья подростков и семей	*Г-жа Emma McDonough*
	45	Восстановление автономного родильного центра для содействия нормальным родам	*Д-р Tracey Cooper*
Соединенное Королевство, Северная Ирландия	46	Должность акушерки по психологической помощи лицам, понесшим тяжелую утрату	*Г-жа Hilary Patterson*
	47	Улучшение показателей здоровья у людей с необучаемостью	*Г-н Maurice Devine*
	48	Улучшение показателей здоровья у женщин с недержанием кала	*Г-жа Janice Reid*
Соединенное Королевство, Шотландия	49	Улучшение паллиативного ухода за пациентами с сердечной недостаточностью и их помощниками по уходу	*Г-жа Yvonne Millerick*
	50	Служба дородового планирования	*Г-жа Val Arbuckle*
	51	Регулирование массы тела в программе ведения беременности "ОптиМама" в регионе Тэйсайд	*Г-жа Linda Arnot* *Г-жа Carol Barnett*
Соединенное Королевство, Уэльс	52	Развитие на базе местных сообществ службы телереабилитации после падений	*Г-жа Jayne Sankey*
	53	Стимулирующее влияние: клинические знания и опыт и лидерство в сестринской помощи больным сахарным диабетом	*Г-жа Julie Lewis*
	54	Медицинские сестры-кольпоскописты и их позитивное влияние на программу скрининга на рак шейки матки	*Г-жа Bethan Morgan*
	55	Предоставление услуг по переливанию крови и внутривенной терапии на дому	*Г-жа Jayne Sankey*

*Краткие описания выделенных ситуационных исследований содержатся в тексте настоящего документа.

Для того, чтобы помочь выявить и представить положительные примеры из практики медицинских сестер и акушерок, были разосланы стандартный шаблон (Приложение 1) и соответствующее руководство[3]. Все полученные ситуационные исследования прошли рецензирование и проверку на полноту освещения вопроса и соответствие критериям включения в сборник.

[3] World Health Organization (2013) Good practices in nursing and midwifery – from expert to expert. A manual for creating country case studies [Передовая практика в сестринском и акушерском деле: от эксперта к эксперту. Руководство по разработке страновых ситуационных исследований, на англ. языке]. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

Первоначальный анализ ситуационных исследований был выполнен группой экспертов в Европейском региональном бюро ВОЗ, а затем его итоги обсуждались и проверялись на правильность понимания с более широкой группой экспертов в области сестринского дела и акушерства.

При анализе ситуационных исследований в качестве основы для картирования тем, иллюстрирующих, каким образом практика и модели сестринской и акушерской помощи способствуют реализации политики Здоровье-2020, использовались приоритетные области действий и механизмы создания благоприятных системных условий, указанные в «Стратегических направлениях».

Также был проведен анализ ситуационных исследований с точки зрения основных итогов и ключевых видов деятельности при предоставлении услуг под руководством медсестер и акушерок, расширенных и дополняющих функций медсестер и акушерок и предоставления услуг в местных сообществах и на дому. Таблицы с этими данными приводятся в приложении к настоящему документу (Приложение 1: дополнительный анализ ситуационных исследований).

1.4 Ограничения, связанные с подготовкой сборника

Ситуационные исследования, включенные в сборник, содержат примеры передовой практики в развитии сестринского и акушерского дела, однако следует признать и ограничения, связанные с выполнением подобной работы.

Включение ситуационных исследований было ограничено сферой деятельности главных государственных специалистов по сестринскому делу, национальных сестринских и акушерских ассоциаций и сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу.

Проверить и подтвердить качество представленных данных было невозможно. В страновых ситуационных исследованиях приводились фактические данные разного уровня. Одни исследования основывались на проектах научных исследований, рандомизированных контролируемых испытаниях, экспериментальных исследованиях или иных формах научных исследований. В других случаях фактические данные основывались на местных данных, полученных от лечебно-профилактического учреждения или из отчетов о внутренних аудитах и оценках, а в некоторых случаях не было ясно указано, как были выработаны фактические данные. В нескольких исследованиях со всей определенностью было показано, как формировались данные и доказательства, однако ссылок на источники приведено не было.

2. СИТУАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ВКЛАД В РЕАЛИЗАЦИЮ ПОЛОЖЕНИЙ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЕ-2020

2.1 Обзор приоритетных областей действий

Во всех 55 ситуационных исследованиях было продемонстрировано свидетельство о существовании инновационной сестринской и акушерской практики в контексте отдельно взятых стран и содержатся наглядные примеры вклада медицинских сестер и акушерок в деятельность в каждой из четырех приоритетных областей политики Здоровье-2020.

Первой из четырех приоритетных областей политики Здоровье-2020 является **инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан.** В условиях происходящих демографических изменений укрепление здоровья, профилактика заболеваний и повышение уровня санитарной грамотности являются главными приоритетами при соблюдении принципа предоставления помощи на всех этапах жизни.

Развитие сестринских и акушерских услуг в этой приоритетной области было направлено на расширение прав и возможностей людей на всех этапах жизни и включало в себя действия, связанные с просвещением, консультированием, скринингом, медицинскими осмотрами и индивидуальной поддержкой. В него также входили ранние вмешательства по оказанию помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовый период, а также детям, семьям и лицам пожилого возраста. Во всех случаях ставилась цель содействовать здоровому и безопасному началу жизни, нормальному развитию ребенка, санитарной грамотности, выбору более здоровых вариантов образа жизни, социальным и поведенческим изменениям, а также здоровому старению и самостоятельности в повседневной жизни. Эти услуги предоставлялись на дому, амбулаторно и в рамках помощи стационарным больным.

Второй приоритетной областью является **решение наиболее актуальных проблем Европейского региона в области здравоохранения, связанных с неинфекционными и инфекционными болезнями.** Эти проблемы должны решаться путем интегрирования стратегий и практических вмешательств и применения общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, причем главное внимание должно обращаться на справедливость и социальные детерминанты здоровья.

Медицинские сестры в борьбе с неинфекционными заболеваниями предоставляли амбулаторные услуги и оказывали помощь труднодоступным пациентам, создавали центры вызова помощи по телефону и использовали средства телездравоохранения, чтобы помочь людям продолжать жить у себя дома. Также по определенной методике проводились индивидуальные и групповые занятия по просвещению пациентов с целью реабилитации и повышения способности больных оказывать помощь самим себе, что является одним из центральных элементов стратегий борьбы с неинфекционными заболеваниями. Поскольку у таких пациентов часто наблюдается сложный комплекс потребностей в медицинских услугах, медсестры применяли методы организации ухода и ведения болезней, осуществляли координацию маршрутов оказания помощи и предоставления услуг несколькими учреждениями. Кроме того, медицинские сестры общественного здравоохранения использовали средства массовой информации и другие каналы для повышения осведомленности о важности прививок и проводили консультации в местных сообществах во время вспышек инфекционных болезней.

Третьей приоритетной областью является **укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала и готовности общественного здравоохранения к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования.** Это включает переориентацию систем здравоохранения на новые комплексные формы предоставления помощи, перемещение базы помощи и улучшение доступа к высококачественной и доступной по стоимости медицинской помощи. Для возрождения общественного здравоохранения и преобразования системы предоставления услуг таким образом, чтобы добиться более высоких итоговых показателей здоровья населения, требуются гибкие кадровые ресурсы, обладающие многими профессиональными навыками и ориентированные на работу в составе бригады.

В соответствии с целями в этой приоритетной области, для улучшения доступа к помощи и скринингу в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена, в амбулаторных отделениях больниц и в отдаленных районах были созданы сестринские консультации. Услуги, традиционно предоставляемые на базе стационаров, были перенесены на уровень местных сообществ, чтобы поддержать пациентов с хроническими состояниями и дать им возможность получать необходимую помощь у себя дома. Медицинские сестры также создали комплексное учреждение – больницу, доброжелательную к больным с деменцией, чтобы обеспечить предоставление помощи, ориентированной на нужды и интересы людей. Кроме того, помощь и поддержка также предоставлялись уязвимым группам в виде новых сестринских и акушерских услуг, таких как индивидуальное планирование, схемы обслуживания и маршруты оказания помощи, а также работа в качестве партнеров по сотрудничеству между различными секторами. Для объединения сестринских услуг на базе местных сообществ и стационаров и медицинских консультаций в отдаленных районах использовались средства телездравоохранения.

Четвертой приоритетной областью является **создание жизнестойких сообществ и благоприятных условий окружающей среды.** Это предполагает создание условий, способствующих укреплению здоровья, вовлечение граждан и формирование у сообществ чувства не иждивенцев, а хозяев в среде сотрудничества и межсекторального взаимодействия.

Сообщества школьников, молодежи и местных жителей были вовлечены в работу по содействию здоровому образу жизни, изменениям в поведении, созданию условий для укрепления здоровья, для чего проводились консультации, ранние вмешательства и распространение медико-санитарной информации с использованием информационно-коммуникационной технологии (ИКТ). Университеты также проводили работу по мобилизации сообществ на профилактику вредных форм поведения и создание здоровой социальной среды, для чего применялись методы просвещения по принципу «равный равному». Медицинские сестры, работающие в стационарах, занимались просвещением среди членов семьи и неформальных помощников по уходу, чтобы поддержать процессы реабилитации и обеспечить качественную помощь пациентам на дому.

Приведенные ниже краткие описания ситуационных исследований представлены как отдельные примеры того широкого спектра совершенствования практики и инноваций, которые осуществляются в странах.

2.2 Приоритетная область действий 1

БЕЛЬГИЯ: Внедрение рекомендаций в отношении питания в отделениях неотложной гериатрической помощи

(ситуационное исследование № 2)

Предпосылки

Исследования распространенности, проведенные в отделениях гериатрической помощи в Бельгии, показали, что выявление пациентов пожилого возраста, входящих в группу риска нарушения питания или уже имеющих нарушение питания, происходит редко. Воспользовавшись общенациональным планом действий в области питания, трое исследователей содействовали внедрению рекомендаций в отношении питания в восьми отделениях неотложной гериатрической помощи в шести больницах.

Развитие практики

В каждом отделении назначенная многопрофильная бригада провела анализ исходных данных о текущей ситуации, разработала блок-схему проведения систематического скрининга всех пациентов, провела оценку индивидуальных планов алиментарной помощи и организовала многопрофильное последующее медицинское наблюдение.

Медицинские сестры приобрели новые навыки, относящиеся к оценке пищевого статуса, оказанию ориентированной на нужды пациента алиментарной помощи, ведению и последующему медицинскому наблюдению за пациентами. Приобретенные навыки включали скрининг и оценку вновь поступивших в стационар пациентов с использованием мини-шкалы алиментарной оценки[4], а также постоянное наблюдение и оценку каждого пациента в целях контроля его пищевого статуса.

Принимавшие участие в исследовании медицинские сестры прошли обучение правильному применению методики скрининга пищевого статуса, интерпретации результатов и надлежащему реагированию.

Внедрению новой практики содействовали исследователи и диетологи. Эта модель оказания помощи была использована в других отделениях тех больниц, которые приняли участие в экспериментальном исследовании. Данный проект позволил внедрить в больницах алиментарные бригады под руководством медсестер, которые взяли на себя руководство мониторингом процесса.

Итоги и качество помощи

Повышение уровня осведомленности о распространенности и частоте нарушения питания в отделениях привело к улучшению алиментарной помощи и систематической оценке вмешательств. После внедрения протокола и методических инструментов медсестры сообщали о том, что почувствовали больше возможностей для оказания высококачественной алиментарной помощи и для более полноценного взаимодействия с другими поставщиками медико-санитарной помощи, осознавая, что их вклад был оценен другими медицинскими работниками.

[4] Vellas B, Guigoz Y, Garry P, Nourhashemi F, Bennahum D, Laugue S, Albarede J. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition, 1999, 15(2): 116-122.

Пациенты выражали удовлетворение тем, что приготовлению и подаче пищи уделялось должное внимание и при этом учитывались их предпочтения. Главное достижение данного проекта заключалось в выявлении заинтересованных сторон в алиментарной помощи пациентам и в непрерывном взаимодействии между этими заинтересованными сторонами посредством встреч лицом к лицу на протяжении процесса внедрения. Данный проект показал, что медсестры занимают идеальное положение для внедрения инновационных методов оказания помощи на базе многопрофильных бригад.

ДАНИЯ: Услуги под руководством акушерок в послеродовой клинике. Систематическая оценка заживления ран в стационаре

(ситуационное исследование № 4)

Предпосылки

Около 80 % всех рожающих первого ребенка женщин получают какую-либо травму вульвы или промежности. В Дании ответственными за оценку и хирургическую репарацию травмы, не относящейся к анальному сфинктеру, являются акушерки.

Орхусская университетская больница оказывает услуги по родовспоможению 4500 пациентам в год и поощряет раннюю выписку пациенток в течение 2-4 часов после неосложненных родов. Ранее плановая оценка заживления промежностных ран в послеродовый период не проводилась. Ранняя вторичная репарация травмы раньше проводилось акушерами без послеоперационной оценки и последующего врачебного наблюдения.

Для оказания комплексной помощи по принципу «одного окна» через два или три дня после родов были созданы послеродовые клиники под руководством акушерок. Помимо введения оценки заживления ран после хирургической репарации промежности также были внедрены неонатальная оценка, поддержка грудного вскармливания и оценка опыта и впечатлений от деторождения.

Развитие практики

Было разработано конкретное руководство по оценке заживления ран (включая нормальное и патологическое заживление) и вторичной репарации травмы промежности. Было проведено обучение по оценке заживления ран и купированию послеродовой боли. Клиническую оценку заживления ран проводили всем женщинам, перенесшим травму промежности.

Дополнительно с помощью программы электронного обучения, разработанной в сотрудничестве с ведущими акушерами и урогинекологами, некоторых акушерок обучили проводить вторичную репарацию травмы промежности.

Во время фазы внедрения небольшая группа из трех акушерок отвечала за раннюю вторичную репарацию травм. Опытный урогинеколог провел клиническое обучение этой группы акушерок выполнению вторичной репарации травм.

Через 7-14 дней после операции клинической акушеркой с опытом проведения исследований был проведен аудит всех вторичных репараций с точки зрения анатомической коррекции, послеоперационной боли, раневой инфекции и общего благополучия пациенток.

Итоги и качество помощи

В качестве инициативы по улучшению качества помощи в случае расхождения раны или некачественной первичной репарации травмы эту информацию сообщали акушерке или врачу, которые отвечали за репарацию, с тем, чтобы они представили свой ответ.

Судя по результатам визуальной оценки через два или три дня после родов, заживление ран после первичной репарации травмы промежности, проведенной акушерками, проходило успешно в 93 % случаев. В остальных 7 % случаев раны были либо недостаточно репарированы, либо проявляли признаки расхождения. Предварительные результаты указывают на высокую степень удовлетворенности пациентов и анатомически качественное заживление ран после ранней вторичной репарации, проведенной акушерками.

Акушерки, задействованные в новой службе, выражали повышенную удовлетворенность работой.

ФИНЛЯНДИЯ: Поддержка семей в стационаре, имеющем статус больницы, доброжелательной к ребенку

(ситуационное исследование № 8)

Предпосылки

В 1994 году группа акушерок собралась, чтобы обсудить вопрос о том, как улучшить поддержку семей в выполнении материнских и отцовских обязанностей и привлечь их к активному участию в охране материнства. В результате появился проект Haikaranpesä ("Гнездо аиста", ГА), в соответствии с которым матерям и семьям в городе Хельсинки предлагался доступ в родильное отделение под руководством акушерок, где подчеркивалась нормальность процесса родов и где семьи наделялись правом и возможностью играть активную роль в этом процессе. Другими приоритетами в планировании маршрута оказания помощи являлись безопасность и укрепление здоровья. В 1996 году, после обширных подготовительных работ экспериментальная группа из 20 семей впервые апробировала ГА. Полную поддержку проекта оказывала бригада из крупного роддома.

Развитие практики

Акушерки оказывают помощь матерям с низким риском родоразрешения по всему спектру непрерывных и взаимосвязанных услуг в течение беременности, родов и послеродового периода. Они проводят дородовое обучение матерей по вопросам родов, расслабления и упражнений, а также ухода за ребенком, грудного вскармливания, психологической готовности и сексуальности после рождения ребенка. Встречи по планированию семьи и группы поддержки со стороны лиц равного статуса организуются также и для отцов. Поддержка посредством приема в клинике предлагается в послеродовый период тем, кого досрочно выписали из больницы, и нуждающимся в помощи в установлении грудного вскармливания.

Акушерки прошли обучение по многим темам, включая методы нефармакологического снятия боли и консультирования матерей со страхом перед деторождением. Две акушерки прошли обучение для работы в качестве профессиональных консультантов по лактации, аттестованных международной комиссией (IBCLC), для улучшения поддержки кормящих матерей; семинары проводились и для акушерок г. Хельсинки.

Маршрут оказания помощи предполагал вовлечение партнера или семьи во все аспекты помощи. Моделью планирования родов служила адаптированная шведская модель, учитывающая финские рекомендации[5].

Итоги и качество помощи

На основании данной модели оказывалась поддержка матерям, поступающим в больницу на поздней стадии схваток и досрочно выписываемым из больницы, что привело к экономии затрат. Углубленное обучение родителей и комплексный последующий уход привели к положительным исходам; в то же время в новой модели не было повышенного риска для новорожденных. Удовлетворенность среди семей в проекте ГА была на 20 % выше, чем в других родильных отделениях в данной местности. Роженицы лучше осознавали свои предпочтения в отношении родов и обладали большими знаниями о процессе деторождения, что приводило к снижению чувства страха. Одним из основных принципов работы отделения было признание партнеров в качестве равноправных участников. Поддержка со стороны партнеров и больший объем дородовой информации улучшили исходы для грудного вскармливания. Грудное вскармливание в течение первых 2 часов происходило в 89,8 % случаев, тогда как в аналогичных отделениях процент составлял 63,3 % и 67,3 %. Полностью на грудном вскармливании при выписке находились 80,1 % младенцев по сравнению с 69 % в другом отделении для рожениц с низким риском родоразрешения.

ГА получила от студентов весьма положительную оценку в качестве обучающей среды.

ИРЛАНДИЯ: Клиника дородовой помощи для подростков под руководством акушерки в больнице Ротанда в Дублине

(ситуационное исследование № 15)

Предпосылки

Выгоды от помощи беременным женщинам, входящим в группу низкого риска, под руководством акушерки были продемонстрированы результатами предыдущих международных исследований[6], и эта модель помощи пропагандируется в качестве варианта, подходящего для большинства женщин во время беременности[7]. Аудит, проведенный до создания клиники дородовой помощи под руководством акушерки, показал, что значительная часть подростков находятся во время беременности в группе низкого риска. Многие из акушерских рисков, ассоциирующих с беременностью в подростковом возрасте, например, курение, выраженно связаны с социальными факторами, воздействие которых может быть снижено с помощью высококачественной дородовой помощи.

Развитие практики

Многопрофильная клиника дородовой помощи для подростков была основана в 2012 году. Это амбулаторное учреждение состоит из клиники под руководством акушерки и клиники под руководством акушера-консультанта, которые работают в один и тот же

[5] Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T. Äitiysneuvolaopas. Suosituksiaäitiysneuvolatoimintaan. The Finnish National Institute for Health and Welfare, 2013.

[6] Sandall J, Soltani H, Gates S et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013 (8).

[7] NICE. Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010.

день в роддоме Ротанда в Дублине. Акушерка, работающая в подростковом отделении, в результате выявленной потребности в услугах инициировала создание клинки под руководством акушерки.

Подросткам с неосложненной беременностью предлагается вариант посещения клиники дородовой помощи для подростков под руководством акушерки. За каждой беременной подросткового возраста закрепляется конкретная акушерка, оказывающая бóльшую часть дородовой помощи. После встречи во время первого дородового приема акушерка оценивает статус риска беременной и проводит его постоянный мониторинг в течение всей беременности. Для обслуживания подростков в больнице было принято местное руководство по предоставлению помощи.

Итоги и качество помощи

Значительная доля подростков в выборке во время визита для записи относились к группе низкого риска (81,7 %), и более половины выборки (56,7 %) оставалась с низким риском на протяжении всей беременности. Значительная доля (66,7 %) факторов риска приходилась на период после 36 недель беременности.

Клиника под руководством акушерки приносила выгоды для подростков благодаря улучшению непрерывности помощи во время беременности и расширению возможностей укрепления здоровья и дородового обучения. Служба также способствовала доверительным профессиональным отношениям и общению между акушеркой и подростками. Это имеет важнейшее значение для оказания действенной высококачественной дородовой помощи этой уязвимой группе населения.

Многопрофильная бригада была усилена благодаря эффективной коммуникации и профессиональным деловым отношениям, которые способствовали взаимному уважению между специалистами. Предоставление научно обоснованной помощи, адаптированной к нуждам данной группы беременных женщин, привело к высокой степени удовлетворенности акушерок своей работой.

Наличие клиники под руководством акушерки также снизило нагрузку на акушера-консультанта в подростковой службе и позволило перераспределить рабочее время акушера на другие отделения больницы.

ФИНЛЯНДИЯ: Новый подход к укреплению здоровья в семьях, имеющих детей

(ситуационное исследование № 10)

Предпосылки

То, как функционирует семья, оказывает большое влияние на здоровье и благополучие детей. Акцент в медицинских осмотрах в роддомах и детских клиниках и в системе школьного здравоохранения до сих пор делался на беременных женщин или на здоровье и благополучие детей. Исследования показали потребность в более широких медицинских осмотрах, с внедрением более ранней поддержки и более значимым расширением прав и возможностей семей и укреплением многопрофильного сотрудничества. Рабочая группа, назначенная Министерством социального обеспечения и здравоохранения, в

2007-2009 гг. разработала концепцию расширенных семейных медицинских осмотров, которые в порядке эксперимента были проведены в 2009-2010 гг.

Развитие практики

В общей сложности медицинской сестрой общественного здравоохранения или акушеркой вместе с врачом было проведено семь расширенных медицинских осмотров в период беременности, а также детей дошкольного и школьного возраста. Роль этих работников здравоохранения была расширена и стала охватывать оценку здоровья и благополучия родителей и всей семьи, а именно, оценку психологических и социальных аспектов семьи, включая условия проживания, доходы и социальные сети поддержки. Многопрофильная бригадная работа, взаимозаменяемость в выполнении задач и обмен информацией также являлись учебными целями. Информация, полученная во время расширенных медицинских осмотров, также использовалась для оценки среды в учебных заведениях.

Расширенные медицинские осмотры требуют теоретических знаний, касающихся функций участковых семейных медсестер, укрепления здоровья и неинфекционных заболеваний. Необходимые основные умения включают умение взаимодействовать на основе диалога и партнерства, расширять права и возможности, как можно раньше выявлять потребности и предоставлять целевую поддержку. Также требуются навыки вмешательств по поводу сложных проблем, таких как алкоголь, наркотики и насилие. Развитие навыков и различных видов компетентности достигалось путем непрерывного обучения с использованием специального пособия.

Итоги и качество помощи

Расширенные медицинские осмотры (их число достигает более 400 000 в год) могут оказывать значительное влияние на здоровье детей и семей. По данным общенационального опроса[8] участковые медицинские сестры, акушерки и врачи сообщали, что расширенные медицинские осмотры помогли им раньше выявить потребность в поддержке и потенциальные нарушения здоровья и позволили им направить целевую поддержку на наиболее нуждающихся в ней детей и семьи. Основанное на диалоге взаимодействие помогло родителям и медицинскому персоналу открыть для себя новые точки зрения на укрепление здоровья детей для блага всей семьи. Расширенные медицинские осмотры подчеркнули важность семьи в укреплении здоровья детей и расширении прав и возможностей родителей как главных лиц, осуществляющих уход за своими детьми. Эти медицинские осмотры способствовали снижению частоты неинфекционных заболеваний, поскольку они улучшают привычки в отношении здоровья.

НОРВЕГИЯ: Ориентированный на поиск решения подход к повышению уровня самооценки у социально замкнутых школьников

(ситуационное исследование № 20)

Предпосылки

Социальные навыки и здоровье подростков могут быть улучшены с помощью повышения самооценки. Самооценка помогает молодым людям поверить в себя, стать более уверенными в своих силах, улучшает их способность постоять за себя и достичь своих

[8] Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A, Pelkonen M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinenseuranta 2012. Raportti 12/2014. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

целей в школе. Сообщалось, что социально замкнутые дети менее успешны в достижении ассертивных целей.

Школьная медсестра играет важную роль в укреплении здоровья, если она в своей работе применяет поддерживающие методы, способствующие принятию здоровых решений. Данное исследование с вмешательством базировалось на группе школьников, в которой использовался подход, ориентированный на поиск решения (ПОПР), применяемый школьными медсестрами для повышения уровня самооценки у социально замкнутых школьников. Акцент в ПОПР делается на сильных сторонах личности ребенка и его/ее успехах как на ценном опыте познания, а не на разборке его опыта недостатков и неудач.

Развитие практики

В ходе данного исследования школьные медсестры прошли обучение методике ПОПР и в дальнейшем проводили все собрания групп ПОПР. Помимо усвоения новых навыков по применению ПОПР в группах, школьные медсестры расширили свою роль, что выразилось в оказании поддержки уязвимым детям в начальной школе с тем, чтобы они поверили в свои силы. Школьные медсестры получали регулярную поддержку от профессиональных методистов.

Итоги и качество помощи

Результаты данного исследования показывают, что самооценка у социально замкнутых школьников в возрасте 12-13 лет повышается при применении вмешательства в школе с использованием метода ПОПР. Первая после вмешательства оценка показала, что по сравнению с контрольной группой баллы самооценки среди девочек в экспериментальной группе существенно повысились. К моменту проведения второй после вмешательства оценки баллы самооценки повысились по сравнению с исходным уровнем как в контрольной группе, так и в экспериментальной, однако большее увеличение наблюдалось у детей в экспериментальной группе.

Данное исследование показывает, что групповое вмешательство с использованием метода ПОПР может принести пользу социально замкнутым детям в развитии их социальной компетентности и навыков и в достижении их целей. Участие в такой группе помогает детям учиться у других членов группы, делиться своими чувствами и опытом, получать и оказывать поддержку. Эти результаты показывают, что метод ПОПР подходит для применения школьными медсестрами в их работе с детьми с особыми потребностями.

Наблюдалось укрепление межпрофессиональных отношений сотрудничества между школьными медсестрами, учителями и профессорами.

Школьные медсестры сообщали о повышении степени удовлетворенности работой, улучшении коммуникации с сотрудниками школы, а также об улучшении в целом среды между членами группы.

РОССИЯ: Раннее начало физической активности и обучения пациентов после ампутации нижних конечностей

(Ситуационное исследование № 29)

Предпосылки

За три года число ампутаций выросло на 56,3 %. Такие пациенты страдают от нарушений способности к передвижению и ограниченной возможности ухода за собой. Омская ассоциация медсестер провела исследование новой модели помощи пациентам, перенесшим ампутацию нижней конечности. Медсестры разработали и провели испытание программы ранней физической реабилитации, направленной на обучение пациентов и улучшение их качества жизни. Главный государственный врач обеспечил наличие нормативно-правовой базы для внедрения данного проекта.

Развитие практики

Для палатных медицинских сестер были созданы специальные должности медсестер по обучению пациентов. Данная расширенная роль включала обучение пациентов и поддержку раннего восстановления подвижности после операции путем повышения способности пациентов к уходу за собой. Медсестры обучали пациентов уходу за раной, перевязке раны, личной гигиене при нахождении в постели, дыхательным упражнениям и физическим упражнениям для стимулирования раннего восстановления подвижности и профилактики пролежней. На обучение каждого пациента выделялось тридцать минут ежедневно.

Все медсестры в отделении прошли программы повышения квалификации по современным подходам и инновационным технологиям в профессиональном обучении в местном центре последипломного образования.

Медсестры также участвовали в исследовании путем испытания новой модели помощи и оценки исходов для здоровья и показателей функционирования. Старшая медсестра отделения прошла обучение в качестве медсестры-исследователя в рамках проекта Омской ассоциации медсестер.

Итоги и качество помощи

Итоги оценивались посредством многоцентрового клинического исследования. Пациенты, принимавшие участие в данной программе, начинали проявлять физическую активность на четыре дня раньше, пользоваться костылями на шесть дней раньше, а раны заживлялись на четыре дня раньше по сравнению с пациентами, получавшими стандартную помощь. Помощь, оказываемая в рамках новой модели, была эффективной в сопоставлении с затратами.

Из всех участвовавших в опросе пациентов 99,5 % были удовлетворены качеством помощи и обучением, полученным после операции. Пациенты принимали активное участие в оказании помощи и были мотивированы на выполнение физических упражнений и преодоление физических препятствий. Новая модель помощи поддерживала пациентов в адаптации к новой жизненной ситуации и улучшала качество их жизни.

Врачи воспринимали медсестер как надежных партнеров. Положительные исходы содействовали повышению профессиональной заинтересованности и удовлетворенности

медсестер и позволили получить фактические данные об эффективности введения специальных должностей медсестры по обучению пациентов.

АНГЛИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: Восстановление автономного родильного центра для содействия нормальным родам

(ситуационное исследование № 45)

Предпосылки

Автономный родильный центр в многопрофильной больнице района Чорли и Южный Риббл находился в плачевном состоянии. Число женщин, пользовавшихся услугами родильного центра, сократилось, и акушерки начали опасаться за его будущее.

Для обоснования необходимости восстановления родильного центра акушерка-консультант использовала фактические данные[9], [10] и потенциальные преимущества новой структуры оплаты услуг родовспоможения в Англии для лоббирования повторного открытия центра, которое и состоялось в мае 2013 года.

Развитие практики

Родильный центр Чорли предоставляет оказываемую акушерками помощь, которая содействует нормальному процессу родов с участием партнеров. Персонал центра разделяет принцип, согласно которому нужно вселять в женщин веру в нормальный физиологический процесс родов и в необходимость принятия на себя всей ответственности за успешное рождение ребенка. Родильный центр представляет собой местное стационарное учреждение, находящееся в 14 милях от основных корпусов больницы.

Были усовершенствованы навыки акушерок в принятии нормальных родов и родов в воде. Профессиональный уровень персонала поддерживался благодаря ежегодному обязательному обучению. Кроме того, применялось внутриорганизационное руководство, разработанное многопрофильной группой на основе методик Национального института здравоохранения и клинического совершенствования.

Итоги и качество помощи

До своего восстановления родильный центр оказывал помощь в принятии 1,1 % всех родов в местном Фондовом трасте НСЗ. В августе 2013 года доля центра выросла до 5,5 %. Повысился процент нормальных родов, родов в воде и процент женщин, использовавших воду во время схваток. У 86% всех женщин, принятых в родильный центр Чорли, были нормальные роды, 68 % рожали в воде и 92 % использовали воду во время схваток. Финансовое положение центра улучшилось, и для получения фактических данных о дальнейшем снижении затрат будет осуществляться мониторинг.

В результате проекта повысилось благополучие семей благодаря поощрению нормальных родов, снижению числа вмешательств, участию партнеров в процессе родов, обеспечению более здорового начала жизни новорожденных и оказанию поддержки женщинам в более быстром возвращении к нормальному образу жизни. Круглосуточное пребывание

[9] Hollowell J et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. British Medical Journal, 2011:343:d7400.

[10] Schroeder E et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. British Medical Journal, 2012:344:e2292.

партнеров давало возможность большему числу женщин и членов их семей находиться в расслабляющей и комфортной среде и получить положительный и приносящий удовлетворение опыт родов.

В проекте наблюдалось улучшение непрерывности помощи, достигнутое благодаря интегрированной модели помощи, при которой акушерки работали по месту жительства рожениц и в родильном центре Чорли.

В родильном центре Чорли повысилась удовлетворенность работой и уменьшилась текучесть кадров. Акушерки также сотрудничали с пациентками, местными газетами и радио для поднятия авторитета помощи под руководством акушерок.

ШОТЛАНДИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: Регулирование массы тела в программе ведения беременности «ОптиМама»

(ситуационное исследование № 51)

Предпосылки

Известно, что ожирение в период беременности влияет на здоровье женщин как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, что включает в себя повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, преждевременных родов и осложнений при родах. Материнское ожирение может также повлиять на благополучие плода и создает повышенный риск мертворождения или смерти новорожденного, равно как и развития хронических состояний в дальнейшем, например, гипертензии. Было показано, что материнское ожирение приводит к финансовым издержкам Национальной системы здравоохранения (НСЗ) и к ряду проблем материально-технического обеспечения из-за необходимости поставки подходящего оборудования и обеспечения безопасности.

В 2009 году в регионе Тэйсайд при дородовом приеме для постановки на учет ожирение было отмечено у одной трети беременных женщин. Финансирование, выделенное правительством Шотландии на поддержку улучшения питания матерей и младенцев, дало возможность охватить целевую группу беременных женщин с ожирением и предложить им адаптированный, основанный на фактических данных пакет поддержки и помощи, называемый «ОптиМама». «ОптиМама» способствует поддержанию нормальной массы тела посредством консультирования по вопросам здорового образа жизни во время беременности и снижению массы тела в послеродовый период. На тот момент в Шотландии не было каких-либо известных вмешательств для ведения ожирения у беременных женщин.

Развитие практики

«ОптиМама» представляет собой прежде всего вмешательство под руководством акушерки, а поддержка со стороны акушера и анестезиолога оказывается по необходимости. Алиментарную поддержку оказывала акушерка, а также диетолог, посещавший некоторые клинические сеансы «ОптиМамы».

Перед тем, как начать осуществление вмешательства, был проведен опрос среди акушерок для выявления их потребности в обучении; также проводилось дополнительное обучение методике консультирования по вопросам питания и изменения поведения. Акушерки научились с большей уверенностью выявлять и консультировать женщин с индексом массы

тела (ИМТ) более 40 кг/м^2. С момента начала «ОптиМамы» для беременных женщин с ожирением был разработан маршрут получения услуг родовспоможения. Этот маршрут является дополнительной поддержкой для акушерок, позволяя им уверенно поддерживать женщин с ожирением в регулировании массы тела во время беременности, и гарантирует, что в Совете по здравоохранению всегда будет применяться последовательный подход к помощи таким пациенткам.

Итоги и качество помощи

Число женщин, принимаемых в клинике «ОптиМама», увеличилось с 85 в 2010/11 гг. до почти 200 в 2012/13 гг.; при этом вмешательство в настоящее время предлагается в двух центрах. В первый год среднее увеличение массы тела у женщин, принявших участие в проекте «ОптиМама», составляло 7,1 кг, тогда как у остальных женщин среднее увеличение массы тела составляло приблизительно 12 кг. От женщин, обратившихся в клинику «ОптиМама», были получены положительные отзывы.

В настоящее время данный экспериментальный проект включен в систему базовых услуг в г. Данди. НСЗ Шотландии использовала вмешательство «ОптиМама» в качестве примера для других шотландских Советов по здравоохранению. Вмешательство «ОптиМама» широко обсуждалось на международных конференциях, в журналах и СМИ.

2.3 Приоритетная область действий 2

УЭЛЬС, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: Стимулирующее влияние: клинические знания и опыт и лидерство в сестринской помощи больным сахарным диабетом

(ситуационное исследование № 53)

Предпосылки

Местный Совет по здравоохранению региона Северный Уэльс в 2009 году постановил, что инициатива по экономии затрат должна быть перенаправлена на внедрение лидирующей роли медицинских сестер в ведении сахарного диабета во внестационарных условиях. Это решение было ответом на просьбы врачей общей практики и местной общественности о доступе к экспертной сестринской помощи при сахарном диабете. С самого начала ответственность за развитие данной службы была возложена на медсестер, играющих главную роль в ведении больных сахарным диабетом, что предполагает выполнение медсестрами, занимающими эту должность, функций лидера в клинической работе и принятии решений. Большое значение также имел более широкий учет системы предоставления медико-санитарной помощи, дающий возможность лидерам в специализированной клинической работе вносить вклад в совместные подходы к схеме предоставления услуг и принятию решений.

Развитие практики

Данная роль клинического лидерства имела тройную направленность:

1. Разработать и реализовать возможные формы просвещения по вопросам сахарного диабета для населения и персонала первичного звена медико-санитарной помощи, включая разработку и внедрение официально утвержденной учебной программы по ведению сахарного диабета на уровне сертификата о получении последипломного образования.
2. Содействовать сотрудничеству между местным сообществом и работниками первичного звена медико-санитарной помощи с целью поддержки реализации и мониторинга согласованного плана помощи при сахарном диабете.
3. Вносить вклад в проведение структурированного обучения взрослых больных сахарным диабетом.

Кроме того, медсестра также являлась представителем Сети специализированной сестринской помощи больным сахарным диабетом в Консультативной группе Национальной службы по сахарному диабету, целью которой было информирование правительства Уэльса о предоставлении услуг и помощи больным сахарным диабетом.

Итоги и качество помощи

Специализированная медсестра оказывала исключительное влияние на разработку как клинических, так и стратегических аспектов услуг. В учреждениях первичного звена и внестационарных учреждениях и в независимых учреждениях медико-санитарной помощи были проведены многочисленные совместные клинические занятия по проблеме сахарного диабета. Совместные занятия, проведенные в кабинетах врачей общей практики, внесли вклад в улучшение доступа к высококачественному ведению сахарного диабета на уровне первичного звена медико-санитарных услуг. Были составлены индивидуальные планы помощи и обеспечено своевременное и обоснованное направление к специалисту, в результате чего предоставлялись услуги, ориентированные на потребности конкретных

пациентов. Для медицинских работников было разработано множество учебных модулей по сахарному диабету, а для распространения среди пациентов с вновь выявленным сахарным диабетом была подготовлена просветительская брошюра по сахарному диабету 2 типа.

Получение фактических данных о низкой частоте проведения структурированного обучения по сахарному диабету и о сокращении числа специализированных диабетических медсестер в Уэльсе также способствовало принятию Плана оказания помощи при сахарном диабете для Уэльса (2013 г.)[11].

ИСЛАНДИЯ: Амбулатория для детей и подростков, страдающих сахарным диабетом

(ситуационное исследование № 14)

Предпосылки

Бригада, состоящая из врача и медсестры, выявила повышенную потребность своих пациентов в санитарном просвещении и поддержке в вопросах ведения сахарного диабета (СД). Была создана система расширенных сестринских услуг, приоритетом в которой являлось предоставление многопрофильной амбулаторной помощи молодым людям, страдающим СД. Система услуг под руководством медсестры в первую очередь предполагала предоставление информации, просвещение и поддержку в соответствии с изъявляемыми потребностями родителей, детей и подростков.

Развитие практики

Со временем навыки и виды компетентности, необходимые для этой новой роли, были усовершенствованы благодаря предоставленным возможностям обучения и непрерывного образования, в том числе получения степеней бакалавра и магистра и диплома специализированной медицинской сестры. После такого обучения медсестры могли наблюдать и оценивать потребности пациента, используя для этого научные методы и повышая таким образом свою компетентность в понимании и обеспечении предоставления помощи, ориентированной на нужды пациентов.

Будучи членами многопрофильных бригад, медсестры проводили научные исследования и принимали участие в конференциях и семинарах. Предоставление указанных услуг подкреплялось конкретными руководствами и контрольными перечнями вопросов, разработанными в клинике. Весьма важной для развития навыков проведения исследований и написания научных статей была поддержка со стороны научных кругов в области сестринского дела, которая позволила медсестрам вносить вклад в научные публикации.

Итоги и качество помощи

Сестринские услуги ежегодно предоставлялись примерно 130 пациентам. Выгоды для пациентов включали повышение удовлетворенности помощью, повышение способности справляться с заболеванием при поддержке клиники и улучшение в соблюдении режима лечения.

[11] Together for Health – A diabetes delivery plan. A Delivery Plan up to 2016 for NHS Wales and its partners. Cardiff: Welsh Government, 2013.

В предоставление услуг было внесено несколько улучшений, включая разработку и проведение сеансов индивидуальных, групповых и семейных консультаций и мотивационных собеседований. Особое внимание уделялось психосоциальным потребностям как важному дополнению к терапевтической поддержке при СД. За этой инициативой последовали другие сестринские услуги, которые были разработаны и интегрированы в модель оказания медико-санитарной помощи, принятую в данной больнице.

Важность данной расширенной роли медсестер была подтверждена улучшением исходов для здоровья пациентов и для системы здравоохранения. Выгоды для медицинских сестер включали создание возможностей повышения профессиональной квалификации и официальное утверждение новой роли медсестер как специалистов по педиатрической сестринской помощи. На основании данной инициативы также было написано несколько отчетов и научных публикаций.[12]

ЛИТВА: Самостоятельная практика диабетической медсестры: повышение внимания к потребностям пациентов

(ситуационное исследование № 19)

Предпосылки

Начиная с 1990 года, в больницах были созданы учебные классы для повышения уровня знаний о сахарном диабете с целью обучения пациентов ведению заболевания. Для улучшения качества услуг и профилактики поздних осложнений сахарного диабета больничным медсестрам требовалось единое официальное признание их роли в работе с пациентами-диабетиками в учреждениях первичного звена и больницах. Также для снижения частоты ненужных посещений эндокринолога было необходимо обеспечить пациентам прямой доступ от врачей общей практики (ВОП) к диабетическим медсестрам. Министерством здравоохранения были разработаны и утверждены формальные требования к непрерывному профессиональному образованию диабетических медсестер. Одновременно с этим изменением был введен отдельный тариф на услуги медсестер. В результате этих мер с июля 2011 года диабетические медсестры начали оказывать независимые услуги в своих кабинетах.

Развитие практики

При таком расширении роли медсестры повысили свою компетентность в проведении мониторинга пациентов в соответствии с их потребностями, в принятии самостоятельных решений, проведении просветительских программ и координировании помощи пациентам в сотрудничестве с ВОП и эндокринологами. Медсестры также повысили свою компетентность в области отчетности о сестринской деятельности благодаря улучшению документооборота. Медсестры могут при необходимости записывать пациентов на прием, оценивать и обсуждать их состояние здоровья с ВОП и эндокринологами и направлять пациентов к психологу. Работа медсестер по предоставлению помощи при диабете стала более акцентированной на индивидуальных потребностях пациента, таких как образование, уход за стопой и развитие навыков.

[12] Konradsdottir E, Svavarsdottir EK. How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2011, 16(4): 295–304.

Итоги и качество помощи

Описанные перемены привели к большей доступности услуг диабетической помощи для пациентов и к созданию новых независимых рабочих мест для диабетических медсестер. В настоящее время лицензию на оказание помощи при диабете имеют 120 диабетических медсестер в 38 лечебно-профилактических учреждениях. В результате этих перемен услуги по плановому выписыванию рецептов и уходу за пациентами-диабетиками перешли от врачей-эндокринологов к диабетическим медсестрам, что позволило врачам-специалистам сосредоточиться на более серьезных проблемах здоровья своих пациентов.

И диабетические медсестры, и пациенты выразили бóльшую удовлетворенность; ведение ухода за пациентами осуществлялось более эффективно и при более высоком уровне знаний, навыков и образования относительно поздних осложнений. Также для обеспечения непрерывности помощи ключевым фактором являлась запись информации о пациенте в отдельные досье, ведущиеся медсестрами. К диабетическим медсестрам стали относиться как к специалистам, и их работа стала более заметной. Улучшилось сотрудничество между ВОП и диабетическими медсестрами.

Ассоциация диабетических медсестер и Министерство здравоохранения продолжают обсуждение дополнительных функций медсестер, включая назначение диагностических анализов. В университетские программы обучения на уровне бакалавра и магистра было включено проведение медсестрами исследования новый ролей и функций диабетических медсестер с целью оценки результатов этих изменений и их возможных выгод.

ДАНИЯ: Применение телемедицины при реабилитации больных ХОБЛ

(ситуационное исследование № 5)

Предпосылки

В Дании хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из пяти заболеваний, при которых для ведения больных требуется наибольшее количество ресурсов. На долю этой болезни приходится 20% всех случаев экстренной госпитализации. После поступления в стационар больные ХОБЛ часто остаются там в течение многих дней, а частота повторной госпитализации в течение месяца составляет около 24%.

Действенность врачебного лечения ограничена, и многим больным ХОБЛ приходится жить с ограниченным уровнем функциональности, неактивно, испытывать чувство горечи и социальную изоляцию. Важно прервать эту спираль негатива и улучшить качество жизни пациентов. Исследовательский проект TELEKAT[13] направлен на разработку новых методов профилактической помощи и лечения хронических респираторных больных в домашних условиях с применением технологии телепомощи на дому. Когда клинические симптомы достигают такого уровня, при котором они ограничивают функциональность и качество жизни пациента, пациентам теперь предлагают курс реабилитации. Реабилитация включает физические тренировки, получение информации о болезни, питание, физиотерапию легких и помощь в прекращении курения. Обычно реабилитация проводится в амбулаторных условиях в виде курсов длительностью несколько недель.

[13] www.telekat.eu.

Развитие практики

Развить навыки и умение медицинских работников использовать технологию и взаимодействовать с пациентами и поддерживать их путем предоставления помощи на расстоянии помогла образовательная программа. В ведении пациентов в программе телереабилитации участвовали физиотерапевты. Роль медсестер, работающих в стационарах, участковых медсестер и медсестер в кабинетах врачей общей практики была расширена: они стали учить пациентов и помогать им самостоятельно вести свою болезнь и принимать меры в ответ на ухудшение симптомов в повседневной жизни. Для телереабилитации больных ХОБЛ было разработано новое клиническое руководство. Программа включала измерение пациентами своего кровяного давления, пульса, жизненной емкости легких и массы тела в течение 4 месяцев с помощью технологии телепомощи на дому. Пациенты также использовали шагомер и выполняли физические упражнения дома. Пациентов обучали тому, как интерпретировать показания собственных измерений, чтобы определить ухудшение симптомов, и как действовать, чтобы избежать повторных госпитализаций. Для координации помощи и реабилитации больных ХОБЛ между медицинскими работниками разных секторов проводились видеосовещания.

Итоги и качество помощи

Больные ХОБЛ получили новые возможности контролировать собственное здоровье и принимать меры при ухудшении симптомов. Большинство пациентов отметили улучшение качества жизни, когда научились справляться со своей болезнью и симптомами. За 10 месяцев показатель повторной госпитализации снизился на 54%[14].

Была разработана динамика взаимодействия между секторами и между участковыми медсестрами, кабинетами врачей общей практики и больницами в составе многопрофильных бригад. Проект продолжается в рамках многоцентрового рандомизированного контролируемого испытания (iTrain) по изучению длительной телереабилитации, которое проводится Норвегией, Австралией и Данией.

ФИНЛЯНДИЯ: Внедрение роли куратора случаев и модели помощи при хронических состояниях

(ситуационное исследование № 9)

Предпосылки

Фактические данные свидетельствуют о том, что на оказание помощи людям с хроническими заболеваниями уходит около 78% всех расходов на здравоохранение[15]. Примерно от 2% до 5% людей с хроническими заболеваниями имеют сложные потребности в помощи, включая множественные нарушения здоровья и социальные проблемы[16]. Модель предоставления помощи при хроническом заболевании показывает, что грамотное ведение пациентов с хроническими заболеваниями и сложными потребностями может

[14] Dinesen B, Hæsum L, Korsbakke E, Sørensen N, Nielsen C, Grann O, Hejlesen O, Toft E, Ehlers L H. Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: A case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients. Journal of Telemedicine and Telecare 2012:4: 221–225.

[15] Nugent R. Chronic Diseases in Developing Countries. Health and Economic Burdens. Reducing the Impact of Poverty on Health and Human Development: Scientific Approaches Annals of the New York Academy of Sciences 2008, 1136:70-79.

[16] Nolte E, McKee M. Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. Open University Press, 2008.

существенно повысить качество помощи, снизить расход ресурсов и улучшить качество жизни пациентов[17]. Модель была разработана в рамках реализации Национальной программы развития в области социального обеспечения и медико-санитарной помощи в Норвегии. Было реализовано несколько региональных проектов при поддержке муниципальных органов здравоохранения. Основной упор был сделан на индивидуально-ориентированные мероприятия, упреждающую помощь, совершенствование практики ведения заболеваний путем оптимизации маршрутов и процессов с целью облегчения координации действий внутри организации и между организациями, а также на выработку стратегий поддержки самостоятельного ведения заболеваний.

Развитие практики

Главным пунктом в изменении системы предоставления услуг было развитие новых ролей и методов работы в составе многопрофильных бригад. Была расширена роль медицинской сестры как куратора случаев, которая стала включать координацию помощи и ресурсов и самостоятельное ведение больных. Были перераспределены некоторые обязанности между медицинскими сестрами и врачами и было узаконено право медицинских сестер назначать лечение. Совместно с медицинскими работниками и преподавателями были разработаны критерии профессиональной подготовки для системы последипломного образования кураторов случаев. К числу необходимых видов компетентности были отнесены выявление групп риска, проведение медицинских осмотров и наблюдение пациентов со сложным сочетанием хронических заболеваний и потребностей в обслуживании. Медицинские сестры также стали отвечать за интенсивное просвещение пациентов и поддержку самопомощи. Эта роль требовала целостного и творческого подхода, ориентированного на решение проблем, чтобы помочь людям справиться со своими специфическими нарушениями здоровья. Кроме того, было необходимо вырабатывать разнообразные навыки использования информационной технологии, этические знания и навыки для самостоятельного принятия решений, а также умение договариваться.

Итоги и качество помощи

Судя по показателям, использованным для мониторинга эффективности модели, число экстренных обращений пациентов с хроническими заболеваниями сократилось[18]. Пациенты стали более активно участвовать в лечении и их удовлетворенность лечением повысилась. Было подготовлено методическое руководство по самопомощи, которое использовалось в преподавании медицинским работникам темы «самостоятельное ведение болезни», а пациенты были вооружены методиками самопомощи. Также были созданы системы учетных документов пациентов, чтобы улучшить обмен информацией и облегчить планирование помощи для индивидуальных больных. Также были введены интерактивные электронные услуги, позволяющие пациентам быстрее получить доступ к обслуживанию, иметь больше вариантов выбора и получать поддержку в самостоятельном ведении болезни.

---

[17] Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Davies G P, Hasan I.A Systematic Review of Chronic Disease Management. Sydney: Australian Primary Health Care Institute, 2006.

[18] POTKU. Väli-Suomen POTKU loppuraportti, Linna-Potku. Hämeenlinnan terveyspalvelut, 2012.

ИРЛАНДИЯ: Ранняя выписка и комплексный уход за больными ХОБЛ, больница Святого Иакова, Ирландия

(контрольное исследование № 16)

Предпосылки

В качестве ответной меры на чрезмерную нагрузку на коечный фонд в больнице Святого Иакова была предпринята инициатива по досрочной выписке пациентов с обострениями хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Первоначально проект состоял в том, что медицинская сестра или физиотерапевт посещали больного на дому, но затем постепенно превратился в более всеобъемлющую систему услуг под руководством медицинской сестры/физиотерапевта, при которой осуществлялось ведение всех аспектов ХОБЛ во внестационарных условиях в соответствии с моделью комплексной помощи при одновременном сведении к минимуму длительности пребывания пациентов в стационаре.

Развитие практики

Услуга, предоставляемая под руководством медицинской сестры/физиотерапевта, состоит из трех уровней помощи:

Уровень 1: досрочная выписка. Пациентов выписывают досрочно и затем им оказывается помощь по принципу «домашней больницы» в виде трех посещений на дому.

Уровень 2: оценка в отделении оценки функции дыхания. Руководимая медицинской сестрой/физиотерапевтом клиника по оценке и ведению всех аспектов заболевания с постоянной поддержкой по телефону.

Уровень 3: легочная реабилитация. Пациенты включаются в программу легочной реабилитации, которая состоит из обучения и практических групповых занятий в амбулаторных условиях.

Программа была расширена и теперь включает двух специализированых медицинских сестер высшей квалификации и более крупное отделение, а также дополнительные программы по работе с труднодоступными контингентами при других респираторных заболеваниях. Данная служба принимает больных по направлениям врачей общей практики, осуществляет посещения с целью предоставления паллиативной и поддерживающей помощи и выдает направления в хосписы и клиники долговременной оценки. Сфера практики расширилась благодаря непрерывному повышению квалификации, которое включает обучение и наставничество. Виды повышенной компетентности включают взятие артериальной крови для анализа газового состава и интерпретацию диагностических изображений. Клиническая практика строилась на местных, национальных и международных руководствах. Своими знаниями и опытом и практическими услугами службу поддерживали другие многопрофильные бригады, работающие в больнице и вне стационара, в том числе социальные работники, техники по респираторному оборудованию, медицинские сестры общественного здравоохранения, выездная бригада по проведению мероприятий в местном сообществе и хоспис.

Итоги и качество помощи

Данная услуга принесла пользу пациентам тем, что помогла уменьшить частоту госпитализации и продолжительность пребывания в стационаре. Снижение занятости коечного фонда продемонстрировало эффективность данной услуги с точки зрения соотношения затрат и результатов. Как показывают результаты оценки, продолжительность пребывания в стационаре у пациентов, получающих помощь на первом уровне услуги, снизилась

с 10,5 до 1,5 дней. Услуги, предоставляемые на втором уровне, привели к улучшениям в контроле заболевания и на 75% снизили показатель повторной госпитализации в течение первого года[19]. Услуги третьего уровня повысили способность переносить физическую нагрузку, уменьшили симптомы и улучшили качество жизни участвующих в программе пациентов[20].

При такой новой системе услуг не только сокращается продолжительность пребывания пациентов в стационаре, но и появляется новая центральная точка, в которую можно направлять пациентов для целостного ведения ХОБЛ.

ИЗРАИЛЬ: MOMA- первый национальный центр вызова по телефону медицинских сестер для проведения лечения

(ситуационное исследование № 17)

Предпосылки

Израильская система медико-санитарной помощи испытывает нехватку ресурсов, однако спрос на помощь при сложных хронических состояниях растет. Для того, чтобы обеспечить предложение качественной помощи, удовлетворяющее потребности и спрос населения, а также ограничить рост расходов, была разработана новая модель ведения заболеваний. В 2012 г. был открыт первый национальный центр вызова помощи по телефону MOMA. В модели MOMA применяются средства телездравоохранения для лечения целого ряда хронических состояний.

Развитие практики

Данная модель предназначена для ведения мониторинга и предоставления помощи разнообразным группам клиентов с хроническими состояниями, в том числе клиентам, нуждающимся в круглосуточном уходе, и клиентам, которым ограниченная подвижность не позволяет явиться в кабинет врача. Помощь предоставлялась на уровне первичного звена многопрофильной бригадой, и эта услуга позволяла координировать действия всех медицинских работников, занятых в лечении пациента. Кроме того, модель MOMA служила объединяющим началом во всей непрерывной цепи помощи.

В MOMA применяется модель ведения заболевания, основанная на действиях многопрофильной бригады. Работающие в центре MOMA медицинские сестры предоставляли помощь средствами телездравоохранения совместно с врачами первичного звена. Медицинские сестры работали в качестве организаторов ведения заболевания вместе с врачами первичного звена, которые также выполняли функции кураторов случаев. Медсестры центра MOMA посещали пациентов в порядке медицинского контроля, вели мониторинг состояния пациентов и осуществляли санитарное просвещение, решение проблем и консультирование пациентов в соответствии с моделью ведения заболевания. Также медсестры MOMA имели право титровать некоторые лекарственные препараты в соответствии с действующим руководством.

---

[19] Lawlor M, Kealy S, Agnew M, Korn B, Quinn J, Cassidy C, Silke B, O'Connell F, O'Donnell R. Early discharge care with ongoing follow-up support may reduce hospital readmissions in COPD. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2009, 4:55–60.

[20] Qaseem et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society and European Respiratory Society. Annals of Internal Medicine, 2011; 155(3):179–191.

Все медицинские сестры, приглашенные на работу в центр МОМА, прошли всеобъемлющую программу обучения, которая включала навыки общения с помощью средств телездравоохранения. На основе международных методик были составлены подробные протоколы, утвержденные врачами для применения медсестрами.

Итоги и качество помощи

Первоначальная оценка показала значительные улучшения в способности пациентов справляться с болезнью. Пациенты отмечали, что они получили знания, необходимые для самостоятельного лечения, и стали меньше беспокоиться по поводу своей болезни. Результаты свидетельствовали об улучшении состояния психического здоровья пациентов и о существенном снижении распространенности депрессии. Значительные улучшения были достигнуты в отношении факторов образа жизни. Пациенты дисциплинированно соблюдали режимы приема лекарств, назначенный рацион питания и регулярно выполняли физические упражнения.

По сообщениям пациентов, в большинстве случаев (94%) поддерживалась согласованность действий между врачами первичного звена и центром МОМА. 75% врачей первичного звена сообщили, что будут рекомендовать пациентам пользоваться услугами центра МОМА.

2.4 Приоритетная область действий 3

ВЕНГРИЯ: программа скрининга на рак шейки матки, проводимого патронажными медицинскими сестрами

(ситуационное исследование № 13)

Предпосылки

Программа скрининга на рак шейки матки осуществляется в системе общественного здравоохранения с 2004 г., однако, несмотря на это, каждый год в Венгрии от рака шейки матки умирают примерно 400 женщин. Осуществляемая в секторе общественного здравоохранения программа скрининга на рак шейки матки приглашает женщин в возрасте от 25 до 65 лет проходить скрининг раз в три года, если результаты теста в предшествующие годы были негативными. Несмотря на эти меры, участие в программе скрининга остается очень низким (30% целевого контингента).

Развитие практики

Для того, чтобы повысить показатели участия женщин в скрининге, в 2009 г. была начата новая экспериментальная программа цервикального скрининга (ПЦС). К проведению скрининга по этой новой программе были привлечены патронажные медицинские сестры. Программа не ограничивается взятием цитологических мазков, направлением мазков в лабораторию и другими мероприятиями, касающимися только скрининга, а включает также мероприятия по укреплению здоровья, такие как предоставление рекомендаций в порядке общей ориентации, консультирование и мотивирование пациенток, работа с местным населением и сообщение информации о результатах лабораторных анализов. Для расширения роли и сферы практики патронажные медсестры проходят дополнительное обучение по цервикальному скринингу в рамках аккредитованных программ.

Итоги и качество помощи

К концу 2012 г. обучение по программе цервикального скрининга добровольно прошли 285 патронажных медсестер. Программа продемонстрировала хорошие результаты, и благодаря полученному опыту патронажные медсестры приобрели навыки и умение выполнять скрининг на рак шейки матки, брать мазки необходимого класса, устанавливать контакты и мотивировать женщин к участию в программе скрининга. Патронажным сестрам удалось убедить в необходимости пройти скрининг целый ряд женщин, которые за 10 или более лет ни разу не обращались к гинекологу.

Привлечение патронажных медсестер к выполнению ПЦС не только соответствовало международным тенденциям, но и дало возможность медицинским работникам установить личные контакты с местным населением. Охват скринингом на рак шейки матки улучшился благодаря тому, что был обеспечен доступ к скринингу для женщин, живущих в небольших поселениях и в экономически неблагополучных районах, поскольку из-за нехватки времени и денег, проблем с транспортом и трудностей дальней дороги они обычно меньше других проявляют желание ехать далеко на прием к гинекологу или в специализированные медицинские центры.

Начиная с 2014 г. обучение по программе цервикального скрининга можно будет проходить в рамках обучения патронажных медицинских сестер на уровне бакалавра. Соответствующая поправка к закону (декрет № 49/2004) вступит в силу в 2015 г. и позволит

патронажным медсестрам проводить скрининг на рак шейки матки после получения необходимых видов компетентности.

ФИНЛЯНДИЯ: сестринские консультации при острых нарушениях здоровья и неинфекционных заболеваниях

(ситуационное исследование № 11)

Предпосылки

Рост дефицита врачей в первичном звене медико-санитарной помощи, сокращение доступности лечения и возрастание интереса к повышению уровня компетентности медицинских сестер вызвали необходимость расширения ролей, выполняемых медсестрами. Министерство социальных дел и здравоохранения выступило инициатором расширения роли медицинских сестер, медицинских сестер общественного здравоохранения и акушерок (далее именуемых «медсестры») в рамках реформы медико-санитарного обслуживания, проводимой в соответствии с национальной программой обновления политики в области социального обеспечения и здравоохранения, принятой правительством Финляндии. С 2002 г. министерство использует выделяемые государством гранты для финансирования муниципальных проектов, направленных на расширение роли медсестер.

Развитие практики

Для того, чтобы перенаправить некоторые группы пациентов с острыми нарушениями здоровья и неинфекционными заболеваниями от врачей к медсестрам, были разработаны новые роли медсестер. Медсестры консультируются с многопрофильной бригадой или работают в паре с врачами в медицинских центрах и отделениях неотложной помощи. В некоторых случаях медсестры работают в сестринских медпунктах и получают поддержку от врачей, работающих в более крупных медицинских пунктах, с помощью средств электронного консультирования.

Медсестры обладают полномочиями, знаниями и умениями, позволяющими им проводить осмотр, оценку состояния, лечение и медицинское наблюдение различных групп пациентов. К другим важным видам компетентности относятся укрепление здоровья, просвещение пациентов и гарантирование безопасности пациентов. В этих случаях, если медсестры получили официально признанное последипломное образование, они также могут повторно назначать лекарственные средства, первоначально назначенные врачом, и имеют право выписывать лекарственные средства, если они включены в принятый в стране перечень разрешенных лекарственных препаратов. Закон, наделяющий медицинских сестер правом назначать лечение, вступил в силу в 2010 г., а закон, определяющий соответствующие требования к последипломному образованию, – в 2011 г. В основе последипломного образования, позволяющего медсестрам назначать лечение, лежат принятые в стране требования к учебным планам и программам. Виды учебной работы предполагают междисциплинарное обучение: медсестры обучаются вместе с будущими врачами. Совместными усилиями специалистов различных дисциплин в помощь медсестрам при принятии решений было разработано руководство, основанное на научных данных, которое можно использовать в режиме онлайн.

Итоги и качество помощи

В экспериментальных амбулаторных учреждениях на долю сестринских консультаций пришлась почти одна треть обращений пациентов за неотложной помощью и почти 60%

от общего числа обращений пациентов по поводу острых нарушений здоровья и неинфекционных заболеваний[21]. Некоторые медицинские пункты сообщили о повышении производительности труда[22]. Пациенты отметили улучшения в доступе к помощи и более высокую удовлетворенность консультациями и поддержкой от медсестер в осуществлении самопомощи. Медсестры, работающие в отдаленных медпунктах при поддержке врачей посредством электронных консультаций, смогли самостоятельно удовлетворить 70% спроса на услуги, а к врачу направляли лишь 22% пациентов[23]. Медсестры и врачи также сообщили об улучшении межпрофессионального сотрудничества и повышении ощущения благополучия на работе.

ГЕРМАНИЯ: улучшение практики купирования боли в частных лечебницах в Мюнстере

(ситуационное исследование № 12)

Предпосылки

Боль является обычным феноменом у людей в возрасте старше 65 лет, который оказывает большое влияние на качество жизни. Потребность в адекватном купировании болевого синдрома становится еще более очевидной по мере того, как происходят демографические изменения и можно ожидать, что все больше людей будут страдать от хронической боли, особенно обитатели лечебниц для ухода за престарелыми и инвалидами. Для того, чтобы обеспечить этому контингенту оптимальную помощь при боли, нужны инновационные модели предоставления помощи и досконально продуманное интегрирование уже испытанных на практике моделей.

Развитие практики

Медицинских сестер научили, как брать на себя ответственность за конкретные области медико-санитарной помощи посредством разработки и осуществления плана сестринской помощи в соответствии с Национальным стандартом купирования боли при предоставлении сестринской помощи[24]. Для этого медсестер пригласили принять участие в учебных семинарах, которые проводились с учетом результатов проведенной ранее оценки потребностей (предварительного тестирования), которая была выполнена в контексте исследования медико-санитарного обслуживания[25]. В ходе семинаров особое внимание уделялось проведению и документальному оформлению комплексной оценки боли (особенно оценок по косвенным признакам) и предоставлению информации, просвещению и поддержке в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов лечебниц.

---

[21] Hukkanen E &Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.

[22] Koski J, Elonheimo O, Linna M. Työvoimapula perusterveydenhuollon avotoiminnassa – mitä keinoja avuksi? In Mikkola H, Klavus J, eds. Terveystaloustiede 2004. Helsinki, Stakes, Aiheita 3/2004:21–24.

[23] Jaatinen P, Vanhatalo R, Tasanko A. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäriä. Suomen Lääkärilehti [FinnishMedical Journal], 2002, (25–26):2795–2799.

[24] Schüssler N. Osterbrick J. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Der Schmerz, 2012:26:2:206-207.

[25] Osterbrink J, Hufnagel M, Kutschar P, Mitterlehner B, Kruger C, Bauer Z, Aschauer W, Weichbold M, Sirsch E, Drebenstedt C, Perrar KM, Ewers A. Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. Schmerz 2012 Feb; 26(1):27-35.

Программа обучения «болевых медсестер» была разработана для того, чтобы усовершенствовать умения и навыки медицинских сестер в области оценки и купирования боли и дать им возможность активно руководить процессом купирования боли в своих лечебных учреждениях и выступать в роли распространителей обретенных новых знаний. Партнеры проекта, представлявшие общественное здравоохранение, политику и профессиональные организации, поддержали деятельность по повышению информированности населения своим одобрением проекта и участием в различных образовательных мероприятиях и в работе с населением и конкретными лечебными учреждениями.

Итоги и качество помощи

Проект способствовал укреплению профессиональных связей между врачами общей практики и медсестрами в усилиях, направленных на предоставление более качественной помощи. Он показал, что медсестры играют жизненно важную роль в предоставлении адекватного лечения болевого синдрома в рамках более широкой системы мер помощи при боли. К числу выгод для системы медико-санитарной помощи относится сбор данных о распространенности боли среди пациентов лечебниц для престарелых и инвалидов. И если результаты предварительного тестирования показали, что методики оценки боли по косвенным признакам, которые позволяют медсестрам оценивать боль у лиц со сниженной когнитивной функцией, практически ни в одной из таких лечебниц не применялись, то результаты теста после реализации проекта показали, что такие методики в конечном итоге были внедрены на этапе вмешательства в каждой из лечебниц, участвовавших в проекте. Результаты исследования в настоящее время используются в качестве основы для разработки стандартных критериев для сертификации лечебниц для престарелых и инвалидов.

Благодаря тому, что тема боли поставлена теперь в «общественную повестку дня» в результате осуществления целевых программ по работе на низовом уровне с конкретными людьми и учреждениями и образовательных программ, люди могут быть лучше информированы, а это может повысить их уровень санитарной грамотности и послужить делу расширения возможностей и прав пациентов.

ПОРТУГАЛИЯ: сестринская группа по купированию боли для превращения больницы в учреждение, свободное от боли

(ситуационное исследование № 22)

Предпосылки

Оперативные и действенные меры по оценке и купированию боли были бы возможны, если бы научные данные были перенесены в сферу практической сестринской помощи. Для того, чтобы изменить в больнице культуру отношения к боли, образование медицинских сестер должно быть увязано с научными исследованиями и развитием практики[26]. Создание сестринской группы по купированию боли сыграло решающую роль в стимулировании научно обоснованной практики купирования боли в детской больнице.

[26] Ellis JA, O'Connor BV, Cappelli M, Goodman JT, Blouin R, Reid CW. Pain in Hospitalized Pediatric Patients: How Are We Doing. The Clinical Journal of Pain, 2002, 18(4), 262-9.

Развитие практики

Изменения в практике купирования боли в одной из больниц возглавила группа, состоявшая из специализированных педиатрических медицинских сестер и координатора из числа преподавателей университета. Медсестры, назначенные в группу по купированию боли, для осуществления изменений применили подход, в котором сочетались меры по развитию образования, научных исследований и практики, направленные на выработку знаний, навыков, социальных установок и соответствующую организацию помощи. Группа по купированию боли отвечала за выявление потребностей в купировании боли, которые оставались вне поля зрения медицинских работников, сбор научных данных из литературы, организацию обучения палатных медсестер, разработку руководств по оценке боли и по купированию боли и для этого договаривалась с другими специалистами и осуществляла наставничество над палатными медсестрами в процессе изменения их практики.

На основе научных данных и международных руководств и рекомендаций были разработаны местные руководства по оценке боли и по купированию боли[27]. В национальном нормативном документе, в котором были описаны должностные обязанности и структура продвижения по службе медицинских сестер, была предусмотрена возможность изменения роли медицинских сестер в группе по купированию боли. Медсестры, входящие в эту группу, выработали у себя личностные и профессиональные качества, необходимые для поиска научных данных в литературе, формирования стандартов сестринской практики и лидерства в реализации задуманных изменений. Была также признана необходимость дальнейшего развития навыков лидерства, образования, организации мероприятий, межпрофессионального общения и информационно-пропагандистской работы.

Итоги и качество помощи

Внутренние проверки показали, что облегчение доступа детей к действенным мерам вмешательства по купированию боли привело к улучшению помощи при боли. На индивидуальном уровне медицинские сестры приобрели знания, умения и навыки, у них изменились социальные установки. В клинической практике изменения включали сбор анамнеза боли у всех детей при поступлении в больницу, оценку боли и ее документальное оформление у всех детей как пятого показателя состояния организма, процедурное купирование боли нефармакологическими методами и применение руководства по купированию боли, в частности, для предупреждения боли при выполнении процедур с помощью анестезирующего крема.

В результате того, что медсестры из группы по купированию боли делились с коллегами своими заботами и тревогами, значительно улучшилась коммуникация между разными отделениями. Мобилизация всех профессиональных групп на выявление пробелов в предоставлении услуг, на проведение обучающих мероприятий, формирование стратегий, выработку стандартов и руководств и организацию публичных мероприятий позволила создать организационную культуру осознания проблемы боли и оказания помощи при боли.

[27] Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ШВЕЙЦАРИЯ: Купирование боли в неонатальном отделении интенсивной терапии

(ситуационное исследование № 40)

Предпосылки

Недоношенные новорожденные, госпитализируемые в неонатальном отделении интенсивной терапии (НОИТ), подвергаются множеству процедур, сопровождающихся острой болью. Плохо купируемая боль у грудных детей может вызвать изменения в реагировании на боль и отрицательно повлиять на исходы физиологического, социального и нейрокогнитивного развития в последующий период жизни. Несмотря на этот общеизвестный факт, в большинстве НОИТ в клиниках Швейцарии обезболивание выполнялось неудовлетворительно. В 1996 г в НОИТ университетской детской клиники в г. Берн был начат идущий по сей день процесс развития практики с целью предупреждения пагубных долгосрочных последствий у этих новорожденных.

Развитие практики

Расширение роли произошло прежде всего у клинических медицинских сестер, которые очень остро воспринимают угрозу негативных последствий непринятия мер по купированию боли у новорожденных пациентов. В разработанном руководстве в первую очередь была определена и утверждена роль медицинской сестры в профилактике и оценке боли, оценке исходов, проведении нефармакологических вмешательств и выполнении фармакологических вмешательств после их назначения и регистрации. Для разработки методики и руководства по оценке боли[28] было проведено несколько систематических поисков в литературе. Группа по реализации проекта выполнила несколько исследований с целью оценки результативности предпринятых усилий.

Повышению уровня профессиональных знаний и опыта у медицинских сестер и врачей способствовало непрерывное совершенствование практики, которое достигалось регулярными учебными занятиями, практическим обучением у постели больного, наставничеством и участием в проектах научных исследований. Кроме этого, возможности для регулярного обсуждения проблем купирования боли создавала многопрофильная бригада по купированию боли.

Итоги и качество помощи

Ретроспективный анализ диаграмм дал следующие результаты[29]. Систематическое измерение и документальное оформление уровней боли проводилось медицинскими сестрами в 99% случаев. Ни один из госпитализированных новорожденных не оставался без помощи и купирования боли. В 2012 г. было документально оформлено то или иное вмешательство по обезболиванию у всех новорожденных, которое проводилось либо нефармакологическими, либо фармакологическими средствами. Итогами описываемой инициативы были:

Общее снижение числа болезненных процедур, которым подвергались новорожденные

[28] Cignacco E, Gessler P, Müller R, Hamers JPH. Pain assessment in the neonate using the Bernese Pain Scale for Neonates. Early Human Development, 2004,78(2),125-131.

[29] Cignacco E, Hamers JPH, van Lingen RA, Stoffel L, Büchi S, Müller R, Schütz N, Zimmermann L, Nelle M. Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. Swiss Medical Weekly, 2009, (15-16), 139: 226-232.

- Проведение адекватного фармакологического и нефармакологического купирования боли
- Снижение риска инфекций благодаря отсутствию повреждений кожи, т.е. стало меньше стресса/боли
- Поддержка родителей в преодолении стресса посредством их вовлечения в процесс купирования боли: например, во время эндотрахеального отсасывания родители могут осторожно держать ребенка на руках под наблюдением медработника.
- Улучшение общения между медработниками разных специальностей по вопросам купирования боли
- Непрерывное повышение квалификации (начиная с 1996 г), приведшее к постоянству вмешательства

РОССИЯ: самостоятельные сестринские услуги на более высоком уровне в городской поликлинике № 15 г. Самара

(ситуационное исследование № 30)

Предпосылки

Цель инициативы состояла в том, чтобы обеспечить качественную профилактическую помощь. Для этого потребовалось поручить медсестрам расширенную и самостоятельную роль при работе вместе с врачами общей практики. Большую поддержку новым подходам к предоставлению помощи в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи оказало руководство отделения Российской ассоциации медицинских сестер в г. Самара.

Развитие практики

Кабинеты для самостоятельного приема медицинскими сестрами больных с неинфекционными заболеваниями и пациентов, входящих в группы риска, были открыты в 1997 г. Поликлиника приняла двухуровневую программу скрининга, которая предусматривала обследование пациента на дому или в поликлинике и более целенаправленный скрининг, включающий анализ крови, определение содержания сахара в крови, проверки уровня холестерина и онкологическую проверку на идентифицируемые виды рака. В круг ведения медицинских сестер также входила организация просвещения пациентов, обеспечение вакцинации, флюорографических обследований и ЭКГ, мониторинг действенности лечения, качества жизни и финансовых ограничений, а также заполнение электронных медицинских форм.

Главная медицинская сестра совместно со старшими медицинскими сестрами отделений и врачами узких специальностей разработала инструкции по ведению самостоятельного сестринского приема больных и формы обследования пациентов. Если, исходя из предписаний врачей узких специальностей, необходимости в помощи врача не было, регистратура направляла больных на прием к медсестрам. Медсестры проходили специализированное обучение и соблюдали действующие стандарты помощи, которые были разработаны в соответствии с алгоритмами сестринской помощи. Также медсестры и врачи были материально заинтересованы в том, чтобы снижать показатели заболеваемости населения и улучшать качество жизни.

Итоги и качество помощи

Совместная работа медицинских сестер и врачей способствовала укоренению расширенной роли медицинских сестер и повышению эффективности профилактики, ведения симптомов и раннего выявления неинфекционных заболеваний. В 2012 г. в сестринские кабинеты обратились 29486 больных, тогда как в 2010 г. – 21200 больных. Для оказания больничных услуг на дому медицинские сестры 4897 раз посещали больных и проводили определенные терапевтические процедуры в домашних условиях. В 2010 г. таких посещений было 3256. Медсестры наблюдают всех больных, но те больные, которым необходимы дополнительные консультации, диагностирование и лечение, направляются к врачам и в различные отделения поликлиники. За последние 10 лет число больных астмой, наблюдаемых в поликлинике, увеличилось в 8 раз, а показатели госпитализации снизились в 10 раз. Число вызовов неотложной помощи этими больными уменьшилось в 6 раз. Число пациентов с повышенным кровяным давлением, наблюдаемых в поликлинике, увеличилось с 1700 в 1998 г. до 12002 в 2012 г., в то время как число вызовов неотложной помощи этими пациентами уменьшилось.

Медсестры, работающие с целевыми группами по программе «Здоровое сердце», обучили 759 пациентов, которые в среднем добились снижения своего индекса массы тела на 5,2% и снизили уровень холестерина без применения лекарственных препаратов на 11,4%. С 1996 г. число инфарктов снизилось с 236 до 152 в год, а число инсультов – с 264 до 159.

РОССИЯ: контролируемое лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, координируемое палатными медсестрами диспансера, Самарская область

(ситуационное исследование № 33)

Предпосылки

Лечение туберкулеза координировалось медицинскими сестрами в туберкулезном диспансере – головном учреждении по лечению туберкулеза в г. Тольятти. До 2012 г. ВИЧ-позитивные больные в туберкулезном диспансере или их родственники для получения лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции должны были обращаться в центр СПИДа. Между центром СПИДа и туберкулезным диспансером было достигнуто соглашение о том, чтобы разрешить медицинским сестрам координировать весь процесс лечения, включая антиретровирусную терапию, назначаемую врачами, поскольку действенное лечение ВИЧ-инфекции помогает повысить иммунный статус пациента и поэтому благотворно влияет на лечение туберкулеза[30]. Законодательной основой для расширения роли стал федеральный закон о предоставлении лечения туберкулеза ВИЧ-позитивным больным.

Развитие практики

Старшая медсестра выступала в роли координатора между двумя учреждениями и готовила информацию о каждом больном на основании истории болезни и результатов лабораторных анализов для консультации с врачом-инфекционистом. Больные давали письменное информированное согласие и передавали рецепты на лекарственные средства

[30] Panteleev AM, Rakhmanov AG, [in Russian] (http://tb-hiv.ru/publikation/collaborative_study3/ accessed 14 August 2015).

против ВИЧ-инфекции старшей медсестре. После этого препараты доставлялись старшей медсестре для проведения контролируемого лечения.

Главная и старшая медицинские сестры организовали постоянное обучение палатных медсестер и предоставили им учебные материалы, касающиеся контролируемого лечения ВИЧ-инфекции и важности соблюдения режима лечения. Они также организовывали посещения лечебных учреждений для ознакомления с работой многопрофильной бригады и снабдили палатных медсестер руководством по уходу за ВИЧ-позитивными больными.

Итоги и качество помощи

Результатом расширения роли медицинских сестер в лечении как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза стало улучшение исходов лечения для больных. В 2012 г. 79% всех пациентов, прошедших лечение, были выписаны с отрицательными результатами анализа на присутствие туберкулезных бактерий, а в 2013 г. эта цифра возросла до 86%. В 2012 г. доля пациентов, у которых закрылась каверна в легких, составляла 66%, в 2013 г. – 73%.

Данный проект позволил усилить и расширить роль медицинских сестер, которые вносят самостоятельный и весьма ценный вклад в развитие услуг, предоставляемых ВИЧ-инфицированным больным ТБ. Палатные медсестры и старшая медсестра играли важную роль в работе многопрофильной бригады и получили признание как полноправные партнеры врачей различных специальностей и самих больных, благодаря чему они могли предоставлять комплексную помощь и лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, ориентированное на нужды и интересы конкретного человека. Медицинские сестры давали врачам-специалистам по лечению ВИЧ-инфекции позитивные отзывы, касающиеся своевременного и точного проведения антиретровирусной терапии.

В отделении сложилась позитивная рабочая атмосфера, благодаря чему не было сообщений о текучести кадров. Палатные медсестры в отделениях ТБ и ВИЧ получали зарплату, которая была на 80% выше, чем в других отделениях ТБ.

ИСПАНИЯ: внедрение руководства на доказательной основе для создания сети центров, приверженных применению передовых методов оказания помощи

(ситуационное исследование № 35)

Предпосылки

Недостаточно полное осуществление научно обоснованных вмешательств в области медико-санитарной помощи и различия в клинической практике обусловили создание сети из восьми лечебных учреждений для получения наиболее достоверных и точных фактических данных, обосновывающих необходимость изменений в клинической практике. Программу работ возглавили отдел исследований в области сестринского дела и медико-санитарной помощи Института здравоохранения имени Карлоса III и Испанский сотрудничающий центр Института Джоанны Бриггс.

Развитие практики

В различных клинических учреждениях был внедрен целый ряд научно обоснованных методик оценки, клинических руководств и маршрутов помощи. Научно обоснованные

руководства касались различных клинических областей, а также других направлений работы, таких как профессионализм в сестринском деле, практика сотрудничества между сестринскими бригадами и развитие и сохранение лидерства медицинских сестер. Медицинские сестры были введены в состав комитетов, которые были образованы для выработки каждого руководства, чтобы привлечь медсестер к более активному участию в процессе разработки и реализации этих руководств.

Примеры разработанных и внедренных руководств:
- Профилактика падений и травматизма среди лиц преклонного возраста
- Оценка и купирование боли
- Грудное вскармливание
- Оценка инсульта по всему непрерывному спектру помощи
- Оценка и ведение больных сахарным диабетом с язвами стопы.

Медицинские сестры были обучены тому, как оказывать помощь на доказательной основе. Больным и их помощникам по уходу была предоставлена возможность пройти обучение на индивидуальном уровне и на совместных семинарах. Реализации практики на доказательной основе и планов оценки каждого руководства способствовало выявление различий в практике и процессах благодаря созданию систем отчетности.

Итоги и качество помощи

Ежемесячно проводилась количественная оценка итоговых показателей здоровья и функционирования и публиковались предварительные результаты оценки[31].
- Улучшился доступ к научно обоснованным методикам, улучшился систематизированный учет.
- Был усовершенствован процесс предоставления помощи, что оказало положительное влияние на целый ряд итоговых показателей здоровья и качества процесса.
- Повысились удовлетворенность пациентов, профессиональная удовлетворенность и мотивация медсестер
- Укрепилось сотрудничество между специалистами разных профессий и улучшилась работа бригадным методом.
- Были усовершенствованы организационные структуры, стали шире использоваться научно обоснованные руководства.

ИСПАНИЯ: Национальная стратегия научных исследований в сестринском деле: привлечение медицинских сестер к практике на доказательной основе и к научным исследованиям

(ситуационное исследование № 37)

Предпосылки

Проведение научных исследований в области сестринского дела не является распространенной практикой в клинических учреждениях, и медицинские сестры редко участвуют в выполнении научных исследований, включая написание научных статей и распространение результатов. Для того, чтобы содействовать исследованиям в области

[31] XVII Nursing Research International Congress.17th International Nursing Research Conference. Libro de Ponencias. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), 2013.

сестринского дела, была принята национальная стратегия научных исследований в данной области, реализацию которой возглавляет отдел исследований в области сестринского дела и медико-санитарной помощи Института здравоохранения имени Карлоса III, в котором работают в основном специалисты сестринского дела. Отдел стремится собирать знания самого высокого качества для того, чтобы заложить научный фундамент сестринской клинической практики, улучшить практику и оценить конечные итоги. Отдел заключил договоры о сотрудничестве с учреждениями национальной системы здравоохранения Испании во всех областях страны, а также с международными организациями.

Развитие практики

Медицинские сестры в различных регионах и учреждениях принимали участие в научных исследованиях, что являлось неотъемлемой частью их работы. Научные исследования в области сестринского дела считаются основным средством совершенствования навыков и умений медицинских сестер в осуществлении повседневной практики. Медицинские сестры прошли обучение с целью повышения уровня знаний и владения методикой научных исследований. Во всех регионах страны и лечебных учреждениях были проведены ознакомительные занятия по вопросам финансирования исследований в области сестринского дела. Новую роль медицинских сестер поддерживали также различного рода платформы, обеспечивающие бесплатный доступ ко всем документам, производимым отделом научных исследований.

Благодаря тому, что различные медицинские работники и ведущие научные работники работали бок о бок в составе руководящего комитета и консультативной группы, а также обменивались знаниями на ежегодных международных научных форумах, улучшилась работа многопрофильных бригад. Руководящий комитет, представляющий медицинских сестер и специалистов родственных профессий, участвующих в предоставлении медико-санитарной помощи, из всех регионов Испании, обеспечивал стратегическое руководство в областях, представляющих интерес – обучении кадров, консультировании, передаче и использовании инноваций и координации научных исследований. Кроме того, медицинские сестры стали членами комитетов по оценке и директивных органов.

Итоги и качество помощи

Результаты научных исследований в области сестринского дела были внедрены в клиническую практику и были положительно восприняты другими медицинскими работниками. Данная инициатива позволила повысить общую удовлетворенность работой и мотивированность медицинских работников, а также улучшить работу многопрофильных бригад.

Медицинские сестры повысили уровень своих умений и навыков в области критической оценки и методики проведения научных исследований, и сегодня их клиническая практика основывается на фактических данных, полученных в результате научных исследований. Был облегчен доступ к научно обоснованным методикам, касающимся клинической практики, а также была улучшена организация инфраструктуры. Возросло число научно-исследовательских проектов в области сестринского дела, медицинские сестры еще активнее включились в многопрофильные и многоцентровые исследовательские проекты. Кроме того, стало больше международных соглашений и научно-исследовательских проектов.

АНГЛИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: создание больницы, доброжелательной к больным с деменцией

(ситуационное исследование № 41)

Предпосылки

Госпитализация людей, страдающих деменцией, в связи с необходимостью неотложной помощи часто приводит к более длительному пребыванию в больнице, не всегда удовлетворительным клиническим исходам и негативным переживаниям для больных и их помощников по уходу, что нередко вызывает увеличение количества жалоб. Королевский трастовый фонд Вулверхэмптона задался целью изменить систему предоставления помощи всем пациентам с деменцией и для этого создал больницу, доброжелательную к больным с деменцией, чтобы таким образом улучшить качество и конечные результаты оказываемой пациентам помощи. Эти действия были предприняты на основе положений Национальной стратегии медицинского обслуживания Англии "Сострадание при оказании помощи"[32].

Развитие практики

Была разработана модель предоставления помощи людям с деменцией, которым требуется стационарное лечение в больнице неотложной помощи. В соответствии с этой инициативой была создана служба выездной помощи в случаях деменции силами многопрофильной бригады, которая должна выезжать на места и вести работу во всех отделениях неотложной помощи по предоставлению услуг больным с деменцией с учетом их индивидуальных потребностей. Бригада, возглавляемая медицинской сестрой-консультантом, была составлена из медицинских сестер, имеющих подготовку в области психиатрии, специалиста по трудотерапии и логопеда, а консультировал бригаду врач-гериатр. Предоставляемая помощь была ориентирована на удовлетворение потребностей конкретного пациента, ее уникальной особенностью было то, что в ее основу был положен комплекс помощи по трем направлениям – коммуникация, окружающая среда и питание и гидратация – специально разработанный для пациентов с деменцией в больницах неотложной помощи.

Трастовым фондом также была разработана концепция отделения, доброжелательного к больным с деменцией, для пациентов с острым соматическим заболеванием и приняты меры по созданию среды, благоприятной для больных с деменцией, в приемном отделении больницы. Отделение на 20 коек было предназначено для того, чтобы помочь больным участвовать в различных видах деятельности, улучшить их способность ориентироваться в окружающей среде и повысить ощущение благополучия.

Итоги и качество помощи

В настоящее время проект переводится в русло обычной практики работы, принятой в Трастовом фонде, а после принятия национальной стратегии "Сострадание при оказании помощи" изменилась и организационная культура. В результате соответствующего обучения и поддержки со стороны службы выездной помощи в случаях деменции персонал теперь лучше подготовлен для ведения пациентов с деменцией.

[32] Compassion in Practice. Nursing, midwifery and care staff. Our vision and strategy. London: Department of Health, 2012.

Для пациентов польза от предпринятой инициативы состоит в высоком качестве помощи, оказываемой им в среде, адаптированной к их потребностям. Стало меньше инцидентов, связанных с проблемами поведения пациентов, так как теперь персонал умеет распознавать индивидуальные потребности пациентов в помощи и факторы, подталкивающие их к той или иной форме поведения, и использует личные планы помощи, предусматривающие проведение при необходимости регулярного купирования болевых синдромов. В Трастовом фонде уменьшилось число жалоб и достигнут более высокий уровень удовлетворенности пациентов и помощников по уходу, о чем свидетельствуют отзывы, полученные при опросах пациентов.

Создание такой службы позволило снизить расходы на более широкое медицинское обслуживание, но еще важнее то, что повысилось качество помощи больным и улучшились итоговые показатели здоровья пациентов. Стало очевидным уменьшение числа случаев неотложной повторной госпитализации, инвалидизации и падений. Снижение числа случаев помещения в стационарные лечебные учреждения привело к более длительному сохранению пациентами своей самостоятельной жизни вне стационара. Благодаря работе службы также уменьшился прием пациентами нейролептических и седативных препаратов.

СЕВЕРНАЯ ИРЛАНДИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: должность акушерки по психологической помощи лицам, понесшим тяжелую утрату

(ситуационное исследование № 46)

Предпосылки

Королевским обществом акушеров и гинекологов[33] и Институтом перинатальной помощи была признана необходимость в предоставлении специальной психологической поддержки семьям, понесшим тяжелую утрату. Совместно с группой управления, коллегами и родителями, потерявшими ребенка, была разработана концепция должности акушерки по психологической помощи лицам, понесшим тяжелую утрату, для восполнения общепризнанного пробела в системе услуг в Северной Ирландии. Услуга была сертифицирована Британской ассоциацией консультантов и психотерапевтов.

Развитие практики

Услуга психологической помощи в случаях тяжелой утраты предусматривает предоставление на условиях конфиденциальности психологической поддержки семейным парам, скорбящим о потере своего ребенка вследствие выкидыша, мертворождения, смерти в неонатальном периоде или о потере ребенка более старшего возраста. В круг обязанностей была включена также помощь женщинам детородного возраста, скорбящим о потере близкого человека, и родителям, получившим печальное известие о состоянии здоровья их ребенка до или после рождения. Данной услугой охватываются родильное отделение, гинекологическое отделение, отделение неонатальной помощи и детские палаты. Предусматривается также стратегически важное участие в формировании политики на региональном уровне.

Создание этой должности способствовало включению этой услуги в деятельность более широкой региональной группы по предоставлению медико-санитарной помощи,

[33] Standards for Maternity Care Standard 20. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2008.

улучшению коммуникации и облегчению контактов с пациентами. Акушерка, занимающая эту должность, разработала маршруты помощи для каждого этапа в ситуации потери беременности и смерти ребенка, которые стали основой для выбора для родителей и методическим руководством для персонала. Эти маршруты помощи были построены на местных и общенациональных руководствах, программных положениях политики и законодательства. Данная роль была центральной в многопрофильной бригаде, поскольку заключалась в предоставлении специальной психологической поддержки, рекомендаций и ресурсов для оказания помощи. Также проводилось обучение медицинских работников методике поддержки людей, понесших тяжелую утрату, чтобы медработники имели соответствующие навыки и могли деликатно оказывать помощь. Кроме того, занимающая эту должность акушерка создала группу "Незабудка" – группу поддержки скорбящих родителей, и это оказало большое влияние на улучшение предоставления помощи и услуг.

Итоги и качество помощи

Оценка данной услуги показывает, что для скорбящих о потере ребенка родителей участие акушерки по психологической помощи было чрезвычайно важно. Со времени учреждения этой должности направление на психологическую поддержку получили почти 1000 женщин. В 2013 г. 135 скорбящих женщин или семейных пар получали консультации каждые две недели или каждый месяц, а 14 женщин получали поддержку в течение всего времени до наступления новой беременности, и это укрепляло их уверенность в том, что они смогут вернуться в родильное отделение и родить здорового ребенка. Благодаря легкому доступу к акушерке, занимающей эту должность, которая выступала в качестве лица для контактов с другими членами бригады родильного отделения, повысился уровень безопасности и удовлетворенности женщин.

Введение этой должности позволило повысить на местном уровне, на уровне региона и всей страны осведомленность о потребностях скорбящих женщин. Участвующие в работе группы "Незабудка" родители выступили в совете директоров Трастового фонда с сообщением о том, как они получали помощь и поддержку, и высказали предложения о дальнейшем повышении качества. Пользователи услуги также сыграли главную роль в разработке концепции нового кабинета психологической поддержки внутри родильного отделения.

СЕВЕРНАЯ ИРЛАНДИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: улучшение показателей здоровья у людей с необучаемостью

(ситуационное исследование № 47)

Предпосылки

Люди с необучаемостью умирают на 20 лет раньше, чем люди обычные, и у них на 58% выше вероятность умереть в возрасте до 50 лет[34]. Люди с необучаемостью не имеют равного доступа к медицинским услугам и сталкиваются с неравенством в предоставлении услуг, среди них чаще бывают случаи запоздалой постановки диагноза и постановки искаженного диагноза. Для того, чтобы устранить эти неравенства, в Северной Ирландии были задействованы стратегические движущие силы перемен и приняты новые

[34] CIPOLD. The Confidential Enquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). Final report. Bristol: Norah Fry Research Centre, 2013.

подходы к предоставлению помощи. Была разработана схема предоставления "прямых расширенных услуг", при которой медицинские сестры, специализирующиеся на работе с людьми с необучаемостью, выступают в качестве организаторов медицинской помощи и оказывают поддержку врачам общей практики и самостоятельно практикующим медицинским сестрам в планировании и осуществлении ежегодных медицинских осмотров с последующим направлением на необходимое обследование, оздоровление и/или лечение. Медицинские сестры, специализирующиеся на работе с людьми с необучаемостью, также выполняли ключевую функцию ведения работы на местах по предоставлению индивидуальной помощи пациентам из этого специфического и труднодоступного контингента.

Развитие практики

Была разработана и внедрена расширенная роль медицинской сестры по работе с людьми с необучаемостью. Эта роль была преимущественно клинической и ориентированной на лидерство в оказании помощи службам первичного звена медико-санитарной помощи в реализации схемы прямых расширенных услуг. Главными задачами в расширенной роли медицинской сестры являются координация действенных ответных мер по многим направлениям для облегчения доступа к услугам, заполнение официально утвержденных инструментов оценки состояния здоровья/скрининга и осуществление необходимого контроля за выполнением индивидуальных планов действий по улучшению состояния здоровья.

Итоги и качество помощи

Как показала оценка, 69% лиц с необучаемостью в Северной Ирландии прошли как минимум один ежегодный медицинский осмотр[35]. Также было отмечено увеличение числа кабинетов общей практики, которые подключились к предоставлению прямых расширенных услуг. Благодаря улучшению качества помощи были выявлены лица с необучаемостью, о которых раньше соответствующие службы ничего не знали. Для пациентов стали более доступными на справедливой основе услуги первичной медико-санитарной помощи с последующим направлением к специалистам.

Координаторы медицинской помощи работали бок о бок с работниками первичного звена и вместе предоставляли конкретные услуги, устраняя несогласованность в действиях этих медицинских работников. Такая работа способствовала укреплению чувства уверенности у персонала и повышению безопасности пациентов, что привело к более целенаправленному и действенному процессу оценки состояния здоровья. Помимо этого, работа по повышению информированности персонала позволила ему больше узнать о рисках для здоровья, ассоциирующих с некоторыми специфическими синдромами и состояниями в данном контингенте пациентов. Предоставление прямых расширенных услуг также позволило охватить остававшиеся вне поля зрения потребности формальных и неформальных помощников по уходу.

Описанная программа обеспечивает ведение практики на новейшей доказательной основе и расширение знаний и навыков медицинских сестер. Наряду с большей удовлетворенностью работой у медицинских сестер, врачей общей практики и

[35] Northern Ireland Assembly. Committee for Health, Social Services and Public Safety. Official Report (Hansard). Transforming your care – Learning Disability Services: DHSSPS Briefing, 16 October 2013.

самостоятельно практикующих медицинских сестер, работающих с людьми с необучаемостью, программа создает возможности для того, чтобы медицинские сестры влияли на изменения в предоставлении услуг и получали более достойное признание ценности своего труда.

ШОТЛАНДИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: улучшение паллиативного ухода за пациентами с сердечной недостаточностью и их помощниками по уходу

(ситуационное исследование № 49)

Предпосылки

Лица, живущие с прогрессирующей сердечной недостаточностью (и другими незлокачественными состояниями), в конце своей жизни часто сталкиваются с неравенством в доступе к высококачественной паллиативной помощи, социальной и благотворительной поддержке. В результате у больных с сердечной недостаточностью качество жизни и прогноз могут быть хуже, чем у многих их сверстников, живущих с онкологическим заболеванием. Британский фонд сердца, Фонд помощи онкологическим больным имени Марии Кюри, Национальная служба здравоохранения в Большом Глазго и Клайде и Каледонийский университет в Глазго осуществляют партнерскую инициативу по улучшению паллиативной помощи лицам, живущим с прогрессирующей сердечной недостаточностью, – программу "Оказываем помощь вместе"[36].

Развитие практики

Цель программы "Оказываем помощь вместе" заключалась в улучшении совместной работы специалистов нескольких дисциплин и сотрудничества между учреждениями кардиологического профиля, паллиативной помощи и организациями добровольной помощи для повышения уровня комплексного предоставления помощи пациентам, живущим с прогрессирующей сердечной недостаточностью, и их помощникам по уходу.

Бригада специализированных медицинских сестер по ведению сердечной недостаточности, участковые медицинские работники и медицинские работники – специалисты по предоставлению неотложной и паллиативной помощи, работающие в трех пилотных учреждениях, прошли серию занятий по практическому обучению, повышению информированности и уровня образования, чтобы уметь раньше выявлять больных, проводить комплексную оценку и облегчать реализацию предпочтительных для пациента приоритетов в получении помощи, включая выбор места смерти. Для формирования у медицинских работников пилотных учреждений навыков и умений проводились дни формального обучения, они работали в составе многопрофильной бригады, имели возможность стажироваться рядом с опытными специалистами и вели работу по уходу за больными в клинике поддерживающей паллиативной помощи для больных с сердечной недостаточностью, которая служила центром образования для местных специалистов и специалистов, работающих в Соединенном Королевстве и за рубежом.

[36] Caring Together [website]. Scotland: Marie Curie Cancer Care, 2014 (http://www.mariecurie.org.uk/en-GB/Commissioners-and-referrers/Partnerships-and-innovations/Caring-together/, accessed 8 April 2014).

Итоги и качество помощи

Программа принесла пользу пациентам и помощникам по уходу, поскольку, помимо создания возможностей для реализации предпочтительных для них вариантов помощи, включая выбор места смерти, была направлена на удовлетворение их остававшихся вне поля зрения потребностей в паллиативной помощи. Теперь больше больных умирают в предпочтительном для них месте получения помощи. Случаев поступления в стационар на последнем году жизни либо стало меньше, либо их полностью удавалось избежать. Кроме того, благодаря уменьшению числа койко-дней была достигнута значительная экономия затрат.

Более раннее выявление больных с использованием специфических критериев включения дало возможность проводить комплексную кардиологическую оценку и целостную оценку потребностей пациентов и помощников по уходу. Потребности оценивались с помощью подтвержденных методик оценки, а выполнение пожеланий в отношении помощи координировалось координатором помощи в партнерстве со всеми другими поставщиками услуг. Это включало доступ к специализированной и/или общей паллиативной помощи, а также к социальной, психологической, духовной поддержке и практической поддержке со стороны помощников по уходу, в зависимости от соответствующих показаний. Обучение в сочетании с работой в многопрофильной бригаде стимулировало взаимное обогащение знаниями и навыками между кардиологами и специалистами по паллиативной помощи. Первоначально профессиональное отношение к паллиативной помощи лицам с прогрессирующей сердечной недостаточностью было скептическим, однако сочетание терпения, энтузиазма и настойчивости с формальным обучением привело к благотворным изменениям в конечных результатах для медицинских работников, пациентов и помощников по уходу.

УЭЛЬС, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: медицинские сестры-кольпоскописты и их позитивное влияние на программу скрининга на рак шейки матки

(ситуационное исследование № 54)

Предпосылки

Число женщин, направляемых на кольпоскопию, возрастало, и это приводило к длительному ожиданию в очереди для женщин и к огромной нагрузке на службы, которые должны были удовлетворять спрос и соблюдать требуемые стандарты качества. Кроме того, нехватка кольпоскопистов приводила к тому, что приходилось полагаться на врачей, временно выполняющих эти функции, в результате чего нарушалась преемственность помощи, предоставляемой женщинам; к тому же временно замещающие кольпоскопистов врачи не всегда владели современной тактикой и методикой скрининга на рак шейки матки, принятой в программе "Цервикальный скрининг в Уэльсе" (ЦСУ)[37]. Введение национальной программы подготовки по кольпоскопии позволило медицинским сестрам выйти на такой же уровень практики, как и уровень врачей, и в итоге получить аккредитацию при Британском обществе кольпоскопии и цервикальной патологии (БОКЦП). Большую поддержку развитию практики медицинских сестер-кольпоскопистов и клиник в Уэльсе оказали БОКЦП, ЦСУ и отдельные врачи-кольпоскописты.

[37] Colposcopy and Programme Management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Program Cancer Screening Programmes. National Health Service: London, 2010.

Развитие практики

Программа обучения, получившая официальный статус и сопоставимая с программой подготовки врачей, позволяет медицинским сестрам-кольпоскопистам вести собственных пациентов, в том числе выполнять оценку состояния, ставить диагноз, лечить и выписывать женщин с патологиями шейки матки. Медицинские сестры-кольпоскописты проходят такие же проверки на соответствие требованиям и такое же непрерывное повышение профессиональной квалификации, как и их коллеги-врачи.

Кольпоскопия выполняется в рамках амбулаторной процедуры в стационарном учреждении. Качество услуг поддерживается проведением ежемесячных совещаний с участием специалистов различных дисциплин, на которых обсуждаются сложные случаи. Медицинские сестры также черпают поддержку из национальных руководств, профессионального объединения и веб-сайта.

Итоги и качество помощи

Медицинские сестры-кольпоскописты способны предоставлять более гибкие клинические услуги и при необходимости подменять своих коллег-врачей. Наличие в кольпоскопической службе медицинских сестер с такой специализацией также укрепляет доверие женщин к сотрудницам службы и позволяет обеспечить преемственность в предоставлении помощи. Это в свою очередь привело к снижению процента неявки на кольпоскопию и уменьшило ощущение тревоги у женщин и повысило удовлетворенность работой данной службы. К числу других полезных эффектов относятся повышение приемлемости процедуры и улучшение соблюдения требований, чему способствовало создание доброжелательной к женщинам среды. У медицинских сестер-кольпоскопистов не только повысился уровень навыков консультирования, но и стало больше времени, которое они могут уделить своим пациенткам. Все кольпоскописты из числа сестринского персонала в Уэльсе – это женщины, благодаря чему у пациенток стало больше выбора.

Были созданы возможности для развития практики, позволяющие медицинским сестрам работать на более высоком профессиональном уровне. Медицинские сестры ведут собственный прием больных, получили признание как эксперты в данной области и как ценные члены коллектива, что в совокупности способствует большей удовлетворенности работой. Обязательным требованием для подобной практики является обсуждение случаев в многопрофильной бригаде, так как оно дает возможность поставить более точный диагноз и избежать полипрагмазии.

2.5 Приоритетная область действий 4

СЕВЕРНЫЙ УЭЛЬС, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: предоставление услуг по переливанию крови и внутривенной терапии на дому

(ситуационное исследование № 55)

Предпосылки

В 2012 г. в больнице Мэйлор в г. Рексем, Северный Уэльс, при поддержке Совета по здравоохранению университета Бетси Кадваладр был открыт кабинет внутривенной терапии. Цель заключалась в том, чтобы предоставлять услугу по внутривенной терапии и переливанию крови амбулаторно, чтобы пациенты могли более своевременно выписываться и имели возможность возвращаться в этот кабинет для проведения внутривенной терапии или переливания крови тогда, когда потребуется.

Бригада кабинета внутривенной терапии состояла из самостоятельно практикующей медицинской сестры с расширенным кругом функций, двух дипломированных медицинских сестер и одной санитарки. Этой службе также были приданы консультант-микробиолог и врач. Вскоре сотрудники кабинета обнаружили, что этой услугой пользуются многие пациенты, однако есть и такие пациенты, которые не могут приходить в кабинет вследствие своего общего состояния.

В результате была разработана программа для установления связей со службами участковых медицинских сестер в целом ряде населенных пунктов, чтобы проводить внутривенное введение антибиотиков и переливание крови в таких условиях, которые наиболее удобны для пациента и помощника по уходу. У пациента был выбор: прийти в кабинет внутривенной терапии, получить соответствующую процедуру на дому или в учреждении круглосуточного ухода. В этот период был написан и утвержден Советом по здравоохранению протокол внутривенного введения антибиотиков и переливания крови во внестационарных условиях.

Развитие практики

Бригада кабинета внутривенной терапии оставила за собой функции диспетчера в предоставлении этой услуги, чтобы обеспечить соблюдение всех административных норм и правил, регламентирующих ее предоставление, и прикрепление всех пациентов к определенному врачу-консультанту. По-новому пришлось строить свою работу и врачебной бригаде неотложной помощи в больнице, чтобы обеспечить четкую и бесперебойную коммуникацию с лечащим пациента врачом общей практики. Медицинские сестры в отделении неотложной помощи и участковые медсестры тесно взаимодействовали друг с другом при планировании выписки и дальнейшего ведения больных при поддержке врачебных бригад различных специальностей.

Итоги и качество помощи

С начала данного проекта бригада кабинета внутривенной терапии предоставила услуги 750 пациентам, что выразилось в экономии 4339 койко-дней. Расчетная суммарная экономия затрат составила 1725085 фунтов стерлингов.

В зависимости от общего состояния здоровья пациента бригада могла адаптировать предоставление помощи в различных местах. В частности, бригада успешно поддержи-

вала пациентов, получающих паллиативную помощь на дому. И хотя этим пациентам требовались процедуры переливания крови, они просили не направлять их в больницу для получения помощи. Для этой группы пациентов наиболее приемлемым был вариант получения помощи от своих родственников и от бригады внестационарной помощи на дому. Бригада кабинета внутривенной терапии продолжает играть главную роль в предоставлении такой помощи и поддерживать ее предоставление совместно со службами участковых медсестер.

Расширенная роль предоставления услуг внутривенной терапии в рамках службы участковых медсестер оказалась чрезвычайно нужной и полезной с точки зрения вовлечения участковых медсестер в эту область работы и предоставления помощи пациентам на дому и в частных лечебницах. На местном уровне услугу поддерживает система сестринского ведения случаев наиболее сложных потребностей пациентов.

ШВЕЦИЯ: планирование интерактивной коммуникации по вопросам здоровья с использованием средств ИКТ для поддержки деятельности участковых медсестер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в первичном звене медико-санитарной помощи

(ситуационное исследование № 39)

Предпосылки

В деятельности по укреплению здоровья и созданию для людей возможности делать выбор в пользу здоровья все чаще применяются средства коммуникации по вопросам здравоохранения на базе информационно-коммуникационной технологии (ИКТ). Однако многие из существующих в настоящее время систем на базе ИКТ имеют слишком узкую сферу применения, ориентированы на лечение и часто оказываются недостаточными для охвата всей сложности заболеваний, обусловленных образом жизни, и проблем социальной справедливости в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Поэтому был сделан вывод о необходимости разработать удобные для пользователя системы ИКТ, которые в большей степени соответствовали бы потребностям и предпочтениям пользователей, и был определен контекст, в котором подобная система может применяться. Участковые медсестры, участвующие в реализации стратегий укрепления здоровья и профилактики заболеваний в первичном звене, объединили усилия с научными работниками и создали интерактивный портал здоровья на базе Интернета – *Virtual Hälsotorg*, или "Виртуальная площадь здоровья"[38]. В проекте приняли участие четыре учреждения ПМСП в данном регионе. Экспериментальное исследование было проведено в одном из этих учреждений.

Развитие практики

Проект *Virtual Hälsotorg* был разработан многопрофильной исследовательской группой специалистов и лиц, не имеющих специальной профессиональной подготовки, во главе с участковой медсестрой и медицинской сестрой, занимающейся научными исследованиями. Для того, чтобы проект *Virtual Hälsotorg* отвечал потребностям местного населения и соответствовал политике и программам в области ПМСП, в качестве референтной

[38] Jama Mahmud A. Designing ICT-Supported Health Promoting Communication in Primary Health Care. PhD Thesis 2013. School of Health Sciences, Blekinge Institute of Technology.

группы использовались другие медицинские работники в регионе, а также специалисты IT, подростки из старших классов средней школы, пенсионеры, иммигранты и местные политики, что позволяло непрерывно осуществлять мониторинг и оценивать каждый опытный образец системы. Система *Virtual Hälsotorg* включала традиционную информацию здравоохранения, получаемую через Интернет из заслуживающих доверия местных и общенациональных веб-сайтов по вопросам здоровья, информацию о местных инициативах и мероприятиях по укреплению здоровья и видео- и аудиоматериалы по самым различным медицинским темам. Кроме того, в нее были введены интерактивные функции, подключенные к службам ПМСП через чат форум, система резервирования времени и викторины. Для участковых медсестер, выразивших заинтересованность в проекте в процессе проектирования, было организовано обучение по IT и размещению материалов в Интернете.

Итоги и качество помощи

В результате совместного процесса проектирования был создан портал здоровья, который был основан на потребностях пользователей, отличался доступностью, удобством для пользования и согласованностью с целями и задачами ПМСП. Участковые медсестры расширили свою деятельность по укреплению здоровья на труднодоступные группы населения, такие как молодежь и иммигранты – две особенно важные целевые группы для проведения первичной профилактики. Участковые медсестры применили приобретенные навыки работы со средствами электронного здравоохранения и полученные знания для создания на базе Интернета школ для больных сахарным диабетом, гипертензий и астмой.

Экспериментальное исследование показало, что средства ИКТ, если они грамотно спроектированы, способны повысить уровень санитарной грамотности среди их пользователей. Результаты теста на санитарную грамотность продемонстрировали рост информированности о наличии в Интернете информационных материалов о здоровье, а также повышение уровня умений получать доступ, критически оценивать и применять извлеченную информацию здравоохранения в повседневной жизни. Среди участников группы, включенной в исследование, было также отмечено повышение уровня знаний о самопомощи и медицинской помощи при ведении хронических состояний.

АНГЛИЯ, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО: повышение шансов на успешную жизнь детей и подростков: использование услуг школьных медсестер для удовлетворения нужд местного населения

(ситуационное исследование № 43)

Предпосылки

Признавая важность сестринского обслуживания школ для реализации стратегии общественного здравоохранения «Здоровая жизнь, здоровые люди», правительство Соединенного Королевства обязалось разработать новое видение услуг, которое отражало бы роль медицинских сестер общественного здравоохранения в школьном сообществе. Программа развития сестринского обслуживания школ направлена в первую очередь на повышение шансов на успешную жизнь у детей и подростков за счет реального предоставления профилактических услуг и осуществления ранних мер вмешательства и поддержки. Про-

грамма была разработана в контексте программы «Здоровый ребенок: от 5 до 19 лет»[39], в которой признается важность здоровья и благополучия детей и подростков и ключевая роль школьных медицинских сестер в предоставлении поддержки в эти годы, когда происходит развитие детей. Дети и родители не всегда ясно представляли себе, какие можно получить услуги[40].

Исходя из уровней, связанных с темой защиты детей и подростков, была разработана модель сестринского обслуживания школ. Эти уровни в общих чертах описывают непрерывную среду поддержки со стороны школьных сестринских служб и многих других, совместно действующих служб и ведомств, на которую могут рассчитывать дети и подростки. Сестринское обслуживание школ – это «Всеобщая услуга», которая также предусматривает более интенсивную поддержку детей и подростков, имеющих более сложные и долговременные потребности(«Всеобща услуга плюс»). Что касается детей и подростков с множественными потребностями, главную роль в координации таких услуг играют бригады сестринского обслуживания школ («Всеобщее партнерство плюс»).

Развитие практики

Концепция бригады сестринского обслуживания школ сводится к тому, чтобы иметь модель комплексных услуг, в которой есть понимание динамического процесса взаимодействия между ребенком, семьей, школой и сообществом и которая способствует развитию этого процесса. Новая роль школьных медсестер включила в себя повышение осведомленности о влиянии роли заботливых и добрых людей на детей и подростков, использование методик раннего выявления потребностей и составление профиля здоровья населения для определения потребностей, предоставление знаний для осуществления комплексных мер ухода и помощи, в также работу со школой по улучшению посещаемости и успеваемости. Школьные медсестры также работали в партнерстве с другими ведомствами и в составе более широкой многопрофильной бригады, чтобы поддерживать здоровье и благополучие детей школьного возраста.

Итоги и качество помощи

Бригады сестринского обслуживания школ осуществляли целый спектр высокопрофессиональных мероприятий и коммуникационных акций на уровне отдельного человека, группы и сообщества. Школьные медсестры поддерживали всевозможные улучшения для детей и подростков, включая улучшения в подготовленности к школе, в охвате населения прививками и в эмоциональном благополучии детей[41]. Кроме того, благодаря проекту снизились пропуски занятий в школе, распространенность кариеса зубов у детей в возрасте 5 лет, избыточной массы тела и злоупотребления алкоголем и наркотиками. Для того, чтобы обеспечить реализацию новой модели в соответствии с более широкой рамочной основой политики, школьные медсестры работали со многими заинтересованными сторонами, такими как учителя, местные власти, службы по делам молодежи, колледжи и высшие учебные заведения.

---

[39] Healthy Child Programme: from 15- 19 years old. London: Department of Health and Department for Children, Schools and Families, 2009.

[40] *Our school nurse: Young people's view on the role of the school nurse. London: British Youth Council, 2011.*

[41] Public health outcomes framework. London: Department of Health, 2012.

ПОРТУГАЛИЯ: Мобилизация сообществ высшего образования на распространение здоровых социальных сред

(ситуационное исследование № 26)

Предпосылки

Вновь поступившие в университет студенты (первокурсники) оказываются на переходном жизненном этапе, когда они подвергаются влиянию более старших товарищей, что нередко приводит их к неумеренным формам поведения, рискованным с точки зрения здоровья. Подобные ситуации могут вызывать глубокие изменения в жизни человека и его близких и могут иметь важные последствия для его благополучия и будущего здоровья. Необходимо мобилизовать как первокурсников, так и их более старших товарищей и привлечь их (индивидуально и коллективно) к реализации собственных проектов укрепления здоровья. В данном проекте был разработан комплект методик (PEER-IESS) для мобилизации сообществ в системе высшего образования на распространение здоровых социальных сред. Проект предназначен для сестринских училищ и колледжей (факультетов медико-санитарных дисциплин), которые пожелают применить метод совместных исследований и действий с широким кругом участников для стимулирования формирования более здорового сообщества образованных людей.

Развитие практики

Группа преподавателей и студентов сестринского дела выявила потребности в медицинской помощи в своем студенческом сообществе и определила приоритетность выявленных проблем с тем, чтобы расширить права и возможности людей. Полученные данные позволили построить доказательную базу для выработки «исходящих снизу» местных стратегий укрепления здоровья, профилактики и снижения вреда в соответствии с принципами здоровых университетов[42]. Участвующие в этих мероприятиях медицинские работники расширяют свою роль, участвуя в упреждающей помощи на уровне сообщества вместо традиционного лечения острых или хронических состояний, таких как депрессия и беспокойство, злоупотребление алкоголем и наркотиками, травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, инфекции, передаваемые половым путем, нежелательные беременности и нарушения питания.

Каждое учреждение организовало у себя мероприятия по укреплению здоровья и меры вмешательства на уровне сообщества и мобилизовало студентов-волонтеров на то, чтобы они проявили социальную ответственность для решения проблем здоровья.

Сестринские училища поощряли такую деятельность, которая вовлекала студентов в отработку сестринских навыков и умений, таких как оценка потребностей в медицинской помощи, определение приоритетности потребностей в образовании, умение проводить занятия по различным темам здоровья, мобилизация групп, осуществление мер по укреплению здоровья и оценка воздействия вмешательств. Участники также вырабатывали навыки ведения исследований и зарабатывали зачетные баллы за все элементы вмешательств для получения своих дипломов.

[42] Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition. New York (NY): McGraw-Hill Higher Education, 2005.

Итоги и качество помощи

В проекте, начавшемся в 2009 г., участвовали девять учреждений. Здоровому поведению студентов сестринских училищ способствовали совместные исследования и действия с широким кругом участников и многоцентровой проект исследований с одновременным изучением нескольких ситуаций. В число показателей успешных изменений входили субъективное благополучие, освоение роли и благополучие в социальных отношениях.

После реализации «исходящей снизу» стратегии была установлена возросшая удовлетворенность работой среди преподавателей, медицинских сестер, студентов и заинтересованных партнеров. Проведенные мероприятия повысили профессиональный статус и особенно социальное признание роли медицинских сестер в мобилизации сообществ.

Таблица 2. Примеры ситуационных исследований, иллюстрирующих вклад в реализацию приоритетных областей политики Здоровье-2020

Приоритетная область 1: укрепление здоровья на всех этапах жизни, расширение прав и возможностей людей	Приоритетная область 2: неинфекционные и инфекционные заболевания	Приоритетная область 3: системы здравоохранения, потенциал общественного здравоохранения	Приоритетная область 4: жизнестойкие сообщества, благоприятные условия окружающей среды
Содействие безопасной беременности, нормальным родам, здоровому началу жизни и адаптации к новой жизненной ситуации у женщин с низким риском родоразрешения и у членов их семьи путем создания амбулаторных клиник дородовой и послеродовой помощи и родильных отделений под руководством акушерок (4, 8, 36, 45). Укрепление здоровья в дородовый и послеродовый период посредством просвещения, скрининга, консультаций и персональной поддержки при предоставлении акушерками амбулаторной дородовой и послеродовой помощи и посещениях на дому (15, 21, 27, 51) Содействие развитию ребенка, повышению санитарной грамотности и изменениям в поведении в семьях посредством проведения медицинских осмотров, расширения прав и возможностей пациентов, целевой поддержки и ранних вмешательств (10, 20).	Поддержка ранней выписки, содействие реабилитации во внестационарных условиях и укрепление способности к самопомощи, психосоциальной адаптации и соблюдению режима лечения у пациентов, страдающих НИЗ, посредством амбулаторных услуг и услуг, оказываемых труднодоступным категориям пациентов, индивидуальных и групповых занятий и поддержки по телефону (14, 16). Удовлетворение потребностей в помощи, укрепление способностей к самопомощи и психосоциальной адаптации и создание условий для непрерывного предоставления помощи пациентам, страдающим НИЗ и испытывающим сложный комплекс потребностей в услугах, посредством ведения помощи/заболевания и координации маршрутов оказания помощи в медицинских центрах и центрах вызова помощи по телефону (9, 17).	Улучшение доступа к помощи посредством применения новых форм обслуживания пациентов с хроническими состояниями и инфекционными болезнями в первичном звене и в амбулаторных отделениях больниц (11, 30, 32, 33). Улучшение доступа к помощи и скринингу в удаленных районах посредством применения новых форм обслуживания в первичном звене и в амбулаторных отделениях больниц и интегрирования услуг с использованием телездравоохранения (11,13,52,54). Поддержка пациентов с хроническими состояниями с тем, чтобы они могли оставаться у себя дома, посредством предоставления паллиативной помощи и стационарной помощи на дому (49). Предоставление помощи, ориентированной на нужды и интересы больных с деменцией, посредством изменения организационной культуры и среды в стационаре и создания системы обслуживания труднодоступных пациентов (41).	Укрепление здорового образа жизни и стимулирование изменений в образе жизни среди школьников, молодежи и членов их семьи посредством консультирования, поддержки и ранних вмешательств на основе модели предоставления комплексных услуг многими учреждениями (43, 44). Создание благоприятствующей здоровью виртуальной среды в целях поддержки здорового образа жизни и принятия решений в пользу здоровья. Вклад в формирование грамотного в вопросах здоровья и электронного здравоохранения населения и медицинского персонала, обладающего всей полнотой прав и возможностей (39). Повышение уровня санитарной грамотности и предупреждение вредных для здоровья форм поведения среди молодежи и создание здоровой социальной среды посредством просвещения по принципу "равный равному" и мобилизации сообществ (23, 26, 28).

Приоритетная область 1: укрепление здоровья на всех этапах жизни, расширение прав и возможностей людей	**Приоритетная область 2: неинфекционные и инфекционные заболевания**	**Приоритетная область 3: системы здравоохранения, потенциал общественного здравоохранения**	**Приоритетная область 4: жизнестойкие сообщества, благоприятные условия окружающей среды**
Поддержка здорового старения и самостоятельности в повседневной жизни посредством оценки потребностей в бытовых услугах и медицинской помощи и предоставления индивидуальных консультаций, услуг и реабилитации в домашних условиях (2, 3, 29).	Содействие применению упреждающего подхода и облегчение своевременного доступа к помощи посредством структурированного просвещения пациентов, координации предоставления и совершенствования услуг, осуществляемого лидерами в клинической практике помощи больным сахарным диабетом (53). Содействие реабилитации, развитие способностей к наблюдению и самопомощи посредством просвещения и инструктирования пациентов с использованием средств телездравоохранения (5, 6, 7). Повышение информированности и обеспечение охвата прививками во время эпидемий (18).	Удовлетворение потребностей в помощи и поддержке уязвимых групп населения посредством индивидуального планирования, схем обслуживания и маршрутов оказания помощи, а также сотрудничества с учреждениями-партнерами (46, 47, 50).	Содействие реабилитации и помощи на дому посредством укрепления знаний и выработки навыков у членов семьи и неформальных помощников по уходу (31,38).

3. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СТРАТЕГИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ УКРЕПЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО И АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ

Четыре приоритетных области действий и четыре механизма создания благоприятных системных условий, которые определены в документе «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе», являются ключевыми элементами в деятельности по реализации политики Здоровье-2020.

Представленные ниже основные результаты показывают, что медицинские сестры и акушерки вносят немалый вклад в улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения и в снижение несправедливости в отношении здоровья. Развивая свою практику, о чем свидетельствует адаптация, расширение и усиление их профессиональных ролей, они способствуют укреплению и обновлению систем медико-санитарной помощи и удовлетворению потребностей населения (рис. 2).

Рис. 2. Сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в контексте Стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела в Европе и политики Здоровье-2020



3.1 Приоритетные области действий

В данном разделе содержится обзор результатов, касающихся приоритетных областей действий, указанных в «Стратегических направлениях», которые необходимы для поддержки медицинских сестер и акушерок, вносящих полноценный вклад в охрану здоровья обслуживаемого ими населения. Эти приоритетные области действий включают расширение масштабов и трансформирование образования, планирование кадровых ресурсов и оптимизацию профессионально-квалификационной структуры кадров, обеспечение благоприятных условий труда и поощрение научно обоснованной практики и инноваций.

Расширение масштабов и трансформирование образования

Для усиления роли и расширения сферы практики медицинских сестер и акушерок большое значение имеет непрерывное профессиональное образование и обучение. В большинстве ситуационных исследований медсестры и акушерки получали дополнительное образование или проходили обучение для обновления и расширения знаний и навыков с тем, чтобы успешно выполнять свои функции.

В большинстве случаев повышение профессиональной квалификации проводилось по месту работы в форме краткосрочного курса или семинара, на котором в обычное рабочее время присутствовали медицинские работники. Основное внимание в процессе обучения уделялось выработке умений и навыков профилактики заболеваний, укрепления здоровья и расширения прав и возможностей граждан и пациентов.

В более чем одной трети случаев усиление роли происходило в рамках вполне конкретных возможностей карьерного роста, которые приводили к занятию более высоких должностей, повышению самостоятельности и ответственности.

Вставка 1. Возможность карьерного роста в результате получения признанного в стране формального образования

Роль медицинских сестер-кольпоскопистов в Уэльсе продемонстрировала, как признанная в стране программа формального образования дала возможность продвижения по службе медицинских сестер, создав для этого необходимые условия. Принятие национальной программы подготовки кольпоскопистов позволило медсестрам выйти на такой же уровень практики в кольпоскопии, как и уровень врачей, и привело к тому, что они были аккредитованы Британским обществом кольпоскопии и цервикальной патологии и стали полноправными кольпоскопистами. Данный случай также является примером инновационного обучения в процессе работы, когда аккредитованный инструктор в организации вместе с ведущим кольпоскопистом предоставляли клиническую поддержку и каждый месяц проводились совещания для обсуждения случаев с участием кольпоскопистов, цитопатологов и гистопатологов.

(Ситуационное исследование № 54)

Планирование кадровых ресурсов и оптимизация профессионально-квалификационной структуры кадров

Для предоставления полноценных услуг здравоохранения необходимо иметь в нужное время достаточную численность кадров нужной квалификации для выполнения высококачественной медицинской помощи. В ситуационных исследованиях, посвященных планированию кадровых ресурсов или оптимизации профессионально-квалификационной структуры кадров, было установлено, что нехватка врачей, рабочая нагрузка, выполняемая медсестрами, и необходимость более рационального использования сестринских кадров стали важными факторами, подтолкнувшими к изменениям, приведшим к развитию практики (таблица 3).

Таблица 3. Примеры ситуационных исследований, связанных с необходимостью планирования кадровых ресурсов

Растущая нехватка врачей в первичном звене медико-санитарной помощи, уменьшение доступности лечения и рост заинтересованности в улучшении умений и навыков медсестер привели к необходимости планирования кадровых ресурсов. В ответ на эту необходимость были разработаны новые роли медицинских сестер, позволяющие перенаправлять некоторые группы пациентов от врачей к медсестрам. *(Ситуационное исследование № 11)*
По мере роста спроса на родильные центры и услуги по подготовке к материнству и отцовству недостаток их предложения и охвата привел к созданию центра подготовки к рождению ребенка и к материнству и отцовству. Кроме того, было желание повысить качество подготовки акушерок и иметь возможность заниматься научными исследованиями. Преподаватели акушерского дела расширили сферу своей работы, добавив к своим обязанностям по преподаванию и ведению исследований клиническую работу. Поддержку центру оказали студенты магистратуры по акушерству. Руководство училища медсестер поддержало эту инициативу и предоставило кадры, лаборатории моделирования и оборудование для работы центра. *(Ситуационное исследование № 27)*
Нехватка врачей в поликлинике привела к кадровым изменениям с целью оптимизации использования сестринского персонала. Была создана отдельная служба сестринского приема больных, позволившая медсестрам принимать пациентов и проводить консультации. Врачей призывали на помощь, когда в этом возникала необходимость. Создание отдельной службы сестринского приема дало возможность перераспределить рабочую нагрузку между медсестрами и врачами и позволило врачам заниматься лечением пациентов, наиболее нуждающихся в их опыте и знаниях. *(Ситуационное исследование № 32)*
В результате роста числа женщин, направляемых на кольпоскопию, образовались длинные очереди и выросла потребность в соответствующих услугах, чтобы удовлетворить спрос и обеспечить надлежащие стандарты качества. Из-за нехватки кольпоскопистов в сочетании с сокращением рабочего времени младших врачей уменьшился охват услугами. Использование временно замещающих врачей привело к отсутствию преемственности помощи, к тому же временно замещающие врачи не всегда владели современной тактикой и методикой скрининга на рак шейки матки. Введение национальной программы подготовки по кольпоскопии позволило медицинским сестрам выйти на такой же уровень практики, как и у врачей. Медицинские сестры-кольпоскописты могут вести собственных пациентов, в том числе выполнять оценку состояния, ставить диагноз, лечить и выписывать женщин. *(Ситуационное исследование № 54)*

Медицинские сестры и акушерки продемонстрировали умение поддерживать хорошие межпрофессиональные и межсекторальные отношения. Врачи-консультанты, узкие специалисты, диетологи, психиатры, физиотерапевты, психологи и социальные работники работали бок о бок с медсестрами

и акушерками в составе многопрофильных бригад, а научные работники выступали в роли сотрудников и консультантов медсестер.

Медсестры и акушерки работали в качестве основных партнеров при оценке и планировании помощи, а в некоторых случаях сотрудничали с заинтересованными лицами в сообществах для мобилизации сообществ. Еще в одном случае для привлечения заинтересованных сторон к процессу разработки и реализации проекта или услуги был применен метод совместных исследований и действий с широким кругом участников.

В ситуационных исследованиях сообщалось об использовании нескольких подходов к развитию и повышению квалификации кадровых ресурсов, таких как принятие новых должностных инструкций, способствующих расширению ролей, регулирование системы карьерного роста в национальных нормативных документах, разработка руководства по выполнению функциональных обязанностей, в котором определены расширенные функции акушерок в родильном зале, и разработка плана кадровых ресурсов для определения роли патронажного медицинского работника.

Вставка 2. Модель оптимизации структуры сестринского персонала для предоставления высококачественной помощи

В Португалии были разработаны модель данных и методика, позволяющие руководителям сестринских служб в больницах отслеживать разные уровни сестринской квалификации и вмешательств, а также их воздействие на итоговые показатели здоровья и благополучия местного населения. Для достижения итоговых показателей, зависящих от качества помощи, медицинские сестры применяли модель индивидуальной помощи, основными критериями которой были высокое качество, рациональность и ориентированность сестринской помощи на нужды и интересы человека.

(Ситуационное исследование № 25)

Обеспечение благоприятных условий труда

Благоприятные условия труда медицинских сестер и акушерок определяются как такая среда ведения практики, в которой обеспечивается наивысший уровень здоровья, безопасности и благополучия медицинских работников и повышается или поддерживается их мотивация[43], а также демонстрируются улучшения в показателях здоровья пациентов и деятельности организации.

Для того, чтобы привлечь медицинских сестер и акушерок к расширению их роли, применялись разнообразные механизмы, такие как многопрофильные и сестринские комитеты, семинары и учебные платформы, местные и национальные рабочие группы.

Для рефлексивной практики и повышения качества важно получать отзывы и замечания. Медицинские сестры и акушерки получали отзывы о своих новых функциях из многих источников и по многим каналам, таким как управленческая система оценки, изучение удовлетворенности пациентов и внутриорганизационные обследования, местные сети медсестер-экспертов, встречи заинтересованных сторон, средства массовой информации и присуждение наград в знак признания заслуг. Одно

[43] International Council of Nurses (2008) Fact Sheet: Positive Practice Environments for Health Care Professionals, http://www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf, accessed 22/03/2015.

лечебно-профилактическое учреждение присуждало ежегодные награды персоналу за наивысшие достижения в своих специальностях, однако лишь в немногих исследованиях сообщалось о повышении заработной платы или о создании новых схем вознаграждения.

В большинстве ситуационных исследований сообщалось о повышении удовлетворенности работой (таблица 4). Повышение удовлетворенности работой объяснялось усилением роли, которое приводило к повышению ответственности и полномочий, приобретению новых навыков, положительным итоговым показателям здоровья и позитивным отзывам пациентов. Кроме того, повышению уровней удовлетворенности работой способствовали участие медсестер в формировании ресурсов и позитивные, уважительные отношения сотрудничества с другими медицинскими работниками. Два ситуационных исследования также были посвящены изменению организационной культуры с целью содействия более строгим нормам поведения персонала и соблюдению этических ценностей. Удовлетворенность работой способствовала сохранению кадров.

Таблица 4. Примеры положительного влияния условий работы на практику

В Финляндии благодаря внедрению роли "куратора случаев" и модели помощи при хронических состояниях возникли новые методы работы. Одним из ожидаемых итогов развития первичной медико-санитарной помощи стало благотворное влияние на устойчивость, сохранение и благополучие персонала. *(Ситуационное исследование № 9)*
Организационные модели, повышающие самостоятельность медицинских сестер и улучшающие отношения между медсестрами и врачами, характеризуются улучшением итоговых показателей, включая повышение удовлетворенности работой. В Португалии сбор и оценка данных об условиях труда медицинских сестер и о среде, окружающей пациентов в отделениях неотложной помощи, позволили продемонстрировать положительную зависимость между благоприятными окружающими условиями и хорошими исходами лечения пациентов. Данные также показали наличие позитивного климата в отношениях между медицинскими сестрами и врачами. *(Ситуационное исследование № 25)*
В Португалии был разработан комплекс методических пособий "PEER" , предназначенный для использования в училищах медсестер в целях проведения совместных исследований и действий с широким кругом участников для поддержки их усилий по созданию здоровых условий. Этот комплекс методических пособий включал вводный курс группового обучения и методику оценки сообществ. *(Ситуационное исследование № 26)*
В Испании в результате привлечения акушерок к скринингу и неотложной акушерской помощи укрепилось чувство уверенности в сохранении работы, повысилась удовлетворенность работой, а также возросли ответственность и самостоятельность акушерок. *(Ситуационное исследование № 36)*
Социальная установка и поведение медицинского работника связаны с повышением удовлетворенности пациентов. В Англии была разработана стратегия сестринской помощи, в соответствии с которой предоставляется сострадательный уход за пациентом, построенный на ценностях помощи, компетентности, сострадания, мужества, коммуникации и ответственности. Цель стратегии – обеспечить высокие нормы поведения персонала. К формулированию стратегии и практических методик ее реализации были привлечены все медицинские сестры. *(Ситуационное исследование № 42)*

В Англии благодаря введению должности патронажного медицинского работника, работающего в составе многопрофильных бригад, осуществляющих ранние вмешательства по оказанию помощи семьям, детям и подросткам, снизились профессиональные барьеры, поскольку улучшилось понимание роли и обязанностей друг друга и укрепились партнерские отношения и профессиональные связи в процессе совместного труда. В результате сложилась открытая культура общения с общими ценностями и итоговыми показателями работы. Доверительный профессиональный климат привел к улучшению доступа и общения.

(Ситуационное исследование № 44)

Содействие научно обоснованной практике и инновациям

Для того, чтобы гарантировать безопасность и рациональность помощи, медицинские услуги должны предоставляться с использованием наилучших имеющихся на сегодняшний день научных данных. Необходимо содействовать практике на доказательной основе, для чего нужны образование, научные исследования и лидеры, а медицинским сестрам и акушеркам необходимо оказывать поддержку в их стремлении применять в своей лечебной работе практику на доказательной основе. Почти во всех странах в ситуационных исследованиях практика на доказательной основе применялась при расширении ролей медсестер и акушерок или развитии новых методов работы. В большинстве исследований сообщалось о наличии руководств на основе научных данных, определяющих клиническую практику, или использовалась поддержка со стороны руководителей для того, чтобы предпринимаемые вмешательства строились на научно обоснованной практике (таблица 5). Кроме того, проводились научные исследования для получения наиболее качественных фактических данных, которые должны были использоваться при принятии решений в лечебном процессе. Менее чем в одной трети примеров, применение научно обоснованной практики не было отмечено в явной форме.

Вставка 3. Виртуальная среда, благоприятствующая укреплению здоровья

Участковые медсестры совместно с многопрофильной группой специалистов и лиц, не имеющих специальной профессиональной подготовки, разработали на основе существующих потребностей интерактивный и удобный для пользователя канал здоровья на базе информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) для поддержки участковых медсестер в их деятельности по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в первичном звене медико-санитарной помощи. Этот канал здоровья позволил участковым медсестрам распространять медико-санитарную информацию, поддерживать здоровый образ жизни и повышать уровень санитарной грамотности, поскольку он открывает населению доступ прямо из дома к достоверной, научно обоснованной медицинской информации и помогает принимать правильные решения. Участковые медсестры смогли распространить свою деятельность по укреплению здоровья на "труднодоступные" группы населения, такие как молодежь и иммигранты

(Ситуационное исследование № 39)

Таблица 5. Примеры научно обоснованной практики на конечные результаты работы

Научно обоснованная практика	Конечные результаты
В практику психиатрической помощи было внедрено применение научно обоснованного и подтвержденного инструмента для противодействия агрессивному поведению *(1)*	Положительное влияние на чувство самоэффективности медицинских сестер Положительное влияние на чувство самоэффективности и способы психосоциальной адаптации пациентов; можно ожидать, что произойдет переход к вмешательствам без физического воздействия при противодействии агрессивному поведению Персонал чувствует, что есть возможность применять профессиональные и терапевтические меры вмешательства
В гериатрических палатах внедрено научно обоснованное руководство по прогрессивной методике алиментарной помощи пациентам преклонного возраста *(2)*	Улучшилась практика алиментарной помощи, ориентированная на нужды конкретного пациента Более глубокий анализ пищевого статуса пациента Более частое консультирование пациентов преклонного возраста
Для повышения эффективности купирования боли за счет применения научно обоснованных методов была создана сестринская группа по купированию боли. Эта группа выявила недостатки в практике купирования боли, собрала фактические данные из литературы, организовала учебу для палатных медсестер, разработала руководства по оценке и купированию боли *(22)*	Оценка и документальное отражение боли у всех детей Использование руководства по купированию боли Определены тактика, стандарты и методики
Для оценки интенсивности боли в детской больнице были выбраны самые точные шкалы оценки, применимые в клинической практике и обоснованные фактическими данными *(24)*	Был разработан протокол оценки боли на основе данных о боли у ребенка, шкал оценки боли в зависимости от типа боли, клинического состояния и возраста ребенка, а также руководства по оценке интенсивности боли
Учреждение по научным исследованиям в области сестринского дела и медико-санитарной помощи осуществляло сотрудничество с другими заинтересованными сторонами с целью внедрения практики на доказательной основе в 8 лечебно-профилактических учреждениях Раз в три года публикуется обращение к лечебным учреждениям с предложением принять участие в программе *(35)*	По каждому руководству создан комитет по его внедрению Повышение уровня удовлетворенности медицинских работников Повышение уровня удовлетворенности пациентов

Научно обоснованная практика	Конечные результаты
Для купирования боли у детей разработаны руководство по оценке боли и методика его применения, для чего было проведено несколько систематических обзоров литературы и организовано участие в международных конференциях по купированию боли у детей. *(40)*	Общее снижение числа болезненных процедур, проводимых у детей грудного возраста Адекватное купирование боли фармакологическими и не фармакологическими средствами Снижение риска инфекций при ненарушенном кожном покрове Помощь родителям в улучшении способности преодолевать стресс посредством активного участия в купировании боли
Медицинские сестры содействовали внедрению прямых расширенных услуг, предоставляемых людям с необучаемостью, расширив сферу своей практики благодаря непрерывному повышению квалификации и добиваясь при этом, чтобы в основе практики лежали новейшие научные данные, знания и навыки *(47)*	Рост числа людей с необучаемостью, обращающихся в кабинеты общей практики и каждый год проходящих медосмотры Рост числа кабинетов общей практики, включающихся в обслуживание этой категории пациентов Определены новые потребности в медицинской помощи Выявление людей с необучаемостью, о которых системе услуг раньше было неизвестно В службах общей практики ведутся точные регистры лиц с необучаемостью

3.2 Механизмы создания благоприятных условий

В данном разделе приводится обзор результатов, касающихся указанных в «Стратегических направлениях» механизмов создания благоприятных условий, которые необходимы для того, чтобы медицинские сестры и акушерки могли достигать целей в приоритетных областях действий. Этими четырьмя механизмами являются нормативное регулирование, научные исследования, партнерство и управление и лидерство.

Нормативное регулирование, нормативная база и руководства

Нормативное регулирование в сестринском и акушерском деле очень важно для защиты общественных интересов и должно охватывать вхождение в практику, сферу практики и профессиональную этику поведения. Предусмотренная в законодательстве нормативная база имеет большое значение для защиты интересов данной профессии и населения (например, Закон о сестринском и акушерском деле). В распоряжении медсестер и акушерок должны быть руководства, в которых определяются нормы, стандарты практики и распространяются наиболее прогрессивные методы работы.

Законодательство и руководства могут выступать как механизмы, создающие благоприятные условия, но также и как механизмы, устанавливающие ограничения для изменений в практике и расширения роли медицинских сестер и акушерок. Более одной трети ситуационных исследований показали наличие нормативной базы, поддерживающей профессиональную практику (таблица 6), а более чем в половине случаев сообщалось о руководствах или маршрутах оказания помощи, которые регламентируют изменения в практике (таблица 7). Почти во всех случаях расширение роли и изменения в практике поддерживались другими авторитетными структурами, такими как Национальные советы по здравоохранению, комитеты, научно-исследовательские институты, или директивными положениями национальных планов и стратегий в области здравоохранения.

Таблица 6. Законодательная основа, регламентирующая перемены

Ситуационное исследование	Законодательная основа
Видеоконсультирование с использованием средств телемедицины между медсестрами стационара и выписанными больными с тяжелой формой ХОБЛ (6)	Телеконсультирование выписанных больных в Дании юридически приравнивается к обращению в поликлинику. Медсестры могут применять телеконсультирование, которое эквивалентно консультации в лечебно-профилактическом учреждении.
Новый подход к укреплению здоровья в семьях, имеющих детей (10)	Законодательство об учреждениях охраны здоровья матери и ребенка и о школьном здравоохранении, регламентирующее проведение всесторонних медицинских осмотров, вступило в действие в Финляндии в 2011 г.
Сестринские консультации при острых нарушениях здоровья и неинфекционных заболеваниях (11)	В Финляндии закон о праве медицинских сестер назначать лечение вступил в силу в 2010 г., а закон о требованиях в отношении последипломного образования – в 2011 г.
Программа скрининга на рак шейки матки, проводимого патронажными медицинскими сестрами (13)	В Венгрии нормативной базой служила законодательная поправка (приказ) министра здравоохранения, социального обеспечения и по делам семьи. Патронажные медсестры получили право проводить скрининг при наличии у них необходимой компетентности.
Самостоятельная практика специализированной диабетической медсестры (19)	В Литве практика и образование диабетических медсестер регламентируются приказом министерства здравоохранения. В этом же юридическом документе описаны требования к учреждению должностей специализированных диабетических медицинских сестер.

Таблица 7. Национальные программы и руководства, направленные на совершенствование практики

Национальные программы и руководства
Внедрение рекомендаций в отношении питания в восьми палатах неотложной гериатрической помощи в шести больницах. Многопрофильная бригада более шести месяцев осуществляла систематический скрининг, полную оценку и алиментарную помощь, ориентированную на нужды конкретных пациентов пожилого возраста. *(Ситуационное исследование № 2)*
В рамках выполнения Национальной программы развития в области социального обеспечения и медико-санитарной помощи, принятой правительством, были разработаны и внедрены в практику сестринские консультации по поводу острых нарушений здоровья и НИЗ, а также роль кураторов случая на основе модели помощи при хронических состояниях. На основе инициатив были внедрены новые маршруты и процессы оказания помощи, облегчающие координацию помощи внутри организации и между организациями. *(Ситуационные исследования №№ 9 и 11)*
В целях улучшения практики купирования боли в частных лечебницах в качестве ключевого элемента многопрофильной программы по купированию боли были внедрены заранее составляемые планы сестринского ухода, соответствующие Национальному стандарту купирования боли при сестринской помощи. *(Ситуационное исследование № 12)*

Национальные программы и руководства
На основе государственной стратегии и направлений развития общественного здравоохранения "Здоровая жизнь, здоровые люди" была разработана и внедрена четырехуровневая модель услуг, предоставляемых школьными медицинскими сестрами, в которой отражена новая роль медицинских сестер по охране общественного здоровья в школьном сообществе. *(Ситуационное исследование № 43)*
Для разработки специальных руководств и маршрутов лечения в рамках услуги по лечению пациентов с недержанием кала использовались комплексные меры по повышению качества медицинской помощи, клинические руководства и протоколы вмешательств. *(Ситуационное исследование № 48)*

Научные исследования

Научные исследования в области сестринского и акушерского дела должны быть интегрированы в планирование и оценку медицинских услуг. Не менее важно создавать партнерства с учеными, занимающимися проблемами сестринского и акушерского дела и проводящими многодисциплинарные исследования, чтобы получить фактические данные, касающиеся всего непрерывного спектра медицинской помощи, и использовать знание и понимание сестринского и акушерского дела для более ясного представления о состоянии систем здравоохранения в целом.

Проведенные в странах ситуационные исследования содержат примеры разнообразных методов, которыми медицинские сестры или акушерки проводили научные исследования в клинических условиях. В некоторых ситуационных исследованиях приводились дополнительные примеры того, как привлекать студентов, изучающих сестринское дело, к разработке и оценке сестринской практики методом совместных исследований и действий с широким кругом участников. Одновременно этот метод применялся в качестве новой методики преподавания по теме укрепления здоровья и расширения прав и возможностей сообществ.

В большинство ситуационных исследований был включен этап оценки. Обычно оценка проводилась медсестрами и акушерками или научными сотрудниками университетов, которые участвовали в проекте. Некоторые ситуационные исследования входили в академические или более широкие научно-исследовательские проекты с участием нескольких ведомств или стран. В процессе осуществления этих инициатив также повышался уровень умений и компетентности персонала в вопросах сбора данных. Помимо этого, на этапе оценки привлекались и другие университеты и научно-исследовательские институты. Например, в одном случае университетом были инициированы исследования новых ролей и функций специализированных диабетических медицинских сестер. Несколько исследований использовались в качестве экспериментальных для получения данных, необходимых другим лечебно-профилактическим учреждениям, и служили источником фактических данных для стратегических разработок медицинских услуг и распространения новых методов работы.

О конечных результатах и изменениях, осуществленных в результате инициатив, сообщалось в отчетах об исследованиях и о выполнении проектов, в диссертациях, отчетах об обследовании пациентов или в виде статистических данных. Информация о некоторых инициативах также публиковалась в СМИ. В одном ситуационном исследовании был приведен пример того, как для оценки и распространения результатов реализации и итогов расширения роли медсестер общественного здравоохранения и акушерок в проведении всесторонних медицинских осмотров детей в женских и детских консультациях и в системе школьного здравоохранения использовались национальные обследования.

Вставка 4. Научные исследования и практика, основанная на доказательствах

Для расширения исследований в области сестринского дела и создания научного фундамента для оценки и совершенствования практики и улучшения исходов помощи была принята национальная стратегия научных исследований в области сестринского дела. Для улучшения своих навыков и знаний в области критической оценки и методологии научных исследований медицинские сестры принимали участие в обучении и непрерывном повышении квалификации. Научные исследования были неотъемлемой частью их работы, а результаты использовались для совершенствования клинической практики.

(Ситуационное исследование № 37)

Партнерства

Для экономически приемлемого, комплексного решения проблем здоровья и чуткого реагирования на них важно налаживать межсекторальное сотрудничество и партнерства в области здравоохранения во всем обществе.

В более двух третей ситуационных исследований партнерства были жизненно важной и неотъемлемой частью предоставляемых услуг. Из них в более одной трети имелись партнерства между разными лечебно-профилактическими учреждениями: например, больницы устанавливали партнерские отношения с другими больницами, медицинскими центрами, клиниками и врачами общей практики. Многие партнерства также складывались между учреждениями и организациями, не занимающимися предоставлением медико-санитарной помощи, например, университетами и научно-исследовательскими институтами, школами и профессиональными консультативными советами. В некоторых ситуационных исследованиях сообщалось о создании партнерств с неправительственными организациями, такими как местные низовые организации медицинских сестер и пациентов.

В целом партнерства служили средством обмена информацией и предоставления согласованной, высококачественной и комплексной помощи безопасными и реально осуществимыми способами. Особенно эффективными с точки зрения укрепления практики на доказательной основе были партнерства между лечебно-профилактическими и научно-исследовательскими учреждениями, тогда как партнерства с органами власти и общественными организациями создавали устойчивую основу для более широких реформ и изменений в практике.

Вставка 5. Партнерства в области сестринской помощи в школах

Программа развития сестринской помощи в школах, принятая в Соединенном Королевстве, была направлена на повышение шансов на успешную жизнь детей и подростков посредством предоставления действенных профилактических услуг и помощи на ранних этапах. Школьные медсестры работали в партнерстве с другими ведомствами и в составе более широкой многопрофильной бригады. Для того, чтобы школьные медсестры восприняли эту модель как свое собственное дело и играли в ней главную роль, были созданы консультативный совет заинтересованных сторон и специализированные рабочие группы по отдельным направлениям. Ключевыми партнерами были профессиональные организации в области сестринского дела и сами школьные медсестры. Программа была разработана с участием детей, подростков и родителей, которые совместно вырабатывали общее видение перспектив на основе фактических данных и поступающих предложений. Взаимодействие с детьми и подростками организовали такие ключевые партнеры, как Британский совет молодежи, Национальное детское бюро и сеть Netmums.

(Ситуационное исследование № 43)

Управление и лидерство

Разумная и правильная клиническая практика строится на включении структур управления сестринским и акушерским делом в организационную культуру, чтобы таким образом вовлечь медицинских сестер и акушерок в процесс принятия решений.

Почти во всех ситуационных исследованиях руководство сестринскими и акушерскими службами поддерживало расширение ролей. Поддерживали расширение и усиление ролей и другие структуры, такие как руководство более широким сектором медико-санитарной помощи и другие партнеры, заинтересованные в новой практике. Большинство из них относились к местному уровню, тогда как на долю национального или территориального уровней (министерства здравоохранения или провинциальные органы здравоохранения) приходилось менее одной трети поддержки со стороны руководства.

Несмотря на то, что медсестер и акушерок привлекали на разные уровни принятия решений, очень мало ситуационных исследований, в которых сообщалось бы о наличии формальных механизмов для поощрения их участия в этом процессе. Формальные механизмы имелись в основном в тех случаях, когда медицинские сестры и акушерки играли лидирующую роль. К таким формальным механизмам относятся подписанные соглашения, которые служили контрактом на выполнение проекта и предусматривали участие медицинских сестер и акушерок в процессе принятия решений, планы развития кадровых ресурсов и организационные структуры, в которых медицинские сестры и акушерки выдвигаются на руководящие должности.

Вставка 6. Лидеры в лечебной работе способствуют разработке методов управления болью

В ситуационном исследовании, проведенном в Швейцарии, приводится пример того, как трансформационная культура лидерства в работе врачей и медицинских сестер способствовала разработке и внедрению междисциплинарного подхода на основе научных данных к управлению болью у недоношенных младенцев в отделении неонатальной интенсивной терапии. Все члены медицинского персонала регулярно участвовали в специально адаптированных учебных занятиях по управлению болью, а обучение методам управления болью было включено в программу обязательных занятий для новых и возвращающихся сотрудников. Также были созданы возможности для обучения непосредственно в процессе лечения, наставничества и обсуждения отдельных клинических случаев. У младенцев несколько раз в день проводилась оценка боли и процесса лечения с использованием проверенной и подтвержденной методики, чтобы оценить действенность лечения, а для выбора нефармакологического или фармакологического стандартизированного лечения боли использовалось руководство на основе данных научных исследований. Для подготовки и оценки этого проекта проводились научные исследования, результаты которых были опубликованы в научных журналах. Медицинские сестры также участвовали в исследовательских проектах. Эта инициатива, которая осуществлялась на протяжении нескольких лет, привела к повышению осознания в стране важности совершенствования методов управления болью.

(Ситуационное исследование № 40)

В ситуационных исследованиях также приведены примеры выдвижения медицинских сестер и акушерок на руководящие посты, чтобы они могли возглавлять или поддерживать многопрофильные бригады и работу с участием нескольких различных ведомств (таблица 8). Главной задачей на этих постах было осуществление координации ресурсов, необходимых для предоставления услуг и улучшения доступа пациентов к услугам, в первую очередь для целевых и уязвимых групп населения. Занимающие эти посты лица также отвечали за разработку маршрутов помощи, пакетов услуг, ориентированных на нужды и интересы людей, индивидуальных планов помощи и процессов проведения медицинских осмотров и направления к специалистам.

Таблица 8. Примеры профессиональных должностей и их вклада в предоставление услуг

Примеры назначения медсестер и акушерок на руководящие должности	Основной вклад в предоставление услуг
Сестринская группа по купированию боли в детской больнице *(22)*	Выявление недостатков в практике купирования боли Сбор научных данных из литературы Организация обучения и наставничества медсестер при изменениях практики Разработка руководств
Акушерка психологической поддержки людей, понесших тяжелую утрату, для оказания поддержки в случаях выкидыша, мертворождения и неонатальной смерти *(46)*	Создание более широкой региональной бригады медико-санитарной помощи Целевое выделение многопрофильной бригаде ресурсов для оказания поддержки и помощи Маршруты помощи, образующие систему, которая позволяет уменьшить сложную документацию и дает родителям уверенность и силы для того, чтобы вернуться в отделение
Медицинская сестра, работающая на более высоком уровне, по оказанию помощи людям с необучаемостью в первичном звене и в службах помощи по месту жительства взрослым с ограниченными возможностями *(47)*	Поддержка в разработке и реализации системы ежегодных медицинских осмотров и направления к специалистам Обеспечение катамнестического наблюдения и реализации индивидуальных планов медицинского обслуживания Подтверждение методик оценки состояния здоровья и предоставление конкретных услуг Координация принятия действенных многодисциплинарных мер для улучшения доступа к услугам
Практикующая акушерка по оказанию дополнительной поддержки, предоставляющая уязвимым семьям услуги по планированию до рождения ребенка *(50)*	Упреждающие подходы и ранние вмешательства по оказанию поддержки семьям Поощрение женщин к тому, чтобы они контролировали негативные ситуации, и руководство оказанием помощи Улучшение общения и совместной работы с учреждениями-партнерами
Роль ведущей участковой диабетической медсестры *(53)*	Доступ к организованному по определенной методике просвещению по вопросам диабета и реализация индивидуальных планов помощи взрослым, страдающим диабетом, в первичном звене Ограничение поступления в специализированные амбулаторные и стационарные службы Многодисциплинарные подходы, направленные на создание возможностей для дальнейшего развития клинической работы и услуг

4. ВЫВОДЫ

В данном сборнике иллюстрируется инновационная и прогрессивная практика работы медицинских сестер и акушерок в разных странах Региона, способствующая достижению целей политики Здоровье-2020. На 55 ситуационных исследованиях, полученных из 18 стран, в сборнике демонстрируется все разнообразие существующей и развивающейся роли медицинских сестер и акушерок в системах здравоохранения и их вклад в предоставление доступных, целесообразных с точки зрения соотношения затрат и результатов, высококачественных услуг, ориентированных на нужды и интересы людей.

Из анализа ситуационных исследований вытекают четыре основных вывода. Эти выводы никоим образом не являются исчерпывающими и не представляют полного синтеза ситуационных исследований, однако они были выбраны потому, что имеют прямое отношение к политике и развитию кадровых ресурсов и могут использоваться как руководство к дальнейшим действиям.

Четырьмя основными выводами являются следующие:

1. **Передовая практика работы в сестринском и акушерском деле, способствующая осуществлению политики Здоровье-2020, в Регионе имеется**. В различных условиях и организационных рамках, начиная от небольших проектов до общенациональных реформ сестринского и акушерского дела, в странах Региона были реализованы разнообразные новые модели и инновационные методы предоставления медико-санитарной помощи. Однако имеющиеся инновации и передовая практика не всегда надлежащим образом оформляются документально или проходят строгую оценку, и информация о них редко распространяется внутри страны или среди других стран.
2. **Медицинские сестры и акушерки своей работой укрепляют здоровье населения**. Ситуационные исследования демонстрируют широкий диапазон вклада медицинских сестер и акушерок в улучшение здоровья и предупреждение заболеваний – от укрепления здоровья на всех этапах жизни до расширения прав и возможностей граждан и сообществ. Нередко роль медицинской сестры и акушерки развивалась и расширялась как реакция на изменяющиеся потребности населения в медико-санитарной помощи. Это демонстрирует, каким образом медицинские сестры и акушерки выступают в качестве жизненно важного и многогранного ресурса, используемого для достижения целей политики Здоровье-2020.
3. **Инновации облегчаются благодаря практике на доказательной основе и междисциплинарному сотрудничеству**. Доказано, что сотрудничество в рамках многопрофильных бригад медицинской помощи эффективно и осуществимо. Медицинские сестры и акушерки играют все более важную роль в развитии практики на доказательной основе: в составе многопрофильных бригад они ведут медицинские научные исследования и разрабатывают инновационные методы работы.
4. **Благоприятствующие стратегии позволяют в полной мере реализовать потенциал медицинских сестер и акушерок.** Сестринские и акушерские кадры обладают необходимыми опытом, знаниями и возможностями для улучшения здоровья населения, но значительная часть этого потенциала остается невостребованной. Ситуационные исследования показали, что для того, чтобы медицинские сестры и акушерки могли работать с максимальной отдачей и в полной мере реализовать свои способности, необходимы действенные стратегии и эффективное планирование кадровых ресурсов, сильные профессиональные лидеры, нормативная база, стандарты в области образования и методы управления, ориентированные на поддержку персонала.

В сборнике впервые документально отражена передовая практика работы медицинских сестер и акушерок во всем спектре деятельности по охране здоровья населения. Ситуационные исследования следует рассматривать в контексте более широкого процесса активизации обмена передовой практикой в Регионе, который должен определяться положениями основополагающего программного документа ВОЗ «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе во имя достижения целей политики Здоровье-2020». Большинство ситуационных исследований в странах были осуществлены в формате небольших проектов в отдельно взятых лечебно-профилактических учреждениях или в отдельных регионах. Лишь в редких случаях они осуществлялись в масштабах всей страны (эта возможность еще ждет своей реализации). Обмен фактическими данными и оценка результатов, обсуждение возможности переноса таких моделей в другие условия и расширения масштабов их применения и последствий их реализации для политики, планирования, нормативного регулирования и образования может послужить важным источником знаний и опыта для тех стран, которые планируют проводить аналогичные реформы или находятся на разных этапах осуществления реформ.

Для устойчивого обеспечения здравоохранения кадровыми ресурсами необходимы продуманная кадровая политика, эффективные механизмы финансирования и оценка проводимых реформ. Укрепление здоровья населения Европы напрямую связано с наличием полноценных и рационально используемых кадровых ресурсов, включая кадры медицинских сестер и акушерок. Достижение максимально высоких показателей здоровья в Регионе – а именно это является главной целью политики Здоровье-2020 – можно ускорить за счет укрепления сестринского и акушерского дела в соответствии с общим курсом на укрепление кадров здравоохранения.

Для того, чтобы гарантировать предоставление высококачественной помощи и устойчивость услуг, важно развивать практику на доказательной основе, проводить мониторинг и оценку вклада медицинских сестер и акушерок, которому должны благоприятствовать соответствующие системные условия – образование, научные исследования и нормативное регулирование.

Несмотря на примеры расширения и усиления роли медицинских сестер и акушерок, приведенные в ситуационных исследованиях во многих странах, в Регионе все еще сохраняется необходимость продолжать развитие образования медсестер и акушерок и добиваться соответствия сестринских и акушерских услуг потребностям населения в медицинской помощи. Было бы хорошо, если бы государства-члены выступали инициаторами дальнейшего расширения сферы практики медицинских сестер и акушерок с тем, чтобы они могли работать с максимальным использованием полученного образования и в полную меру своих возможностей. Кроме того, есть необходимость в интегрировании области сестринской и акушерской помощи в национальные стратегии в соответствии с принципом участия всего общества, который предполагает вовлечение всех заинтересованных сторон, включая местные сообщества и гражданское общество.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ШАБЛОН ВОЗ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В СТРАНАХ

Название ситуационного исследования и страна его проведения	
Основа	Движущая сила перемен
	Расширение роли
	Инициатор изменений в предоставлении услуг
	Область медико-санитарной помощи
	Заинтересованные стороны
	Практика на доказательной основе
	Другое (пожалуйста, укажите): _____
Процесс	Развитие навыков и умений
	Поддержка со стороны руководства
	Поддержка со стороны многопрофильных групп
	Методические руководства, законодательно-нормативная база
	Другое (пожалуйста, укажите): _____
Положительный эффект	Конечные результаты, касающиеся показателей работы
	Повышение качества помощи
	Профессиональный климат
	Динамика многопрофильных бригад
	Другое (пожалуйста, укажите): _____
Личное мнение:	
Лицо для контактов: имя, фамилия, должность, учреждение и страна Адрес электронной почты:	

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТАБЛИЦЫ С АНАЛИЗОМ СИТУАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Таблица 9. Анализ конечных результатов и основных видов деятельности в предоставлении услуг медицинскими сестрами и акушерками

Услуги, предоставляемые медицинскими сестрами			Услуги, предоставляемые акушерками		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Сестринский пункт оказания первичной медико-санитарной помощи в сельской местности с возможностью телеконсультаций с врачом, находящимся в медицинском центре *(11)*	Медицинские сестры при помощи телеконсультаций удовлетворяли около 70% всех потребностей в услугах, а примерно 22% пациентов направляли к врачу	Удовлетворение потребностей в услугах при помощи телеконсультаций с врачами При необходимости пациенты направляются к врачу	Услуги акушерок в послеродовой клинике по систематической оценке заживления ран в стационаре *(4)*	Высокий уровень удовлетворенности пациентов Анатомически успешное заживление после ранней вторичной репарации	Клиническая оценка заживления ран и ранняя вторичная репарация в случае разрыва раны в течение первой недели после родов
Клиника амбулаторных сестринских услуг под руководством медсестры в стационаре для детей и подростков, больных сахарным диабетом, и членов их семей *(14)*	Улучшилось соблюдение режима лечения сахарного диабета Повысилась удовлетворенность пациентов проводимым просвещением Улучшились механизмы психосоциальной адаптации	Предоставление информации, просвещение и поддержка в зависимости от выраженных потребностей детей/подростков, больных сахарным диабетом, и членов их семей	Возглавляемое акушеркой родовспомогательное отделение в учреждении, имеющем статус больницы, доброжелательной к ребенку *(8)*	Повысилась осведомленность о предпочтениях, стал выше уровень знаний о процессе родоразрешения и снизились тревожные состояния среди матерей Более позднее прибытие в больницу и более ранняя выписка Не произошло возрастания риска для новорожденных Повысились показатели грудного вскармливания Партнеры в больнице поддержали адаптацию к новой ситуации	Работающие в стационаре акушерки организуют помощь матерям с низким риском родоразрешения по всему непрерывному спектру помощи: • ведут дородовые занятия, готовят вместе с женщинами планы родов • ведут роды и послеродовую помощь • назначают прием матерям после досрочной выписки и нуждающимся в поддержке грудного вскармливания

Услуги, предоставляемые медицинскими сестрами			Услуги, предоставляемые акушерками		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Услуги медсестры/физиотерапевта в отделении оценки дыхательной функции в стационаре, включающие ведение всех аспектов ХОБЛ* *(16)*	Улучшение качества жизни пациентов Снижение расходов больницы благодаря сокращению пребывания в стационаре Снижение показателя повторной госпитализации на 75% Улучшение жизнедеятельности больных вне стационара	Медсестры совместно с физиотерапевтами и консультирующими врачами общей практики ведут все аспекты ХОБЛ: • ранняя выписка • оценка в амбулаторной клинике • поддержка по телефону • реабилитация	Дородовая подростковая клиника в стационаре под руководством акушерки для выполнения оценки риска при неосложненной беременности *(15)*	Адаптированная к конкретному пациенту помощь многопрофильной бригады для удовлетворения индивидуальных потребностей Улучшения в работе по укреплению здоровья, дородовом просвещении и непрерывности помощи Снижение нагрузки на акушера-гинеколога	Акушерки выполняют оценку риска в течение всего периода беременности Факультативно акушерка может предоставлять всю дородовую помощь
Медсестры как координаторы контролируемого лечения ТБ и ВИЧ-инфекции в диспансерном отделении *(33)*	Возросло число пациентов, получающих согласованную помощь Снизилось число пациентов, отказывающихся получать помощь	Координация всего процесса лечения ТБ и ВИЧ-инфекции Ведение медикаментозного лечения	Автономный родильный центр под руководством акушерки в районной больнице, содействующий нормальным родам *(45)*	Увеличилось число нормальных родов, родов в воде и число женщин, использующих воду во время схваток Данный подход уменьшает необходимость вмешательств, включает партнеров и приводит к более здоровому началу жизни	Содействие: • нормальным родам • женщинам и членам их семей в получении удовлетворения от того, как прошли роды • улучшению среды, в которой проходят роды

Услуги, предоставляемые медицинскими сестрами			Услуги, предоставляемые акушерками		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Медсестра-консультант возглавляет многопрофильную бригаду в больнице, доброжелательной к лицам, страдающим деменцией *(41)*	Улучшения в: подготовленности к уходу за пациентами, страдающими деменцией Снижение в: • применении нейролептических и седативных средств • числе случаев неотложной госпитализации и помещения в стационарные лечебницы • инвалидизации, числе падений и инцидентов, связанных с проблемами поведения • расходах на более широкое медицинское обслуживание	Работа с индивидуальными пациентами с деменцией в общих палатах Палата неотложной помощи при деменции Применение пакета помощи, ориентированной на нужды пациента с деменцией Работа приемного отделения, доброжелательного к пациентам с деменцией	Возглавляемые акушерками клиники по контролю массы тела и консультированию по вопросам здорового образа жизни для женщин с ожирением в период беременности и после родов *(51)*	Снижение прибавки массы тела в период беременности Рост числа женщин, получающих услугу Улучшение качества охраны материнства	Консультирование беременных женщин с ожирением по вопросам изменения поведения, питания и контроля массы тела в период беременности и после родов

*Хроническая обструктивная болезнь легких

Таблица 10. Анализ конечных результатов и основных видов деятельности при выполнении расширенных и дополнительных ролей

Расширенные роли			Дополнительные роли		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Консультации медсестер при острых нарушениях здоровья и неинфекционных заболеваниях в первичном звене и отделениях неотложной помощи *(11)*	Улучшился доступ к помощи Повысилась производительность труда Пациенты удовлетворены консультациями Улучшилось межпрофессиональное сотрудничество	Некоторые группы пациентов от врачей переданы в ведение медсестер Осмотр, оценка, лечение и катамнестическое наблюдение групп пациентов Назначение и повторное назначение лечения	Медсестры внедряют рекомендации в отношении питания и обсуждают вопросы алиментарной помощи лицам преклонного возраста в многопрофильной бригаде в палатах неотложной гериатрической помощи *(2)*	Улучшилась алиментарная помощь, ориентированная на нужды пациентов Более глубокий анализ пищевого статуса пациента Чаще проводится консультирование пациентов преклонного возраста	Разработка и внедрение систематизированного процесса скрининга вновь поступающих пациентов Анализ пищевого статуса и оказание помощи пациентам с повышенным риском недостаточности питания
Скрининг на рак шейки матки, проводимый патронажными медицинскими сестрами *(13)*	Улучшился доступ к помощи в сельских и экономически неблагополучных районах Повысился уровень участия в скрининге на рак шейки матки Женщины получили больше прав и возможностей благодаря санитарному просвещению	Цитологические мазки Просвещение и консультирование пациентов Установление контактов с женщинами и их мотивация к участию в программе скрининга	Медицинские сестры – кураторы случаев координируют предоставление помощи пациентам в особо сложных случаях неинфекционных заболеваний в многопрофильных бригадах первичной медико-санитарной помощи *(9)*	Маршруты помощи облегчили координацию и раннее выявление рисков Интерактивные сетевые услуги и методики помогали в осуществлении самопомощи Уменьшилось число обращений за неотложной помощью Повысилась удовлетворенность пациентов	Оценка потребностей и проведение медицинских осмотров Интенсивное просвещение пациентов и поддержка самопомощи Ведение больных Координация ресурсов

Расширенные роли			Дополнительные роли		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Консультирование специализированными диабетическими медсестрами больных сахарным диабетом *(19)*	Более действенное повышение уровня знаний и навыков у пациентов относительно осложнений Улучшение согласованности помощи Услуги были приближены к пациентам	Мониторинг и принятие решений в отношении предоставления помощи Осуществление просвещения пациентов Направление пациентов к другим медицинским работникам, если возникает необходимость в этом Координация помощи	Медицинские сестры в качестве специалистов, ведущих заболевание, проводят посещения на дому с целью медицинского наблюдения и осуществляют санитарное просвещение групп больных хроническими заболеваниями, применяя средства телездравоохранения, через национальный центр вызова помощи по телефону *(17)*	Улучшилась способность справляться с болезнью Снизились показатели распространенности депрессии Улучшилось соблюдение режима медикаментозного лечения, питания и физической активности Согласованная помощь	Мониторинг состояния пациентов и проведение санитарного просвещения Получено право титровать некоторые лекарственные препараты Согласование действий специалистов, участвующих в предоставлении помощи
Самостоятельный сестринский прием и прием на более высоком профессиональном уровне больных НИЗ в учреждениях первичного звена *(30)*	Выявляется больше пациентов с рисками для здоровья Больше пациентов наблюдается медицинскими сестрами и снизилось число случаев госпитализации Меньше вызовов неотложной помощи	Проведение скринингов Мониторинг действенности лечения Предоставление стационарной помощи на дому Кампании по проведению вакцинации и флюорографии Обучение пациентов	Специализированные медицинские сестры в качестве преподавателей самопомощи для пациентов после ампутации нижних конечностей в хирургическом отделении больницы *(29)*	Физическая активность, пользование костылями и ускоренное заживление ран Активное участие в предоставлении помощи и адаптация к новой жизненной ситуации	Обучение и мотивирование пациентов по вопросам: • ухода за ранами • самостоятельного перевязывания ран • выполнения личной гигиены • техники дыхания • ранней мобилизации • профилактики пролежней

Расширенные роли			Дополнительные роли		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Кабинеты для самостоятельного сестринского приема детей в лечебных учреждениях первичного звена *(32)*	Пациентам доступны своевременные услуги в кабинетах сестринской помощи Снижение нагрузки на врачей	Медицинские осмотры и лечение Подготовка и проверка лабораторных анализов Повторное назначение лечения в соответствии с назначением врача Выписывание медицинских справок Обучение пациентов	Медицинские сестры обучают членов семьи в инсультном отделении *(31)*	Повысились уровень знаний и качество помощи на дому Уменьшилась потребность в стационарной и социальной помощи	Обучение членов семьи по вопросам: • оценки и контроля состояния кожи • профилактики осложнений • общих и конкретных областей помощи
Акушерки проводят скрининг и предоставляют неотложную акушерскую помощь в родильном зале и в зале неотложной акушерской помощи в больнице *(36)*	Снижение числа вмешательств и тревожного состояния пациенток Улучшения в: • участии и удовлетворенности рожениц • позициях при родах • ненарушенности кожного контакта матери и ребенка	Скрининг и принятие решений относительно родовспоможения при поступлении рожениц, выписка и направление рожениц к специалистам Предоставление помощи совместно с акушерами-гинекологами пациенткам, входящим в группу высокого риска	Медицинские сестры как преподаватели и наставники неформальных помощников по уходу *(38)*	Улучшения в: • компетентности неформальных помощников по уходу в вопросах мобилизации, режима лечения и питания • выявлении риска перегрузки	Оценка возможностей, ресурсов и риска переутомления неформальных помощников по уходу Обучение навыкам ухода за больными

Расширенные роли			Дополнительные роли		
Ситуационное исследование (№)	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**	**Ситуационное исследование (№)**	**Конечные результаты**	**Основные виды деятельности**
Выполнение скрининга на рак шейки матки медицинскими сестрами-кольпоскопистами в амбулаторных отделениях больниц *(54)*	Улучшения: • в преемственности и непрерывности помощи • в услугах консультирования • в удовлетворенности пациентов	Самостоятельное выполнение кольпоскопии Выявление и диагностирование патологий половых путей Направление к специалистам Ведение больных	Выполнение специализированными медицинскими сестрами по ведению недержания процедуры стимуляции нервов крестцового сплетения у женщин с недержанием кала в первичном звене медико-санитарной помощи *(48)*	Улучшается качество жизни Хорошие итоговые показатели здоровья	Выполнение чрескожной стимуляции большеберцового нерва для лечения недержания кала у женщин

Таблица 11. Анализ с конечных результатов и основных видов деятельности при оказании помощи вне стационара и на дому

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Оценка медицинскими сестрами повседневной жизнедеятельности и предоставление сестринских услуг на дому лицам преклонного возраста с хроническими заболеваниями *(3)*	Улучшение предоставления помощи на дому и индивидуальный подход к предоставлению помощи на дому Улучшение сотрудничества между врачами, патронажными медсестрами и медсестрами, осуществляющими уход на дому	Оценка повседневной жизнедеятельности Предоставление медико-санитарной помощи на дому в соответствии с потребностями повседневной жизни лиц преклонного возраста
Предоставление медицинскими сестрами реабилитационных услуг больным ХОБЛ средствами телездравоохранения *(5)*	У пациентов расширились возможности и они отмечают повышение качества жизни Показатель повторной госпитализации за 10 месяцев снизился на 54% Медсестры выработали новые навыки и умения в области консультирования по вопросам самостоятельного ведения болезни с помощью технологии телепомощи на дому	Использование технологии телепомощи на дому в рамках всеобъемлющей программы реабилитации Наставничество и поддержка пациентов при ведении ими своей болезни и реагирование на ухудшение симптомов в повседневной жизни, чтобы избежать повторной госпитализации Телеконференции между медицинскими работниками из разных секторов с целью координации помощи и реабилитации
Видеоконсультации между медицинскими сестрами стационара и выписанными больными ХОБЛ *(6)*	Телездравоохранение изменило выполнение медицинскими сестрами своих функций и их профессиональную индивидуальность Пациенты стали играть активную роль в наблюдении и оценке своего состояния Телеконсультации стали безопасным и действенным способом дистанционного предоставления помощи, даже несмотря на то, что значительного снижения числа повторных госпитализаций не произошло	Телеконсультации выполняются в формате виртуальных амбулаторных посещений с определенной структурой с использованием контрольного перечня вопросов и в соответствии с потребностями и пожеланиями Консультирование пациентов по вопросам измерений, лечения, ведения болезни и жизни с болезнью Организация по мере необходимости быстрого лечения или помощи на дому по согласованию с врачами и службами помощи на дому

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Предоставление медицинскими сестрами услуг по реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с помощью средств телездравоохранения *(7)*	Уменьшение ожидания в очереди на реабилитацию, а также снижение стресса у больных Улучшение качества жизни благодаря индивидуальной программе реабилитации, участию членов семьи и комплексному предоставлению услуг	Выявление потребностей больных в реабилитации Ведение индивидуальных программ телереабилитации с целью предупреждения повторной госпитализации Поддержка активного участия больных и членов их семьи в реабилитации с помощью средств телездравоохранения
Проведение всесторонних медосмотров детей и родителей медицинскими сестрами и акушерками общественного здравоохранения *(10)*	Выявлены не известные ранее проблемы Раннее выявление потребностей в поддержке и нарушений здоровья Более подходящие и действенные меры поддержки, направленные на детей и семьи, наиболее нуждающиеся в поддержке Родители получили более широкие возможности и улучшилось поведение в отношении собственного здоровья Родители признали пользу медицинских осмотров и в достаточной мере предоставляли поддержку и свои знания	Оценка состояния здоровья членов семьи с точки зрения психологических и социальных аспектов, условий жизни, семейных доходов и сетей социальной поддержки Выявление потребностей в поддержке и предоставление целевой поддержки Вмешательство в жизнь семей, сталкивающихся с трудными проблемами
Проведение медицинскими сестрами общественного здравоохранения, работающими в клиниках семейного здоровья, широкомасштабных кампаний по вакцинации против полиомиелита в течение короткого времени *(18)*	В течение трех месяцев было вакцинировано 79% целевого контингента страны, а в некоторых районах был достигнут 100-процентный охват прививками Способность медицинских сестер общественного здравоохранения успешно преодолевать кризис в масштабах страны	Предоставление методических рекомендаций и консультаций относительно вакцины специалистам и населению Повышение готовности населения делать прививки детям Предоставление помощи по прямым каналам или через СМИ и различные общинные институты Оперативное проведение вакцинации большого контингента в сжатые сроки без ущерба для выполнения обычных должностных обязанностей

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Содействие изменениям в поведении социально замкнутых школьников методом групповых бесед с акцентом на поиск решения, проводимых школьными медсестрами *(20)*	Повышение уровня самоэффективности среди социально замкнутых школьников	Реализация методики с акцентом на поиск решения для повышения уровня самоэффективности среди социально замкнутых школьников
Профилактика и лечение силами медицинских сестер общественного здравоохранения послеродовой депрессии в рамках перестроенной модели помощи по месту жительства *(21)*	Оказание поддержки родителям может существенно изменить к лучшему их жизнь и развитие ребенка Улучшение качества помощи	Выявление нарушений психического здоровья с помощью шкалы послеродовой депрессии и консультирования Профилактические посещения на дому через две недели после родов Сеансы консультирования с целью поддержки женщин с депрессией Наблюдение в течение первого года
Консультирование студентами сестринских учебных заведений своих сверстников под руководством медсестер или врачей с целью снижения вреда во время фестивалей и праздников *(23)*	Снижение на 98% случаев употребления алкоголя в больших количествах и состояния опьянения среди самих студентов-консультантов Повысился уровень информированности, элементарной грамотности и снизилась частота случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения среди консультируемых студентов	Проведение собеседований со студентами и определение приоритетности потребностей в просвещении Оценка моделей употребления алкоголя Установление отношений на основе диалога Обучение по вопросам самооценки уровней алкоголя в крови и снижения рискованных форм сексуального поведения
Содействие распространению здоровых учреждений методом совместных исследований и действий с широким кругом участников, осуществляемое преподавателями и студентами сестринских учебных заведений *(26)*	Повысился уровень субъективного благополучия и овладения ролью Признание роли медицинских сестер в мобилизации сообществ	Подготовленная группа студентов, преподавателей, сотрудников и заинтересованных лиц из местного сообщества мобилизуют сообщество на создание здоровых сестринских учебных заведений Анализ и документальное отражение потребностей сообществ

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Проведение преподавателями и аспирантами акушерского дела совместно с акушеркой в центре первичной медико-санитарной помощи просветительских занятий с беременными женщинами и семейными парами по вопросам рождения ребенка, материнства и отцовства (27)	Улучшение подготовленности к родам и уходу за новорожденным Семейные пары проживали период беременности мирно и испытывали привязанность к своему ребенку Укрепление брачных уз, выработка у отца ощущения полного сопереживания в период беременности Укрепление отношений в семейной паре	Проведение: • теоретических и практических занятий по подготовке беременных женщин и/или семейных пар к родам и материнству и отцовству • до- и послеродового индивидуального занятия по эмоциональной привязанности между родителями и детьми • мониторинга и оценки эффективности стратегий
Проведение преподавателями и студентами сестринского учебного заведения совместно с медицинскими сестрами работы по просвещению сверстников по вопросам насилия по отношению к партнерам (28)	Значительные изменения в уровне знаний и в социальных установках Реальное воздействие на предупреждение насилия в отношениях знакомства среди молодежи	Осуществление программы вмешательств в виде семинаров и просвещения сверстников для повышения осведомленности среди подростков и молодых людей о насилии по отношению к интимному партнеру
Участковые медсестры совместно с другими специалистами и членами местного сообщества разработали на базе информационно-коммуникационной технологии интерактивный канал здоровья, связывающий учреждение первичного звена медико-санитарной помощи и жилища в местном сообществе (39)	Канал здоровья, созданный на основе потребностей, доступный и удобный для пользования, полностью согласующийся с задачами первичного звена медико-санитарной помощи Навыки электронного здравоохранения, которые можно переносить и применять в других областях, таких как школы на базе интернета для больных хроническими заболеваниями Повышение уровня грамотности в области электронного здравоохранения и осведомленности об имеющихся ресурсах электронного здравоохранения среди местного населения и медицинских работников	Совместная разработка, испытания, оценка и совершенствование других вариантов опытных образцов канала здоровья Опытная эксплуатация окончательного образца и испытания его доступности, удобства использования и способности улучшать работу по укреплению здоровья населения Мобилизация и создание альянсов для более широких стратегий общественного здравоохранения в школах и микрорайонах

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Новая модель сестринского обслуживания школ для удовлетворения нынешних и будущих потребностей детей и подростков школьного возраста *(43)*	Улучшились: • подготовленность к школе • охват прививками • эмоциональное благополучие детей, за которыми осуществляется уход Снизились: • пропуски занятий в школе • избыточная масса тела у детей в возрасте 4-5 и 10-11 лет • частота зачатия до 18 лет • распространенность хламидии среди молодых людей возрасте 15-24 лет • распространенность курения среди 15-летних подростков • вредное употребление алкоголя и употребление наркотиков	Внедрение четырехуровневой модели сестринского обслуживания в школах Оказание поддержки детям и подросткам, имеющим множественные и сложные потребности, совместными действиями в нескольких областях Акцент на вовлечение детей и подростков и учет их мнений Координация услуг школьными сестринскими бригадами
Работа патронажных медицинских сестер в межведомственной бригаде по реализации программы ранних вмешательств для помощи семьям, детям и молодым людям от 0 до 19 лет *(44)*	Снизились: • распространенность курения и употребления алкоголя • случаи исключения из школы и непосещения школы Улучшилось: • состояние психического здоровья	Патронажные медсестры ведут индивидуальную работу с семьями и предоставляют поддержку, уделяя особое внимание осведомленности о насилии в семье и развитию ребенка Патронажные медсестры работают отдельно с каждой семьей в течение 12-16 недель, используя единую систему оценки Возглавляют бригады и выступают в роли наставников для членов бригады

Ситуационное исследование (№)	Конечные результаты	Основные виды деятельности
Предоставление паллиативной помощи больным с сердечной недостаточностью бригадой специализированных медицинских сестер совместно со специалистами по внестационарной, неотложной и паллиативной помощи *(49)*	Более раннее выявление больных, удовлетворение потребностей в помощи, остававшихся вне поля зрения работников здравоохранения Предпочтительные варианты помощи, в том числе выбор места смерти Снижение и предотвращение случаев госпитализации Снижение числа койко-дней, ведущее к снижению затрат стационаров	Комплексная кардиологическая помощь и целостная оценка потребностей больных и помощников по уходу с помощью проверенных и подтвержденных методик Облегчение выполнения пожеланий в отношении помощи, координируемой организатором помощи совместно с другими поставщиками услуг
Виртуальная консультация по вопросам падений в повседневной жизни между медицинской сестрой, ведущей пациентов в участковой службе сестринской помощи, и медсестрой, ведущей практику на более высоком профессиональном уровне в амбулаторном отделении реабилитационного центра *(52)*	Первичная оценка падений пациентов Первичное консультирование и планирование расследований в первичном звене Улучшение использования амбулаторного приема привело к сокращению очередей	Проведение консультаций с помощью видеоконференций между участковыми медработниками и больницей Предоставление первичных консультаций и планирование на местном уровне Пациенты вовлекаются в процесс оценки и планирования помощи себе
Самостоятельно практикующая медицинская сестра и медицинские сестры, работающие на более высоком профессиональном уровне, сотрудничают с участковыми медсестрами в предоставлении услуг по переливанию крови и внутривенной терапии в амбулаторном отделении, на дому у пациентов и в круглосуточных пунктах медицинской помощи *(55)*	Более своевременная выписка и возвращение в амбулаторное отделение внутривенной терапии и переливания крови Бригада в отделении внутривенной терапии выполняет функции диспетчера по организации услуг Сокращение числа койко-дней	Внутривенное введение антибиотиков и переливание крови в амбулаторных условиях Обеспечение соблюдения всех административных норм, регламентирующих предоставление помощи, и прикрепления всех пациентов к определенному врачу-консультанту