МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова

Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Монография

Минск БелМАПО
2013

УДК 614.253.3: 331.103
ББК 51.1 (2)
М 33

Рекомендовано в качестве научного издания советом БелМАПО
Протокол № 7от 19.09. 2013

Авторы:

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО Матвейчик Т.В.
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО Иванова В.И.

Рецензенты:

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ В.С. Глушанко
д.м.н., профессор, декан медико-социального факультета ГрМУ Е.М. Тищенко

Матвейчик Т.В.

М 33 Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова – Минск: БелМАПО, 2013.-184с. 27 прил., 8 табл., 1 рис,1 схема

ISBN 978-985-499-694-3

Монография «Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи» предназначена для организаторов здравоохранения и лиц, обучающихся в системе высшего и среднего специального медицинского и дополнительного образования взрослых на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела», «Сестринское дело», «Врач общей практики» медицинских вузов и колледжей, а также педагогов и социальных работников.

УДК 614.253.3: 331.103
ББК 51.1 (2)

ISBN 978-985-499-694-3

© Матвейчик Т.В., Иванова В.И., 2013
© Оформление БелМАПО, 2013

Оглавление

Введение 5
Глава 1. Социальная сфера как функция государственной политики в оказании медицинской и социальной помощи 7

Глава 2. Медицинская помощь и модели ее оказания сестрами в современных условиях 19

Глава 3. Деятельность помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в системе оказания первичной медицинской помощи: проблемы и тенденции 32

Глава 4. Критерии эффективности работы команды медицинского персонала 59

Глава 5. Проблемы взаимодействия в деловом общении помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Особенности психологии малых групп 78

Глава 6. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи с. 94

Глава 7. Оценка эффективности труда помощника врача по амбула*т*орно-поликлинической помощи в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь 101

Выводы 111

Заключение…… 117

Литература 119

Приложения 132

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлинические организации
БелМАПО – Белорусская медицинская академия последипломного образования
БСУ - больница сестринского ухода
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ИЧР – индекс человеческого развития
КМП – команда медицинского персонала
ПК – персональный компьютер
ПМП – первичная медицинская помощь
Пвр - помощник врача
ООН – Организация Объединенных Наций
ОЗ - организация здравоохранения
РБ – Республика Беларусь
РП – реабилитационный потенциал
РФ – Российская Федерация
СанПиН – санитарные нормы и правила
СНГ – Союз Независимых Государств
СЭР – санитарно-противоэпидемический режим
СЭВ – синдром эмоционального выгорания
ЦСО – централизованное стерилизационное отделение

Введение

Одним из приоритетных направлений в подготовке организаторов сестринского дела является формирование нормативной базы, определяющей деятельность помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр). В настоящее время в Республике Беларусь формируются подходы к организации работы Пвр, которые прямо или косвенно затрагивают качество и доступность медицинской помощи. Существующие функции помощника врача по-разному представлены в системе первичной медицинской помощи, что, возможно, связано с неполнотой нормативной правовой базы, отсутствием норм труда, малым опытом работы специалистов, неоднозначным представлением о его роли и содержании деятельности в литературе.

Проведенные в 2010-2012 гг. исследования на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО) призваны помочь решению этих задач, позволяют полнее представить новые полномочия и функции в рамках модели организации труда, формируя понятие о помощнике врача как о специалисте современного типа. Его деятельность строится по принципу «знание-понимание-действие», что позволяет выполнять работу качественно с наибольшей эффективностью для здоровья пациента. О медицинском персонале можно сказать словами А. Хаммера: «Когда Вы работаете 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, удача приходит к Вам сама». Новый специалист востребован как системой здравоохранения, так и населением.

Цель данной монографии - систематизация профессиональных знаний и навыков, алгоритмов действий для специалиста – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, определение его функций и роли в системе оказания первичной медицинской помощи (ПМП). В работе отражена преемственность материалов, изданных в Республике Беларусь в 2008-2012 гг. по обучению медицинских работников с высшим и средним специальным образованием, взаимное дополнение сведений из уже изданных работ, что полезно для расширения возможностей для самообразования студентов, учащихся и обучающихся в системе дополнительного образования взрослых.

Значительное внимание уделено практическим моделям оказания медицинской помощи, оценке качества труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Результатом проведенного исследования и анализа является предложение модели организации труда, позволяющей повысить профессиональную грамотность специалиста – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, эффективность оказания медицинской помощи и усовершенствовать образовательный процесс медицинских работников в системе дополнительного образования взрослых. Этот перспективный специалист станет связующим звеном между врачом и медицинской сестрой, сможет преодолеть трудности становления новой профессии, ведь

«Успех – это способность идти от неудачи к удаче, не теряя энтузиазма» (У. Черчилль).

Монография во многом соответствует учебной программе «Организация работы команды медицинского персонала», в ней идеологическая направленность обоснованно базируется на успехах отечественной медицины, а также соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и Всемирной ассоциации медицинских сестер, касающимся возрастающей значимости и роли средних медицинских работников в организации первичной медицинской помощи и уходе.

Выражаем признательность и благодарность за поддержку профессору Райнеру Риенмюллеру, добросердечному человеку и Профессионалу, одному из первых ученых с мировым именем откликнувшемуся на трагедию Чернобыля, в настоящее время передающего свои знания специалистам во всем мире. Авторы ценят вклад в работу над монографией главного внештатного специалиста по организации работы медицинского персонала со средним медицинским и фармацевтическим образованием Министерства здравоохранения Республики Беларусь Шешко С.А., которая разработала приложения №20-23 и №25-27. Наилучшие пожелания и благодарность тем, у кого учились и с кем работаем все эти годы на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, а также глубокоуважаемым рецензентам за объективную оценку труда авторов.

Глава 1. Социальная сфера как функция государственной политики в сфере оказания медицинской и социальной помощи

Социальная политика государства – это разработанный и реализуемый комплекс целей, принципиальных направлений и задач по улучшению жизнедеятельности людей, проживающих на определенных территориях. Она предусматривает сочетание мероприятий по улучшению материального благополучия, духовному и физическому развитию населения, оказанию поддержки инвалидам и малообеспеченным гражданам. Эта политика призвана обеспечить оптимальное воспроизводство населения, гармонизацию общественных отношений, гражданское согласие и реализуется через государственные решения, социальные мероприятия и программы. Все вместе это обеспечивает взаимодействие сфер жизнедеятельности общества в решении социальных проблем.

Отличительной чертой государственной социальной политики в нашей стране является справедливое распределение доходов, направленное на повышение благосостояния всех граждан и недопущение глубокого социального расслоения по уровню доходов.

Комплексность социальной политики позволяет выделить в ее структуре несколько составных частей:

*политику доходов населения;

*социальную защиту граждан;

*развитие системы здравоохранения, образования, культуры, обеспечение товарами, услугами, условиями проживания;

*молодежную политику.

Наиболее важное место в социальной политике государства занимает выработка и применение эффективного механизма формирования доходов населения.

Основной целью социальной политики в долгосрочной перспективе является обеспечение устойчивого роста уровня и качества жизни населения и создание условий для развития человеческого потенциала. При этом государство предоставляет каждому трудоспособному человеку условия, позволяющие собственным трудом и предприимчивостью обеспечить благосостояние свое и семьи, и полностью выполнить социальные обязательства перед инвалидами, многодетными семьями, нетрудоспособными и малообеспеченными слоями населения.

Для реализации главной цели государства основными направлениями социальной политики становятся:

- создание условий и возможностей всем трудоспособным гражданам зарабатывать средства для удовлетворения своих потребностей;

- обеспечение рациональной занятости населения на основе сохранения рабочих мест на жизненно важных и перспективных предприятиях, создания новых рабочих мест, в том числе, в частном секторе экономики;

- создание гибкой системы подготовки и переподготовки кадров;

- обеспечение роста реальных денежных доходов населения;

- последовательное повышение уровня оплаты труда как основного источника денежных доходов населения и важнейшего стимула трудовой активности работников наемного труда;

- формирование среднего класса как фактора стабилизации общества на основе значительного роста денежных доходов населения и снижения уровня малой экономической состоятельности;

- повышение уровня пенсионного обеспечения;

- снижение уровня низкой экономической состоятельности населения;

- повышение адресной направленности социальной защиты конкретным слоям населения на основе усиления оказания помощи, рационализации системы льгот, улучшения социального обслуживания.

Социальная стабильность развития общества обеспечивается проведением эффективной социальной политики государства, критериями которой являются:

- реализация приоритетов социальной политики как одного из важнейших условий устойчивого развития общества;

- гарантии прав на свободу человека и на свободную реализацию трудового и интеллектуального потенциала с тем, чтобы трудоспособный гражданин смог обеспечить себе и своей семье материальное благополучие;

- дифференциация социальной политики в отношении различных слоев общества;

- адресная социальная защита малообеспеченных слоев населения;

- взаимная солидарная ответственность всех субъектов (государство, предприниматели, профсоюзы, население) за результаты социального развития;

- права и гарантии, ориентированные на укрепление семьи – основной ячейки общества, на духовное, культурное, нравственное развитие граждан и, прежде всего, молодежи;

- бережное отношение к историческому наследию предков и преемственность поколений, сохранение самобытности национальных традиций.

Система общественного воспроизводства включает 2 основные сферы.

Производственная сфера – это промышленность, торговля, сельское хозяйство, материально-техническое снабжение. Сюда включен транспорт, строительство, связь, лесное хозяйство. В социальную сферу входят образование, здравоохранение, культура, искусство, страхование, наука.

Социальная сфера является самостоятельным разделом общественной жизни, в котором реализуются многообразные общественные интересы в отношениях социальных субъектов. Это совокупность отраслей и организаций, выполняющих общую функцию по удовлетворению потребностей населения.

Определяющим признаком является оказание услуг непосредственно населению или человеку.

В развитии отрасли социальной сферы приобретают все большее значение отрасли общественного производства.

Социальная сфера выступает интегральным объектом социальной политики, выполняя особую роль в жизни общества, при которой происходит воспроизводство и изменение социальных связей между людьми, условий и образа жизни, возможностей удовлетворения социальных потребностей. Таким образом, социальная политика направлена на создание оптимальных условий для развития человека и общества, а главное – в ней воспроизводится главный потенциал страны – квалификация, здоровье и духовный настрой ее жителей.

Многогранность социальной сферы состоит также в том, что она охватывает систему социально-классовых и национальных отношений, совокупность социальных условий и факторов жизнедеятельности общественных групп и личности, связи общества и личности.

Влияние социальной сферы на популяцию и воспроизводство человечества определяется продолжительностью взаимодействия социальной сферы и индивида. Чем продолжительнее взаимодействие, тем больше зависимость человека и качества его жизни от функционирования социальной сферы.

Большая часть инфраструктуры социальной сферы взаимодействует с населением в детском и юношеском возрасте, т.е. с рождения и до 18-25 лет, тогда как социальное обеспечение в полном объеме разворачивается в трудоспособном и пенсионном возрасте.

Так, до 18-20 лет расходы на детей и подростков (воспитание, образование и поддержание здоровья) растут; затем начинается период трудовой деятельности человека и постепенное возмещение затраченных на него средств. Достигнув 45 лет, человек возмещает все расходы и начинается накопление будущих расходов – работа на пенсионный период. Все экономические затраты, в том числе семьи и государства, возмещаются за 8,7±13, т.е. 21,7 года труда (молодость вместе со старостью составляют 55% общего количества проработанных лет с 18 до 57,6 года).

Социальная защита граждан включает оказание материальной и другой поддержки социально уязвимым группам населения (пенсионерам, инвалидам, безработным, многодетным семьям и др.). Важное место в сфере социальной защиты граждан отводится обеспечению занятости населения.

Социальная политика в области здравоохранения, образования, культуры, обеспечения товарами, услугами, условиями проживания включает перечень мер по их дальнейшему развитию, максимальной доступности и охвату населения. В это понятие входит:

- здравоохранение, которое обеспечивает гарантию установленного объема медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения (ОЗ), использование дополнительных источников финансирования по мере экономического развития медицинской помощи (МП), укрепление ма-

териально-технической базы ОЗ, улучшение обеспечения лекарственными средствами;

• образование, формирующее интеллектуальный потенциал нации, влияющее на развитие науки, культуры, экономики, создание необходимой многовариантной сети учебно-воспитательных учреждений, расширение или обновление материально-технической базы;

• культура, способствующая повышению качества услуг, обеспечению их доступности для широких слоев населения, укреплению и обновлению материально-технической базы.

Выделяют 3 уровня разработки социальной политики: государственный, региональный и уровень предприятия или организации.

В технологии осуществления социальной политики на любом уровне выделяют две основные части:

- разработку, основанную на реалистичности и обоснованности;

- реализацию, связанную с конкретностью и результативностью социальной политики в соответствующих программах.

Величина доходов, других благ и услуг, их распределение по группам населения во многом определяют уровень жизни.

Уровень жизни - это степень обеспеченности населения необходимыми для жизни материальными и духовными благами. Он характеризуется системой количественных показателей: общим объемом потребляемых благ и услуг; реальными доходами, размером заработной платы, социальными выплатами, накопленным имуществом, денежными сбережениями, условиями труда, продолжительностью свободного времени и др.

Согласно Конституции, Республика Беларусь является унитарным демократическим социальным правовым государством, в котором Человек, его права, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства (Конституция Республики Беларусь).

Обобщающим показателем для оценки уровня жизни у населения стран Организации Объединенных Наций (ООН) рекомендован индекс человеческого развития (ИЧР), который учитывает такие компоненты: размер валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения с учетом покупательской способности денежной единицы, ожидаемую продолжительность жизни и уровень образования граждан.

В соответствии с Докладом ООН о человеческом развитии за 2012 г., Республика Беларусь заняла по этому показателю 50-е место из 187 стран мира. Это третья позиция в группе стран с высоким уровнем развития. По индексу человеческого развития Россия заняла 55 место в мире, Украина – 78, Казахстан – 69, Грузия – 72. Лидерство нашей страны является закономерным: расчеты независимых экспертов показывают, что Беларусь проявляет заботу о своих гражданах, расходуя на здравоохранение 4,3% валового внутреннего продукта, образование – 5,5 % ВВП.

Благодаря осуществлению последовательной социальной политики, внедрению государственных социальных стандартов Беларусь по таким по-

казателям здоровья населения, как младенческая и материнская смертность, ожидаемая продолжительность жизни, уровень инфекционной заболеваемости, выгодно отличается от других стран СНГ. Наша страна достигла среднеевропейского уровня по показателю младенческой смертности, значительно снижена смертность детей в возрасте до 5 лет. Республика Беларусь получила сертификат Региональной Европейской комиссии ВОЗ, подтверждающий искоренение полиомиелита.

Услуга – это полезный эффект труда, направленный на удовлетворение потребности путем предоставления или производства соответствующих благ материального или нематериального характера. Представляя собой область деятельности субъектов социально-экономической системы, сфера услуг удовлетворяет потребности физических и юридических лиц.

Оказание услуг отличается от процесса производства и реализации материального товара по ряду признаков:

- Неосязаемость услуг, которая затрудняет демонстрацию предполагаемого результата, и качества услуги потребителю до начала обслуживания, что обусловливает особое внимание к процессу предоставления услуги.
- Гетерогенность (неоднородность) услуг приводит к трудности или невозможности их стандартизации, следствием чего становится отсутствие нормативов, сложность планирования и контроля работы ОЗ, зависимость качества выполнения от конкретного лица.
- Несохраняемость услуг не позволяет создавать запасы для адекватного реагирования на изменение спроса. Этот признак не актуален для услуг со стабильным спросом, однако существуют потребность в услуге с пиковым спросом (оздоровительно-туристические услуги).
- Неотделимость предоставления услуги от потребителя, как степень его вовлеченности в процесс обслуживания. Она может варьировать в разных отраслях от непосредственной вовлеченности, в образовании, до бесконтактной - телекоммуникации.

Типы классификации услуг:

- Материальные и нематериальные:

а) услуги, удовлетворяющие потребности физических лиц, возникающие в процессе их жизнедеятельности;

б) услуги, удовлетворяющие потребности юридических лиц, возникающие в процессе их производственной деятельности.

В зависимости от целевых установок, уровня и иерархии услуг, уровня и характера государственного регулирования в удовлетворении определенных потребностей и уровня материальности.

- По признаку приоритетности потребностей человека для человека и очередности их удовлетворения.

Услуги, которую можно было бы отнести только к одной из этих групп, не существует.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи.

Государство, учитывая факторы социального и экономического характера, выполняет функции гаранта или органа регулирования функционирования сферы услуг для обеспечения условий жизнедеятельности общества.

Возможность выполнения важнейших функций государства обеспечивается специальной подсистемой - здравоохранением, которое является отраслью социальной сферы. Оно оказывает специфические услуги, которые могут радикально изменить качество жизни индивида, как в положительную, так и отрицательную сторону, так как непосредственно взаимодействует с наиболее незащищенной, непредсказуемой, слабоуправляемой характеристикой индивида – здоровьем.

Здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступности медицинского обслуживания населения.

Система здравоохранения может являться объектом ценностных оценок со стороны государства и общества. Например, возможности получения медицинской помощи различными социальными группами являются в любом современном обществе предметом оценки с позиций социальной справедливости.

Международные организации и Конституция Республики Беларусь относят доступность медицинского обслуживания к числу неотъемлемых прав человека. В Конституции Республики Беларусь отдельная ст. 45 определяет права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь: «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания». Главной целью государственной политики в области здравоохранения является сохранение и укрепление здоровья нации. В связи с этим, государственная социальная политика в Беларуси направлена на усиление защиты и соблюдение определенных гарантий для конкретных групп общества посредством адресных программ. Особое место отводится системе медико-социальной помощи.

В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» определены основные принципы государственной политики в области охраны здоровья населения*:*

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения;
- обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения;
- приоритетность мер профилактической направленности;
- приоритетность развития первичной медицинской помощи;

-приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в послеродовой период, инвалидов и ветеранов в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

- обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения и его будущих поколений;

- формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих;

-ответственность республиканских органов государственного управления, иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состояние здоровья населения;

- ответственность нанимателей за состояние здоровья работников.

Существующая система здравоохранения призвана:

1. Обеспечить меры, способствующие предупреждению, диагностике и лечению болезней, максимальному продлению активной творческой жизни человека.

2. Создать условия, способствующие укреплению общественного здоровья, благоприятную среду для непосредственной жизнедеятельности человека – образа и условий жизни, уровня образования и культуры.

Потенциально опасные для общественного здоровья факторы (факторы риска), повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода, можно разделить на следующие группы:

- социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние);

- социально - биологические факторы (возраст родителей, пол, течение антенатального периода);

- экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации);

- организационные или медицинские факторы (качество и доступность медицинской и социальной помощи).

Механизм реализации поставленных задач предполагает преимущественное оказание услуг организациями государственной формы собственности, в том числе, в здравоохранении.

Ежегодно в республике разрабатываются и реализуются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе утвержденных государственных социальных стандартов в области здравоохранения.

В 2012 г. норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на 1 жителя составил в среднем 1902218 рублей. Остальные государственные социальные стандарты в области здравоохранения составляют:

- норматив обеспеченности врачами первичного звена (участковыми терапевтами и педиатрами, врачами общей практики) – 1 врач на 1300 жителей;

- норматив обеспеченности населения больничными койками – 9 коек на 1 тысячу населения;

норматив обеспеченности аптеками – 1 аптека на 8000 жителей;

- норматив обеспеченности скорой и неотложной медицинской помощью – 1 бригада на 12500 жителей.

Национальная политика развития отрасли нашла отражение в ряде нормативных документов, согласно которым проведена масштабная работа по разработке и внедрению новой медико-экономической модели развития отечественного здравоохранения. Она включает бюджетное финансирование расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя; приоритетное развитие ПМП; реализацию территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью; осуществление реструктуризации и стандартизации медицинской помощи, создание системы управления ее качеством.

Стратегической целью развития здравоохранения является создание эффективной системы, укрепление ее потенциала для обеспечения каждого гражданина доступной и качественной ПМП.

Для достижения этой цели реализуется ряд мероприятий :

- гарантии в области здравоохранения на основе государственных минимальных социальных стандартов;

- планирование финансовых средств по нормативам бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, а также нормативам объема и себестоимости медицинской помощи;

- расширение внебюджетных источников финансирования отрасли;

- реструктуризация медицинской помощи и внедрение ресурсосберегающих технологий на основе улучшения материально-технической базы ОЗ;

- совершенствование организации и управления системой здравоохранения.

Имеющиеся демографические тенденции обусловливают актуальность работы по оказанию населению необходимых видов и объемов медико-социальной помощи.

Модернизация медико-социальной помощи является важной задачей, как и разработка модели ее функционирования во взаимодействии с государственными структурами, оказывающими медико-социальную помощь.

Долгосрочная устойчивость развития системы здравоохранения требует финансового участия государства. Это созвучно социальной политике, проводимой руководством страны, направленной на повышение эффективности реализации социальных гарантий населению путем перехода от общих социальных программ к адресным программам, учитывающим потребности

конкретных групп населения. Правительством ставится задача перехода к строго дифференцированным программам по предоставлению услуг инвалидам, одиноким лицам.

Всеобъемлющий характер медицинских услуг включен в стратегическую политику здравоохранения. На уровне ПМП при реализации мероприятий профилактики, лечения, реабилитации и оздоровления особую роль играют такие специалисты, как врач общей практики и Пвр, обладающие навыком оказания медицинской помощи в различных областях медицины. Учитывая демографические прогнозы, постарение населения в Республике Беларусь, особое внимание социально ориентированного государства уделяется пожилым и старым людям. Информативными показателями состояния физических возможностей лиц старших возрастов является их мобильность и способность к самообслуживанию. С возрастом эти навыки утрачиваются. Так, в возрасте 60-64 лет мобильность пациентов составляет 93%, а в 80 лет и старше – 20-23% человека среднего возраста. Способность к самообслуживанию человека в возрасте 75 лет и старше уменьшается вдвое, к 80 годам она снижается до 8-12%. В связи с этим предоставление медицинских и социальных услуг пожилым и старым людям является задачей развитых государств.

По результатам исследований профессора Глушанко В.С. (2010) структура потребности в медицинской и социальной помощи для пожилых людей такова:

***43% нуждаются в медицинской помощи;**

***в уходе нуждается 11,4%;**

***в доставке лекарств - 6,3%;**

***в приготовлении пищи – 4,5%;**

***в доставке продуктов – 2%. При этом в амбулаторной помощи нуждается 82,3%, в стационарном лечении – 12,3%, в пансионатах для пожилых – 1,7%. Не нуждается в помощи 3,7% людей старше 70 лет. По данным Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь эти цифры аналогичные.**

Поскольку в целом пожилые и старые люди нуждаются в ограниченном объеме лечебных мероприятий, но в длительном сестринском уходе, расширяется оказание социально-медицинских услуг в больницах сестринского ухода, отделениях сестринского ухода, специальных клиниках для безнадежно больных - хосписах, отделениях, палатах паллиативной медицинской помощи. К особо значимым мероприятиям по обеспечению помощи пожилым и инвалидам можно отнести расширение сети медицинских и социальных служб по уходу на дому за счет объединения труда специалистов. Это может быть врач общей практики, Пвр и социальный работник. Также эффективным может стать расширение сети стационарных интернатов для пожилых и инвалидов, нуждающихся в уходе.

В пожилом возрасте отмечается увеличение заболеваемости и инвалидности. В возрасте 60 лет уровень заболеваемости в 1,7-2 раза выше, чем у лиц 40 лет. В 50-летнем возрасте на 1 пациента приходится 1,7-3,6 заболеваний, в возрасте старше 70 лет – 5-6 заболеваний. В связи с этим возрастает потребность в медицинской реабилитации.

Режим наибольшего благоприятствования для развития института Пвр в стране позволяет направлять усилия на более полное удовлетворение запросов населения в медицинских услугах по сохранению здоровья, обеспечение доступности медицинской помощи, удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи.

Для реализации этих задач необходимо:

- внедрение новых медицинских технологий и современного оборудования в области профилактики и реабилитации;
- обеспечение эффективного взаимодействия государственных и коммерческих медицинских центров по вопросам развития рынка медицинских услуг;
- формирование системы, оптимально сочетающей бесплатную медицинскую помощь и медицинские услуги за дополнительную плату;
- усовершенствование системы стационарзамещающих технологий силами специалистов нового типа - Пвр в рамках развития ПМП;
- оптимизация материально-технического обеспечения больниц сестринского ухода (БСУ) по организации медицинской и социальной помощи в сельской местности;
- развитие комплекса мер по обеспечению доступности для населения системы оказания санаторных и оздоровительных услуг.

Выводы

Медицинская и социальная сфера являются частью государственной политики, обеспечивающей достойный уровень жизни и свободное развитие человека. Для этого имеются необходимые предпосылки: основы активной социальной политики в области здравоохранения, традиции отечественной медицины, имеющиеся организационные и кадровые ресурсы и созданный экономический потенциал.

В соответствии с Направлениями стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015 гг., а также в русле мировых тенденций, обозначенных в заключительном докладе ВОЗ за 2011г. «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья» реализуются социальные стандарты с учетом имеющихся экономических возможностей, внедрение передовых медицинских технологий способствует этому в наибольшей мере.

Обеспечение доступности и качества медицинской помощи в системе ПМП вне зависимости от платежеспособности населения может быть достигнута совершенствованием функций специалиста – Пвр.

Становление института Пвр соответствует задачам развития ПМП, как менее затратной, и наиболее востребованной в современных условиях. Пвр уготовано новое место приложения его знаний и навыков - в системе амбулаторно-поликлинической помощи и общей врачебной практики.

Растущая потребность в развитии стационарзамещающих технологий в связи с высокой стоимостью пребывания в условиях стационара (в 2-2,5 раза дороже, чем в больнице сестринского ухода) определяют развитие оказания медицинской помощи пожилым и старым людям специалистом нового типа – Пвр.

Литература

1. Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В.Левицкая [и др.] под ред. Ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. - Витебск: ВГМУ,2008.-185с.
2. Доклад о человеческом развитии, 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех: пер. с англ. /ПРООН. – М.: Весь мир, 2011.- 188с.
3. Закон Республики Беларусь 20 июня 2008 г. N 363-З «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" Зарегистрирован в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 27 июня 2008 г. N 2/1460.
4. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее /Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минсктиппроект,2012. – 320с.
5. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П.Лисицын, Г.Э.Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
6. Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 90-летию здравоохранения Республики Беларусь (Минск,19 июня 2009г.) / редкол.: В.И.Жарко [и др.] - Минск: БелМАПО,2009.-786с.
7. Морова, А.П. Социальная политика государства //Проблемы управления. – 2012. - №2(43). - С.75-80.
8. Организационные технологии в системе здравоохранения 21 века: Монография /под ред. А.Н. Косинца, В.С. Глушанко.- Витебск: ВГМУ, 2006.- 328с.
9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013г.№3 «О некоторых вопросах организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг» /зарег. в Нац. реестре прав. актов Республики Беларусь от 13 февраля 2013г.№8/26902).

10. Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины: учебн. пособие. - М.: ИНФРА-М,2004.-368с.

11. Хулуп, Г.Я. Матвейчик, Т.В., Иванова, В.И. Избранные вопросы техгологии успешной продажи медицинской услуги в условиях санаторно-курортных и оздоровительных организаций: учебно-методическое пособие /Г.Я. Хулуп, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова – Мн.:БелМАПО,2006.-100с.

12. Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии: достижения, проблемы и дальнейшие шаги. – ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010. – 132с.

13. Часнойть, Р. А. Общественное здоровье и здравоохранение: основы экономики, финансирования и управления: учебное пособие / Р. А. Часнойть[и др.] – Гродно: ГрГМУ, 2008.-252с.

14. Щеткина, М.А. Государственно-частное партнерство для инновационного развития /М.А. Щеткина //Проблемы управления.-2012.- №2(39).- С.23-30.

15. Щеткина, М.А. Социолого-управленческий подход в организации социального обслуживания населения //Проблемы управления. – 2011. - №4 (41). – С.75-80.

Глава 2. Медицинской помощь и модели ее оказания сестрами в современных условиях

Социальная политика государства направлена на обеспечение высокого уровня и качества жизни населения, в первую очередь, детей, пожилых и старых людей, инвалидов. Реализуемые государственные программы адресованы разным слоям общества, в связи с чем, необходимо владеть сведениями о потребности разных групп населения в медицинских и социальных услугах.

Прогнозы специалистов Республики Беларусь и ООН свидетельствуют о том, что к 2025 году удельный вес людей старше 65 лет составит десятую часть человечества. Социально-экономические последствия процессов постарения населения имеют всеобщий характер, однако требуют различных действий в отдельно взятых странах.

Задуматься о последствиях демографических процессов на общественное здоровье заставили в середине прошлого столетия эксперты ООН, когда определили границей демографической старости 65 лет.

Исходя из данного тезиса, демографическая структура населения может быть представлена как:

- молодое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет до 4%);
- зрелое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет 4-7%);
- старое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет свыше 7%).

В исчислении демографической старости разными авторами общим являются показатели рождаемости и смертности. Увеличение средней продолжительности жизни в большей степени свидетельствует о социально-экономическом благополучии страны.

Демографический фактор, таким образом, является важной предпосылкой развития медико-социальной помощи.

Наибольшее влияние на статистику здоровья населения имеет уровень смертности, обусловленный 4 группами факторов:

- уровнем жизни населения, включающим условия труда и быта, доходы, жилье, сферу обслуживания, качество питания;
- состоянием окружающей среды, куда включают не только водоснабжение, атмосферный воздух, но и уровень обеспеченности медикаментами;
- качеством здравоохранения;
- санитарной культурой населения, включая гигиену труда и быта, распространенность вредных привычек.

Совокупность мероприятий по воздействию на демографические процессы в нужном для общества направлении называют демографической политикой.

Для нашей страны важным является представление о подвижности и обратимости процессов демографического старения, которые влияют на организацию действия государственных организаций.

Если число лиц старше 60 лет составляет от 12 до 14%, то демографическая старость считается подвижной, поскольку в этом случае нужны срочные государственные меры по повышению рождаемости и росту благосостояния.

Стабильна демографическая старость тогда, когда лица старше 60 лет составляют 15-19% в структуре населения (т.е. число рождений равно числу умерших).

При недостаточной замене родительского поколения наблюдается суженное воспроизводство, а депопуляцией считают состояние, при котором происходит превышение показателей смертности над рождаемостью.

Мероприятия демографической политики в нашей стране, способствующие национальным интересам, подразделяют на 3 группы:

-экономические (возраст для начисления пенсии матерям, денежные пособия на детей);

-административно-правовые (минимальный возраст для вступления в брак, имущественные права супругов в пользу детей);

-социально-психологические мероприятия, или воспитательные, направленные на формирование демографических идеалов.

Для решения глобальных для человечества проблем старения важнейшими являются выработка национальных стратегий и прогресс в области здравоохранения и финансовой защищенности пожилых людей. Первое десятилетие нового века характеризуется некоторыми особенностями:

-трансформация демографических процессов к 2050 году, когда каждый пятый будет в возрасте старше 60 лет, а не каждый десятый;

-увеличение продолжительности жизни людей на 20 лет за последние 50 лет благодаря достижениям медицины и социальных технологий;

-рост коэффициента иждивенчества (отношение числа нетрудоспособного населения к 1000 трудоспособного). Анализ коэффициента демографической нагрузки в Беларуси среди лиц трудоспособного возраста (15-59 лет) за период с 1990 по 2008гг., для городского и сельского населения, с учетом пола позволяет сделать вывод о стабилизации процесса старения населения.

Социальная защита пожилых людей и ветеранов в Беларуси является одним из приоритетных направлений социальной политики государства и находится под контролем Президента и Правительства страны. Правовые основы и меры социальной защиты пожилых людей и ветеранов определены Законом Республики Беларусь «О ветеранах», соглашениями государств-участников СНГ о взаимном признании льгот и гарантий инвалидов и участников Великой Отечественной войны, семей погибших военнослужащих и лиц, приравненных к ним. В новой редакции Закона «О ветеранах» предусмотрены дополнительные меры социальной поддержки этой категории

граждан. Учитывая особый статус ветеранов войны, к их трудовой пенсии установлены повышения в размере от 250 до 500 процентов минимальной пенсии по возрасту.

Всеобщим советом Генеральной Ассамблеи ООН (резолюция 46/91 от 16 декабря 1991 года) явилась рекомендация включения в национальные программы Принципов Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей. К ним отнесены принципы: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала и достоинство.

Медицинская и социальная помощь является свидетельством гуманизма общества к детям, пожилым, старым людям и инвалидам и базируется на определенных нравственных принципах:

- достоинства личности, что обеспечивается правом на труд;

- свободы выбора и самостоятельности в решении собственных проблем, обусловленных образом жизни, на основании права выбора во время болезни между домашним и общественным пребыванием, временным или постоянным;

- взаимного участия в коллективной жизни снижает социальное одиночество, восполняет потребность в общественной значимости.

- разумного стимула, обеспечивает возможность сотрудничества с другими людьми;

- равенства всех в получении ухода по состоянию здоровья с приоритетом для групп медико-социального риска;

- приоритетности и оптимальности ухода на дому, что наиболее полно отвечает потребностям человека и общества;

- значимости лиц, оказывающих медико-социальную помощь старым людям и инвалидам, престиж профессии.

Ориентация государства на оказание медицинской помощи, базирующейся на нравственных принципах, свидетельствует о внимании к человеку труда и социальной направленности. В современных условиях роль и значимость сестринской медицинской помощи значительно возрастают.

Международные организации уделяют внимание прогнозу развития и формам предоставления медико-социальной помощи, важное место в предоставлении которой отводится сестрам и акушеркам.

Политика развития сестринского дела, обсуждавшаяся в г. Варшаве (2011) на совещании государственных главных медицинских сестер Европейского региона содержит пошаговые изменения, предпочтительные на данном этапе развития здравоохранения. Согласно резолюции Сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 64.7 (2011г.) «Укрепление сестринского дела и акушерства. Стратегические направления развития сестринской и акушерской служб на 2011-2015гг.» предложено улучшать показатели здоровья путем компетентных, доказательных медсестринских и акушерских услуг.

Такая работа должна быть ориентирована на потребности семьи, включая реализацию концепции медицинской сестры общей практики, а также на

усиление роли сестер и акушерок в таких областях, как общественное здравоохранение, укрепление и развитие потенциала здоровья у населения на местном уровне.

В связи с общей тенденцией к увеличению доли пожилых и старых людей в структуре населения отмечается рост потребности в медицинской и социальной помощи.

Организация медицинской и социальной помощи осуществляется в амбулаторно-поликлинических, стационарных и специализированных организациях системы здравоохранения и социального обеспечения. В стационарных организациях создается среда, в которой концентрируются социально уязвимые пожилые и старые люди (больницы сестринского ухода, хосписы, отделения круглосуточного пребывания территориальных центров социального обслуживания, дома-интернаты). ПМП включает оказание медико-социальных услуг на дому, при котором, в отличие от выше описанного, услуги приближаются к потребителям в привычной для них среде. Это позволяет сохранять и поддерживать устоявшийся уклад жизни, имеющиеся социальные связи, не истощая функциональные резервы на привыкание к новым условиям, что неизбежно при переселении в стационары.

Выделение медико-социального помощи в структуре больничной помощи системы здравоохранения вписывается в современную стратегию реструктуризации отрасли.

Размещение медико-социальных коек на базе существующих стационаров не требует дополнительных затрат. Комплексный подход к проблеме содержания медико-социальной помощи привел к совместному финансированию этих коек из различных источников:

- бюджета здравоохранения;
- собственные средства пациентов (в том числе части пенсии);
- из фонда социальной защиты;
-средств общественных фондов, пожертвований граждан, гуманитарной помощи.

Экономическая выгода содержания этих коек органами социальной защиты состоит в том, что отпадает необходимость строить новые дома-интернаты для престарелых больных, уменьшится очередь для перевода в них, сократится нагрузка на социальных работников.

ВОЗ отмечает, что оказание ПМП - трудоемкий процесс, в котором роль медицинских работников зачастую недооценивается государством и обществом.

Разработка модели деятельности Пвр в амбулаторно-поликлинической организации актуальна для состояния демографии в стране. Постарение населения, когда численность жителей в возрасте 65 лет и старше составляет 12,8% - одна из причин увеличения потребности в медицинской и социальной помощи с акцентом на ПМП и общую врачебную практику. Применительно к модели деятельности Пвр это может означать и изменении его функций в системе ПМП и привлечение окружения и семьи пациента в дей-

ственную медицинскую и социальную помощь. Разработка нормативных и правовых актов, а также стандартов осуществления сестринских услуг на дому и контроля их качества, определение типов оказываемых услуг, контингентов населения, подлежащих такому уходу, учебные программы для обучения медицинских сестер, родственников и волонтеров уходу на дому – это только пунктиры необходимой деятельности.

Формирование системы медицинского ухода на дому обусловлено не только современным состоянием демографии, но и экономическими возможностями государства. Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста изменяет показатели общественного здоровья, общая заболеваемость имеет тенденцию к увеличению. Рост общей заболеваемости свидетельствует о накоплении хронической патологии, медико-социальными последствиями которой является инвалидность. Ограничение жизнедеятельности и утрата людьми способности к самообслуживанию обусловливает возрастание нагрузки на систему оказания медицинской и медико-социальной помощи.

Анализ численности больничных коек в развитых западных странах в последние годы выявил ряд изменений. Отмечается неуклонное увеличение количества сестринских коек с сокращением общего числа больничных коек в лечебных организациях в большинстве стран.

В стране создана система государственной медицинской помощи и социальной поддержки граждан пожилого возраста, инвалидов, при которой социально-бытовые услуги оказываются системой Министерства труда и социальной защиты. Медицинским аспектом проблемы здоровья таких людей занимаются организации Министерства здравоохранения. Формирование эффективного взаимодействия разных ведомств является путем комплексного решения специфических задач охраны здоровья отдельных категорий пожилых и старых людей.

Проблемы медицинской и социальной помощи в уходе иногда приходится решать за счет дорогостоящих больничных коек. Их используют для госпитализации пожилых пациентов, не только по медицинским, но и по социальным показаниям, что является экономически невыгодным. Проводимая реорганизация медицинской помощи в условиях стационара, направленная на сокращение коечного фонда, не решает проблему, несмотря на наличие 108 БСУ.

Опыт зарубежных стран свидетельствует о возрастании объема медико-социальной помощи больным в домашних, а не стационарных условиях, что оправданно не только с экономической точки зрения. О правильности такого подхода свидетельствует заключение ВОЗ: если в силу сложившихся обстоятельств человека преклонного возраста поместить в дом-интернат, оторвать от привычной социальной среды и связей, то, несмотря на хорошие условия проживания, полноценное питание и культурный досуг, в среднем он живет на 7-12 лет меньше.

По мнению некоторых авторов, развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и аналогичных

институтов, но увеличит функционирование дневных стационаров, долговременных интернатов для престарелых, БСУ. Необходимость будущей специализации БСУ (по гериатрии, онкологии, психиатрии) апробирована практикой других стран и обеспечивает качество сестринской помощи.

Оптимизация деятельности Пвр согласно предложенной модели позволит в определенной перспективе надеяться на улучшение качества жизни лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями посредством вторичной профилактики. Введение должности Пвр происходит в условиях и с учетом конкретных социально-экономических условий, сложившихся в Беларуси и с учетом международных обязательств.

С целью рационального использования кадровых ресурсов в системе ПМП продолжено введение должности Пвр. Так, в 2009г. было 62 специалиста, в 2010г. - 226, в 2011г. - 811, 2012г - 1061. Постепенные изменения содержания сестринского труда проходят в определенных условиях.

Для удовлетворения потребности в предоставлении медицинской помощи пожилым, старым людям и инвалидам необходимо расширение функций средних медицинских работников. Совершенствование старых и появление новых форм медицинской и социальной помощи возможно только с привлечением новых специалистов, технологий с возрастанием роли общественных организаций и объединений.

В мире известны несколько моделей сестринского ухода: функциональный, бригадный, полный, узкоспециализированный уход при конкретном заболевании. Для полного удовлетворения потребностей пациентов в зависимости от целей организаций здравоохранения, может применяться изолированная модель, либо их объединение в различных сочетаниях.

Функциональный сестринский уход основан на максимальном использовании опыта, навыков и умений сестры или Пвр для обеспечения качественного ухода за пациентом с акцентом на разделение труда и контроль. Этот вид ухода оправдан в условиях дефицита медсестер и вспомогательного персонала, он имеет свои достоинства и недостатки (табл. 2.1).

Таблица 2.1.

Преимущества и недостатки функциональной модели сестринского ухода

Преимущества	Недостатки
Мастерство в выполнении процедур, быстрое достижение высокой квалификации	Отсутствие ответственности за полное удовлетворение всех потребностей пациента
Большой контингент обслуживания небольшим штатом	Отсутствие конкретной медсестры, с которой пациент мог бы обсудить проблемы
Упрощение обмена информацией с врачами	Возможность утраты медсестрами умений и навыков другой работы

Удовлетворение от хорошо выполненных однотипных заданий	Возможность разочарования в работе по причине однотипности заданий
Облегчение контроля со стороны медсестры-руководителя	Отсутствие полного представления о пациенте у медсестер

Бригадная форма сестринского обслуживания разработана с целью оптимального использования опыта сестер и контроля ухода, который осуществляется менее квалифицированными работниками.

Патронаж осуществляется группой сестер, бригадой, в состав которой входят люди разного профессионального уровня: врачи, Пвр, сестры с различной специализацией, младшие медицинские сестры, социальный работник, добровольцы, сиделки, ухаживающие родственники, соседи. Пациент рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого строится вся работа (табл. 2.2).

Оптимальный размер группы – 3-5 человек, иногда 9 человек. Работа в команде дает участникам чувство принадлежности единому делу, взаимопомощь, защищенность, общение, а также создает возможность работы по индивидуальному гибкому графику.

Известна примерная нагрузка при работе в такой бригаде на 1 медицинскую сестру – 6-10 пациентов в день при условии обеспечения мобильности передвижения, на 1 старшую медицинскую сестру (Пвр) – 20 пациентов, на 1 инструктора ЛФК – 6-10 пациентов, на 1 медсестру по массажу 4-5 пациентов, на 1 сиделку – 4 пациента. Рассчитанный норматив деятельности Пвр предложен ниже.

Таблица 2.2.

Преимущества и недостатки бригадного метода сестринского обслуживания

Преимущества	Недостатки
Повышение удовлетворенности пациента качеством ухода, т.к. он знает обслуживающих его медсестер	Недостаток знаний у медсестер вопросов лидерства и эффективных коммуникаций
Эффективное обслуживание пациентов небольшим числом медсестер, коллегиальность	Недостаточные количество персонала с высоким уровнем практического опыта
Повышение мотивации, эффективности работы, формирование командного духа	Возможность потери преемственности ухода в связи с недостатком практического опыта
Применение во внутрибольничной, так и внебольничной сферах здравоохранения, обмен опытом	Увеличение нагрузки на медсестру

Модель полного обслуживания пациента используется в госпиталях США. При этом медицинская сестра несет юридическую ответственность за пациента. Находясь у постели больного человека, она не только решает его проблемы, но несет полную ответственность за принятие решений и результаты ухода. Она ведет от одного до пяти пациентов, передает информацию об изменениях в его состоянии другим членам медицинской междисциплинарной бригады. Никто не опасается, что бригада многочисленна, ибо известно, что оптимальное решение принимают группы, состоящие из непохожих людей.

Усилия команды направлены на формирование у пациента приверженности к принятию помощи, желание излечиться. Периодически бригада собирается для обсуждения проблем работы и путей их решения. Это дает возможность разрешить сомнения и недоразумения (табл.2.3).

Пациенту, нуждающемуся в уходе в течение длительного времени, подобная команда может обеспечить бесперебойный контроль состояния, взаимозаменяемость во время отпусков, болезни, отъезда, учебы, богослужений. Такая помощь расширяет круг общения с людьми разного профессионального уровня, интеллекта, образования, кругозора (табл.2.3.).

Таблица 2.3

Преимущества и недостатки модели полного сестринского обслуживания

Преимущества	Недостатки
Конкретизация ответственности одной медсестры за прикрепленного пациента	Недостаток знаний и практического опыта для предоставления всех видов помощи одной медсестрой
Передача одной медсестрой всей информации о пациенте другим членам медицинской и/или междисциплинарной команд ведет к возрастанию личной ответственности	Трудности в получении помощи от других медсестер, которые могут быть заняты со своими пациентами
Более высокая удовлетворенность пациентов качеством сестринского обслуживания	Необходимость увеличения штата высококвалифицированных медсестер
Партнерство пациента и его семьи в процессе ухода	-
Закрепление за опытной медсестрой медработников с более низкой квалификацией	Потребность в наставничестве выше возможности его предоставления менее опытным сестрам

Специализированный (узкоспециализированный*) уход* - метод сестринского обслуживания пациентов в различных медицинских организациях (МО), осуществляющих уход, в том числе на дому, дневных стационарах поликлиник (амбулаторий), реабилитационных центрах.

Получил широкое распространение в США в связи с ростом стоимости больничного обслуживания. Этот метод подразумевает оказание помощи междисциплинарной командой при определенном заболевании. Сестринский уход и процедуры составляют наибольшую часть клинических действий.

При использовании метода узкоспециализированного ухода эффективность достигается при соблюдении ряда условий (планирование согласно ожидаемым результатам; координация помощи со всеми членами группы; обеспечение предсказуемости ведения пациента). Сюда относят снижение вероятности отклонений; инструктаж по содержанию ухода, его конечным результатам; сравнительный анализ лечения по клиническим результатам. Это также получение объективной информации о плане ухода и его результатах всеми заинтересованными организациями и лицами; улучшение условий труда, создание рабочей атмосферы в команде.

Члены междисциплинарной (узкоспециализированной) команды осуществляют ведение и уход пациента согласно графикам вмешательств и схемам лечения, предписанным из стационара и имеют свои достоинства и недостатки (табл. 2.4).

Клиническая поддержка может охватывать различные области оказания медицинской помощи: лечение в условиях стационара, уход на дому, законченный случай заболевания, диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию. Планы разрабатываются общими усилиями врачей, менеджеров, медсестер, фармацевтов в целях максимального использования ресурсов и сокращения неоправданных затрат.

Эта модель может применяться в начальном периоде заболевания вместе с основными методами лечения.

Таблица 2.4.

Преимущества и недостатки модели узкоспециализированного ухода

Преимущества	Недостатки
Применение практически во всех организациях здравоохранения	Необходимость соответствующей подготовки и опыта работы с подобными пациентами для менеджера.
Эффективность сокращения затрат и улучшение качества обслуживания пациентов	Большая нагрузка на членов команды, особенно на руководителя
Планирование альтернативных корректирующих действий по уходу; критическая оценка результатов	Трудности в осуществлении ухода при недостаточном взаимодействии и сотрудничестве всех членов команды
Развитие тесного сотрудничества всех членов бригады	Высокая стоимость узкого специалиста
Объединение элементов бригадного обслуживания и полного ухода	Нехватка узких специалистов

В развитых странах чаще всего используются комбинации четырех основных моделей сестринского обслуживания. В одном месте используются элементы бригадной формы и специализированного ухода, в другом - сочетание бригадной формы и полного обслуживания.

Наличие известных моделей сестринского ухода и опыта их применения за рубежом не избавляет от поиска новых форм помощи. В настоящее время этот опыт применяется в организации работы специалистов системы общей врачебной практики. Исходя их возрастающей потребности населения в медицинской и социальной помощи, необходима гибкая модель ее оказания, что может существенно сократить расходы на содержание персонала, используя преимущества (табл.2.5).

Комбинированная модель может быть применена к отдельным категориям пациентов, позволяет адекватно реагировать на потребности в уходе с учетом ситуаций. При оказании медицинской помощи в комбинированной модели до 15% могут составлять тяжело и неизлечимо больные в терминальной стадии заболевания.

Таблица 2.5.

Преимущества и недостатки модели комбинированной медицинской помощи

Преимущества	Недостатки
Повышение качества жизни престарелых и паллиативных больных	Нехватка соответствующего персонала по уходу на дому
Экономичность за счет сокращения затрат на госпитализацию	Увеличение нагрузки на персонал междисциплинарной бригады по уходу на дому
Тесная преемственность медицинских и социальных служб	Недостаточная координация служб и ведомств из-за законодательной разобщенности
Улучшение качества жизни потребителей медико-социальной и паллиативной помощи	Отсутствие навыков работы в команде медицинского персонала
Партнерские отношения с пациентом и его семьей в процессе ухода	Возможность конфликтов при взаимном несоблюдении прав и обязанностей
Является частью узкоспециализированного ухода	Необходимость переподготовки и специализации персонала для подобной работы

Содержание комбинированной модели медицинского ухода на дому может изменяться.

При ведении умирающих пациентов на первое место ставят разъяснительную работу в семье больного человека. Второй частью работы медсестры (Пвр) является осуществление ухода согласно потребностям пациента и вы-

полнение предписаний врача, наблюдение за реакцией на уход, физическим и психическим состоянием пациента. Третья составляющая ее работы - предоставление достоверной и своевременной информации врачу о динамике состояния пациента, совместное обсуждение тактики ведения пациента и его семьи, то есть субординация и преемственность.

В моделях сестринского ухода за пациентом, нуждающимся в комплексном медицинском и социальном уходе (функциональной, бригадной, полной, узкоспециализированной) место Пвр находится в комбинированной, либо бригадной модели для системы врача общей практики. Включение в подобную модель специалиста нового типа позволит усилить преимущества медицинской профессии Пвр (повысить качество жизни, обеспечить преемственность через партнерство с семьей и др.) и уменьшить указанные недостатки модели.

Организационно-функциональная действующая модель по взаимодействию организаций здравоохранения, территориальных центров социального обслуживания населения и службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста включает несколько этапов:

- 1 этап управления (управленческий) - регламентация и координация;
- 2 этап управления (учрежденческий) – координация и организационно-методическое взаимодействие;
- 3 этап управления (организационный) – взаимодействие системы здравоохранения и социальных работников территориальных центров социального обслуживания населения и медицинской службы сестер милосердия БОКК в процессе оказания медицинской помощи лицам старше 60 лет и инвалидам.

Сохранение самостоятельности пациентов с хроническими инвалидизирующими заболеваниями посредством реализации стратегии сестринского ухода является актуальной задачей. Для выбора модели ухода необходимо знание категорий населения, наиболее нуждающихся в уходе

Выводы

Модели оказания сестринской медицинской помощи в современных условиях развития здравоохранения свидетельствуют о значительных возможностях для их комбинации согласно практическим запросам пациентов. Наличие нескольких моделей осуществления медицинской помощи силами Пвр и медицинских сестер позволяет оптимально их использовать, обеспечивая достойное существование и качество жизни потребителям услуг - пациентам. Опыт предоставления медицинской и социальной помощи в комбинированных формах и моделях определяет своевременность подобных услуг с адресной направленностью и доступностью.

Для осуществления дифференцированного подхода к совершенствованию и разнообразию программ оказания медицинской и социальной помощи важно учитывать неоднородность процессов постарения

населения в различных регионах. В регионах с наибольшей долей пожилых, нуждающихся в долгосрочной медицинской и социальной помощи, оказывать ее будут в основном специалисты уровня фельдшера, Пвр, акушерки или медицинской сестры.

Развитие медицинской реабилитации, которой в полной мере владели бы специалисты – Пвр, является следующим звеном в системе мероприятий по улучшению качества жизни населения, независимо от возраста, места жительства, образования.

Литература

1. Вальчук Э.А Основы медицинской реабилитации /Э.А. Вальчук. - Минск: МЕТ.2010. – 20с.
2. Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В.Левицкая [и др.] под ред. Ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова.- Витебск: ВГМУ,2008. – 185 с.
3. Доклад о человеческом развитии, 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех: пер. с англ. /ПРООН. – М.: Весь мир, 2011. – 188 с.
4. Доклад о развитии человека 2010. Реальное богатство народов: путь к развитию человека. 20-е юбилейное издание. – М.: Весь мир, 2010. - 228с.
5. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех /Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006. – 478с.
6. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее /Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
7. Комаров Ф.И. Философия и нравственная культура врачевания / Ф.И. Комаров, В.П. Петленко, И.А. Шамов.- Киев: Здоровья, 1988.- 160с.
8. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД,2002. – 520 с.
9. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И.Иванова. – Мн.: Выш. Шк.,2006. – 301 с.
10. Матвейчик, Т.В., Вальчук, Э.Э. Управление сестринским процессом в стационаре: монография /под ред. проф. Э.А. Вальчука. – Минск: Бел-МАПО,2009. – 216с.
11. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования /Т.В. Матвейчик [и др.] – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368с.
12. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия /Белорусское Общество Красного Креста; под ред. д-ра мед. наук, проф. В.П. Сытого. – Минск: Белсэнс,2011. – 341 с.

13. Мороз, И.Н., Калинина, Т.В., Светлович, Т.Г., Колбанов, В.В., Кристофори-Ходк, М. Качество жизни одиноких лиц пожилого и старческого возраста //Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Гериатрия в системе практического здравоохранения Республики Беларусь». – Минск: БелМАПРО, 2012. – С.90-92.
14. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993г.№2435-12: в ред. Закона Респ. Беларусь от 20ьиюня 2008г. №363-3// Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь.-2001.-№2/399.-С.12.
15. Саркисова, В.А. Миссия ассоциаций медицинских сестер в формировании будущего сестринской профессии //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11-13 октября 2012г., Санкт-Петербург – С.72-80.
16. Состояние здравоохранения в мире // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения: Женева: Всемирная организация здравоохранения,2008 .- 152с.
17. Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины: учебн. пособие. - М.:ИНФРА-М,2004. – 368с.
18. Толкачева, И.В. Мнение медицинских сестер о дополнительном и высшем образовании //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11-13 октября 2012г., Санкт-Петербург - С.66-70.
19. Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии: достижения, проблемы и дальнейшие шаги. – ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010. – 132с.
20. Часнойть, Р. А. Общественное здоровье и здравоохранение: основы экономики, финансирования и управления: учебное пособие / Р. А. Часнойть [и др.] – Гродно: ГрГМУ, 2008.-252с.
21. Щеткина, М.А. Приоритеты государственной политики в области социальной защиты на современном этапе //Проблемы управления. – 2011. - №2 (39). – С.23-30.
22. Miller, Judith Fitzgerald. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness / Judith Fitzgerald Miller. - Copinght. - 1992. – Ed. 2.

Глава 3. Деятельность помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в системе оказания первичной медицинской помощи: проблемы и тенденции

В стратегическом документе «Здоровье–21» ВОЗ указывает на проблемы, которые отражаются на образовательных программах и характеристике перемен в сестринском деле:

- необходимость совершенствования организации труда медицинских работников со средним медицинским образованием и финансирования в здравоохранении;
- возрастание числа людей, страдающих от болезней, вызванных неправильным образом жизни;
- усиление имущественного расслоения;
- рост безработицы, негативно воздействующей на большие группы населения и вредные факторы окружающей среды;
- войны, вооруженные конфликты, ведущие к появлению у бездомных и беженцев психосоматических расстройств.

Как отмечено Д. Acheson в 1988г.: «Общественное здравоохранение становится наукой и практикой предупреждения болезней, продления жизни, укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом». В резолюции Европейского регионального бюро ВОЗ (EUR/RC59/R3) «Здравоохранение в период глобального экономического кризиса: последствия для Европейского региона ВОЗ» предложено «…продолжать использовать эффективные механизмы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения…»

В Мадриде еще в 1998 г. на 5 Международном Конгрессе по проблемам здравоохранения прозвучал призыв к смене ориентаций с достижения максимального личного дохода в течение возможно более короткого времени на повышение социальной ответственности в настоящем и будущем, выработку новой социальной политики. Современные направления развития сестринского дела базируются на Стратегических направлениях развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015гг., Новой Европейской политике здравоохранения (Здоровье-2020), Таллиннской хартии (2008), резолюции WHA 64.7 Всемирной Ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011) и др.

Стратегические направления развития сестринских и акушерских служб на период 2011-2015гг. (ВОЗ, 2011)

- всеобщий охват медицинским обслуживанием;
- применение модели ПМП, ориентированной на потребности людей;
- политика, оказывающая воздействие на формирование практики и условий труда;
- наращивание национального потенциала здравоохранения для достижения целей и задач.

В докладе В. Флеминга, советника по вопросам политики в области сестринского дела и акушерства, который прозвучал на Совещании главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ (Варшава, 2011), была осуществлена констатация основной стратегии. Она состоит в достижении улучшенных показателей здоровья на уровне индивида, семьи и общества путем оказания компетентных, культурологических, ориентированных, доказательных медсестринских и акушерских услуг. Согласно этой стратегии в Беларуси совершенствуется обучение, профессиональная подготовка и карьерное продвижение специалиста – Пвр на основании партнерства с врачами общей практики. В программе Здоровье-2020 рекомендован акцент на наращивание потенциала системы оказания ПМП и служб профилактики. В Таллиннской хартии (2008г.) было рекомендовано поставить в основу эффективно функционирующей ПМП уважительное отношение к частной жизни, человеческому достоинству и соблюдению врачебной тайны, сделать акцент на комплексную помощь с разработкой программ по конкретным нозологиям.

ПМП является основным видом помощи, предоставляемой с помощью научно-обоснованных, экономически и социально приемлемых методов и технологий. «С учетом глобального аспекта в распространении заболеваний здравоохранения главными приоритетами медицины должны быть предупреждение заболеваемости и оказание помощи людям, страдающим хроническими болезнями». Акцент на ПМП, осуществляемый в настоящее время, соответствует «Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) населения Республики Беларусь на период до 2020 года», резолюции из Мюнхенской Декларации, в которой отмечено: «Мы уверены, что роль медсестер и акушерок в охране здоровья общества возрастает с каждым днем, а также, что они являются связующим звеном между медицинским уходом, правами человека и меняющимися потребностями общества, обеспечивая квалифицированную, доступную, непредвзятую и внимательную заботу о здоровье людей» (WHO 2001, Европа, 501909).

В соответствии с этими документами и другими комплексными планами по борьбе против различных зависимостей следует учитывать, что нужно создание в обществе условий, способствующих оптимальному использованию знаний медицинских работников по формированию осознанного отношения населения к профилактике заболеваний. Для того, чтобы медицинская помощь людям стала качественно лучше, а также согласно политики ВОЗ «Здоровье – 21», необходимо расширить спектр функций и обязанностей Пвр и медицинской сестры. Это согласуется с новыми медицинскими технологиями по уходу, растущими ожиданиями населения, а также в русле традиций христианства в оказании благодеяния и благотворительности.

Учитывая акцент на совершенствование и финансирование ПМП, Пвр особо востребован именно на этом уровне оказания. Однако на практике в диспансеризации населения участвуют 17% медицинских сестер и фельдше-

ров от общей численности персонала медицинской организации (Щавелева М.В., Глинская Т.Н. 2011).

Нормативная правовая база в системе здравоохранения Республики Беларусь позволяет развивать актуальные направления деятельности средних медицинских работников в русле декларируемых международной общественностью:

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08 июня 2009 г. №61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» были определены роль и место Пвр в общей врачебной практике.

-Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 15 января 2009г. №9 и постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 18 июля 2012г. №80 «Об утверждении выпуска 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих и об отмене некоторых постановлений Министерства труда Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и их структурных элементов».

-Основную нормативную базу по деятельности этого специалиста подготовило Министерство здравоохранения Республики Беларусь и Министерство образования Республики Беларусь от 23. 08.2012г. №103 (изменение №9 ОКРБ 011-2009).

Расширение функций Пвр и медицинской сестры с целью уменьшения нагрузки на врачебный персонал является одним из приоритетных изменений ПМП, обозначенных в «Направлениях стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015гг.» и др. документах. Это достижимо:

- посредством применения новых технологий сестринского ухода за пациентами на дому. Соответственные протоколы деятельности Пвр разработаны для последующей корректировки в практике ПМП и врача общей практики;
- развитием научного направления по медицинской реабилитации и профилактическим мероприятиям, осуществляемым сестринским персоналом в БСУ как основного места применения ресурсосберегающих технологий и перспективной формы социального обслуживания пожилых людей;
- перераспределением функций между врачами, Пвр и сестрами при осуществлении диспансеризации населения, особо важной в обучении сестры общей практики, работающей на стыке трех специальностей. В обучающих программах для этих специалистов учтены как широкий спектр обязанностей и манипуляционных техник, так и особенности взаимодействия с лицами со значительным возрастным диапазоном (прил.8,19);
- содействием повышению уровня жизненной активности и социальной адаптации населения через развитие элементов сестринской педагогики, уже осуществленной в системе оказания эндокринологической помощи и полу-

чившей практическое и методическое обеспечение в работе «Школ пациента».

Пвр могут осуществлять не только саму технологию ухода, лечения, реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями, но и оценку эффективности внедрения новой технологии; ее преимущества перед используемыми сходными технологиями в ОЗ (прил.9,10).

Потребность в высококвалифицированном среднем медицинском персонале в этой связи растет во многих странах мира, поскольку начало 21 века – это эра хронических неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни и ухудшающих демографическую ситуацию. Сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в современных условиях. Сфера деятельности медицинских сестер и Пвр включает оказание широкого спектра услуг.

Особое место в этой работе занимают медицинские работники со средним и высшим сестринским образованием, а также специалисты нового типа – помощники врача. Именно они смогут «… оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению…и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность».

Известно о 5 основных факторах, влияющих на будущее образование медицинских работников (Shugars et all.,1991):

- сдерживание роста цен – отразится на практике всех работников здравоохранения, поскольку содержит противоречие между стремлением общества к удешевлению медицинских услуг и системой компенсации расходов на здравоохранение;
- неоднородное и стареющее население, предъявляющее новые требования к сумме навыков и стандартов сестринской практики, доступности, качеству и приемлемости цен на медицинские услуги;
- продолжающееся развитие науки и техники создает постоянную потребность в переподготовке медицинского персонала, гарантиях инновационных умений и навыков согласно мировым технологиям;
- возрастание количества потребителей медицинских услуг предполагает наличие не только большого числа медицинских работников, осуществляющих ФЗОЖ вообще, но и перенос акцентов всего общества с приоритетов болезни на приоритет здоровья. Меняющаяся жизнь заставляет медицинских работников и население искать новые формы воздействия, и нужно справиться с вызовом времени, обучая медицинских сестер, акушерок, Пвр положениям новой здравоохранительной политики, и формам, с помощью которых ни донесут до подрастающего поколения основы первичной профилактики заболеваний на этапе здоровья, нежели вторичной профилактики на фоне болезни. С этим новыми задачами могут справиться специалисты с подготовкой повышенного уровня, к которым относится Пвр.

Девиз ЮНЕСКО в 21 веке: всем профессиям – высшее образование находит свою реализацию в развитии сестринской профессии. Следствием

стратегии по решению проблем образования в системе здравоохранения стала организация в стране системы подготовки кадров согласно конвенции Международной организации труда (МОТ, 1977) «О сестринском персонале», которой было рекомендовано высшее образование для медицинских сестер.

Развитие системы непрерывной подготовки, как это рекомендовано на Совещании главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ (Варшава, 2011), обеспечит повышение профессионального уровня работников здравоохранения. Для этого нужны ежегодные обучающие семинары по областям с привлечением ведущих специалистов высших образовательных учреждений страны.

Для того, чтобы придерживаться идеи непрерывного образования длинною в жизнь (Huber, 1996), необходимо использование новых тенденций, технологий и специалистов уровня Пвр.

В лице Пвр необходимо обучить специалиста, который способен поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг.

Перспективным местом трудоустройства Пвр с высшим образованием должны стать АПО, больницы медицинской реабилитации, больницы паллиативного ухода, БСУ.

Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности Пвр:

1. Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей этих специалистов, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.
2. Создание синергетических обучающих отношений (через учебные конференции по основным проблемам практического здравоохранения).
3. Создание условий лучшего применения интеллектуальной собственности, повышение престижности и достойной оценки труда.

Зарубежный опыт и динамика демографических изменений в нашей стране учтены в разрабатываемых учебных программах системы дополнительного образования взрослых:

- оптимальное использование знаний, умений и навыков Пвр в соответствии с их квалификационными характеристиками;
- необходимость организации службы сиделок (младших медицинских сестер) и добровольцев (волонтеров), на плечи которой можно было бы возложить определенные элементы ухода за пожилыми и старыми пациентами;
- обучение службы сиделок и добровольцев должно осуществляться в колледжах по специальным (от 30 до 70 часов) программам подготовки по осуществлению гигиенического ухода.

Профессиональная подготовка специалистов сестринского дела приобретает качественно новые характеристики, связанные с компьютеризацией их деятельности. Одной из особенностей образования в 21 веке является использование новых информационных технологий и изучение возможностей

перехода к дистанционному обучению в медицине при сохранении сложившихся традиций образования. Продолжающаяся информатизация системы здравоохранения благоприятствует этим тенденциям.

Известно, что дистанционное обучение приобретает пятое место в мире среди крупнейших экспортеров образовательных услуг, по данным Института международного образования в США. Одной из причин формирования системы высшего сестринского образования в Республике Беларусь с 1991г. стала необходимость повышения качества сестринской помощи, не соответствие уровня профессиональной подготовки в медицинских колледжах уровню современных требований и сужение перспектив профессионального роста в рамках своей профессии. Анализ положительных тенденций в развитии сестринского дела, отмеченные ранее, выявил как позитивные изменения, так и нерешенные проблемы, в частности, компьютеризации рабочих мест. Без этого этапа невозможно переходить к оптимальным пропорциям преподавания сестринского дела с использованием дистанционного обучения.

Мотивация обучающихся возможна тогда, когда известна потребность людей в новой форме учебы с использованием сети Интернет. В течение 2011-2012гг. были изучены потребности обучающихся в новых формах, методах и содержании учебно-образовательного процесса. В анкетировании приняли участие 140 главных медицинских сестер из всех регионов Беларуси. Сбор данных осуществлен путем анкетирования и проводился сплошным методом. По возрастной структуре большую долю составили респонденты 25-45 лет (62,2%), в возрасте 46-60 лет находилось 26,7%, остальные лица (11,1%) были в возрасте либо моложе 25 лет, либо старше 60 лет.

Определение рейтинга вопросов, которые хотели бы изучать респонденты на циклах повышения квалификации (ПК), свидетельствует о преобладании вопросов психологии, этики и деонтологии у 54%, менеджмента и лидерства, фармации, командного подхода работы медицинского персонала – у 26% респондентов. Вопросы трудового права, законодательной нормативной базы, компьютеризации деятельности и формирования здорового образа жизни желают изучать 15% лиц, обучения пациента и членов их семьи уходу, инфекционному контролю, профилактике инфекционных заболеваний - 5%.

Установлено, что после повышения квалификации медицинскими сестрами, полученные ими знания на практике востребованы у 70% респондентов, через год – у 30%. В системе дополнительного образования 35% респондентов важной потребностью назвали проведение обучающих научно-практических семинаров совместно с врачами. Ранжирование показало, что на 1-м месте находится стажировка на рабочем месте у 72% анкетированных людей, на 2- м месте – совместные с врачами и сестрами конференции - 24%, на третьем месте – чтение профессиональных сестринских изданий. Проведение исследовательской работы и ее публикация отмечена у 2,5% анкетированных лиц, что совпадает с нашим предыдущим исследованием , в то время как в Российской Федерации - 6%. На вопрос о желании получить высшее

сестринское образование 60% респондентов в возрасте 25-40 лет ответили утвердительно, а 40% - отрицательно.

Изучалось влияние получения высшего сестринского образования на взаимоотношения в коллективе. У 70% респондентов отношения изменились в лучшую сторону, их стали больше уважать, у 30% перемен не произошло. 15% анкетированных сестер отметили улучшение взаимоотношений с руководством, а 20% получили усиление критического отношения к своей деятельности; 35% строят отношения на равных с одобрением инициативы.

Низкая потребность в успехе у 20%, свидетельствующая о заниженном уровне самооценки, неуверенности в себе 20-50% респондентов сменилась у 25% респондентов с высшим сестринским образованием на увеличение достоинства и уверенности в себе, у 75% таких изменений не произошло, что они сами объясняют отсутствием перемен в карьерном росте и заработной плате.

Проведенное исследование осветило картину интересов для дополнительного изучения современных специалистов по сестринскому делу, что учитывается в новых разрабатываемых программах повышения квалификации.

Приоритетным специалисты видят углубление изучения психологии делового общения и нормативной правовой базы по трудовому праву, меньший интерес вызвали вопросы профилактики внутрибольничных инфекций.

Низкий рейтинг вопросов по компьютеризации деятельности специалистов сестринского дела может быть обусловлен недостаточным материально-техническим оснащением компьютерами системы ПМП и невысокой потребностью в применении технологий дистанционного обучения в медицине. Для Пвр информатизация его работы упростит получение необходимой информации, облегчит документооборот и взаимодействие со смежными структурами и системами социальной поддержки.

Важной потребностью в системе образования взрослых 35% респондентов отметили проведение дополнительных обучающих научно-практических семинаров совместно с врачами, а ранжирование поставило на 1-м место стажировку на рабочем месте у 72% лиц.

Дополнительное изучение этого вопроса позволило установить, что при изучении организации работы на компьютере руководителей сестринского дела предпочтительным вариантом для них является обучение на рабочем месте по имеющейся в распоряжении компьютерной программе, чем специализированные курсы с отрывом от работы.

Таким образом, существующее снабжение образовательных и медицинских организаций компьютерной техникой и программным обеспечением деятельности руководителя не способствует полному раскрытию потенциала сестринского персонала с учетом профессиональной компетенции, а недостаточное количество научных исследований в области возможностей дистанционного обучения в медицине тормозит инновационные внедрения в этой сфере деятельности. Пвр способен изменить ситуацию, при условии обору-

дования рабочего места и наличии программного обеспечения, он может создать и поддерживать базу данных по мониторингу за факторами риска по развитию болезней системы кровообращения и других, связанных с медицинскими рисками. Для этой цели необходимо:

*перераспределение ресурсов со стационарной помощи на уровень ПМП, информационное обеспечение рабочего места Пвр;

* пересмотр норм нагрузки врачей системы ПМП;

* в модель конечных результатов деятельности организации здравоохранения ввести индикатор профилактической деятельности специалиста – число посещений с профилактической целью;

* в территориальные программы государственных гарантий в области здравоохранения включение показателя финансирования мероприятий профилактической направленности. В целом это будет способствовать переориентации деятельности здравоохранения на профилактический уровень в обозримом будущем, поскольку имеющиеся медико-демографические показатели не дают оснований для ожидания от комплексных мероприятий системного характера быстрой отдачи.

Тенденции современного образования помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

1. Приостановка темпов обучения медицинских сестер в вузах Республики Беларусь и Российской Федерации.

2. Актуализация кадрового обеспечения медсестер с высшим образованием для медицинских фирм частной формы собственности.

3. Смещение акцентов практики с навыков, исполняемых руками, на компьютерную грамотность, психологию общения, нормативную правовую, юридическую и информационную грамотность сестринского специалиста.

4. Рост научно-исследовательской активности и правовой грамотности обучающихся в системе дополнительного образования взрослых. Известно, что активность публикаций обучающихся за 10 лет существования курса «Организация сестринского дела» возросла с 0,4 % до 2,8%, а в наиболее читаемом журнале «Медицинские знания» для сестер численность публикаций составила 5,2% от числа обучавшихся (2010г.).

5. Возрастание роли Пвр, акушерки, медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе сочетается с большим вниманием общества и высокой оценкой их вклада в общую работу. Об этом свидетельствует рост числа лиц, имеющих почетные звания, награды. Их имеют 14,4% слушателей, за 2008-2010г. число награжденных, обучавшихся на курсе, возросло на 8,6%.

Перспективные направления в обучении сестер новой формации и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи:

- Использование в учебном процессе материально-технической базы наиболее технически оснащенных ОЗ позволит совершенствовать образование с применением различных форм учебы;
- Расширение функциональных обязанностей Пвр, сестер, фельдшеров и акушерок в области охраны репродуктивного здоровья и его профилактики

(консультации по приему противозачаточных средств, выписка справок или рецептов по назначению врача повторно и др.);

- Увеличение использования в учебном процессе преподавания общественных дисциплин (социологии, психологии управления).

Высококвалифицированные кадры сестер, получающие дополнительное образование взрослых, обеспечивают большой объем лечебно-диагностической, профилактической и социальной помощи, поэтому преобразования в системе здравоохранения начались с изменений в системе их профессиональной подготовки.

В отличие от Российской Федерации, высшее сестринское образование в нашей республике не имеет продолжительного опыта обучения в системе дополнительного образования взрослых, однако вопросы эффективного использования, достойной оплаты труда специалистов остаются актуальными.

Признаки, характеризующие Пвр с подготовкой повышенного уровня:

*специализация;

*расширенные знания и более совершенные навыки в области профилактической медицины (прил.7,11,19);

*высшее образование и подкрепление практики исследованиями;

*значительная степень независимости в работе (прил.1);

*самостоятельность в принятии решений (прил.19);

*юридическая и правовая грамотность (прил.18,21-22).

Роль и функции Пвр меняются, они адаптируются к практике амбулаторно-поликлинической деятельности:

- диспансеризация пациентов, направленная на укрепление здоровья, с проведением гигиеническое воспитания и обучения населения;
- работа в отделениях дневного пребывания для увеличения эффективности стационарзамещающих технологий;
- патронажи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
- совершенствование системы и форм медицинской реабилитации, осуществляемой Пвр и сестрой;
- оптимизация деятельности БСУ с применением сестринского процесса, улучшение преемственности с другими организациями здравоохранения;
- развитие системы хосписов для оказания паллиативной помощи, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Накопление хронической патологии, рост продолжительности жизни населения повлекло повышенное внимание к организации предупредительной работы Пвр с пациентами с хроническими заболеваниями. Ресурсы сопротивляемости хроническим заболеваниям включают такие факторы, как физический, биохимический, материальный, семейные обычаи, знания, чувство единства, выносливость. У пациентов с хроническими заболеваниями

выносливость влияет на использование социально-психологических ресурсов, что помогает справиться с непредсказуемостью течения болезни. Между тем, функции профилактической направленности Пвр нуждаются в дополнении и расширении, поскольку система государственных, социально-экономических и медицинских мероприятий особо важна и экономически целесообразна, что обусловлено иной степенью подготовки этого универсального специалиста. Выполнение как минимум четырех из семи возможных принципов медицинской реабилитации (МР) (раннее начало, непрерывность, комплексный и индивидуальный характер) соответствует функциональным обязанностям и не нуждается в дополнениях.

Восстановительное лечение для пациента может осуществляться на стационарном, амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапе, однако наиболее целесообразно его развитие под эгидой Пвр. В Постановлении коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2011г. «О состоянии смертности трудоспособного населения в регионах Республики Беларусь в 1 квартале 2011г.» (п.7.1) была констатирована невысокая эффективность оказания медицинской помощи по трем основным классам болезней (БСК, ЦВБ, онкологии), а также указаны типичные недостатки ведения медицинской документации. Пвр способен изменить формализм в работе, усилить методическую составляющую в ведении документации, обеспечить диагностику видимых локализаций онкологической патологии в системе ПМП. Научное совершенствование индивидуальных программ медицинской реабилитации и их документационное обеспечение в работе Пвр будет способствовать конечному результату - улучшению здоровья населения за счет выполнения трех подцелей: оптимизации лечебно-диагностического процесса, мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике и качественной диспансеризации реабилитантов. Реализацию третьей подцели способны осуществить Пвр в отделениях профилактики и стационарах дневного пребывания. Функции контроля в выполнении реабилитантом занятий ЛФК, в кабинетах бытовой реабилитации, трудотерапии и пр. позволяют достичь конечных результатов медицинской реабилитации быстрее. Таким образом, функции Пвр в виде наблюдения за группами здоровья ($Д_1$-$Д_3$) реабилитантов и их перевод в более высокую группу после МР, а также контроль воздействия на отношение пациента к МР (безразличие, отрицательное отношение, противоречивое или положительное) становятся полезными для рекомендации их в повседневные обязанности.

Основные направления в работе Пвр включат профилактическую, медико-социальную и медико-реабилитационную помощь населению. Проведение донозологической диагностики, как первого уровня профилактики у людей, входящих в группы риска по ряду неинфекционных заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, рак), может быть осуществлено силами Пвр в составе комплексной бригады общей практики. С социальной и с экономической точки зрения профилактика заболеваний наиболее перспективна, так как в среднем 1 у.е, вложенная в предупреждение, позволяет сэко-

номить 20 у.е, которые потребуются позже для лечения болезней. Невозможно недооценивать и улучшения психологического состояния человека за счет появления у него уверенности в своем здоровье.

Активизация профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, на воспитание у населения системы мотивации на сохранение, а не разрушение здоровья, стало в стране первоочередной задачей, выполняемой сестрами наравне с врачами.

«Способность влиять на здоровье и заболеваемость является важной составляющей заботы о человеке, имеющая принципиальное значение для поддержания значимости профессии» (Сью Томас Хегивари, журнал Nursing Schalarscip).

Донозологическая диагностика как элемент профилактической медицины требует соблюдения ряда условий:

*пересмотра функциональных обязанностей специалистов с высшим сестринским образованием и уменьшение документооборота;

*предоставление большей самостоятельности с оценкой результатов деятельности;

*снижения объема функций опеки и попечительства, несвойственные системе здравоохранения.

Большинство стран мира столкнулись с проблемой удорожания медицинской помощи, поэтому раньше Беларуси предприняли меры по сдерживанию роста расходов, оптимизации сети медицинских организаций, прежде всего - ее амбулаторно-поликлинического звена. Активная роль в профилактических технологиях этих организаций станет принадлежать Пвр.

Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни населения во многом достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики. Особое место в этой работе занимают медицинские работники со средним и высшим сестринским образованием.

В связи с этим Пвр и иные специалисты с медицинским образованием должны владеть приемами диагностики *осознанного поведенческого бессилия*. Они включает в себя категории мысленных знаний, эмоциональный устный ответ, принятие участия в ежедневных занятиях с заинтересованностью. Состояние лиц, на которых обращено внимание медицинских работников, прививающих навыки здорового поведения, Пвр определяют с помощью *шкалы*: 1 – пациент никогда не проявляет такого поведения; 2 - пациент иногда проявляет такое поведение; 3 - пациент часто проявляет такое поведение; 4 - пациент всегда проявляет такое поведение.

Данную шкалу можно применять к людям любых возрастов. Согласно технологии сестринского процесса, именно Пвр и медицинские сестры являются резервом по раннему выявлению и организации лечебно-профилактической и реабилитационной помощи, однако, недостаточное число обученных кадров сказывается на низких объемах предупредительной де-

ятельности по ФЗОЖ. Для совершенствования здравоохранительной политики в медицине можно предложить следующее:

- В рамках института Пвр постепенный переход к развитию сестринской педагогики становится необходимым элементом профилактической деятельности и способом интеграции с общеевропейскими нормами медицинской помощи;
- Совершенствование взаимодействия социальных работников, лиц с активной жизненной позицией, Пвр, сестер, духовенства, других специалистов через общие программы социальных, медицинских и общественных организаций будет способствовать расширению спектра лиц, ориентированных на обучение основам комплексного отношения к физическому здоровью как триединой сущности человека, в единстве с его духовными и душевными потребностями;
- Расширение сестринской педагогики в обучающих программах повышения квалификации системы дополнительного образования взрослых имеет серьезные организационно-экономические причины, устранение которых приведет в обозримом будущем к повышению качества жизни обученных людей в «Школах пациентов» с различными заболеваниями на базе как традиционно медицинских центров, так и центров духовной жизни;
- Гериатрический реабилитационный центр или центр дневного пребывания могли бы стать ядром профилактической деятельности по реабилитации и ФЗОЖ избранным группам пациентов, стратегией обучения социально уязвимого населения предупреждению осложнений в состоянии здоровья. «…Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов»,- так писал свт. Тихон Задонский.

Одно из главных мест в традиционной духовной потребности человека помогать, поддерживать слабых и больных должны занять Пвр, медицинские сестры общей практики совместно с другими общественными, духовно-просветительными и благотворительными организациями. Наряду с образовательными функциями Пвр наделяются иными полномочиями.

Профилактическая направленность деятельности Пвр становится определяющей в их работе при условии непрерывного образования. Изменение статуса и роли медицинской сестры на примере должности Пвр происходит на наших глазах. Достижение коллективных целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессионализма медицинских сестер как основного стержня лечебно-профилактической услуги.

Активизация профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, на воспитание у населения системы мотивации на сохранение здоровья, стало в стране первоочередной задачей, выполняемой сестрами наравне с врачами.

Анализ существующей организации деятельности Пвр выявил определенные проблемы:

- недостаточное число среднего медицинского персонала (Пвр), обученных в соответствии с требованиями нормативных документов;
- неэффективное формирование мотивации населения на ЗОЖ, осуществляемое силами Пвр;
- низкий уровень использования комплекса мер, направленных на реабилитацию пациентов;
- неполнота изучения вклада Пвр в диспансеризацию населения с целью увеличения роли, полномочий и последующей оптимизации их обязанностей;
- отсутствие системы патронажа пожилых и старых пациентов на дому силами Пвр;
- неотработанные пути преемственности Пвр со специалистами ОЗ и смежными медицинскими и научными учреждениями;
- отсутствие норм труда Пвр;
- несовершенное документационное обеспечение сестринского процесса в АПО.

Анализ деятельности медицинских сестер, фельдшеров и Пвр при проведении диспансеризации выявил отсутствие в АПО новых технологий работы сестры при осуществлении реабилитации, низкую мотивацию при ее оказании, недостаток знаний современных технологий ухода за старыми, одинокими пациентами, не использование элементов сестринского процесса в работе.

Помимо этого, существуют организационно-методические проблемы при формировании модели сохранения здоровья у населения, с которыми предстоит справляться специалистам.

Формирование у населения потребности в сохранении и укреплении здоровья, создание предпосылок для ее удовлетворения является стратегической целью в области государственного механизма поддержки ЗОЖ.

Современная стратегия ВОЗ в области охраны и укрепления здоровья людей предусматривает повышение эффективности организаций здравоохранения, что требует усиления взаимодействия и координации с другими ведомствами.

Для достижения этой цели необходимо решение следующих задач:

*формирование системы государственной мотивации и поддержки ЗОЖ у населения посредством нормативных правовых механизмов, укрепляющих ответственность за свое здоровье;

*разработка и реализация правового, экономического механизмов по обеспечению социальных условий для реализации стремления людей к позитивным изменениям в образе жизни;

*воспитание личной культуры и нравственной ответственности человека за сохранение личного и общественного здоровья членов общества;

*создание условий, обеспечивающих здоровье населения в процессе образовательной или трудовой деятельности посредством улучшения физического и психологического благополучия людей и качества окружающей среды.

Согласованная работа различных организаций и ведомств по реализация указанных задач может тормозиться из-за наличия организационных и методических трудностей:

*отсутствия автоматизированной системы мониторинга состояния здоровья населения (с учетом среды обитания) для разработки оздоровительных и профилактических мероприятий в комплексе имеющихся у индивида возможностей;

*невысокой эффективности мер по искоренению вредных привычек (алкоголь, наркотики, курение) в молодежной среде в силу разобщенности действий различных ведомств;

*развитие физической культуры, спорта, туризма в отрыве от материальных возможностей, мотивации и доступности для молодежи разных возрастных групп населения;

*недостаточной эффективности обучения и формирования ЗОЖ, начиная со школы и семьи за счет недостаточного применения системы информирования, новых моделей и технологий обучения населения.

Существующие модели обучения ЗОЖ направлены на информирование людей, формирование определенных знаний, отношения, поведения. Предполагается, что, зная о поведении, отрицательно влияющем на здоровье, человек начнет от него воздерживаться. Однако эта позиция на практике не работает, поскольку упрощена. Наряду с традиционной формой обучения различных групп населения основам сохранения здоровья или компенсации заболеваний, оправданно использование новых форм работы:

* курсов видео-лекций в рамках проектов Фонда ООН ЮНИСЕФ «Факты для жизни», и иных общественных фондов;

*организации Круглых столов: (рингов-диспутов, дискуссий) с привлечением специалистов (медицинских работников) по профилю основного контингента (например, подросткового врача) и специалистов дружественных ведомств;

* мастер – классов для педагогов - пропагандистов на темы, входящие в обучающие оздоровительные программы и актуальные для различных групп населения;

*фестивалей здорового образа жизни (компенсации без границ), Недель моды на здоровье в третьем возрасте (для пожилых людей) в рамках региональных акций;

* работы школ по профилактике различных заболеваний силами региональных специализированных центров для конкретных организаций;

*телефона доверия по актуальным проблемам детского и подросткового возраста;

* тренингов – практикумов специалистами по коррекции семейных отношений, влияющих на здоровье человека.

В основе образовательной модели обучения ЗОЖ лежат представления о стадиях принятия человеком решения о своем здоровье как ценности:

- анализ вариантов поведения;
- выделение возможно достижимых целей и затрат, которые связаны с совершаемым выбором;
- анализ последствий, связанных с выполнением каждого действия;
- поиск информации, важной для оценки возможных альтернатив;
- оценка информации и полученных мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально был готов принимающий решение человек;
- повторная оценка последствий для здоровья пациента всех известных вариантов, которые вначале рассматривались как неподходящие, до того, как будет принято окончательное решение;
- составление детального плана для осуществления поведения, учет возможного его применения в случае проявления нежелательных последствий.

Проблема состоит в низком уровне воздействия только медицинского персонала на весь алгоритм принятия человеком решения о собственной линии поведения в отношении здоровья. И хотя имеется зарубежный опыт осуществления в США антиникотиновых программ, в условиях иной ментальности общества, они неэффективны.

Методически и организационно несовершенны предлагаемые методики обучения ЗОЖ, которые могут комбинироваться:

- подражание (копирование) — медицинская сестра или педагог учит пациента повторять правильные действия у опытного напарника. Не находя поддержки личного примера окружающих, молодые люди получают отрицательную мотивацию;
- ротация специалистов, работающих с различными группами населения, без учета дополнительных сведений и потребностей обучаемых лиц;
- наставничество — совершенствование индивидуальных навыков обучаемых людей не только по месту учебы, но и проживания с помощью опытных профессионалов определяет потребность в подготовке наставников;
- метод усложняющихся заданий — расширение объема заданий и повышенная сложность по специальной программе обучающих действий, выстроенных по степени важности, может применяться с учетом уровня подготовки и усвоения материала;
- использование деловых игр сдерживается отсутствием разработанных методик проведения;

- дистанционное обучение с кино-видео-сюжетами из практики пациента. Задачей для СМИ становится создание сети учебных фильмов для разных категорий населения.

Объединение усилий формирования ЗОЖ в системе образования, приоритетное финансирование программ, направленных на укрепление здоровья населения, и преодоление организационно-методических барьеров ведет к снижению заболеваемости населения, росту качества и продолжительности жизни.

Известная китайская пословица: «Надо поспешно делать то, что не важно, чтобы делать не спеша то, что важно», является актуальной, когда речь идет о нормировании труда – важной составляющей эффективности работы Пвр. При изучении содержания деятельности по обеспечению качества медицинской помощи используются критерии, рекомендуемые ВОЗ: выполнение профессиональных функций (техническое качество), использование ресурсов (эффективность), контроль степени риска (опасность травм или ошибок персонала при медицинских вмешательствах) и удовлетворенность пациента оказанной помощью.

Масштабы практики этих специалистов в области профилактической медицины будут возрастать, в связи с чем, потребность в нормировании труда этого персонала стала актуальной.

Анализ затрат рабочего времени явился основой для установления норматива нагрузки Пвр (прил.24). На основании показателей деятельности за 2009-2010гг. УЗ «27-я городская поликлиника г. Минска» и УЗ «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска», рассчитан норматив деятельности Пвр при визите на дом и на приеме по методике В.Н. Шиповой. Хронометрические наблюдения согласно хронокарты затрат времени Пвр в означенных поликлиниках проводились трижды за месяц, троекратно в течение года.

Перечень видов деятельности и трудовых операций, измеряемых в процессе хронометража, включал подготовку рабочего места, прием в АПО, выписку рецептов, направление на анализы, оценку результатов, анализ необходимости направления к врачу – специалисту. Также проводился хронометраж оказания неотложной помощи по итогам осмотра, обучения профилактическим и реабилитационным навыкам, мероприятий по соблюдению инфекционной безопасности, ведения делопроизводства, профессионального общения с коллегами, в соответствии с должностной инструкцией и разработанным перечнем видов деятельности и трудовых операций.

Виды работ Пвр были сгруппированы по разделам деятельности: основная, вспомогательная деятельность, работа с документацией, служебные разговоры. При проведении хронометража на базе УЗ «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска», в исследовании приняли участие 4 Пвр со стажем работы от 3 до 20 лет, имеющие квалификационные категории от 2, до высшей. Пвр работали в 2 смены, обслуживали два терапевтических участка.

Совместная работа с главными сестрами поликлиник позволила выделить независимые и зависимые манипуляции, осуществлявшиеся Пвр. К *условно зависимым* отнесены процедуры, выполняемые Пвр по назначению врача. Это собственно сестринские манипуляции: инъекции, сбор системы венепункция, инфузионная терапия, промывание желудка, вакцинация, забор крови на сахар, контрольные взвешивания детей и взрослых, ассистирование врачу при малых оперативных вмешательствах, обучение пациента подготовке к забору крови, мочи на исследование, оксигенотерапия, постановка клизмы, определение суточного диуреза. К *условно независимым* отнесены процедуры и манипуляции, выполняемые Пвр без назначения врача: наблюдение за общим течением заболевания, оценка состояния после процедуры и манипуляции, измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления. Еще это беседы, советы, организация безопасной инфекционной среды, обеспечение инфекционной безопасности в семье и для контактных лиц, психологическая подготовка к исследованиям, сопровождение пациента на процедуры и исследования, контроль некоторых предписаний врача, обучение навыкам ухода, кормления, ухода за молочными железами молодым первородящих.

К *вспомогательным* процедурам отнесены подготовка к работе, взаимодействие с коллегами и с пациентами, получение медикаментов, их раскладка, мытье рук и инструментария, подготовка к сдаче в централизованное стерилизационное отделение (ЦСО), подготовка биксов для стерилизации, одевание рабочей одежды, вызов пациента на консультации, в кабинет.

В работу с *документацией* были включены заполнение соответствующих граф в истории болезни, температурного листа, онкологического осмотра, заполнение документов по передаче смены, выписку рецептов и направлений на анализы, регистрацию выполненных врачебных назначений, работа по изучению нормативной документации (приказы, распоряжения по АПО, инструкции, СанПиН), работу на компьютере.

К организационным мероприятиям были отнесены передача и прием смены, отчет у врача (зав. отделением), обсуждение проблем пациента с врачом, утренние совещания, контакты с представителями других служб, ответ на телефонные звонки, вызов врача специалиста. К прочей деятельности отнесены контроль сохранности инструментария и оборудования, обеспечение стерильным инструментарием и перевязочным материалом, уборка рабочего места, перемещения внутри АПО. Помимо указанных процедур и действий, было выделено и учтено время на личную гигиену и прием пищи Пвр.

Порядок хронометража, регламентированного приказом главного врача, был следующим: в начале рабочего дня заполнялась хронокарта с индивидуальными сведениями о Пвр и должностью; в ходе наблюдения против видов деятельности наблюдатель отмечал время, затраченное на тот или иной вид деятельности. В конце рабочего дня суммировалось время по каждому виду деятельности и выводился итог; далее составлялась сводная таблица, в которую заносились результаты по временным затратам и

выводились среднеарифметические показатели по каждому виду деятельности (на визите и на приеме в АПО). Близкие по значению показатели в двух разных АПО позволяют взять их за основу в дальнейших исследованиях и расчетах (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Результаты хронометража рабочего времени помощника врача в амбулаторно-поликлинической организации

Наименование деятельности	Показатели времени (в %)
Основная деятельность	50
Вспомогательная работа	15
Работа с документацией	10
Служебные разговоры	10
Хозяйственная и др. деятельность	5
Личное время	10
Итого:	100

Норматив нагрузки помощника врача на амбулаторном приеме в АПО составил 3,35 чел./час приема; посещений на дом – 1,79 чел./час., что благоприятно для оптимизации труда специалистов (прил. 24).

Полученный норматив нагрузки Пвр представлен среднеарифметическим показателем от хронометража и установления пропорций деятельности Пвр на приеме и при визите на дом и фактической нагрузки специалиста за год. Работа Пвр с одним пациентом на амбулаторном приеме в АПО проводилась в среднем по данным хронометража в течение 18 минут, при посещении на дом – 33,5 минут. Эти показатели сходны с аналогичными данными в Российской Федерации.

Должностные обязанности и квалификационные требования Пвр укладываются в предложенные нормативы для категорий пациентов, подлежащих наблюдению Пвр. Наблюдаемые в настоящее время тенденции становления новой должности в сестринском деле Беларуси свидетельствуют о смещении акцентов практики с навыков, осуществляемых руками, на компьютерную и правовую грамотность, психологию общения, хотя в практике детального анализа основной деятельности времени на общение на приеме Пвр немного. Возрастание роли сестры и Пвр в глазах населения сочетается с повышением оценки вклада в общую работу, обусловленной восприятием медсестры (Пвр) как полноправного участника лечебного процесса, что лежит в русле мировых тенденций.

Благодаря своевременному ведению Министерством здравоохранения Республики Беларусь новой должности специалиста – Пвр в практику, а также вниманию к развитию института Пвр, достигается значительное число медико-социальных эффектов, одним из которых является снижение нагрузки на 1 врача-терапевта участкового в системе ПМП.

Медико-социальные эффекты в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи:

- Уменьшение нагрузка на 1 врача в системе ПМП;
- Увеличение охвата профилактическими осмотрами трудоспособного населения страны, что позволило в 2011г. у 33,7% мужчин и 34,7% женщин выявить хронические заболевания;
- Сокращение в два раза вызовов скорой медицинской помощи (103);
- Нормирование труда Пвр является инструментом управления качеством медицинской помощи. Он позволяет реализовать как основную цель – обеспечение пациента оптимальным комплексом лечебно-диагностической помощи силами Пвр, так и вспомогательную цель – защиту специалиста от избыточной нагрузки, являясь профилактикой ошибок в работе.
- Нормирование труда Пвр позволяет увеличить объем и количество услуг на до госпитальном этапе в АПО.
- Создание системы межведомственного взаимодействия (министерства здравоохранения Республики Беларусь, министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, БОКК, иных общественных организаций) позволит исключить дублирование услуг и повысить эффективность использования ресурсов.
- Положительная оценка населением возможности получения квалифицированной медицинской помощи от Пвр в условиях АПО.
- Появилась реальная возможность активизировать деятельность по ФЗОЖ на основе здравоохранительной политики нашего государства. Увеличен охват профилактическими осмотрами трудоспособного населения страны, возросла доля лиц с онкологической патологией, выявленной на ранних стадиях заболевания, что свидетельствует о профилактическом акценте. Активная и успешная деятельность специалистов со средним и высшим сестринским образованием протекает согласно совету Конфуция: «Найди дело по душе, и тебе не придется работать ни одного дня в жизни».

Оптимизация организации труда Пвр в зависимости от уровня образования, объема, времени помощи позволит в перспективе повлиять на увеличение продолжительности жизни за счет снижения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, а рассчитанные нормативы нагрузки Пвр сделают профессиональный труд радостью. Введение актуальной должности Пвр происходит в условиях и с учетом конкретных социально-экономических условий, сложившихся в Беларуси и с учетом международных обязательств.

Пройдет немного времени, и специалист нового типа – Пвр – займет свою нишу в многочисленном отряде медицинских работников, внесет свою

лепту в повышение доступности и качества медицинской помощи и, в итоге, в новое качество жизни людей нашей страны.

Существуют определенные трудности сестринской деятельности, которые нуждаются в своевременном решении:

1. Расширение номенклатуры должностей за счет появления должности специалиста – Пвр является первым шагом для оптимизации его функций в системе ПМП.

2. Спрос на универсального специалиста, подобного Пвр, временно не соответствует фактически возможному обеспечению этим видом работников системы ПМП.

3. В то же время, повышение престижа и общественного признания специалиста Пвр стало бы значительным фактором для притока новых специалистов, особенно с использованием комплексных мотиваций..

4. Наличие рассчитанных нормативов нагрузки специалиста облегчит возможность оценки качества деятельности Пвр, однако нуждается в законодательном утверждении по иерархии движения документов подобного рода.

5. В связи с производственной средой, имеющей дополнительные факторы производственного риска для Пвр (наркомания, бездомность, алкоголизм, преступность и др.), необходим учет социального статуса пациента, наблюдаемого специалистом - Пвр (уровень образования, профессия, брачный статус пациента), а также анамнез по факторам риска смерти от сердечно - сосудистых заболеваний. Следует воспользоваться разработанным алгоритмом скрининга и мониторинга болезней системы кровообращения для групп высокого кардиоваскулярного риска, предложенным авторами (Лопатина А.Л., 2011).

Негативные последствия для деятельности Пвр являются основанием для соответствующей более высокой оценки их труда (невысокий уровень финансового вознаграждения; жесткий график работы; скрытые, а не явные результаты труда, не оцененные ни пациентом, ни обществом; снижение субъективной значимости удовлетворения от работы, что может вести к стремлению уменьшить объем профессиональных обязанностей).

Между тем, имеются и перспективы в разрешении имеющихся проблем. Путями решения трудностей в деятельности Пвр становится совершенствование образовательного процесса в системе дополнительного образования взрослых с использованием различных форм учебы с акцентом на врача общей практики. Поможет также использование в обучении этих специалистов таких преподавателей общественных дисциплин как психологи, социологи, политологи.

Изменения, осуществляемые в стране, проходят в сложных экономических условиях, в связи с чем, необходимы действия, смягчающие их последствия:

1. Развитие сотрудничества кафедр разной научной направленности и избегание соперничества и конфронтации.

2. Оказание необходимой поддержки в процессах адаптации на рабочем месте опытными специалистами – молодым.

3. Организация обмена опытом признанных сестринских руководителей.

4. Объединение в общественные организации медицинских работников по профилю деятельности.

Причины интеграции образования с практикой медицинских организаций и международным опытом:

- Повышение требовательности населения к качеству медицинской (в т.ч. сестринской) помощи.
- Возрастание внимания общества к проблемам совершенствования организации сестринского дела.
- Обеспечение научного подхода к практике организации сестринского дела согласно международному опыту.
- Мотивация на комплексное развитие побудительных целей для наилучшего выполнения функциональных обязанностей.
- Практическое взаимодействие науки и практики сестринского дела в системе ПМП.

Совершенствование сестринской службы, труда Пвр, медицинских сестер, акушерок и других медицинских работников с высшим сестринским и средним медицинским образованием происходит в системе ПМП, ориентированной на потребности населения. Согласно письму Минздрава Республики Беларусь от 25 июня 2010 года № 09-15/837-400 «Об организации развития сестринской службы в Республике Беларусь» и других нормативных правовых документов осуществляется политика, направленная на формирование практики и условий труда, обучение и профессиональную подготовку, карьерное продвижение специалистов.

В настоящее время в Республике Беларусь имеет место недостаток специалистов высшего звена, развивающих научное направление по сестринскому делу, что не позволяет охватить все проблемы сестринского дела.

Эффективность ПМП повышается путем проведения научных исследований по следующим направлениям:

- оптимизация медико-организационной модели работы Пвр в АПО;
- разработка документации и алгоритма по медицинской реабилитации для медицинских сестер и Пвр в системе оказания ПМП;
- изучение особенностей организационной модели оказания ПМП жителям сельских регионов;
- разработка медико-организационной модели работы среднего медицинского персонала в БСУ и хосписах;
- разработка вкладышей в историю болезни (уч. ф.0-25/у) для проведения сестринской реабилитации пожилым и старым пациентам на разных этапах оказания ПМП.

Для обеспечения подобного рода деятельности акцент должен быть сделан на обучение комплексными программами по конкретным нозологиям,

который позволит поднять уровень владения навыками по общественному здоровью. Изречение Т. Келановски относится не только к врачам: «Врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни».

Скорейшее регламентирование функциональных обязанностей Пвр (прил.1, 21) позволяет решить вопрос эффективного использования и достойной оплаты труда этих специалистов.

Основной целью анонимного анкетирования граждан 4 районов Республики Беларусь было изучение общественного мнения о состоянии медицинского обслуживания. Выборочная совокупность охватила все основные социально-демографические группы взрослого населения. По результатам исследования было обобщено 224 анкеты - на 146 ответили женщины и на 78 – мужчины; в возрасте до 30 лет опрошено 34 человека, от 31 года до пенсионного возраста - 152, пенсионного – 38.

Как хорошее свое самочувствие оценили 47,1% опрошенных до 30 лет, от 31 года до пенсионного возраста –18,4% и в пенсионном возрасте – только 2,6%. Мужчины свое состояние здоровья оценили как хорошее несколько чаще. Хроническими заболеваниями страдают до 30 лет – 26,5% опрошенных, от 31 года до пенсионного возраста – 56,6%, пенсионеры - 89,5%, в половине случаев в анамнезе имеется два и более заболевания. Для молодого возраста преобладающими являются болезни органов дыхания и пищеварения, для старших возрастов – БСК и болезни костно-мышечной системы. На диспансерном учете у специалистов состоит 8,8% пациентов молодого возраста, 24,3% - возрасте от 31 года до пенсионных лет, 56,2% составляют пенсионеры. Группу инвалидности имеют 7,1% опрошенных пенсионеров, чаще мужчины.

Для прохождения осмотра пришли в поликлинику по личной инициативе 72,8% опрошенных пациентов, 19,2% их пригласила участковая медсестра и 8,0% не ответили на вопрос. Местом прохождения осмотра 66,5% респондентов отметили городскую или районную поликлинику, участковую больницу 0,9%, врачебную амбулаторию, амбулаторию ВОП - 0,4%, некоторые проходили осмотр в военном госпитале. Были удовлетворены диспансерным осмотром 8,5% респондентов при 2,2% неудовлетворенных, но при этом почти 84% не пожелали ответить на вопрос. У многих респондентов удаленность места жительства от ОЗ составляет 5 км и более. В МО пациенты обращаются чаще всего 3-5 раз в году. Обращает на себя внимание, что респонденты в большинстве случаев на вопросы об организации работы ОЗ, участковой службы предпочитали не отвечать, при этом квалификации врачей МО доверяет большинство опрошенных. Строго назначения врача выполняет третья часть ответивших на вопрос, 6,2% дополняют или изменяют назначения врача, большая часть респондентов на вопрос не ответила.

Наиболее востребованными формами медицинского обслуживания лица пенсионного возраста считают стационар и стационар на дому. Следует отметить достаточно высокий уровень доверия пациентов к молодым специалистам. Организацию медицинской помощи в своих регионах положительно

оценивают 32,1% опрошенных, отрицательно - 3,1%, более выражено отрицательно – молодые респонденты. Большинство опрошенных не ответили на вопрос. В 2006 г. систему организации медицинской помощи положительно оценивали 63,9% пациентов, не ответили на вопрос 33,8 %. Отрицательную оценку достоверно чаще дали граждане в 2003г.

На улучшение медицинской помощи в своем районе указали 20,5% респондентов, в том числе большинство пенсионеров и только 11,8% - молодых пациентов; ухудшение отметили 23,2%, более половины опрошенных не ответили. В 2006 г. на улучшение указывали 52,1% респондентов, ухудшение - 2,5%.

О примерных годовых затратах на лекарства не ответили на вопрос 39,3% опрошенных. Эти затраты имеют прямую зависимость как от возраста пациентов, так и от наличия хронических заболеваний. Установлено, что за год большинство пациентов в возрасте до 30 лет тратят на лекарства в среднем от 100 тыс. руб. до 300 тыс. руб.

Часть ответивших лиц трудоспособного возраста (старше 30 лет) несет расходы на лечение и медикаменты в объеме до 600 тыс. руб.

У трети пенсионеров затраты на лекарственные средства до 600 тыс. руб., у 10,5% - до 1 млн. руб., у 7,9% - более 1 млн. руб.* (*в ценах 2010г.).

Таким образом, необходимо особое внимание Пвр к проведению диспансерного наблюдения населения трудоспособного населения старших возрастных групп.

Отсутствие желания населения отвечать на вопросы удовлетворенности организацией работы ОЗ, диспансеризацией и деятельностью участковой службы может свидетельствовать о скрытом недовольстве работой системы в целом при сохранении доверия к личности врача. Это подтверждается динамикой положительных и отрицательных ответов респондентов о работе системы здравоохранения в целом за период с 2003г. по 2010гг.

Установленное исследованием самостоятельное изменение схем лечения пациентами обязывает Пвр усилить контроль по безусловному выполнению предписаний врача и обеспечить разъяснительную работу о последствиях подобных действий пациентов. Важно активизировать популяризацию новых форм и технологий в отделениях медицинской профилактики АПО.

Результаты исследования обосновывают необходимость внедрения медико-экономических принципов финансирования системы здравоохранения, которые позволят организовать работу каждой МО, опираясь на заботу о человеке, с учетом индивидуальных социально-экономических условий.

Дальнейшие пути развития института Пвр обозначены в Стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020г. и в Направлениях стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015гг. Главным исполнителем становится самый многочисленный отряд высококвалифицированных кадров сестер и Пвр.

Заявление министра здравоохранения Республики Беларусь В.И. Жарко: «В сложнейших социально-экономических условиях система здравоохра-

нения…обеспечила реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья» является констатацией факта проделанной работы в данном направлении», а развитие института Пвр – стратегией действий.

Актуальным остается напутствие, сделанное в докладе Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на четвертом Всебелорусском народном собрании, в котором отмечено: «Медицинская помощь должна быть оперативной, качественной, доступной независимо от того, живет человек в городе или в деревне».

Выводы

Рациональное использование кадрового потенциала в лице специалиста Пвр позволяет повышать качество и доступность ПМП, а также совершенствовать медицинскую помощь путем интеграции труда Пвр в системе врача общей практики.

Одно из профилактических направлений деятельности Пвр предполагает смещение практики на лечение под контролем Пвр с практики самолечения, которая все более доступна в связи с активной заинтересованностью аптечных работников в увеличении объемов продажи лекарственных средств. В настоящее время ограничительный заслон этому сформирован последовательными действиями и совершенствованием нормативной базы Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Помимо этого, Пвр должен участвовать в формировании атмосферы общественного осуждения пьянства в коллективе и семье наряду с врачом и медицинской сестрой.

Вклад Пвр в проведение реабилитации может включать функции по наблюдению за реабилитантами $Д_1$-$Д_3$ групп здоровья и их перевод в более высокую группу после МР, а также контроль воздействия на отношение пациента к МР (безразличие, отрицательное отношение, противоречивое или положительное).

Преодоление организационно-методических барьеров и объединение усилий по формированию ЗОЖ с помощью специалистов системы образования и Пвр, приоритетное финансирование программ, направленных на укрепление здоровья населения, приведет к снижению заболеваемости населения, росту качества и продолжительности жизни.

Информатизация в ОЗ опосредованно ведет к росту мотивации на получение более высокого уровня квалификационных категорий у сестер, повышению качества медицинской помощи, благоприятствует внедрению научных достижений в практику специалистов. Слова политического деятеля Великобритании У. Черчилля: «Бесполезно говорить: мы делаем все, что можем. Надо делать то, что необходимо» соответствуют стратегической цели для системы дополнительного образования сестринских руководителей нового типа.

Оптимизация труда Пвр путем перехода от нормативного к производственно-технологическому принципу нормирования штатов позволяет обеспечить рациональное использование медицинских кадров.

Существующее обеспечение образовательных и медицинских организаций компьютерной техникой и программным обеспечением деятельности руководителя и Пвр не в полной мере способствует раскрытию потенциала сестринского персонала с учетом профессиональной компетенции, а недостаточное количество научных исследований в области возможностей дистанционного обучения в медицине тормозит инновационные внедрения в этой сфере деятельности.

Пвр, будучи специалистом нового типа, при оборудовании рабочего места и наличии программного обеспечения, способен создать и поддерживать базу данных по мониторингу за факторами риска по развитию болезней системы кровообращения и других, связанных с медицинскими рисками.

Возможности международной интеллектуальной помощи в проведении обучающих практических семинаров на актуальные темы возрастают, благодаря чему посыл ВОЗ в будущее: «Работать и жить, не переставая учиться» станет аксиомой.

Имеющиеся трудности в сестринском деле вполне разрешимы в обозримом будущем. Складывающиеся тенденции в виде сохранения приоритетов по развитию системы здравоохранения дают основание для перспективы, поставленной в докладе Президента А.Г. Лукашенко на четвертом Всебелорусском народном собрании: «Наша цель – реальная, земная: чтобы завтра белорусский народ жил лучше, чем сегодня. Здоровье нации является ориентиром, и все медицинские работники становятся активными проводниками этой политики в жизнь.

Литература

1. Андреевский,А.С., Бородулина, Л.П. Совершенствование этапной системы медицинского обслуживания в здравоохранении // Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012.- С.92-93.

2. Будник, Я.И., Шаршакова, Т.М. Мнение пациентов об удовлетворенности населения медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (по материалам социологического опроса) //Материалы 4 Международной научно-практической конференции, 26 октября 2012г., г. Гомель: ГомГМУ. – Вып.4. – С.15-17.

3. Вальчук, Э.А., Матвейчик, Т.В., Иванова, В.И. Медицинские сестры с высшим образованием: подготовка и последипломное повышение квалификации в Республике Беларусь //Медицинские новости – 2004. - №6. – С.59-64.

4. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - 2-е изд. – СПб: Питер,2008 .- 336с.

5. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее /Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минсктиппроект,2012. – 320с.

6. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2011 году и основных направлениях деятельности на 2012 год //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012.- №1 .- С.4-17.

7. Куницкий, Д.Ф., Хейфец, Н.Е., Малахова, И.В., Сачек, М.М. Повышение позиции Республики Беларусь в международных рейтингах: задачи и программные мероприятия, реализуемые в здравоохранении //Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2012. - №3. – С.11-23.

8. Матвейчик, Т.В., Романова А.П., Шваб Л.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: монография / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб; Бел. мед. акад. последипломного образования – Минск: ГУ Республиканская научная медицинская библиотека,2012.-88с.

9. Матвейчик, Т.В., Кралько, А.А. Этапы повышения квалификации медицинских сестер с высшим образованием в Беларуси //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер: Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность. – Санкт-Петербург.-2012.-С.44-47.

10. Матвейчик Т.В. «Организация медико-социального ухода за пациентами на дому»: учеб. пособие для слушателей системы последиплом.мед. образования /Т.В. Матвейчик и др. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011.- 368с.

11. Матвейчик,Т.В. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие/ Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, В.И. Иванова [и др.]; науч. ред. Т.В. Матвейчик.- Минск: РИПО,2011.-276с.

12. Матвейчик Т.В., Э.Э. Вальчук Управление сестринским процессом в стационаре: монография (под редакцией д.м.н. Э.А. Вальчука) /Т.В Матвейчик, Э.Э. Вальчук.- Минск,2009.-216с.

13. Матвейчик, Т.В., Билодид, И.К., Романовский, А.А. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие для организаторов сестринского дела /Т.В. Матвейчик, И.К.Билодид, А.А. Романовский.- Минск: Ковчег,2010.-132с.

14. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОМА-ПРЕСС Звездный мир»,2002.-320с.

15. Сытый, В.П., Сытый, Ю.В. Потенциал пожилых людей. Взаимосвязь их социальной активности и физического состояния //Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Гериатрия в системе практического здравоохранения Республики Беларусь».- Минск: БелМАПРО, 2012.-С.115-118.

16. Пилипцевич, Н.Н., Пилипцевич, А.Н., Павлович, Т.Н., Короед,

Е.А. Медицинская этика – мудрость врачевания. История развития и современность //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.2012.-№2.-С.32-40.

17. Постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2013г. «Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013год».

18. Рябкова, О.И., Жилевич, Л.А., Ростовцев, В.Н., Терехович, Т.И., Кузьменко, В.Н., Марченкова, И.Б. Итоги выполнения программы переоснащения амбулаторно-поликлинических организаций Республики Беларусь на 2009-2011 гг.// Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2012. -№2 .- С.22-26.

19. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // Hastings Center Report. - 1972. - Vol. 2. - N 2. - P. 5-7.

Глава 4. Критерии эффективности работы команды медицинского персонала

Достижение коллективных целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессионализма средних медицинских работников как основного стержня в реализации лечебно-профилактических мероприятий. Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности медицинского работника.

Для проведения экспертной оценки работы КМП применяются как количественные параметры, так и оценочные критерии.

Производительность. Количество и качество результатов командного труда, и соответствие заранее установленным целям.

Удовлетворение. Способность команды к насыщению индивидуальных потребностей ее членов. Поддержание мотивации стремления к командному труду и приверженности ее интересам.

Четкость целей является мотивирующим фактором для всей команды медицинского персонала (КМП). Чем яснее цель, тем вероятнее успех. Эффективность работы увеличивается в среднем на 16%, когда частью деятельности команды становится постановка цели. Ларсон и Ла Фасто (1989) утверждают: «Эффективно действующая команда ясно представляет цели своего существования, роли в команде».

Выделяют следующие виды целей:

1. Административная цель, для принятия решения о дальнейшей работе данной группы.
2. Информационная - оценка уровня работы для того, чтобы работающие узнали о сильных и слабых сторонах труда в группе.
3. Мотивационная цель - выявление сильных работников, мотивированных на успех деятельности с целью вознаграждения.

Все цели взаимосвязаны. До тех пор, пока у КМП нет целей, она не может быть успешной, но и наличие четкой цели никоим образом не гарантирует успешную деятельность. Информация, являющаяся основой для принятия административных решений, должна активно побуждать к хорошей работе.

Задача состоит в получении информации о целесообразности и перспективности использования работы данной группы и завершается сопоставлением полученных результатов нормативам (эталону).

Для определения эффективности труда команды используются:

1. Оценка результатов труда:
- сложность труда;
- экономичность;
- результативность.
2. Оценка деловых и личностных качеств:
- уровень специальных знаний;

- личные качества;
- эрудиция и общая подготовка.

3. Оценка влияния:
- на развитие группы в целом;
- на результат работы всей группы.

Меры коллективной мотивации на успех в общей работе включают:

1. Формирование и поддержание работоспособной команды.
2. Создание корпоративной культуры при постоянной подпитке новыми идеями.
3. Подбор кадров, их адаптацию и интеграцию в общую работу.
4. Оказание действенной помощи сотрудникам в решении их задач.
5. Организацию системы обучения и аттестации и создание высокоэффективной, динамичной, постоянно развивающейся помощи.

Качество оказания медицинской и социальной помощи подлежит экспертной оценке по определенным критериям. Они должны быть разделены на две группы: для оценки ухода медицинской организацией (МО) и для оценки качества ухода пациентами и (или) его семьей. И.Г. Песталоцци сформулировал и по сей день актуальную задачу: учить думать и делать, а не только делать; делать и думать, а не только думать. Не случайно в документах ЮНЕСКО и Совета Европы нормативно закреплены ключевые для непрерывного и дополнительного образования взрослых компетенции: учиться знать, учиться делать, учиться жить вместе и учиться быть.

Для экспертной оценки качества ухода медицинской организацией используют следующие критерии:

1. Обоснованность проведения ухода.
2. Своевременность назначения ухода.
3. Необходимость внесения коррекций в технологию ухода, назначенную при первичном осмотре пациента.
4. Изъяны мероприятий по уходу, согласно сестринскому процессу, при котором ответственной за назначение и исполнение является сестра.
5. Своевременность коррекции ухода, назначенного при осмотре, в случае нарушений со стороны пациента (ответственный координатор – старшая сестра и непосредственный исполнитель).
6. Комплексная помощь в решении проблем пациента.
7. Отсутствие осложнений от ухода по вине медицинских работников.

Показателями достижения успеха или неудачного результата применения усилий команды могут служить продуктивность, сплоченность, обучение и интеграция.

Продуктивность считается наиболее важным показателем успеха КМП. Для получения качественного продукта (медицинской услуги) важно осмыслить ряд вопросов, а именно:

- Есть ли у КМП четкая цель, достигнута ли она? Продуктивность КМП требует, чтобы люди имели четкую цель и адаптировались к вновь поступающей информации изменением целей и сменой приоритетов деятельности.
- Какие объективные критерии деятельности буду применены для оценки результатов?
- Кто является законным потребителем услуг именно этой команды? По этим причинам важно определить клиентов команды. Конечные пользователи, которым необходимы результаты команды, могут уделять основное внимание различным критериям деятельности (например, качество, количество, снижение затрат, новаторство и своевременность).
- Удовлетворяют ли результаты работы команды (например, решения, продукция, услуги) требованиям тех, кто должен их использовать (пациентам)? Насколько быстро и своевременно были получены результаты?
- При каких условиях цель следует изменить?
- Какие источники информации следует рассматривать команде для того, чтобы оценить, следует ли изменить первоначальную цель.
- Что является продукцией КМП? Насколько продукция соответствует первоначальным целям команды? Если цели команды были достигнуты, каковы были затраты?

Еще одним показателем эффективности КМП является **сплоченность.** Под сплоченностью команды понимают то, насколько члены этого коллектива удовлетворены совместной работой и насколько их привлекает перспектива продолжать работать вместе, была ли совместная деятельность команды успешной, развивается или сохраняется на одном уровне способность членов группы работать совместно при решении группой следующих задач. В эффективно работающих командах способность их членов работать совместно над будущими проектами поддерживается и усиливается. Сплоченность КМП в первую очередь определяют следующие факторы:

- время, проведенное вместе;
- трудность вступления в КМП;
- размер КМП;
- внешние условия;
- прежние успехи или неудачи.

Чем больше времени люди проводят вместе, тем более сплоченными они становятся: расширяются возможности для установления дружеских контактов, растет взаимопонимание, выявляются общие интересы и потребности. Возможность для членов КМП вместе проводить время зависит от целого ряда обстоятельств, и в первую очередь от характера выполняемой работы, взаимосвязи решаемых ими задач и даже от расположения их рабочего места (в одной комнате или разных).

Трудность вступления в КМП также влияет на сплоченность ее членов. Чем труднее иступить в ту или иную группу (например, поступить в престижное высшее учебное заведение, перейти на работу в преуспевающее перспективное подразделение внутри организации), тем, как правило, более

сплоченными становятся ее члены. Для оценки этого фактора можно проанализировать:

- нравится ли членам команды работать вместе;
- какие условия могли бы привести к проявлению недовольства;
- какие условия помешали бы членам КМП работать вместе в будущем;
- каким образом члены команды предлагают приспосабливаться к изменениям, таким как приход новых членов, рост и текучесть.

Для плодотворной работы команды медицинского персонала как единого целого важно также обучение, членам команды должны предоставляться возможности для профессионального роста и развития потенциала. Специалисты имеют потребности в росте, развитии и самореализации. Некоторые команды могут тормозить развитие отдельных членов и удовлетворение их личных потребностей. Специалисты считают, что потребности людей должны в большей степени удовлетворяться, чем разрушаться командной работой. К внешним условиям обучения относят следующие компоненты, влияющие на эффективность:

- в какой мере члены КМП могут учиться друг у друга;
- происходит ли рост и развитие отдельных членов команды в результате общей работы;
- имеют ли члены КМП возможность усовершенствовать свои навыки и закреплять их;
- какие факторы и условия могут заблокировать личностный рост членов КМП;
- понимают ли и разделяют ли потребности личностного роста другие участники КМП.

Интеграция. Для команды важно понимание задач своей МО, для того, чтобы работать в направлении их реализации. Командам нужно объединяться с другими подразделениями своей организации. На практике это означает, что команды должны распространять информацию, результаты своей деятельности, отчеты о состоянии дел, неудачи, опыт и идеи своевременно и эффективно. Достижение интеграции требует четкого планирования и координации действий в рамках МО. Следует выделить критерии оценки деятельности команды и установить приоритеты.

Для определения приведенных показателей нет необходимости ждать, пока команда выполнит свою задачу. Важно непрерывно проводить анализ деятельности по мере осуществления работы команды для достижения своей цели.

Для объединения группы в КМП руководитель (Пвр) рассматривает следующие вопросы:

- Какую пользу приносит команда МО в целом.
- Соответствуют ли цели КМП задачам ОЗ.
- На какие другие группы, отделы или блоки влияет ваша команда.
- Какие меры должна предпринять КМП для того, чтобы интегрировать свою деятельность с деятельностью других членов МО.

Успешная деятельность КМП - понятие многомерное. Для того, чтобы быть уверенным в успехе, важно, чтобы КМП удовлетворяла потребности пациентов и достигала цели, поставленные руководством. При этом совместная работа должна удовлетворять ее членов и воздавать им должное. Важно подчеркнуть, что это не стандартный список показателей деятельности КМП. Возможно, каждому лидеру нужно подумать о том, какие критерии важны при оценке его КМП, установить приоритеты.

Особое место в этой работе занимают медицинские работники со средним и высшим сестринским образованием, а также специалисты нового типа – Пвр. Именно они смогут «… оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению…и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность».

Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей этих специалистов, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.

Для эффективной работы команды медицинского персонала необходимы ряд условий.

1. Управленческая команда легко собирается вместе.

Никто не опаздывает, что отражает энергетическую согласованность командных действий. Это своего рода тест: насколько слаженно собирается команда, настолько согласованно будут решаться другие задачи.

2. Единое представление у всех членов команды об общекомандных целях и задачах, перспективах развития.

Ориентация должна быть на *общекомандный результат*, а не на выполнение отдельных пунктов или операций участниками команды. Если члены команды думают только о функциональных обязанностях, но не ориентируются на общую цель, то возрастает вероятность «перетягивания одеяла». Акцентируется внимание на сильных и слабых сторонах участников, а не команды в целом. Иногда руководителю коллектива целесообразно анкетировать членов команды относительно основных направлений работы. Внешние и внутренние кризисы команды зачастую связаны с *потерей целевых ориентиров* и переориентации сознания членов команды на управленческую борьбу с отдельными людьми или системами. Восстановление целевых ориентиров чаще всего возвращает участников команды на путь конструктивного достижения результата.

3. Каждый член команды имеет личную заинтересованность в достижении командных целей.

Эффективность мотивации отражает эмоциональную и духовную вовлеченность во взаимодействие внутри команды, а также ответственность за выполнение своих обязательств. В начале формирования КМП можно предложить каждому ее участнику высказаться на тему: «Зачем я участвую в этом проекте, какой вижу свою роль в проекте» (по 1-2 минуты на человека, говорящего нельзя перебивать). Руководитель должен быть *готов выслушать*

любую позицию, без давления, иначе члены команды перестанут искренне говорить о своих мотивах, а начнут «выдавать» то, что хочет слышать руководитель или команда. На более поздних этапах, особенно в кризисные моменты, можно предложить всем членам команды высказаться на темы «Что мне мешает и что помогает в достижении поставленных целей» и «Что мешает и что помогает команде в достижении поставленных целей». Каждый говорит от своего имени и только за себя (1-2 минуты).

4. Информация внутри команды передается без затруднений и искажений.

Этот критерий отражает доверие членов КМП друг к другу. В ситуации управленческой борьбы в команде давать информацию о своей сфере ответственности опасно, так как может произойти «перехват» управления. Целесообразно в такой ситуации предложить каждому члену команды высказаться на тему «Кому из членов команды я доверяю меньше всех, кому больше всех и почему» (1-2 минуты), а затем установить новый порядок обмена необходимой информацией.

5. Единая система ценностей и единство правил внутри команды.

Каждый человек обладает своей системой ценностей, но в команде должна существовать *единая ценностная ориентация*, продиктованная видением проекта, стратегическими целями, интегрированными ценностями всех членов команды, фазой развития проекта. Это непременное условие совместного выживания. Глубокие различия в ценностях приводят к расколу в команде. При угрозе раскола команды целесообразно всем участникам команды высказаться на тему «Что нас объединяет и что разделяет» (1-2 минуты) и выработать совместно единую систему ценностей, отделив индивидуальные ценности от общекомандных. В индивидуальной деятельности каждый руководствуется своими ценностями, при командном взаимодействии — общекомандными.

6. Единый лидер, признанный командой.

Формальное и неформальное лидерство должно принадлежать в команде только одному лицу, управляющему активностью остальных членов команды. Лидер постоянно творчески растет с опережением других членов команды, не тормозит при этом их развитие. Иногда необходимо дать возможность всем членам команды высказаться на темы «Что вы ожидаете от лидера команды» и «В чем лидер оправдывает или не оправдывает ваши ожидания» (1-2 минуты). Оправдываться нежелательно, лучше всего без критики выслушать все заявления. Это снимает напряженность и дает почву для конструктивного общения.

7. Четко определенная сфера ответственности каждого члена команды.

Строгое разделение функциональных обязанностей. Эффективность команды определяется б*алансом ответственности и индивидуального вклада* в управление работой над проектом. При дисбалансе можно создать вместе с коллегами графическую модель фактического распределения ответственно-

сти в команде *(«как есть»)* с указанием вариантов «перехвата» управления и ухода от ответственности каждого ее члена. Для этого необходимо выработать систему условных обозначений и понятий, затем графически представить командное взаимодействие с позиций сфер личной ответственности. При этом нельзя проявлять жалость и выслушивать оправдания, а также оценивать чьи-то действия как позитивные или негативные.

Затем следует проанализировать проблемы и построить новую модель *(«как должно быть»)*, перераспределив ответственность между членами команды. Эта методика, несмотря на свою жесткость, гуманная, по сути, позволяет избавиться от самообмана и устаревших иллюзий. Могут быть и *другие критерии*, по которым следует оценивать эффективность деятельности команд. Это те факторы, которые применяются для оценки успеха или неудачного результата усилий команды: продуктивность, сплоченность, обучение и интеграция.

При работе в КМП необходимо знать особенности взаимодействия, которые могут привести к конфликтам и проблемам в работе.

1. Концепцию и язык группы работников.
2. Критерии для включения и исключения из КМП.
3. Распределение власти и служебных полномочий, собственная иерархия.
4. Нормы доверия и дружбы для сотрудников одной и разных служебных ступеней.
5. Определение и распределение поощрений и наказаний.
6. Численность членов команды.

При объединении медицинского персонала в команду единомышленников для создания благоприятного микроклимата следует знать особенности взаимодействия отдельных личностей.

Выводы ученых помогают в оптимизации деятельности КМП:

• Нечетное число членов команды предпочтительнее четному количеству участников коллектива.

• Неоднородность по способностям, навыкам и знаниям предпочтительнее, так как будет взаимное дополнение.

• Отрицательными качествами больших групп является доминирование 2-3 человек, разделение на подгруппы, игнорирование интересов, потеря времени на решение вопросов.

Факторы успешности работы в КМП

Эффективность выполнения поставленных целей (работа в команде) зависит от следующих факторов.

1. Количества участников: в малом коллективе до 9-10 человек начальник - лидер воспринимается как "один из нас" с высоким масштабом управляемости, а в большом как "руководитель-исполнитель" с низким масштабом управляемости.

2.Соблюдения принципа функционального соответствия или дополнения: слабые стороны одного работника должны быть дополнены сильными сторонами другого. Например, хорошая риторика врача оттеняется молчаливостью сестры и лаборанта, общительность и любезность одного члена команды хорошо сочетается и интровертированностью другого.

3. Соблюдения правила противоположных качеств: похожим строить отношения и работать вместе легче и проще, чем разным.

Противоположности плохо уживаются друг с другом:

- медлительные люди раздражают тех, кто говорит, думает и действует быстро;
- гибкие специалисты, готовые к компромиссам неприятны тем, кто тверд в убеждениях;
- эмоциональные люди раздражают холодных рационалистов;
- интуитивные - логичных и расчетливых;
- неуверенные - независимых, решительных и целеустремленных;
- пессимисты – оптимистов;
- инертные и пассивные люди раздражают активных и инициативных коллег.

4. Принцип технологичности позволяет обособить подразделения, исходя из специфики технологических процессов. Например, одна команда медицинских работников более эффективно занимается разрешением проблем родовспоможения и педиатрии, другая - гериатрии или онкологии.

5. Рыночный принцип - обособление команд рынком сбыта.

6. Соблюдение специфических свойств действующей команды медицинских работников:

- суммарный эффект не равен арифметической сумме эффектов отдельных работников;
- вне зависимости от воли руководства цели персонала могут быть иными;
- эффект синергии, значительно увеличивающий показатели деятельности КМП;
- устойчивость команды медицинских работников под действием внешней среды определяется двумя подходами: либо много простых команд (врач, медсестра, социальный работник), либо мало, но сложных. Может быть состав: терапевт, врач-специалист, врач-консультант. Также сюда включается медсестра (Пвр, массажист, инструктор ЛФК), социальный работник;
- степень адаптивности (приспособляемости) к новым условиям среды: более приспособляемы команды, построенные по принципу "каждая группа может взаимодействовать с каждым";
- централизация управления командой семейного врача может и благоприятствовать и мешать эффективной работе;

• в больших командах (более 15 человек) наблюдается 2 взаимно противоположно направленных процесса: стремление к обособлению и объединению одновременно;

• устойчивость работы команды определяется обратными связями: согласно правилу: результаты - анализ <=> цель.

8. Эффективность работы может зависеть от организации работы:

- складывающейся (операции складываются независимо, нет необходимости взаимодействия, например, врача и социального работника);
- последовательной (начало работы одного (медсестры) зависит от успешного завершения работы другого (врача, ставящего диагноз);
- связанной - конец работы одного - начало работы другого с повторением процесса в обратном порядке: например, врача с медсестрой при малой хирургической операции;
- групповой работе (одновременное участие всех сторон в рабочем взаимодействии).

9. Качественная работа современной КМП требует привлечения специалистов из различных областей: социологов, психологов, администраторов, экономистов, экспертов.

Формированию оптимального микроклимата способствует учет типов организации работы персонала.

1. Эхократический тип – определяет использование высокой степени свободы в действиях работников, их компетентность и способность самостоятельно решать проблемы. Это стиль руководства, при котором средства достижения сложных целей выбирает сам исполнитель.

Особенности эхократической команды (организации):

- работа в научной и творческой сфере, требует высокой квалификации, инноваций, эффективного сотрудничества;
- преобладают неформальные связи;
- иерархия периодически меняется;
- нет жесткой привязки человека к какой-то одной работе;
- либеральный стиль руководства;
- риск и вознаграждение делятся поровну между участниками трудового процесса.

2 Многомерный тип организации определяет возможности работников выполнять самостоятельно и одновременно несколько функций:

- самостоятельное обеспечение своей работы необходимыми ресурсами: тонометром, спиртом, шприцами, тестами;
- автономно производят конкретные услуги: например, контроль гликемии или АД для конкретного потребителя;
- осуществляют проведение конкретному пациенту медицинской услуги.

Особенности многомерных организаций:

- бюджет разрабатывают самостоятельно;
- нет двойного подчинения, руководство КМП едино;

- не нужны реорганизации взаимосвязей: группы можно создавать, ликвидировать или модифицировать: например, во время компании по прививкам против гриппа или дифтерии - команда одна, затем она модифицируется или ликвидируется;
- команда может быть автономной, занимаясь кадрами, реализацией услуги и т.д.
- показателем эффективности автономной команды может являться прибыль.

3. Партисипативный тип организации широко использует участие сотрудников в управлении. Это обеспечивает мотивацию и обостряет чувство собственника. В таких организациях работники могут:

• участвовать в принятии решения развивать или нет какую-либо услугу;
• устанавливать цели (например, снизить заболеваемости дифтерией среди пенсионеров);
• участвовать в решении организационных и производственных проблем.

4. Предпринимательский тип организации, в основе которой лежит получение прибыли.

Особенности предпринимательской команды:

• руководство осуществляется не сверху вниз, а по перевернутой пирамиде;
• автономные команды медиков могут сами выбирать вид бизнеса, цели, способы, средства предпринимательства в соответствии со спросом;
• консультанты помогают команде в развитии бизнеса;
• ресурсы находятся в команде (информация, идеи, время);
• критический фактор успеха - квалификация работников.

5. Ориентированный на рынок тип организации, в котором производство медицинских услуг диктует рынок, при этом с одной стороны необходим большой финансовый потенциал, с другой - команда должна быть максимально децентрализована и относительно самостоятельна.

Улучшение показателей медицинской, экономической и социальной эффективности возможно путем привлечения дополнительных средств для системы охраны здоровья населения и повышения эффективности функционирования системы по использованию ограниченных ресурсов. Системный подход в управлении и создании команд привносит четкость и определяет характер действий руководителя при создании команды.

В практике оказания ПМП наиболее известна и широко применяется типичная группа в системе врача общей практики. Руководитель, которым является врач общей практики или Пвр с высшим сестринским образованием, занимает важное место в создании рабочей атмосферы КМП. Для создания условий полноценной работы он учитывает четыре стадии, которые любая команда проживает в своем развитии: стадию формирования, преодоления шторма, возвращения к норме и нормального функционирования. Как тренер

в спорте, руководитель также должен расставить игроков на поле, обучить, натренировать, мотивировать на победу.

Влияние на повседневную работу своей команды руководитель может проводить двумя способами: собственным стилем руководства и формами управления. Диапазон подходов к управлению командой широк: от авторитарности до участия.

Составляющими действий руководителя по организации работы в КМП являются:

*налаживание хороших взаимоотношений;

*обеспечение эффекта присутствия, быть досягаемым и на виду;

*организация успешных взаимодействий как внутри, так и вне команды;

* быть образцом для подражания, поступать в соответствии со своими стандартами и принципами.

Для достижения успеха в работе команды необходимо увеличение участия каждого участника. Важно не только самостоятельное выполнение работы, но и развитие других сотрудников для того, чтобы способствовать улучшению навыков, развитию самоуважения специалистов. Главный навык руководителя – определить области, в которых его личное участие даст наилучший результат.

Правила организации работы в КМП:

- планирование успеха, позитивный настрой;
- распределение работы по желанию (люди лучше делают то, что им нравится);
- человек не должен быть вне группы;
- использовать прямые столкновения для принятия новых решений для улучшения деятельности.

Признаками снижения эффективности деятельности команды являются:

* исчезновение энергии и энтузиазма;

*появление чувства беспомощности («Никто ничего не может сделать»).

*пропадает цель, понимание сущности происходящего («Понятия нет, что и зачем тут творится»);

*имеют место неконструктивные, неискренние, беспредметные обсуждения;

*проведение собраний, в которых повестка дня важнее результата («Все это постановочное ток - шоу для руководителя»;

*попытки обвинения руководства или других подразделений организации («Выделили мало ресурсов, а теперь чего-то требуют»).

Если появляются признаки снижения эффективности и сплоченности в деятельности команды, руководителю необходимо принять ряд мер:

1. Возврат к основам, что позволяет обнаружить различия во взглядах, прояснить миссию команды, способы ее исполнения.

2. Поиск маленьких побед, что дает сильный положительный эффект.
3. Изменение состава команды, вплоть до смены руководителя.

Для построения КМП и ее успешной работы согласно принципу созидательной конфронтации необходимы определенные условия.

Принципы творческого сотрудничества в КМП

«Я следую в жизни святому завету: в решающих делах - сплоченность; в важных - разнообразие, но во всех делах – великодушие», - писал Д. Буш.

Эффект "синергии". Это увеличение интеллектуальной энергии, возникающей при объединении людей в целостную группу. По успешности в работе группа может действительно превосходить индивидуальные достижения отдельных людей: повышается наблюдательность, точность восприятия, объеме памяти и внимания, эффективность решения задач. Наиболее ярко такой эффект проявляется при проведении "мозговой атаки", когда группе необходимо предложить много новых идей без критического анализа и логического осмысления.

Главные принципы *синергии*: совместная победа, навыки эмпатического общения в трудных ситуациях, которые позволяют достичь важных результатов. Синергия - это созидание, когда 1+1=3, т.е. целое всегда больше суммы его частей. Связь между 1+1 является частью 3 (целого, обладая стимулирующим и объединяющим свойствами).

Синергическое общение в команде создает внутреннее чувство радости и безопасности, веры, что дает толчок к росту и пониманию.

Самореализующееся пророчество Гете: «Если относиться к человеку сообразно тому, каков он есть, он останется таким, каков он есть. Если же относиться к нему в соответствии с тем, каким он может и должен быть, то он и станет таким, каким может и должен быть».

Цели, мотивация для всех едины.

Достоинства работы в команде:

- производительность увеличивается в 77% случаев;
- качество продукции улучшается в 72% случаев;
- непроизводительные расходы снижаются в 53% случаев;
- сокращается число уровней управления;
- расширяются полномочия отдельного работника;
- легкая адаптация к среде;
- большая удовлетворенность трудом;
- делегирование полномочий взаимное;
- ситуационный подход к разрешению экономических проблем;
- активное реагирование на перемены.

Недостатки командной деятельности:

- незрелый консенсус может достигаться раньше, чем известны все характеристики анализируемой ситуации;
- ослабление этических принципов и творчества;
- вера в моральность собственных действий, как бы неэтичны и необоснованны они ни были;

• ценят группу выше, чем жизненно важные решения;
• намеренное игнорирование фактов, противоречащих сложившемуся мнению;
• преобладание мнение одного лидера;
• уклонение от оценки экспертами (иллюзия неуязвимости);
• тенденция избегать конфликта внутри группы любой ценой, особенно при стрессе;
• не критичность по отношению к правильности принятого решения;
• избегание говорить вслух сомнения.

Таким образом, недостатками командной деятельности являются иллюзия единодушия, отсутствие конкуренции, иллюзия неуязвимости, вера без сомнений в правоте, давление на одиночек.

Довольно часто люди объединяются в команду, чтобы удовлетворить свои потребности в усилении власти, обеспечении безопасности, самоуважении, общении, для получения определенного статуса.

Несколько советов о том, как выстраивать гармоничные отношения в КМП и *общаться с трудными коллегами:*

1. У того, кто не слушает – узнать, что его интересует.
2. С человеком, делающим из всего тайну – поговорить.
3. Чувствительного человека нужно похвалить, это повышает самооценку.
4. В общении с агрессивным коллегой или пациентом лучше – игнорировать его грубость, хвалить за достижения.
5. Пессимиста - хвалить прилюдно за малые успехи.

Для эффективного выполнения поручений:

1. Согласовывать будущие результаты и критерии оценки.
2. Согласовывать поэтапные сроки и дату завершения, контролировать их выполнение.
3. Согласовывать виды промежуточного контроля.
4. Объяснять важность ситуации, барьеры и рамки полномочий для исполнителя.
5. Благодарить за соблюдение сроков.

Для совершенствования КМП необходимо:

1. Обсудить цели сотрудника (каждого)
2. Обсудить потребности в обучении.
3. Обсудить удовлетворенность работой
4. Обсудить следующее задание (проект).

Способы создания команды:

• Увлекать личным примером
• Искать новое
• Давать свободу действий
• Выделять время на общение
• Продвигать по служебной лестнице

Условия для построения эффективной команды**:**

- Достижимые цели

- Мотивация
- Квалификация исполнителей
- Коммуникативная компетентность
- Размер помощи друг другу в малых группах, а также мотивация и умение миновать барьеры. Для этого можно проанализировать возможности участников команды (табл.4.1).

Таблица 4.1.

Анализ возможностей участника команды

	сильные стороны	слабые стороны
Собеседование		
Планирование		
Возможности		
Опасности		
Информирование		
Поддержка		

Таким образом, организация работы команды с учетом психологии общения взаимодействия способствуют успеху и эффективности работы всех участников.

Стратегия взаимоотношений в КМП при столкновении с особо трудными препятствиями во взаимодействии медицинского персонала и пациентов

Разочарование разрушает мотивацию к труду. В каждом возрасте и при любом стаже деятельности в медицине есть хорошие и плохие стороны, что-то становится делать труднее, а что-то – легче. Главное, научиться уделять больше времени хорошему и научиться терпеть плохое. Как считал Пол Мейер: «Девяносто процентов тех, кто потерпел неудачу, в действительности не были побеждены. Они просто сдались». Лучше всего с разочарованием бороться, если воспользоваться рекомендациями:

1.Посмотреть на ситуацию отстраненным взглядом (рассмотреть все в целом, бегло оценить проблему, внимательно присмотреться к себе и к окружающим вас успешным людям, оцените, наконец, свои возможности).

2.Необходимо общаться с теми, кто способен нам помочь

3.Исключить негативные разговоры с самим собой. Следует ввести в свою речь фразы:

* «И это пройдет»;
* «Все могло быть хуже»;
* «Важнее всего не то, что происходит со мной, а то, что происходит во мне»;
* «Выше голову!»;

*Все равно сделай это».

4.Настроиться на позитивные ожидания и сохранять гибкость восприятия, понимая, что мир не идеален.

5.Принятие правильных решений. Мало что способно так усилить разочарование, как угрызения совести, поэтому следует стараться всегда поступать справедливо и правильно.

Принципы решения производственных проблем руководителем КМП

1. Для начала стоит провести различие между проблемой и объективной трудностью, которая состоит в том, что проблему решить можно, а вот с объективной трудностью ничего нельзя поделать. Не стоит тратить время попусту, пытаясь бороться с объективной трудностью. Предлагаем памятку, позволяющую видеть проблемы в правильном свете (Д. Максвелл, 2009):

P redictors - (предсказатели) – помогают формировать наше будущее.

R eminders - (то, что напоминает) - показывает нам, что нельзя добиться успеха в одиночку.

pportunities - (возможности) – вытаскивают нас из колеи и побуждают мыслить творчески.

B lessings - (благословения) –открывают двери, через которые нам надо пройти, чтобы продвинуться вперед.

L essons – (уроки) - позволяют извлекать уроки из каждого нового испытания.

E verywhere – (повсюду) - напоминают нам, что никто не застрахован от трудностей.

M essages – (послания) - предупреждают о потенциальной катастрофе.

S olvable – (решаемые) - напоминают нам о то, что каждая проблема имеет свое решение.

2. Ожидание (предвидение) проблем. Та проблема, которую не предвидят, это действительно проблема, а та, которую упреждают - становится возможностью. Если все идет по плану, можно считать это приятным сюрпризом. Есть только четыре *способа принятия решений при столкновении* с проблемой:

*убежать от нее, но она всегда следует за ним;

*забыть о ней, но, оставленные без внимания, проблемы становятся более серьезными;

*бороться с ней, но проблема остается;

*повернуться к ней лицом. Эти руководители смотрят на проблему реально.

3. Оценка проблемы. М. Ливитт из США (1971) считал: «В жизни каждой проблемы существует момент, когда она уже достаточно велика, чтобы ее заметить, но слишком мала, чтобы ее решить». Главное состоит в том, чтобы найти подходящее время, а затем проявить терпение в процессе решения проблемы.

4. Каждая проблема должна стать потенциальной возможностью.

5. Стоит подумать о тех, чьи проблемы серьезнее ваших.

6. Составление списка потенциальных способов решения проблемы. Ни одна проблема не может выдержать хорошего осмысления (мозгового штурма). Активное позитивное мышление, ресурсы воедино и поиск 3 лучших способов решения проблемы. Тогда появляется не только 2-й вариант, но и запасной, на случай неэффективности первого варианта.
7. Концентрация внимания. Р.У. Эмерсон однажды заметил: «Концентрация внимания – это секрет силы в политике, на войне, в торговле, спорте и ведении всех человеческих дел».
8. Для того, чтобы остаться объективным, следует признать, что не все действия руководителя по решению проблем в работе могут закончиться безусловной победой. Как отметил Я.К. Смутсон: «Человек терпит поражение не от противников, а от самого себя». В соответствии с этим, руководителю КМП нет необходимости учиться побеждать, а нужно научиться не стоять на дороге у самих себя.

Классификация людей, использующих поведение, разрушающее личность (Д. Максвелл, 2009):

1.Желающие добиться всего, к чему стремятся. «Характер- это способность довести принятое решение до конца тогда, когда эмоции момента уже давно прошли».- считает Д. Максвелл.

2. Не желающие чего-либо добиваться, те, кто всему противится. Позитивное отношение поможет избежать этой группы.

3.Неспособные чего-либо добиться, неудачники. Правильно выходить из поражения поможет выходу из этой группы. Существует 4 причины, способствующих поражению: ожидание поражения, считать себя самого неудачником, отказ от риска, допущение неудаче сломить себя. Д. Максвелл считает: «Если использовать возможности, они приумножаются, если не обращать на них внимания – они умирают».

Поскольку никто не застрахован от неудачи или поражения, руководителю следует научиться извлекать пользу из неудач.

В целях профилактики развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) руководителям и медицинскому персоналу нужно отдавать себе отчет в том, что имеются негативные последствия деятельности для самого исполнителя:

*невысокий уровень финансового вознаграждения и социального статуса;

*жесткий график работы, а результаты труда скрыты или не оцениваются пациентом, что ведет к снижению субъективной значимости и удовлетворения от работы, следствием чего становится стремление уменьшить объем профессиональных обязанностей;

*производственная среда с дополнительными факторами социального риска (наркомания, бездомность, алкоголизм, преступность и др.) в связи с чем, нужен учет социального статуса пациента (уровень образования, профессия, брачный статус);

Для превращения неудачи в ступеньку к успеху лидеру, Пвр в КМП потребуется совсем немного:

1. Изменить свое отношение. Не стоит считать, что попытка – первый шаг к неудаче.

2. Изменить свой лексикон. Исправить тип мышления, когда человек становится пленником неверных выражений. Неправильно фразу «…если бы только...» - заменять словами: «в следующий раз...».

3. Не обращать внимания на неудачи. М. Мальц, специалист в области психокибернетики, считал: «Если вы достигаете только 65 % ваших целей, тогда вас можно считать чемпионом по умению жить». Важно подбодрить себя тем, что результат успеха выше среднего.

4. Позволить поражению указать путь к успеху. Как считала мать Тереза: «Поцелуи Иисуса» – поражения быстрее приводят нас к Богу».

5. Сохранить чувство юмора и учиться на своих ошибках. Примером позитивного мышления является мысль о том, что мы вовсе не проигрываем – это мы так учимся.

6. Сохранить чувство перспективы. Лауреат Зала славы американского футбола Д. Шула ввел «правило 24 часов», когда отводил 24 часа после игры на то, чтобы отпраздновать победу или осмыслить проигрыш, а на завтра, через 24 часа, наступало время планировать следующую игру.

7. Не привыкать к поражениям. Дом, где живет уныние, неправильное место жительства.

8. Превратить поражения в индикаторы своего роста. Достижение цели – настоящее счастье. Но чтобы добраться до нее, приходится пройти через тяжелые падения. Д. Бразерс писал: «Человек, желающий добиться успеха, должен научиться относиться к неудаче как к нормальной и неизбежной части процесса восхождения к вершине». Суть успеха, чтобы подняться на один раз больше, чем упасть. Поражение означает лишь, что времени для достижения успеха руководителю может потребовать больше.

Выводы

Команда — это союз двух и более людей, объединившихся вместе, чтобы достичь конкретных целей. Команда как подсистема медицинской организации определяется ее особенностями: стратегией развитая организации, организационной структурой, формально установленными нормами и правилами, имеющимися в распоряжении организации ресурсами, принятой системой подбора персонала, организационной культурой.

КМП является перспективной формой организации работы под руководством врача либо Пвр., который может стать ключевой фигурой в команде врача общей практики.

Эффективность работы команды зависит от возможностей, способностей и личностных качеств составляющих ее сотрудников. Осуществляя анализ и прогнозирование эффективности работ в команде, необходимо учитывать ее структуру (формальное лидерство, роли, нормы, статус, размер, со-

став), а также специфику задач, которые приходится решать, с учетом принципов решения производственных проблем.

Сплоченность КМП влияет на эффективность ее работы. Зависимость между сплоченностью группы людей и производительностью ее членов определяется тем, насколько принятые нормы поведения в коллективе нацелены на достижение высоких результатов ее работы. Важна выработка таких норм поведения, которые в максимальной степени способствуют обеспечению успешности работы.

Литература

1. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами – Спб.: Питер, 2005. – 250 с.
2. Асаенок, И.С. Основы информациологии и информационной гигиены: монография /И.С. Асаенок, Л.В. Половинкина, Т.М. Рыбина, Е.В. Амельченко; под общ. ред. И.С. Асаенка. – Минск: Право и экономика, 2012. – 184 с.
3. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации //Э.А. Вальчук. - Минск: МЕТ,2010. - 320с.
4. Виханский, О.С. Менеджмент: учебник /Виханский О.С., Наумов А.И. – М.: Экономистъ,2006. – 340 с.
5. Запорованный, Ю.Б. Медико-социальные койки: роль и значение / Ю.Б. Запорованный // Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы 5 съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 11-12 мая 2006 г. - Минск: Минсктиппроект, 2006. - С. 77-79.
6. Ключенович, В.И. Управление формированием здорового образа жизни (практический глоссарий и пилотное проектирование системы) /В.И. Ключенович. – Минск: БелНИИ «Экология», 2010. – 269с.
7. Кодекс Республики Беларусь об образовании от 13 янв.2011г. № 243-З; принят Палатой представителей 2 дек. 2010г.: одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010г. //Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. -2011. - №13. -2/1795.
8. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики БеларусьРеспублики Беларусь от 31.03.2011г. №335 «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики БеларусьРеспублики Беларусь»
9. Матвейчик, Т.В., Иванова, В.И. Формирование навыков здорового образа жизни // Веснік адукацыі.-2010.-№4 .-С.58-64.
10. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько.- Минск: БелМАПО,2011. - 237с.
11. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом.мед. образования /Т.В. Матвейчик [и др.] – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011.- 368с.

12. Матвейчик Т.В., Романова А.П., Шваб Л.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: монография [электронный ресурс] /Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб; Бел. мед. акад. последипломного образования – Минск : ГУ Республиканская научная медицинская библиотека,2012.-88с. Режим доступа:
http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvsest.pdf
13. Матвейчик Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела): учеб.-метод. пособие [электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая; Бел. мед. акад. последипломного образования. – Минск: ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012. – 64 с Режим доступа:
http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf
14. Матвейчик Т.В. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие для мед. персонала орг. здравоохранения, лиц, обучающихся в системе дополнительного образования взрослых (мед., соц., пед. работников) [электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик [и др.]; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 160с.
http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf
15. Морозевич. А.Н., Шрубенко, А.Г. Методология компетентностного подхода /А.Н. Морозевич, А.Г. Шрубенко //Проблемы управления .- 2010. - №2. - С.6-17.
Реализация программы Европейского бюро ВОЗ «Здоровье – 21» - один из основных путей улучшения здоровья женщин.// Приложение к информационному бюллетеню № 2 Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) «Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности». – Мн.; июнь 2001. – 29с.
16. Рябкова, О.И., Жилевич, Л.А., Ростовцев, В.Н., Терехович, Т.И., Кузьменко, В.Н., Марченкова, И.Б. Итоги выполнения программы переоснащения амбулаторно-поликлинических организаций Республики Беларусь на 2009-2011 гг.// Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2012. - №2 .- С.22-26.
17. Саркисова, В.А. Миссия ассоциаций медицинских сестер в формировании будущего сестринской профессии //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11-13 октября 2012г., Санкт-Петербург - С.72-80.
18. http://www.rabota.ru/guide/recruiting/kpi_dlja_kadrovoj_sluzhby.htm
19. Чупров, К.П. Оценки эффективности совместного труда управленческой команды. Диссертационная работа. http://www.jobsmarket.ru/g.
http://www.med.by/index.php?page=content/ellibsci/BELMAPO/belmapo.inc

Глава 5. Проблемы взаимодействия в деловом общении помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Законы психологии малых групп

Понимая под ценностями определенные социально-психологические ориентиры, имеющиеся в сознании каждого человека, их можно рассматривать также как социально одобряемые нормы. Практика здравоохранения опирается на систему моральных приоритетов и духовных ценностей. Люблянская хартия (1996г.) провозгласила уважение к человеческому достоинству, равенство, солидарность, профессиональную этику. В окончательном отчете 5 Конференции европейских министров здравоохранения в Варшаве (1996г.) перечисляются основные категории ценностей, обязательных для политики здравоохранения: этические, социальные, экономические, юридические, психологические, гражданские, профилактические и деонтологические. Они отражены и в решениях Международной конференции главных государственных сестер Западной Европы в Варшаве (2011г.).

Для медицинского работника разных эпох остается значимым этический принцип: «Врач - исцелись сам», подчеркивающий его место в системе нравственных ценностей.

Совершенствование нравственности медицинского персонала соответствует стратегической цели для системы дополнительного образования взрослых и оптимизации места и деятельности Пвр как специалиста нового типа, что достигается педагогическим сопровождением в оказании помощи пожилым и старым людям.

Американский биоэтик Роберт Витч (Veatch R.M., 1972), выделяет четыре модели взаимоотношений медицинского работника (врача) и пациента, существующие в условиях современной медицины.

1.Инженерная модель, при которой пациент воспринимается как обезличенный механизм. Отражает технократический подход, противоречащий принципу уважения прав и достоинств личности.

2.Патерналистская модель обеспечивает комфортные взаимодействия для сферы педиатрии, психиатрии, гериатрии, но несет опасность превращения их в рентные отношения типа «начальник-подчиненный».

3.Контрактная модель базируется на юридическом договоре, учитывающем правовые аспекты и стоимость медицинских услуг. Используется в медицинских фирмах частной формы собственности.

4.Коллегиальная модель базируется на равноправии медика и пациента, высокой культуре общения и является предпочтительной.

При осуществлении медицинской и социальной помощи на практике возникают проблемы, которые можно сгруппировать:

*проблемы умения находить контакт с пациентом как показатель профессионализма.

*проблемы взаимодействия с пожилыми пациентами, вызывающие нарекания и жалобы;

*циничное отношение и порицание обществом ВИЧ/СПИД инфицированных и больных людей;

С переходом в категорию пенсионеров коренным образом изменяется не только взаимоотношение человека и общества, но и ценностные ориентиры.

Более половины престарелых пациентов медико-социальных отделений сельских участковых больниц оценивают состояние своего здоровья как плохое и очень плохое, 13% – как удовлетворительное, 2% - как хорошее. Между самооценкой состояния здоровья и удовлетворенностью собственной жизнью выявлена прямая связь.

При работе с пациентами старческого возраста необходимо учитывать, что их отношение к заболеваниям отличается не столько недооценкой, сколько переоценкой.

Одной их востребованных форм медицинской и социальной помощи является патронаж – вид обслуживания, состоящий в постоянном контроле состояния здоровья пациентов, регулярном посещении их жилищ, оказании необходимой помощи, проведении отдельных медицинских манипуляций.

Основные задачи, возлагаемые на медицинских работников при работе с пациентами, нуждающимися в медицинской и социальной поддержке:

- оказывать поддержку пожилым и старым, осознавать и устранять затруднения в повседневной деятельности;
- осуществлять медицинскую помощь, помогать больным людям выходить из затруднений путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия;
- способствовать более полному использованию всех средств, источников медико-социальной помощи каждым потребителем услуг в сохранении здоровья, профилактике и реабилитации;
- оказывать сопровождение в процессе умирания и переживания горя и профилактике СЭВ у родных и близких пациента.

Эти задачи могут быть достигнуты при наличии специалистов нового типа, с особыми личностными качествами. Изучение индивидуальных личностных качеств Пвр поведено путем собеседования с лицами, отработавшими в новой должности в течение 1 года в Минской области и г. Минске. Все 25 участника опроса-собеседования лица женского пола в возрасте 27± 5 лет.

Особое значение при опросе отведено таким качествам, как коммуникабельность, предприимчивость, лидерство.

***Коммуникабельность*, гуманизм к больному человеку является неотъемлемым качеством медицинского работника, в том числе и у Пвр.**

***Предприимчивость* по результатам собеседования с интервьюерами является необходимым элементом личности Пвр, который выявляет не только нравственные аспекты поведения с коллегами, интеллект, базирующийся на уровне образованности, но и выступает двигателем новых технологий, знаний.**

***Лидерство* – неотъемлемый компонент личности Пвр, поскольку на его уверенности в правоте проводимой в ОЗ политики, воле, опыте и целеустремленности базируются успешность работы. Наличие лидерских качеств определялось по авторской методике Е.С. Жарикова, 2002г. «Лидерский потенциал». Число лиц с преобладанием лидерского потенциала составило 52%.**

***Особые* требования к личности Пвр:**

инициативность*, умение четко реагировать на ситуацию с ресурсами организации с наибольшей выгодой для работы, умение оценить перспективу новых технологий и своевременно начать их использование в работе ОЗ, здоровый оптимизм, *особые личностные качества.

***трудолюбие*, теплота в отношениях между людьми, сострадание, толерантность, миролюбие, коллективизм и чувство локтя.**

***почитание традиций*, патриотизм, стремление к постепенным общественным изменениям. Осторожное отношение к инновациям, разрушающим привычную жизнь, сохраняются в современном менталитете белорусов и сестринских руководителей как их типичных представителей.**

Наличие таких качеств личности, как готовность к сотрудничеству, забота о других, дружелюбие, уживчивость, достоинство, отзывчивость на призывы о помощи, достоверная бескорыстность свидетельствуют о грамотном отборе при выборе профессии.

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности личности опрошенных специалистов:

- в личных качествах респондентов имеют место особенности, обусловленные проявлениями защитных реакций на стресс, как, например, раздражительность, озлобленность, обидчивость. Следовательно, обучение умению противостоять стрессу и развитие личной культуры может повлиять на характер взаимоотношений с пациентом ;
- низкая потребность в успехе у 20% респондентов свидетельствует о заниженном уровне оценки самим собой и обществом, что подтверждается тем, что 30% анкетируемых дорожат мнением о них окружающих.

Психологические особенности личности специалистов сестринского дела формируют потребность введения в программы обучения системы дополнительного образования взрослых занятий по коррекции тех качеств личности, которые обусловлены профессиональным нерегулируемым стрессом, могут негативно сказаться на имидже руководителя;

Изучение на научной основе имиджа сестринского руководителя может выявить границы, влияющие на качество коммуникаций и руководства персоналом, поскольку роль и новые функции по формированию населения на поддержание и укрепление здоровья возросли и предъявляют повышенные требования к личности и имиджу этого специалиста.

В овладении навыками общения важным и значимым для медицинских работников считаются умения:

• выслушать других с пониманием и целенаправленно;

• выявить информацию и собрать факты, необходимые данные для анализа и оценки ситуации;

• создать и развивать отношения;

• наблюдать и интерпретировать сказанное словами и показанное жестами, мимикой, интонацией;

• добиться доверия подопечных;

• активизировать усилия пациентов по решению собственных проблем;

• обсуждать острые проблемы в позитивном эмоциональном настрое;

• посредничать и улаживать отношения между конфликтующими индивидами, группами;

• налаживать межличностные и общественные связи;

• интерпретировать потребности людей в уходе и сообщать о них в соответствующие службы, организации. Эти навыки общения легче всего проявляют люди, наделенные особым обаянием или харизмой – лидеры. Вероятно, специалист нового типа –Пвр будет именно таким.

Лидер в переводе с английского языка – это командир, глава, вождь, ведущий, руководитель в современном понимании. Существует ряд распространенных неверных представлений и мифов о лидерстве и лидерах. Важно избежать ловушки завышенного мнения о себе медицинского работника.

Миф управления. Многие специалисты уверены в том, что лидерство и управление - это одно и то же. Главное различие между этими двумя понятиями состоит в том, что лидерство связано с влиянием на людей, которые должны следовать за руководителем, в то время как управление концентрируется на том, чтобы поддерживать функционирование систем и процессов. Лучшим способом проверить, может ли человек повести за собой или он способен только управлять - это попросить его провести положительные организационные меры. Менеджеры зачастую способны только поддерживать имеющееся направление, но не могут изменить его. Для того, чтобы сменить ориентиры и повести людей в новом направлении, необходимо обладать влиянием.

Миф предпринимателя. Часто полагают, будто все специалисты - руководители и предприниматели - лидеры. Это не всегда так. Такие люди бывают инициативными, но это не делает их лидерами. В лучшем случае они могут убедить людей на какое-то кратковременное изменение, но не могут оказывать на них долгосрочного влияния.

Миф знания. Френсис Бэкон сказал: «Знание - сила». Большинство людей склонны предполагать, что те, кто обладает знаниями и интеллектом – это и есть лидеры. Это не аксиома. Коэффициент интеллекта не обязательно соответствует наличию лидерских качеств.

Миф первопроходца. Иное ошибочное представление состоит в том, будто любой, кто опередил толпу, является лидером. Быть первым не всегда

означает быть лидером и вести за собой. Для того, чтобы стать лидером, необходимы люди, которые преднамеренно и сознательно движутся по его стопам, следуя его примеру, действуя в соответствии с его перспективным замыслом.

Миф должности. Как упоминалось ранее, недоразумением в отношении лидерства является мысль о том, будто оно основывается на должности. «Вовсе не должность создает лидера, это лидер создает должность» писал Стенли Хаффти.

Лидерство - двусторонний процесс, протекающий между людьми. Руководство - это работа с людьми, в отличие от административной бумажной работы или деятельности по решению проблем.

Настоящие лидеры, благодаря своей интуиции, оценивают все через призму предвидения. Некоторые люди рождаются с хорошо развитой лидерской интуицией, другие должны упорно трудиться, чтобы развивать и оттачивать ее. Какими бы способами ни достигался конечный результат, он представляет собой сочетание природных способностей и приобретенных навыков. Такая информированная интуиция помогает лидеру решать проблемы.

Существует 3 уровня *лидерской интуиции*.

1. Те, кто от природы видят суть. Отдельные люди рождаются с задатками лидера. Они инстинктивно понимают людей и знают, как провести их из пункта А в пункт В. Будучи детьми, они действуют как лидеры, которые заметны уже на детской площадке. Люди с природной лидерской интуицией могут развить ее и стать мировыми лидерами (принцесса Диана, мать Тереза и др.).
2. Те, кого воспитали видеть суть. Не каждый начинает жизненный путь, обладая выраженной лидерской интуицией от природы, но какими бы способностями ни обладал человек, их всегда можно воспитать и развить. Способность думать как лидер - это и есть сформированная интуиция. Те люди, которые не развивают свою интуицию, всегда будут чувствовать, что в вопросах лидерства они слабы.
3. Те, кто никогда не увидят суть. Учить таких людей бессмысленно, руководить они могут, но лидерами не станут.

Руководители воздействуют на членов своей команды по-разному, поскольку используют разные стили и стратегии управления.

Лидеры видят общие тенденции. Все, что случается вокруг, происходит в составе более обширной картины. Лидеры обладают способностью абстрагироваться от происходящего в настоящий момент и видеть не только то, где сейчас находятся они и люди, следующие за ними, но и то, куда и как они двигаются и где окажутся в будущем. Настоящий лидер всегда чувствует «ветер перемен».

Лидеры оценивают свои ресурсы. Основное различие между просто успешными людьми и настоящими лидерами состоит в том, как они воспринимают имеющиеся в наличии ресурсы.

Лидеры умеют понимать своих людей. Интуитивные лидеры обладают способностью «чувствовать» тех людей, которых они возглавляют.

Лидеры умеют понимать самих себя. У хороших лидеров развивается способность понимать самих себя - свои силы, навыки и умения, слабости и настроение.

Гендерные особенности делового общения в работе Пвр

Считается, что работать под руководством женщины — задача не из легких. Это мнение разделяют и мужчины, и женщины. Речь не о том, что женщине недостаёт ума быть стратегом или политиком. Множество примеров (Екатерина II, Маргарет Тэтчер, Индира Ганди) свидетельствуют обратное.

Мужчины-руководители ориентировались на решение поставленной задачи, женщины — на человека, которому эту задачу предстоит решать. В этом основное отличие женского стиля управления от мужского руководства. Процесс управления, как медаль, имеет две стороны: "мужскую", ориентированную на задачу, и "женскую", направленную на взаимоотношения людей. Ключ к успеху управления - в сочетании этих стилей.

Если в группе одни мужчины, то женский аспект лидерства — гармонизацию отношений — берет на себя кто-то из них. Если коллектив состоит из одних женщин, кто-то должен взять на себя мужской аспект управления.

С помощью теста Тимоти Лири специалисты изучали устойчивые психологические свойства, определяющие социальное поведение человека и взаимоотношения в малых группах. Они выделяли факторы доминирование — подчинение и дружелюбие — агрессивность, которые определяют общее впечатление о человеке в процессе общения. Кроме того, с помощью теста исследовали творческий потенциал и потребность в одобрении.

Анализ результатов показал, что мужчинам-руководителям свойственно доминирование и агрессия. Часто это выражается в самодовольстве и превосходстве над окружающими. У мужчин-руководителей — обособленная позиция в группе. Они играют половую роль "парня" — уверенного и соперничающего с другими человека, защитника и борца за справедливость.

Женщины-руководители великодушны, дружелюбны и готовы прийти на помощь. В отличие от мужчин они не боятся вступать в дружеские отношения с подчиненными. Часто именно благодаря таким отношениям, а не приказам женщины добиваются результата. Они нацелены на творческое сотрудничество, открыты для общения, умеют быть выдержанными и дипломатичными.

Доминирование у женщин сочетается с подчинением, они в большей мере, чем мужчины, нуждаются в помощи и доверии со стороны окружающих. Если в среде сотрудников женщина-руководитель явно доминирует, то во внешней среде — в общении, например, с государственными структурами, социальными институтами — она порой испытывает неуверенность. Для женщины важно одобрение ее деятельности, которое для нее иногда важнее, чем материальные *блага.* Тесты показывают, что чем выше должность, зани-

маемая женщиной, тем выше показатель авторитетности и агрессии как следствие необходимости использовать мужские качества для достижения цели. Женщины, руководящие небольшим коллективом, используют в большей степени дружественный стиль управления.

У женщин достаточно высокий творческий потенциал, однако порой не хватает веры в себя. Мужчины-руководители, напротив, слишком самоуверенны, что мешает критически оценить себя и свои решения. Их творческий потенциал, согласно результатам тестирования, колебался в широких пределах, от значительного до небольшого. Это доказывает, что мужчина часто становится руководителем по признаку пола.

Большинство женщин позволяют событиям идти своим чередом. Женщины считают, что решающим фактором профессионального успеха является самореализация. Они мало интересуются существенными вещами в своем окружении. Например, системой отношений и информационных каналов в МО, возникающих на неофициальном уровне. Они не всегда признают и не совсем воспринимают какие-либо взаимные лояльные отношения, зависимости отношений типа "ты — мне, я — тебе", взаимную полезность протекций, возникающих между сотрудниками и всегда учитываемых в своей деятельности мужчинами.

Если мужчины начинают работу в какой-либо организации, они заинтересованы в карьерном росте. Женщины своей работой должны постоянно доказывать, что занимаются своим делом, когда все предполагают обратное.

Особенности общения помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи с мужчиной-руководителем:

Уверенный тон и никаких оправданий. В отличие от мужчин женщины часто говорят слегка извиняющимся тоном. Даже наиболее уверенные из них невольно употребляют речевые обороты, свидетельствующие о нерешительности и стремлении избежать риска, что снижает значимость остальных аргументов. Однако специалист, который ищет спокойной жизни, не сможет добиться успеха в работе.

В разговоре с мужчиной-руководителем в медицинских организациях важно избегать недостатков делового общения.

Ненужные предисловия и послесловия содержат лишние слова, которыми женщина может начинать или заканчивать утверждение. Извиняющиеся фразы, с которых начинают обращение, ослабляют смысл и значение слов. Например: *"Я* не совсем уверена, но мне кажется..." Послесловие звучит в конце фразы и смягчает первоначальное, казалось бы, решительное утверждение. «Мы должны принять меры, как вы думаете?» или «Не правда ли?", «Я правильно говорю?..».

Вопросительный тон. Легкая вопросительная интонация, которой заканчивается вполне нормальное утвердительное предложение заставляет усомниться в правильности утверждения и демонстрирует неуверенность говорящего. Для слушателя это звучит примерно так: "Вы не согласны со мной?" Или еще хуже: "Пожалуйста, соглашайтесь скорее, чтобы я была уве-

рена, что сказала что-то дельное". Важно осознать привычку говорить вопросительным тоном и стараться избавляться от нее.

Уточняющие фразы. Женщины иногда не могут обойтись без многочисленных слов "как бы", "как будто", "вроде бы", "такого рода", которые засоряют вполне резонные фразы, снижая их информативность. Эти словосочетания также можно отнести к ряду вредных привычек, от которых следует избавиться. Словарные обороты "вроде бы...", "мы, вероятно...", и «в самом деле..." содержат не просто лишние слова, а слова-"паразиты", которые ясное и точное утверждение превращают в неопределенное предположение. Говорящий человек при этом выглядит неуверенно. Женщины подобными фразами стараются скрыть неподготовленность к разговору. Эти обтекаемые формулировки могут свидетельствовать о попытке уклониться от высказывания своей действительной позиции или стремлении избежать конфликта. Сложность состоит в том, чтобы найти нужные фразы и выражения в каждом конкретном случае, там, где они наиболее уместны и скорее приведут к цели.

Краткость. Для женщин разговор — это общение, для мужчин — среда для обмена информацией. Женщины используют больше подробностей в разговоре по сравнению с мужчинами. При сообщении информации мужчине-руководителю лучше избавиться от лишних деталей, внимательно наблюдать за реакцией во время разговора. Как только взгляд собеседника заметно поскучнел — это сигнал, что количество слов необходимо сократить до минимума. Можно вначале проинформировать, сколько времени займет разговор, и в дальнейшем не выходить за пределы отведенных минут, чтобы не нарушить график руководителя.

Бесполезные намеки. С мужчинами о любых вещах следует говорить прямо, поскольку в отличие от женщин в такой же степени требуют ясности, как и краткости.

Женщины намеки понимают с полуслова, а мужчине можно намекать до бесконечности. Вместо: "У нас, вроде бы, проблемы наметились..." лучше: "Уволились две медсестры из хирургического отделения, ожидаются переработки" и др. Больше фактов для конкретной информации.

Бурное проявление эмоций, например слезы, недопустимы. Такое поведение подрывает позиции женщины. Плачущая женщина вызывает сочувствие у окружающих, но слезы – признак того, что человек не способен владеть ситуацией. Особенно слезы досаждают и злят людей, которые привыкли скрывать чувства и эмоции, соответственно требуют этого и от других. Как правило, мужчины считают, что, если женщина склонна к слезам, ею можно легко управлять.

На совещаниях выступление женщины могут не выслушать должным образом, особенно если руководитель — мужчина. Если аудитория поддерживает мужчину, повторившего предложенную идею, лучший выход отметить: "Я так рада, что господин Н. согласился с моим предложением! Итак, как я и предлагала, давайте...". Подчеркните, что идея — ваша.

Особенности общения помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи с женщиной-руководителем

Сохранять достоинство. Оказавшись участницей неформального разговора, можно коснуться женских тем, однако злоупотреблять этим не следует.

Участвовать в разговоре, когда женщина-руководитель обсуждает вслух ход мыслей – это может быть понято как внимание к ее словам. В противном случае можно полностью утратить интерес к беседе из-за отсутствия обратной связи.

Обсуждение общих интересов, личных проблем помогает установить неформальные отношения, установить доверительный контакт. Однако эти неделовые разговоры возможны только в подходящее время, отвлекать на это внимание при обсуждении профессиональных вопросов не стоит.

Избегать демонстрации эмоций. Повышенный тон, несдержанность речи разрушительно действуют на процесс делового общения. В большинстве случаев раздражение и гнев являются маской страха, неуверенности и слабости.

Соблюдение правил требует относиться к женщине-руководителю с уважением, выполнять достойно свою работу, что послужит формированию доверия и уважения руководителя. Женщина-руководитель в большей мере, чем мужчина нуждается в понимании. При работе с ней необходимо терпение, не следует ожидать, что новые идеи и стратегии будут мгновенно одобрены руководителем. Важно всегда помнить о сроках выполнения работы. Женщины-руководители, как правило, педантично требуют выполнения работы в установленный срок. Большинство женщин не любят двойной игры, поскольку сами предпочитают играть открыто.

Профессиональная деятельность медицинского работника, в том числе Пвр, связана с проблемами психологического порядка. Анализ деятельности медицинских работников позволяет выделить основные сферы, в которых возникают или проявляются психологические проблемы.

1. Проблемы, вызывающие особо острые переживания (сопереживания, сострадание) медицинского работника.
2. Способы, при помощи которых медицинский работник пытается выйти из переживания.
3. Проблемы при общении с пациентом.
4. Способы и приемы, применяемые для преодоления проблем общения с пациентом.
5. Проблемы при общении с родственниками пациента.
6. Способы решения психологических проблем с коллегами.
7. Трудности общения с руководителями в организации здравоохранения.

В командной работе медицинского персонала действуют определенные закономерности, обусловленные законами психологии малых групп.

Эффект социальной лени свидетельствует о том, что чем больше членов в группе, тем меньше индивидуальный вклад в общую работу. Коллективная работоспособность группы не превышает половины от суммы работоспособности ее членов, т.е. мотивация такова, что они прилагают меньше усилий от выполнения совместной работы, нежели индивидуальных действий.

Исследования М. Рингельмана свидетельствуют о том, что если продуктивность одного человека при подъеме груза принять за 100%, то двое в среднем поднимут груз не в два раза больший, а 93% суммарной массы, поднятого двумя отдельно работающими людьми. Коэффициент полезного действия группы из 3 человек равен 85%, к.п.д. группы из 8 человек - 49%.

Формула "социальной лени":

С = 100-7 (К-1), формула для определения среднего индивидуального вклада в командах разной величины,

где С - средний индивидуальный вклад участников,

К - количество членов команды.

Социальную лень можно определить, как тенденцию работать в команде меньше, чем индивидуально.

Факторы социальной лени:

- индивидуальная ответственность за результаты труда, обратная зависимость от социальной лени;

--групповая сплоченность и дружеские отношения. Друзья бездельничают меньше, чем незнакомые;

- численность (оптимальная 7±2), наблюдается прямая зависимость;

- кросс - культурные различия. Члены коллективистских культур проявляют меньше социальной лени (Япония), чем члены индивидуалистических культур (США);

- гендерный - женщины проявляют меньшую социальную лень, чем мужчины.

Эффект группомыслия - поиск решения, которое устраивает всех в группе, даже если оно не будет объективным и разумным с точки зрения отдельного члена группы. Способ единомыслия возникает, когда критерием истинности служит сплоченное мнение группы, преобладающее над реальными альтернативами одного.

Симптомы группомыслия:

- излишний оптимизм, из-за которого члены команды не замечают опасности;
- вера в этичность группы, моральность и правильность мнения - ведет к нравственной глухоте;
- рационализация: больше времени тратится на оправдание решений, чем на обдумывание, группа становится «эмоционально бесчувственной»;
- стереотипы: работа по прежнему стандарту, ранее приводившему к успеху;
- конформизм (подавление одного, отличного от других мнения);

• внутренняя цензура (подавление желание идти против всех);
• иллюзия единодушия: консенсус достигается за счет конформизма и внутренней цензуры.

Зависимость человека от группы в контактах с окружающим миром.

Конформизм - это изменение поведения или мнения человека в результате реального или мнимого давления группы. В 1956 г. Соломон Аш ввел термин "конформизм". Опыты с определением восприятия длины отрезка на плакате с эталоном для подставной группы из 6 человек и 1-ого наивного испытуемого. Поодиночке члены группы давали верный ответ, а в группе - ложный, о чем наивному участнику было неизвестно. Наивный человек соглашался с навязываемым давлением группы в 37% случаев. При этом не было ни явного, ни жесткого принуждения, ни поощрений за согласие, ни наказания.

Условия возникновения конформизма:

- чем сложнее задание или ниже уровень компетентности, тем уровень конформизма выше;
- тип личности: чем ниже самооценка, тем выше конформизм;
- численность группы: если три и более человека - конформизм выше;
- состав: чем из большего числа экспертов и значимых людей состоит группа, тем выше конформизм;
- ловушка «группомыслия»;
- статус, авторитет: чем выше у одного, тем больший конформизм у других.

Для улучшения адаптации в группе отказ человека от значимых для него взглядов есть проявление конформизма. Это мера чувствительности человека к групповому давлению, мера принятия определенного стереотипа, норм, ценностей.

Причины конформного поведения:

• настойчивость и упрямство других может убедить в ошибочности первоначального мнения;
• избегание остракизма группы;
• неопределенность и неясность информации ориентируют человека на мнение другого.

Эффект подражания является механизмом групповой интеграции (халат врача, форма военного). Единый стереотип внешности укрепляет членство в группе.

Эффект "ореола" проявляется влиянием стереотипных представлений на мнение о новом знакомом. "Ореол" ранее полученной или искаженной информации мешает видеть достоинства и недостатка объекта восприятия.

Возникает при условии:

- дефицита времени;
- перегрузки информацией;
- незначительности другого человека;
- стереотип восприятия "как раньше".

Эффект "бумеранга". Действия против кого-то оборачиваются против инициатора или источника. Возникает в случае недоверия или противоречивости информации.

Эффект группового фаворитизма открыл В.С. Агеев, но исследовали ученые- психологи из США и Российской Федерации. Означает тенденцию благоприятствовать членам своей группы в противовес "чужим".

Закономерности механизма группового фаворитизма:

1) сильнее, когда группы конкурируют;
2) когда есть четкая сравнимость, критерии едины;
3) членство в группе более важно, чем межличностное сходство, т.е. "свои" люди, но непохожие предпочтительнее чужих, хотя и подобных по взглядам;
4) успех мы заслужили, а проиграли оттого, что виноваты другие.

Эффект группового эгоизма: интересы группы против интересов и норм одного, или всего общества. Стабильность в группе важнее отдельной личности, значимее целей общества. Оказывает негативное воздействие для отдельных членов группы и жизнедеятельности самой группы.

Эффект «маятника» - циклическое чередование групповых эмоциональных состояний группы от усталости до возбуждающего воздействия. Интенсивность этого эффекта зависит от событий в совместном труде. Показателем эмоционального состояния группы является эмоциональный настрой людей во время работы. Например, в день зарплаты подъем настроения, авария - спад.

Эффект «волны» - распространение идей, целей, норм и ценностей в группе. Идея зарождается у одного, передается другому человеку, обсуждается в группе, дополняется, развивается; идет к другим. Является стимулом активности.

Эффект «пульсара» - изменение активности в зависимости от стимула: «оптимальная активность, необходимая для нормальной работы группы - подъем активности - спад активности - возвращение к оптимальному уровню активности».

Наличие подобных закономерностей обусловливает влияние на мотивацию работников МО. Мотивация исполнителей руководителем базируется на трех принципах:

1. Взаимопонимании руководителя и подчиненных. Условия:
   - единство профессионального языка, учет культуры и интеллекта;
   - полнота информации;
   - логичность изложения;
   - концентрация внимания.
2. Принятии распоряжений, в виде согласия на их исполнение. Условия:
   - непротиворечивая позиция руководителя;
   - поиск и демонстрация личных интересов;
   - конкретность распоряжений.

Мотивированные работники просто не думают о неудаче, даже не пользуются этим словом, предпочитая такие синонимы, как «ошибка», «сбой», «путаница».

3. Налаженности взаимоотношений между Пвр и коллегами.

Для положительного влияния на окружающих важно использовать следующие приемы:

1. Прием "имя собственное" – обращение по имени-отчеству подчеркивает, что каждый человек – личность.

2. Прием "зеркало отношения" - добрая улыбка, положительные эмоции.

3. Прием "золотые слова" (комплименты)

Правила комплимента:

а) должен отражать лишь положительные качества человека;

б) "без гипербол", а лишь небольшое преувеличение;

в) "высокое мнение" - собственное мнение человека о своем уровне;

г) "без претензий" (отсутствие стремлений человека к совершенствованию качества, отраженного в комплименте);

д) "без дидактики" (без рекомендации к улучшению);

е) без отрицательных эмоций.

4. Прием "терпеливый слушатель". Руководитель использует приемы активного либо пассивного, эмпатического слушания, в зависимости от ситуации.

5. Прием "личная жизнь" (интерес к внеслужебным интересам подчиненного).

Для повышения эффективности деятельности Пвр необходимо использование современных методов мотивации к труду. Коучинг - система персональной самостоятельной мотивации для достижения значимых целей, новый подход, содержащий 2 известные компоненты: принятие пациента таким, каков он есть, создание безопасности вокруг него, помощь в осознании его мира и ценностей без внесения медиком, воздействующим на мотивацию, (коучем, в англоязычной литературе) собственных моделей и рецептов. Второй известной составляющей является тренировка по стимулированию инициативы, действий, т.е. мотивация на вызов, совместную деятельность.

Принципы мотивации персонала:

1. Вера в людей начинается с веры в себя (Я верю, что я могу = Я знаю, что я могу).
2. Доверие к миру: Если мы идем своим путем, то мир поддержит нас. Все, что происходит, имеет глубокий смысл, надо только увидеть его, осознать и использовать.
3. Осознанность: что? как? о чем думаю? что чувствую? зачем?
4. Сократ считал: "Каждый человек знает истину. Я выступаю в роли повивальной бабки, позволяю этой истине родиться", т.е. истина - внутри нас, следует слушать себя.

5. Смелость желать, мечтать, формулировать и выстраивать цели, исходя из сознания возможностей под свои цели и задачи.

6.Баланс поддержки и вызова. Необходимо быть непредсказуемым для конкурентов и уникальным для партнеров и пациентов. Организатору стоит осмыслить, почему сплоченность команды действительно важна, а не является просто приятным преимуществом. Если усилия КМП действительно и в полном смысле одноразовые, тогда, возможно, нет необходимости в доведении сплоченности в ней до максимума. Однако, большинство руководителей хотело бы создавать команды, которые будут существовать длительное время. Если членам КМП не нравиться работать вместе, то будут страдать показатели деятельности.

Способы влияния руководителя КМП на ценности других лиц**:**

1. *Морализирование.* Что-то объявляется хорошим, а что-то плохим. Привлекают авторитет.
2. *Личный пример.* Поступать как должно и пусть учатся на опыте.
3. *Невмешательство.* Не комментировать, не мешать.
4. *Помощь в прояснении, ценностей.* Помочь в выборе ценностей, более соответствующих целям организации, обращая внимание на пользу и адекватность ситуации. Положительные проясненные ценности последовательны и стойки. Взаимодействие в деловом общении пациента с медицинскими работниками имеет различные оттенки, от одобрения до осуждения. Использовать людей для поддержки в трудных ситуациях может только тот, кто сумел обрести друзей. Медикам особо понятна идея в мысли Д. Максвелла: «Доброту невозможно отдать навсегда – она обязательно возвращается».

Выводы

Научные данные и практический опыт свидетельствуют о необходимости обучения медицинских работников психологической составляющей делового взаимодействия в модели «врач – сестра – пациент» с наибольшей пользой для всех участников общения.

При взаимодействии в КМП важно определить наиболее приемлемый способ влияния руководителя на ценности сотрудников: от морализирования и личного примера, до невмешательства, или предоставлении помощи в прояснении ценностей.

В деятельности Пвр могут иметь место проблемы взаимодействия этического характера, важно применять позитивное влияние на сотрудников и окружающих людей, на практике использовать принципы решения проблем в коллективе на основе диагностики психологических особенностей личности. Особое внимание следует уделять поведению людей, использующих деструктивные методы общения, зачастую обусловленных особенностями заболеваний. Важной составляющей делового общения являются нацеленность на благополучие человека и повышение качества жизни.

Развитие тренерского стиля в управлении работой способствует эффективной деятельности КМП в системе АПО, врача общей практики,

других структурах. Использование в медицинском коллективе стилей общения, базирующихся, на знаниях психологических основ лидерства и законов психологии малых групп, улучшает взаимодействие с пациентом и его окружением. Диагностика руководителем, врачом, Пвр типов организации работы в команде и использование приемов по оптимизации деятельности коллег важно для улучшения микроклимата в ОЗ.

Литература

1. Вальчук, Э.А. Лидерство, руководство и власть //Медицина. – 2000. – №4. – С.14-16.
2. Вальчук, Э.А. Основы менеджмента //Медицина. – 1998. – №4. – С.16-19.
3. Евсегнеев, Р.А.Психиатрия для всех /Р.А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2006. – 478с.
4. Жилевич, Л.А. Система оказания медицинской помощи ветеранам войн, лицам, пострадавшим от последствий войн в Республике Беларусь //Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Гериатрия в системе практического здравоохранения Республики Беларусь». – Минск: БелМАПО, 2012. – С.3-5.
5. Зильбер, А.П. Этюды медицинского права и этики //А.П. Зильбер. – М.: МЕД-пресс-информ.,2008. – 839с.
6. Кибанов, А.Я., Захаров, Д.К., Коновалова, В.Г. Этика деловых отношений: учебник /под ред. А.Я. Кибанова. – М.: ИНФА-М, 2002. – 368с.
7. Максвелл, Д. Мотивация решает все / Дж. Максвелл; пер. с англ. О.Г. Белошеев. - Минск: Попурри, 2009.-160с.
8. Матвейчик, Т.В. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства: уч.-метод. пособие [электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик [и др.]; Бел. мед. акад. последиплом. образования.-2-е изд., перераб. и доп. –Минск: ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека»,2012. –160 с. Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf
9. Матвейчик Т.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей) : монография [электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб; Бел. мед. акад. последипломного образования – Минск : ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 88 с. : 8 табл., 21 рис., 1 схема, 8 прил. Режим доступа:
http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvsest.pdf
10. Матвейчик Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела): учеб.-метод. пособие[электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая; Бел. мед. акад. последипломного образования. – Минск: ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012. – 64 с.: 8 табл., 7 прил. Режим доступа:

http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf
11. Мескон, М., Альберт, Хедуори, Ф. Основы менеджмента /Пер. с англ.. – М.: Дело, 1998. –286 с.
12. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э.Улумбекова. – 3-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОСТАР-МЕД,2011. – 544 с.
13. Пилипцевич, Н.Н., Пилипцевич, А.Н., Павлович, Т.Н., Короед, Е.А. Медицинская этика – мудрость врачевания. История развития и современность //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.2012. – №2. – С.32-40.
14. Управление персоналом: учебник для вузов /под ред. д.э.н., проф. А.Я. Кибанова, к.э.н., проф. Л.В. Ивановской.- М.: Издательство «Экзамен»,2008. – 352 с.
15. Хейфец, Н.Е., Москвичева Т.Н., Малахова И.В., Кот Т.И., Николаева С.Н., Ванагель, С.А. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи //Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012. – С.85-88.
16. Шрубенко, А.Г. Управленческое образование: методология лидерства // Проблемы управления.-2011.-№1(38).-С.48-59.

Глава 6. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Использование внутренних резервов при кадровом дефиците является тенденцией развития здравоохранения, обеспечивая необходимые объемы и качество медицинской помощи специалистами со средним медицинским и высшим сестринским образованием. Это невозможно без организации работы согласно требованиям менеджмента и критериям оценки качества. Предлагаемая модель организации труда Пвр соответствует девизу, предложенному ООН при праздновании в 2010г. Международного дня медицинской сестры «Обеспечивать качество на службе обществу: медицинские сестры играют ведущую роль в оказании помощи людям, страдающим хроническими недугами».

Новые формы стационарзамещающей работы, в которой активо работают Пвр, способствуют оптимизации сроков лечения в стационаре и ведут к удешевлению лечения в стационарных МО. Оптимизация деятельности Пвр формируется путем улучшения преемственности в АПО и расширения объемов помощи на дому с использованием патронажа, современных технологий ухода и сестринского процесса, совершенствования форм медицинской реабилитации, осуществляемой Пвр вместе с сестрой.

Система оказания помощи и наблюдения за пациентом на территориальном терапевтическом участке состоит из специалистов и включает врача терапевта участкового, Пвр и медицинскую сестру участковую, функции которых взаимно дополняют друг друга, позволяют обеспечить необходимую доступность и качество медицинской помощи.

В условиях кадрового дефицита роль специалиста Пвр возрастает на фоне требований к доступности осуществления медицинской помощи, предлагаются критерии эффективности его деятельности в системе ПМП, которые повысят качество, позволят осуществлять динамический контроль. Рекомендации ВОЗ с целью повышения качества и результативности медицинской помощи ориентированы на пациента (прил.5,6).

Введение этой должности потребовало формирования единого подхода к организации Пвр труда в системе ПМП, а также постановки конкретных целей, задач, нормирования деятельности.

Развитие системы здравоохранения осуществляется в направлении совершенствования организации ПМП, существующих государственных форм охраны здоровья, улучшения и закрепления практических знаний и навыков у Пвр (прил.8). Это обеспечивает гарантии получения пациентом медицинских услуг соответствующего качества.

Для контроля организации работы ПВр согласно требованиям менеджмента и клинико-диагностическому и лечебно-реабилитационному воздействию на пациента использован метод моделирования и проведения эксперт-

ной оценки с учетом социально значимых критериев эффективности деятельности Пвр (прил.9).

Метод единой системы экспертной оценки качества (критериев оценки эффективности деятельности) Пвр на амбулаторном этапе оказания ПМП основывается на сравнении в процессе работы результатов деятельности с образцом, для достижения которого необходимо использовать имеющиеся резервы повышения эффективности труда. В качестве единой экспертной оценки для регистрации результатов контроля труда ПВр в ОЗ, оказывающих ПМП, предлагаются индикаторы качества сестринской помощи в АПО (прил.10), универсальная шкала оценки манипуляционной техники (прил.11).

Модель организации труда Пвр, ориентированная на пациента, как это происходит в развитых странах мира, (прил.3) содержит должностную инструкцию (прил.1), перечень учетно-отчетной документации (прил.2), квалификационные характеристики Пвр (прил.19). Экспертная карта для регистрации его деятельности (прил.4, 9), индикаторы качества помощи Пвр (прил.10), и универсальная шкала оценки манипуляционной техники (прил.11) разработаны с учетом защиты прав пациента, на основе системы индикаторов.

Для достижения цели по улучшению доступности оказания медицинской помощи населению необходимо организовать трех ступенчатую систему наблюдения за пациентом на территориальном терапевтическом участке (врач-терапевт участковый – Пвр – медицинская сестра участковая). Разделы работы врача-терапевта участкового (прил.20) и медицинской сестры участковой разработаны (прил. 22,23,27), в то время как для Пвр – нет.

Важным является разделение полномочий и ответственности трех ключевых специалистов, предложенное для деятельности Пвр согласно алгоритмам (прил. 20-23), а также материально-техническое сопровождение этой работы (прил. 3-17) и нормативы расхода времени на визиты и прием в АПО (прил.24). Формы документирование деятельности Пвр предложены в прил. 2, 25-27.

В целях соблюдения преемственности между врачом, сестрой и Пвр необходимо организовать работу следующим образом:

- врач- терапевт участковый обеспечивает работу согласно алгоритму (прил.20) и своим должностным обязанностям.
- Пвр при проведении приема в АПО обязан предварительно подготовить к приему врача-терапевта пациентов, предварительно пригласив их к себе на прием. Это диспансерная группа наблюдения пациентов группы Д3; лица, которые два и более года не обращались в поликлинику; люди пожилого возраста. На приеме Пвр оценивает состояние пациента, проводит его осмотр, собирает анамнез, уточняет жалобы, выписывает направления на лабораторные и инструментальные исследования, проводит антропометрические измерения, объясняет подготовку к лабораторным и инструментальным методам исследованиям, дает необходимые разъяснения пациенту по дальнейшей тактике согласно алгоритму (прил.21).
- Медицинская сестра последовательно выполняет предписанные функции на приеме и при визитах на дом (прил.22,23).

Врач-терапевт участковый осуществляет раннее выявление заболеваний и своевременное оказание медицинской помощи населению территори-

ального участка в поликлинике и на дому; посещает пациентов на дому в день поступления вызова, обеспечивает систематическое, динамическое наблюдение, активное лечение пациентов до их выздоровления или госпитализации. По мере необходимости участковый врач посещает пациента по своей инициативе, либо направляет к нему Пвр.

Учитывая, что врач-терапевт участковый от 40-60% своего времени осуществляет прием и проводит визиты к лицам пожилого возраста, целесообразно наблюдение этой группы пациентов Пвр под контролем врача-терапевта. Работа Пвр с пожилыми пациентами проводится на приеме в поликлинике и во время визитов на дом, при условии установленного врачом диагноза, назначенного лечения и отсутствия признаков декомпенсации болезни.

При оформлении врачом-терапевтом лечения пациентов в «стационаре на дому», Пвр может осуществить лечение и динамическое наблюдение за пациентом. Организация повторных посещений пациента на дому при обострении хронических заболеваниях во многом характеризует качество медицинской помощи. Повторные визиты (активные) посещения Пвр может осуществлять без повторного вызова пациентом, по назначению врачом-терапевтом участковым.

Медицинская сестра участковая работает на приеме с врачом-терапевтом участковым, по окончанию приема осуществляет приглашение пациентов на медицинские и диспансерные осмотры на прием к Пвр. Ее рабочий день должен начинаться на 20-30 мин раньше начала рабочего дня врача. За это время ей необходимо подготовить рабочее место, проверить поступление медицинских карт из регистратуры, наличие всей необходимой документации, выявить нуждающихся в первоочередном приеме, измерить у пациентов температуру, артериальное давление, если это не было сделано в кабинете доврачебного приема. Все мероприятия необходимы для того, чтобы врач, не теряя времени, сразу начинал прием. Совместно с врачом-терапевтом планируется работа на участке по выполнению назначений (инъекции, в/в забор крови, мокроты на бактериоскопическое исследование у пациентов, которые не в состоянии прийти в поликлинику).

Детализированная организация взаимодействия врача-терапевта участкового, Пвр и медицинской сестры участковой, оснащение кабинетов приема врача-терапевта участкового и Пвр, образцы ведения вновь разработанных форм вкладышей в медицинскую карту амбулаторного больного (уч.ф.3025/у-07) документации представлены (прил. 20-27).

С учетом современных санитарно-гигиенических, технических требований к медицинским зданиям в УЗ «Копыльская центральная районная больница» реконструированы смежные кабинеты специалистов терапевтов участковых и Пвр. Этот опыт может быть использован при типовом проектировании АПО.

Целью модели организации труда Пвр является нормативное обеспечение деятельности специалиста нового типа по укреплению здоровья граждан, выполнению решения лечебно-контрольного совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.12.2009г. №17 «Об организации развития сестринской службы в Республике Беларусь» (п.6), обеспечению нормативов деятельности Пвр в соответствии с нормативными правовыми документами и мировыми тенденциями.

Модель разработана для решения задач:

- оптимизации работы Пвр согласно модели ориентированности на пациента в условиях самостоятельной деятельности (прил.3);
- устранения дублирующих функций и своевременности осуществления для избранных категорий пациентов ПМП, оказываемой в рамках государственных гарантий обеспечения медицинской помощью (прил.1,4);
- конкретизации требований к труду помощника врача на амбулаторном этапе оказания ПМП, которые позволяют осуществлять мониторинг индикаторов здоровья населения (прил.1,2,10) с помощью индикаторов качества (прил.10) и универсальной шкалы оценки манипуляционной техники (прил.11), базируясь на квалификационных характеристиках (прил. 19) и нормативной базе (прил.18, 24);
- выявления резервов повышения качества труда посредством учета медицинской, экономической и социальной эффективности (прил.4,9, 10);
- внедрения модели ориентированности на пациента согласно требованиям ВОЗ (2008) (прил.5,6).

При решении задач учтены особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от ПМП, ориентированной на пациента, общие принципы контроля качества оказания ПМП (унификация требований, простота, преемственность информации).

Модель организации труда Пвр в организациях здравоохранения, оказывающих ПМП

В предложенной Модели отражены основные направления деятельности, осуществляемой ПВр, приводятся формы документирования работы (прил.2).

Функции Модели**:**

- обеспечивает права пациента на получение ПМП в необходимом объеме надлежащего качества, на основе унификации требований к деятельности Пвр на амбулаторном этапе в соответствии с приоритетами жизни и здоровья согласно принципу: «Прежде всего, не навреди»;
- преемственность документирования процесса оказания ПМП на всех этапах в соответствии с требованиями нормативных актов;
- документальное оформление дефектов в работе с учетом проблем пациента, обусловленных болезнью, для достижения качества, обеспечивающего гарантию прав и сохранение чувства собственного достоинства пациента.

Порядок использования Модели

На основании примерной должностной инструкции Пвр (прил.1) основными учетными медицинскими документами на амбулаторном этапе оказания ПМП являются для Пвр терапевтического отделения (прил.2):

- ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных (учетная форма № 125-3/у);
- карта учета диспансерного наблюдения (учетная форма № 131/у-Д);

- 'медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-07);
- журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (учетная форма № 116/у);
- журнал вызовов врача на дом (учетная форма № 031/у);
- журнал учета санитарно-просветительской работы (учетная форма № 038/у);
- рецептурные бланки (форма 1, бланки для выписки льготных медикаментов);
- направления на консультацию специалистов и исследований.
- контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 30/у-04);
- карта профилактических прививок (учетная форма №63).

С учетом ориентированности на пациента в работе Пвр (прил.3) для 13 категорий пациентов (прил.4), предложены 3 группы критериев оценки качества труда по экспертной карте регистрационной деятельности (прил.5).

Основными документами, которыми следует руководствоваться при оценке деятельности Пвр, являются (прил.1-24):

1. Примерная должностная инструкция Пвр (прил.1).
2. Перечень учетно-отчетной документации специалистов на терапевтическом участке, включая Пвр (прил.2) и вкладыши в уч. форму 025/у-07 (прил.25-27).
3. Характеристики ориентированности на пациента в работе Пвр в АПО (прил.3) и модель специалиста – Пвр (прил.7).
4. Экспертная карта регистрации деятельности Пвр (прил.4).
5. Критерии эффективности деятельности Пвр (прил.8), определяемые по итогам года.
6. Организация экспертной оценки качества деятельности Пвр в ОЗ (прил.9) согласно уровням экспертизы.
7. Индикаторы качества труда Пвр в АПО (прил.10).
8. Универсальная шкала оценки манипуляционной техники Пвр (прил.11).
9. Алгоритм взаимодействия врача-терапевта участкового и медицинской сестры (Пвр) при работе на терапевтическом приеме и на участке, алгоритм действий медицинской сестры и Пвр при работе на приеме и на визитах на дом (прил. 20-23).
10. Примерный перечень оснащения врача-терапевта участкового, Пвр, медицинских сестер участковых медикаментами, перевязочным материалом, инструментарием на терапевтическом участке (прил.13-17).
11. Нормативы времени (чел./час) на амбулаторном приеме и визитах на дом (прил. 24).

Развитие института Пвр соответствует основным тенденциям преобразований в системе ПМП и развивается по следующим направлениям:

- реализация кадровой политики, направленной на обучение Пвр, укомплектование штатных должностей, повышение профессиональной компетентности и оптимизации норм нагрузки;
- разработка и применение ресурсное обеспечение Пвр в АПО;
- расширение международного сотрудничества и участие в научных мероприятиях, стажировка и обучение за рубежом;
- обучение Пвр формам профилактики по основным социально значимым разделам (онкология, ВИЧ/СПИД, туберкулез, психиатрия, наркология и пр.);
- участие в создании регистров лиц, подлежащих наблюдению специалистов – онкологов, травматологов, фтизиатров, психиатров-наркологов.

Выводы

Оказание медицинской помощи силами специалиста Пвр в системе ПМП является обусловленным демографическими показателями, экономически выгодным и социально полезным для значительной когорты пожилых и старых людей. Достижение результатов при ограниченных ресурсах и ориентация на их экономию в процессе работы становится компонентом эффективности Пвр.

Трехступенчатая система оказания помощи и наблюдения за пациентом на территориальном терапевтическом участке состоит из специалистов: врача терапевта участкового, Пвр и медицинской сестры участковой, функции которых взаимно дополняют друг друга, позволяют обеспечить необходимую доступность и качество медицинской помощи для пациента в системе ПМП.

Модель организации труда Пвр в ОЗ, оказывающих ПМП, базируется на ориентированности на пациента, квалификационных характеристиках, должностных инструкциях специалистов, в т.ч. Пвр, адаптивной компетентности, имеющихся нормативных медицинских документах.

Устранение дублирующих функций среднего медицинского персонала и врачей, наделение большими полномочиями и ответственностью, конкретизация содержания работы Пвр в ПМП является существенным резервом для повышения качества жизни различных групп населения.

В создании модели организации труда Пвр учтен рейтинг вопросов, которые хотели бы изучать специалисты, анкетированные в системе дополнительного образования взрослых, а также их потребность в стажировке на рабочем месте и совместных формах обучающих семинаров для Пвр, медицинских сестер и врачей.

Литература

1. Жарко, В.И Об итогах работы органов и организаций Республики Беларусь в 2011 году и основных направлениях деятельности на 2012 год //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-2012.- №1(70).- С. 4-17.

2. Лопатина, А.Л., Шаршакова, Т.М. Алгоритм скрининга и мониторирования БСК среди целевых групп высокого кардиоваскулярного риска как путь снижения преждевременной смертности //Материалы 4 Международной научно-практической конференции, 26 октября 2012г., г. Гомель: ГомГМУ. – Вып.4. – С.83-85.
3. Морозевич, А.Н., Шрубенко, А.Г. Методология компетентностного подхода /А.Н. Морозевич, А.Г. Шрубенко //Проблемы управления .- 2010. - №2. - С.6-17.
4. Матвейчик, Т.В. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учебно-практическое пособие /Т.В. Матвейчик, А.А. Кралько, Л.А. Андреева, Ж.Н. Прокопович. – Минск: Белпринт,2012. – 188с.
5. Новик, И.И., Русенчик, А.И., Трофимов, Н.М., Ясюля, Т.В. Предпосылки и подходы к реструктуризации коечного фонда учреждений здравоохранения Республики Беларусь //Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-литию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012.- С.66-68.
6. Состояние здравоохранения в мире // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего на селения: Женева: Всемирная организация здравоохранения,2008 .- 152с.
7. Рябкова, О.И., Жилевич, Л.А., Ростовцев, В.Н., Терехович, Т.И., Кузьменко, В.Н., Марченкова, И.Б. Итоги выполнения программы переоснащения амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения Республики Беларусь на 2009-2011гг. //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2012. – №2 – С.22-26.
8. Саркисова, В.А. Миссия ассоциаций медицинских сестер в формировании будущего сестринской профессии…и СНГ //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11-13 октября 2012г., Санкт-Петербург - С.72-80.
9. Толкачева, И.В. Мнение медицинских сестер о дополнительном и высшем образовании //Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11-13 октября 2012г., Санкт-Петербург - С.66-70.
10. Хейфец, Н.Е., Москвичева Т.Н., Малахова И.В., Кот Т.И., Николаева С.Н., Ванагель, С.А. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи //Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-литию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012.- С.85-88.

Глава 7. Оценка эффективности труда помощника врача по амбулаторно-поликлиниче ской помощи в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь

Опыт зарубежных стран и исследования, проведенные в нашей стране в области организации сестринского дела, позволяют представить современную интегрированную модель компетентности руководителя сестринского дела (схема 1), содержащую модель образовательного стандарта специалиста «Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи» (прил. 7), универсальную шкалу по манипуляционной технике (прил. 11) и квалификационные требования к Пвр (прил. 19).

Схема 1. Интеграционная модель компетентности помощника врача как организатора команды медицинского персонала

Профессиональная компетенция опирается на знание стандарта деятельности, стабильность процесса и результата, преемственность с организациями и службами, приемы и действия, повышающие эффективность лечения и профилактических мер, а также исключающие возможные сестринские ошибки, ставящие под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Профессиональная компетенция включает наличие знаний, навыков и опыта деятельности основных работников команды, а также вспомогательного персонала. Недостаток профессиональной компетенции может проявляться как небольшими отклонениями от выполнения алгоритмов и требований,

так и грубыми ошибками, снижающими эффективность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

На деловую и коммуникативную компетенции Пвр влияют следующие факторы.

- ***Межличностные отношения*** - это характеристика взаимоотношений между персоналом и пациентами, медицинскими работниками и руководством.
- ***Эффективность*** - это отношение полученных результатов к затраченным ресурсам.
- ***Непрерывность*** означает, что пациент получает необходимую сестринскую помощь без задержки и перерывов, ненужных повторов в диагностике и лечении, в любое время и непрерывно, в том месте, которое оптимально для решения проблем здоровья.
- ***Безопасность*** означает сведение к минимуму риска возможных травм, инфекций, побочных эффектов лечения, ошибок в лечении и других нежелательных последствий.
- ***Удобства*** - подразумевается внешний вид медицинской организации, персонала и материальных объектов, а также комфорт, чистоту, конфиденциальную обстановку, наличие приятной музыки, телевидения, периодики.
- ***Сосредоточение*** на нуждах пациента означает постоянное стремление знать, кто ваш потребитель, каковы его потребности, желания и ожидания.

Деловые и коммуникативные навыки включают решительность, быстроту реакции, самостоятельность и компетентность в принятии и реализации управленческих решений, независимость в практической работе, расширение функциональных обязанностей в области профилактики.

Эффективность деятельности Пвр определяется на основе следующих критериев (прил.8).

1 Стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

2. Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению.

3. Увеличение числа посещений прикрепленного населения амбулаторно-поликлинической организации с профилактической целью.

4. Полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

5. Полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения (в соответствии нормативной и правовой документацией).

6. Стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

- от сердечно - сосудистых заболеваний;
- от туберкулеза;

7. Снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни.

8. Стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

8.1. туберкулез:

- число вновь выявленных больных;
- полнота охвата флюорографическим обследованием лиц — более 90% от числа подлежащих обследованию;
- полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
- отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
- отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;

8.2. артериальная гипертензия:

- число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;
- снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;
- снижение инвалидности в результате инфаркта миокарда и инсульта в первый год после болезни;
- снижение смертности прикрепленного населения трудоспособного врозраста от инфарктов миокарда и инсультов в первый год после болезни.

8.3. онкологические заболевания:

- отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3—4 клинических стадиях;

9. Проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию контингента населения:

- выполнение плана мероприятий по обучению уходу за больными и самостоятельному уходу, связанному с конкретными заболеваниями;
- выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни;
- выполнение плана занятий в «Школах здоровья» с пациентами, имеющими сахарный диабет, болезни сердца и сосудов.

10. Полнота охвата мероприятиями (глюкометрия, антропометрия, расчет массо-ростового индекса, измерение внутриглазного давления) по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения.

Подготовка и проведение обходов как форма организации труда Пвр

Проведение обходов и проверок необходимо для получения объективной информации о соблюдении санитарно-гигиенического режима в различных службах и подразделениях, о качестве выполнения должностных обя-

занностей и уровне управленческой деятельности старших медицинских сестер.

В ходе проведения обхода происходит личное ознакомление с работой, персоналом и документацией. Проводится осмотр всех помещений службы или подразделения, проверка качества санитарно-гигиенического режима, правил учета, хранения и использования лекарственных средств, организации питания и др. Это может быть плановое целенаправленное изучение одного или нескольких разделов деятельности старшей медицинской сестры или сестринского персонала данного подразделения.

Целью является получение объективной и достоверной информации о полноте и качестве выполнения подразделением или специалистом поставленных задач, требований нормативно-методических документов, должностных инструкций и социально-психологическом климате в коллективе.

Проведение обходов и проверок следует проводить комплексно:

1. Определение целей обхода (проверки).

2. Разработка программы проверки.

3. Подбор и изучение нормативно-методических документов по программе предстоящей проверки (обхода) и должностных инструкций проверяемого персонала.

4. Определение даты и времени предстоящей проверки с учетом того, чтобы не нарушался нормальный ход текущей деятельности подразделения, и не было совпадения с другими плановыми мероприятиями.

5. Привлечение специалистов из Совета сестер, согласовав их кандидатуры с непосредственным руководством этих специалистов, провести инструктаж участников проверки о программе, сроках, форме предоставления материалов.

6. Непосредственное проведение проверки, начав его с ознакомления руководителя подразделения с программой и членами комиссии предстоящего обхода, проверки.

7. Ознакомление руководителя подразделения и сестринского персонала с результатами и предварительными выводами по итогам контроля.

8. Подготовка справки или отчета по результатам проверки с выводами и предложениями.

9. В случае выявления грубых нарушений или негативных фактов, следует подготовить проект приказа и представить его главному врачу на подпись. При необходимости организовать изучение этого приказа в подразделениях МО, в ряде случаев – под роспись старших медицинских сестер и персонала подразделения.

10. Обсуждение с руководителями и старшими медицинскими сестрами отчетов по результатам проверок, сделанных предложений, рекомендаций по преодолению выявленных недочетов. Проведение контрольной проверки (обхода), учет этих результатов в ежегодном анализе деятельности всей медицинской организации (прил. 8-11).

Для повышения эффективности труда Пвр необходимо четкое планирование и использование рабочего времени. Важно учитывать, что основные виды непроизводительных трат времени подразделяют на те, которые зависят от руководителя (низкая квалификация, недостаток опыта, нерациональный распорядок дня) и не зависящие от него (избыток совещаний, ненужная отчетность, исполнение несвойственных функций). Известно, что у руководителя среднего уровня исполнение несвойственных ему функций отнимает 20-40% рабочего времени, совещания до 25-35%, непредвиденные дела - 15%. Следовательно, резервы рабочего времени следует искать в планировании дел по степени срочности и важности, организации труда, с возможностью практики «закрытых дверей», что экономит до 30% рабочего времени. Также это умение делегировать полномочия, для чего следует пройти курс специальной подготовки, оптимизация системы контроля и делопроизводства (прил. 2,7,19).

Для проведения экспертной оценки качества деятельности Пвр в МО проводится всесторонний анализ его деятельности (прил. 1-3,8-12,16-18, 21-23, 25-27).

Анализ эффективности деятельности включает изучение реакции пациента в ходе лечения, безопасность, своевременность, способность удовлетворять его потребности. Также это адекватность, непрерывность, действенность (прил. 9-11).

Сформированные документы конкретизируют требования к оценке качества труда среднего медицинского персонала на амбулаторном этапе оказания ПМП посредством учета индикаторов качества работы, позволяют осуществлять контроль качества и своевременности ПМП, оказываемой пациенту в рамках государственных гарантий. Это способствует выявлению резервов для повышения эффективности труда медицинских работников со средним и высшим сестринским образованием.

Социальное милосердие: определяет доступность, удобства при получении медицинских услуг для пациента и при их оказании для медиков.

Оценка эффективности Модели, технологии использования, условий осуществления, базируется на знании дефектов работы Пвр на амбулаторно-поликлиническом этапе с учетом системы индикаторов качества. Нуждается в коллегиальной ежеквартальной оценке руководителем подразделения ОЗ и применении методов стимулирования труда.

Возможные проблемы при организации работы в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения в соответствии с предложенной Моделью.

- при оценке деятельности Пвр руководителю следует объективно и не предвзято оценивать деятельность персонала ОЗ.
- при обнаружении значимого снижения эффективности труда произвести анализ и выявить причины такого положения дел.

Управление эффективностью труда медицинского персонала предполагает современные методы стимулирования труда, включающее разные стимулы,

одним из которых является финансовый. Побуждение Пвр, медицинской сестры и врача к эффективной работе является важным разделом работы руководителя. Имеется 4 основные системы мотивации работников и повышения результативности их труда (табл.7.1):

1. Экономические методы.
2. Целевой метод (целеполагание)
3. Метод проектирования и перепроектирования работы.
4. Метод соучастия, вовлеченности работников (партисипативность).

Исследователи предлагают индивидуальные и групповые методы (табл. 7.1).

Таблица 7.1.

Методы стимулирования труда (по Д. Синку, 1989)

Виды методов	Индивидуальные	Групповые
Экономические (прямые)	Сдельная оплата; повременная оплата; премия за рационализаторство; плата за отсутствие прогулов; плата за обучение	Распределение прибыли
Экономические (прямые)	Льготное питание. Доплата за стаж. Премии	Дополнительные премии Групповые премии
Не денежные	Заработанные отгулы. Гибкие рабочие графики. Обогащение труда. Оценка результата. Продвижение по службе. Обучение	Программы повышения качества труда. Бригады производительности. Кружки качества. Работа без дефектов, жалоб. Охрана труда. Информация от потребителей (пациентов)

Ряд льгот дополняют экономическое стимулирование труда медработника: оплачиваемый отпуск, оплата больничного листа, пенсия. К косвенным методам можно отнести оплату ведомственных детсадов, программ физического оздоровления, части строящегося жилья, ссуды с пониженной процентной ставкой на обучение, строительство квартир, коллективных гаражей и т.п.

Принцип равенства (Мескон, 1993) состоит в том, что одинаковые льготы должны иметь все работники одного уровня.

Принципы финансового поощрения

1. Коммуникации, сотрудничество и согласие между работником и администрацией относительно общих принципов системы.

2. Опора на обоснованную систему оценки работ (критерии эффективности).
3. Приемлемые критерии измерения и оценки труда.
4. «Разумные» нормативы нагрузки медсестры.
5. Поощрение и результат должны быть взаимосвязаны.
6. Измерение и вознаграждение всех работ и обязанностей.
7. Простота.
8. Акцент на качество.
9. Увязка во времени вознаграждения и результативности («Дорога ложка к обеду»).
10. Создание в КМП атмосферы сотрудничества, а не конкуренции.
11. Действенная и экономическая стратегия вовлечения работников в выявление идей в области повышения производительности через лидерские технологии.
12. Контроль нормативов труда.
13. Наличие механизма для пересмотра нормативов (стандарт качества).
14. Гарантированные часовые ставки или уровень зарплаты.
15. Стимулирование вспомогательных рабочих.
16. Гарантия качества предоставляемой медицинской услуги.
17. Прогнозирование объема работы коллектива.

Однако, следует помнить высказывание А. Морит: «Людям нужны деньги, но они хотят получать удовольствие от своей работы и гордиться ею». Это важнейшая мотивация на труд в КМП.

Вторым по значимости мотивации к труду является *целевой* метод. Постановка цели раскрепощает творческие способности сотрудников.

Влияние целей на деятельность сотрудников в КМП:

1) концентрируют внимание на одном направлении;
2) могут служить мерилом оценки;
3) могут служить механизмом для обоснования затрат ресурсов;
4) влиять на структуру и процедуры организационных систем;
5) отражать глубинные мотивы и особенности, как индивидов, так и организаций.

Метод *проектирования работ* включает, согласно Р. Гриффину (1989): «Проектирование работ - это формальная и неформальная спецификация относящихся к работе действий индивида, включая как структурные, так и межличностные аспекты работы, с учетом потребностей и запросов как организации, так и индивида. *Перепроектирование* уместно при использовании новой технологии, реорганизации или инициативы работника. Цель перепроектирования - повысить мотивацию и добиться роста эффективности труда. Особенно этот метод эффективен для стимулирования организационных перемен. Поскольку идет совершенствование организации труда в сестринской службе, его можно использовать для изменения отношения медсестры к своей работе, влиять на ее поведение, открывать путь к организационным изменениям, обеспечивать баланс общественных и человеческих потребностей с

технологической потребностью организации. Понятие «расширение работы» означает больший объем работы одного типа, «обогащение труда» - это более сложная работа.

Метод *соучастия* означает (по Синку, 1989):

- голос работника при принятии решения;
- консультации с коллективом КМП;
- согласие работников с окончательным решением;
- целенаправленная попытка выявить и использовать коллективную мудрость;
- совместное принятие решений;
- действенное делегирование прав;
- совместное выявление проблемы и действия по ее разрешению;
- механизм улучшения сотрудничества рабочих и администрации.

Теоретик мотивационной гигиены Ф. Герцберг писал (1959): *«Труд, приносящий удовлетворение, способствует психическому здоровью человека».* Все факторы мотивации труда автор разбил на *2 группы:*

- факторы, препятствующие мотивации труда (гигиенические, гарантии работы, условия труда, зарплата, отношение начальника);
- факторы, сопутствующие удовлетворению трудом (мотивационные, те же с позитивным знаком). Они непосредственно связаны с процессом труда:
  - трудовые успехи;
  - признание заслуг;
  - собственно процесс труда;
  - степень ответственности;
  - служебный рост;
  - профессиональный рост.

Завершая информацию по мотивации в КМП можно вспомнить слова А. Морита: «Когда у нас есть штат, состоящий из подготовленных и энергичных людей, в качестве следующего шага надо стимулировать их творческие способности».

Теоретические знания и жизненный опыт помогут руководителю в развитии мотивации труда своих подопечных.

Выводы

Оценка эффективности Модели, технологии использования, условий осуществления, базируется на знании дефектов работы Пвр на амбулаторно-поликлиническом этапе осуществления ПМП с учетом системы индикаторов качества.

Применение технологии сестринского процесса в функциональных обязанностях Пвр при его работе в системе ПМП, а также индивидуальные и групповые методы стимулирования труда, соучастие с организации деятельности самого работника, имеют значение для повышения качества медицинской помощи.

Потенциал Пвр может быть успешнее реализован при разделении сфер ответственности между врачом, медицинской сестрой и Пвр, а также применении информационных технологий.

Для повышения эффективности деятельности Пвр важнейшими факторами являются нормирование нагрузки, гибкая система оплаты труда, в соответствии с требованиями к квалификации работников, формирование безопасной производственной среды.

Литература

1. Александров, А.А., Андреева, Л.А., Солодухо, В.В., Лапусто, А.А., Белоус О.В., Карнач, И.В. Организация программы профилактики алкоголизма среди лиц трудоспособного возраста в условиях первичного звена здравоохранения //Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012.- С.89-91.
2. Андреевский, А.С., Бородулина, Л.П. Совершенствование этапной системы медицинского обслуживания в здравоохранении // Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г. - Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Приложение. – 2012.- С.92-93.
3. Будник, Я.И., Шаршакова, Т.М. Мнение пациентов об удовлетворенности населения медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (по материалам социологического опроса) //Материалы 4 Международной научно-практической конференции, 26 октября 2012г., г. Гомель: ГомГМУ. – Вып.4. – С.15-17.
4. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика /Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - 2-е изд. – СПб: Питер,2008 .- 336с.
5. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее /Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минсктипроект,2012. – 320с.
6. Инновационные методы обучения – решение проблемы востребованности специалистов /С.Б. Дюсенова [и др.] //Педиатрия сегодня: теория и практика вместе: матер. междунар. науч.-практ. конф. – Караганда, 2012.- С.271-273.
7. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики БеларусьРеспублики Беларусь от 31.03.20011г.№335 «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики БеларусьРеспублики Беларусь

8. Лопатина, А.Л., Шаршакова, Т.М. Алгоритм скрининга и мониторирования БСК среди целевых групп высокого кардиоваскулярного риска как путь снижения преждевременной смертности //Материалы 4 Международной научно-практической конференции, 26 октября 2012г., г. Гомель: ГомГМУ. – Вып.4. – С.83-85.
9. Матвейчик, Т.В. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учебно-практическое пособие /Т.В. Матвейчик, А.А. Кралько, Л.А. Андреева, Ж.Н. Прокопович. – Минск: Белпринт, 2012. – 188с.
10. Матвейчик, Т.В. Дистанционное обучение для организаторов здравоохранения: проблемы организации и становления процесса / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.П. Клюев /Дистанционное обучение – образовательная среда XXI века: материалы VI международной научно-методической конференции. - Минск, 22-23 ноября 2007 г. – С. 34-38.
11. Матвейчик, Т.В., Шваб, Л.В. Влияние компьютерной грамотности на квалификационные характеристики сестер-руководителей // Медэлектроника-2010. Средства медицинской электроники и новые технологии: сб. науч. статей VI Международной научно-технической конференции. - Минск, 8-9декабря 2010 г. – С. 159-161.
12. Fischer, A. Мюнхенская декларация : Медицинские сестры и акушерки – важных ресурс здоровья /A. Fischer, M. Danzon. – Coppengagen : WHO, 2000.
13. Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 /ВОЗ. Европ. регион. бюро.

Выводы

Перспективным путем увеличения доступности и качества медицинской помощи в системе первичной медицинской помощи при имеющем место кадровом дефиците медицинских сестер, характерном для всех стран СНГ и Евросоюза, является организация эффективной деятельности специалиста помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, наделенного полномочиями и ответственностью в соответствии с уровнем образования. Специалист способен реализовать цели и ценности во благо человека, в интересах устойчивого развития главного богатства страны – людей. Внимание общества и достойная оценка их вклада в работу системы оказания первичной медицинской помощи в наиболее полной мере раскроет потенциал, роль и значимость помощника врача, сочетается с восприятием специалиста как полноправного участника лечебного процесса с самостоятельными полномочиями, что лежит в русле мировых тенденций.

Реализация социальных стандартов с учетом передовых медицинских технологий силами Пвр способствует качеству жизни больного человека. Становление института Пвр соответствует ожиданиям пожилого и старого населения в доступной и качественной медицинской помощи в системе ПМП независимо от платежеспособности.

Помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи должны стать активными проводниками политики повышения качества жизни людей в системе оказания первичной медицинской помощи. Формирование новой роли в системе врача общей практики Пвр определяет в перспективе задачи повышенного уровня подготовки. Это наличие высшего сестринского образования, подкрепленного практикой, знание нормативной правовой документации, повышение независимости в практической деятельности, самостоятельности в принятии решений.

Проведенными исследования установлено положительное влияние высшего сестринского образования на взаимоотношения в медицинском коллективе. У 70% респондентов они изменились в лучшую сторону, а у 15% улучшились взаимоотношения с руководством, 35% людей строят отношения на равных с одобрением инициативы. У 25% главных медицинских сестер с высшим образованием заниженный ранее уровень самооценки сменился на увеличение достоинства и уверенности в себе.

Периодический мониторинг интересов современных специалистов по сестринскому делу выявляет эффективность и практическую полезность знаний после повышения квалификации у 70% респондентов в первый год после обучения. Главными медицинскими сестрами и специалистами со средним медицинским образованием одной из наиболее важных была отмечена потребность в научно-практических обучающих семинарах совместно с врачами.

Установлен низкий уровень исследовательской активности среди медицинских сестер и фельдшеров (2,5%), в то время как в странах ближнего

зарубежья он в 2-2,5 раза выше, что предполагает необходимость изыскания новых мотиваций для подобной деятельности в стране.

Нормирование труда Пвр является инструментом управления качеством медицинской помощи с ориентацией на конечный результат. Нормирование позволяет реализовать как основную цель – обеспечение пациента оптимальным комплексом лечебно-диагностической помощи силами Пвр, так и вспомогательную цель – защиту специалиста от избыточной нагрузки, которая способствует совершению ошибок в работе. В целом предложенные нормативы 4 чел./час на приеме и 2 чел./час при визите на дом становятся действенным механизмом оптимизации труда Пвр, способствующим усилению роли среднего медицинского персонала и развитию института помощника врача.

В моделях сестринского ухода за пациентом, нуждающимся в комплексном медицинском и социальном уходе (функциональном, бригадном, полном, узкоспециализированном) место Пвр находится в комбинированной, либо бригадной модели для системы ПМП и врача общей практики. Включение в подобную модель специалиста нового типа Пвр позволит усилить преимущества медицинской профессии Пвр (повысить качество жизни, обеспечить преемственность через партнерство). Центры дневного пребывания пациентов под руководством Пвр являются экономически целесообразной формой оказания помощи в условиях ПМП пожилым и старым пациентам.

На основе статистической, социологической, аналитической и экспертной информации впервые разработана модель организации труда Пвр, которая станет действенным механизмом организации труда, способствующим усилению роли среднего медицинского персонала и развитию института помощника врача, устранит дублирование функций, конкретизирует и перераспределит их между группами специалистов.

Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи базируется на трехступенчатой системе наблюдения за пациентом на терапевтическом территориальном участке, позволяя обеспечивать доступность и качество за счет разделения полномочий и взаимного дополнения функций врача терапевта участкового и медицинской сестры участковой при оказании медицинской помощи пациенту. При условии оборудования рабочего места с соответствующим программным обеспечением, Пвр способен создать и поддерживать базу данных по мониторингу за факторами медицинского риска наблюдаемых пациентов.

В предложенной модели организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи учтен рейтинг вопросов, которые хотели бы изучать специалисты в системе дополнительного образования взрослых, а также потребность и практическая важность стажировки на рабочем месте и совместных форм обучающих семинаров для специалистов с разным уровнем образования (в прил.7, 10-11,19).

Оптимизация работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи базируется на организационно-методическом

обеспечении его деятельности. Это пакет учетно-отчетной документации специалистов на терапевтическом участке (прил. 2); документационное сопровождение труда Пвр в виде вкладыша на визите (патронаже) и приеме (прил. 25, 26), которое позволяет решать поставленные задачи. Экспертиза деятельности Пвр является составляющей оценки его труда (прил. 4,8-11) и базируется на существующей нормативной базе (прил. 18). Модель организации труда содержит предложения по улучшению материально-технического обеспечения (прил. 13-17), технологии действий помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в комплексной команде медицинского персонала (прил. 20-23).

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи является членом КМП, активно влияющим на эффективность труда всего коллектива. Для прогноза эффективности работы КМП нужно учитывать структуру (формальное лидерство, роли, нормы, статус, размер, состав КМП) и специфику решаемых задач. Команда медицинского персонала формируется с учетом специалиста – Пвр, эффективность ее деятельности зависит от ряда факторов, влияние на которые приводит к выработке коллективных норм поведения.

Проводимая государственная политика в медицинской и социальной сферах обеспечивает достойное развитие человека в любом возрасте, о чем свидетельствуют отдельные статистические показатели.

Состояние медицинской и социальной помощи пожилым и старым людям находится в русле демографических тенденций и носит системный дифференцированный подход, позволяющий в полном объеме оказывать медицинскую помощь и профилактику, направленные на улучшение качества жизни. Диапазон предоставления медицинской помощи группам населения может быть расширен за счет Пвр – интегративного специалиста системы ПМП Пвр должен стать координатором с социальными службами и общественными организациями, которые активно вовлекают людей пожилого и старого возраста в проведение социальных мероприятий.

Актуальными и нуждающимися в постоянном совершенствовании остаются проблемы делового взаимодействия помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи как ключевого звена в организации работы команды медицинского персонала.

Использование дифференцированного подхода к совершенствованию форм оказания медицинской и социальной помощи пожилым и старым людям, а также объединяющие функции помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в стационарах дневного пребывания и при уходе на дому являются экономически обоснованной формой повышения качества медицинской помощи в целом. Введение в модель конечных результатов организаций здравоохранения показателя - индикатора профилактической деятельности специалиста становится ориентиром здравоохранительной политики в целом.

Возможности интеллектуальной помощи от международного сообщества в проведении обучающих семинаров и по обмену опытом самостоятельной работы в системе оказания первичной медицинской помощи позволяют применять его в практике Пвр.

Предложения по совершенствованию функций Пвр по модели организации труда

Предложенная модель организации труда Пвр (Модель) позволяет решить задачи оптимизации оказания медицинской помощи при имеющемся кадровом дефиците в условиях самостоятельной деятельности специалиста или в составе команды медицинского персонала, а также устранить дублирование функций специалистов терапевтического участка в рамках государственных гарантий обеспечения медицинской помощью. Помимо этого, Модель способствует улучшению организации и качества медицинской помощи населению в части появления элементов здравоохранительной политики за счет образовательного компонента, квалификационных характеристик и шкалы манипуляционной техники, а также улучшения материально-технического обеспечения деятельности и документирования работы и мониторинга качества труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

Система госзаказа с учреждениями образования ликвидирует пробел в законодательной базе по организации кадрового обеспечения отрасли специалистами помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи с соответствующей системой оплаты труда согласно уровню образования. Места будущего трудоустройства помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: амбулаторно-поликлинические организации, БСУ, больницы паллиативного ухода, хосписы, сельские врачебные амбулатории, амбулатории врача общей практики. Изучение вклада медицинских работников типа Пвр в осуществление диспансеризации населения позволяет оптимизировать их обязанности:

**наделить Пвр руководящими функциями в стационарах дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях;

**включить комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, форм и методов мотивации населения на здоровый образ жизни с элементами сестринской педагогики по методике работы «Школ пациента»;

**возобновить системы патронажа пожилых и старых пациентов на дому силами помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи;

**совершенствовать преемственность помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи со специалистами своей медицинской организации и со смежными медицинскими и научными организациями;

**обеспечить документирование сестринского процесса в амбулаторно-поликлинических организациях.

Система медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний и факторов, влияющих на их развитие и осуществляемая Пвр, может включать:

- *распределение по группам здоровья подлежащего наблюдению контингента лиц;

- *осуществление диспансерного динамического наблюдения групп Д 1-Д 3 за состоянием здоровья подлежащих наблюдению лиц;
- *формирование ЗОЖ у населения посредством мотивационных факторов. Для осуществления диспансерного наблюдения использовать оговоренный контингент медицинских работников, учитывающий только работников, которые непосредственно принимают участие в реализации диспансерного наблюдения.

4.Тенденция к уменьшению соотношения врач-медсестра с 1:2,6 в 1999 г. до 1:2,2 в 2002 г. и до 1:1 в 2010 г. противоречит мировым тенденциям по этому показателю (1:4). Исправить положение может формирование бригады специалистов на терапевтическом участке и введение в практику первичной медицинской помощи должности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Предлагаемый состав и соотношение бригады специалистов: на 1 должность врача – 1 фельдшер (Пвр), 2 медицинские сестры с подготовкой по общей практике и по реабилитации, инструктор по лечебной физкультуре, но эти литературные источники нуждаются в дополнительных исследованиях.

Разработанные стандарты ресурсного обеспечения диспансеризации, стандарты сестринских технологий и стандарты результатов (критериев качества) являются основой для улучшения качества оказания ПМП.

Обеспечение медицинских организаций в системе ПМП компьютерной техникой и программным обеспечением способствует использованию возможностей дистанционного обучения и консультирования в медицине и раскрытию потенциала сестринского персонала с учетом профессиональной компетенции. Благодаря этому помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи способен формировать базу данных по мониторингу за факторами риска развития ряда заболеваний.

9. В модель конечных результатов деятельности организации здравоохранения целесообразно введение индикатора профилактической деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи – число посещений с профилактической целью, а также включение показателя финансирования мероприятий профилактической направленности, что будет способствовать переориентации деятельности здравоохранения на профилактический уровень.

Заключение

На основе изучения основных аспектов деятельности Пвр, а также сложного механизма взаимодействия с другими специалистами предлагается модель деятельности, базирующаяся на систематизации медицинских знаний по организации общественного здоровья и менеджменту сестринского специалиста, с учетом специфики клинического мышления, которая может быть востребована при оказании помощи в системе ПМП.

В модели организации труда использованы основные методологические принципы организации здравоохранения: системный подход, причинная обусловленность, законы диалектики - закон единства и борьба противоположностей, закон взаимного перехода количественных и качественных изменений.

Элементы развития организационно-методического обеспечения деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи внедрены в практику отдельных амбулаторно-поликлинических организаций и продолжают совершенствоваться. Приоритетное выделение высшей школы является предпосылкой для достижения качественно новой образовательной цели в подготовке современных медицинских сестер с учетом международного опыта и выполнения политики ВОЗ «Здоровье -21», изложенное в положениях, в том числе, политики Здоровье-2020 (Таллиннская хартия,2008).

Основными направления развития института Пвр в недалекой перспективе должны стать:

*реализация кадровой политики, направленной на обучение, комплектование штатных должностей, повышение профессиональной компетенции и оптимизации норм нагрузки, согласно разработанным и внедренным в практику отдельных медицинских организаций показателям;

* оптимизация труда согласно предложенному ресурсному обеспечению деятельности Пвр в АПО;

*расширение международного сотрудничества и участие в научных мероприятиях, стажировка и обучение за рубежом;

* обучение Пвр формам ФЗОЖ, по разделам онкологической патологии, туберкулеза, ВИЧ/СПИД, психиатрии, наркологии с использованием новых информационных технологий;

* участие в создании базы данных по мониторингу за факторами риска по развитию болезней системы кровообращения и других, связанных с медицинскими рисками, регистров лиц, нуждающихся в наблюдении специалистов-онкологов, фтизиатров, травматологов, психиатров-наркологов;

* учет критерия эффективности деятельности Пвр при оказании медицинской помощи на дому через оценку затрат на обслуживание 1 пациента за год и числу посещений с профилактической целью.

Поднятые в работе проблемы в организации труда Пвр, формирования критериев эффективности его деятельности могут иметь различные оценки. Надеемся, что внесенный данной работой посильный вклад в раскрытие и

оптимизацию многосторонней деятельности специалиста нового типа - Пвр, послужит перспективам развития его дальнейшей деятельности на благо здоровья народа, что лежит в русле отечественного здравоохранения, политики государства и мировых тенденций.

Литература

1. Алексеев, В.А. Об итогах международной практики реформирования здравоохранения в рекомендациях ВОЗ / В.А. Алексеев, М.Ю. Сафонова // Здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 65–71
2. Андреевский, А.С. Совершенствование этапной системы медицинского обслуживания в здравоохранении / А.С. Андреевский, Л.П. Бородулина // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил. – С. 92–93. – Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г.
3. Басинская, И.В. Надежность в структуре поведенческих компетенций руководителя / И.В. Басинская, О.М. Радюк // Медико-социальная экология личности : материалы конф. – Минск, 2012. – С. 8–10.
4. Бражников, А.Ю. Высшее сестринское образование в России. Итоги 20-ти лет развития / А.Ю. Бражников, Н.Н. Камынина // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 5/6. – С. 58–60.
5. Вальчук, Э.А. Медицинские сестры с высшим образованием: подготовка и последипломное повышение квалификации в Республике Беларусь / Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Мед. новости. – 2004. – № 6. – С. 59–64.
6. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук. – Минск : МЕТ, 2010. – 320 с.
7. Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Республике Беларусь: состояние и перспективы / Э.А. Вальчук, Г.Е. Пецевич // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 137–139.
8. Вишняков, Н.И. Три звена системы контроля качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров, Е.Ю. Муратова // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 26–28.
9. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 336 с.
10. Воеводина, Н.А. Социология и психология управления : учеб. пособие / Н.А. Воеводина, И.А. Данилова, Р.Н. Нуриева. – М. : Омега-Л, 2010. – 198 с.
11. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М. Сачек [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 4–14.
12. Горбачев, А.Г. Тайм-менеджмент в два счета / А.Г. Горбачев. – СПб. : Питер, 2009. – 256 с.
13. Гордиенко, Ю.Ф. Управление персоналом / Ю.Ф. Гордиенко, Д.В. Обухов, С.И. Самыгин. – Ростов н/Д., 2004. – 352 с.
14. Горошко, С.Б. Физическая культура как основа формирования здорового образа жизни студентов / С.Б. Горошко // Здоровый образ жизни – основа профессионального и творческого долголетия : материалы и докл. Респ. науч.-метод. конф. – Минск, 2007. – С. 29–31.

15. Государственная система стандартизации Республики Беларусь : сборник : СТБ 1.0-96 и др. – Офиц. изд. – Минск : Белстандарт : БелГИСС, 1996. – 182 с. – Содерж.: СТБ 1.0-96, СТБ 1.2-96, СТБ 1.3-96, СТБ 1.4-96, СТБ 1.5-96, СТБ 1.6-96.
16. Давыдова, Н.А. Формирование индивидуальной траектории обучения средствами адаптивных интеллектуальных систем / Н.А. Давыдова // Информатика и образование. – 2008. – № 5. – С. 107–109.
17. Дафт, Р. Менеджмент / Р. Дафт ; пер. с англ. под ред. С.К. Мордовина. – СПб. : Питер, 2009. – 799 с.
18. Друкер, П. Менеджмент в некоммерческой организации: принципы и практика / П. Друкер. – М. : Вильямс, 2007. – 295 с.
19. Друкер, П. Эффективный руководитель / П. Друкер. – М. : Вильямс, 2008. – 222 с.
20. Дубинко, Н.А. Базисные стратегии копинг-поведения руководителей / Н.А. Дубинко // Акмеология. – 2008. – № 1. – С. 76–84.
21. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2011 году и основных направлениях деятельности на 2012 год / В.И. Жарко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 4–17.
22. Жарко, В.И. Сегодня и завтра белорусского здравоохранения / В.И. Жарко // Народная асвета. – 2009. – № 2. – С. 9–14.
23. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. ВОЗ: введение / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2001. – № 5. – 39 с.
24. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. – Минск : Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
25. Зиглар, З. Путь к вершине / З. Зиглар ; пер. с англ. Г.И. Левитан. – Минск : Попурри, 2002. – 256 с.
26. Зубра, А.С. Ораторское искусство / А.С. Зубра. – Минск : Дикта, 2008. – 287 с.
27. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе: исследование Дельфи для ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : ВОЗ, 2001. – 26 с.
28. Итоги выполнения программы переоснащения амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения Республики Беларусь на 2009-2011гг. / О.И. Рябкова [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 22–26.
29. Камынина, Н.Н. Модель компетенций руководителя сестринской службы / Н.Н. Камынина // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 5/6. – С. 61–65.
30. Ключенович, В.И. Управление формированием здорового образа жизни (практический глоссарий и пилотное проектирование системы) / В.И. Ключенович. – Минск : БелНИИ «Экология», 2010. – 269 с.

31. Кодекс Республики Беларусь об образовании от 13 янв.2011г. № 243-З; принят Палатой представителей 2 дек. 2010г.: одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010г. //Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. -2011. - №13. -2/1795.
32. Коллинз, Д. От хорошего к великому: Почему одни компании совершают прорыв, а другие нет…: пер с англ. / Д. Коллинз. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2009. – 303 с.
33. Конгстведт, П.Р. Управление медицинской помощью : 2 т. : пер. с англ. / П.Р. Конгстведт ; под общ. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М. : Гэотар Медицина, 2000. – 743 с.
34. Кралько, А.А. Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь / А.А. Кралько. – Минск : Пенитенциарное здоровье, 2009. – 294 с.
35. Кралько, А.А. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии : учеб.-метод. пособие / А.А. Кралько, Т.В. Матвейчик, Н.Н. Пилипцевич. – Минск : БелМАПО, 2011. – 68 с.
36. Крымов, А.А. Управление персоналом на 100%: как стать эффективным HR-директором / А.А. Крымов. – СПб. : Питер, 2010. – 237 с.
37. Кучеренко, В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. – 2011. – №5/6. – С. 5–11.
38. Лапотников, В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ / В.А. Лапотников // Глав. мед. сестра. – 2003. – № 1. – С. 11–15.
39. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминантам здоровья. Заключительный доклад / Всемирная организация здравоохранения, комиссия по детерминантам здоровья. – М. : Весь мир, 2011. – 244 с.
40. Лопатина, А.Л. Алгоритм скрининга и мониторирования БСК среди целевых групп высокого кардиоваскулярного риска как путь снижения преждевременной смертности / А.Л. Лопатина, Т.М. Шаршакова // Материалы 4-й Международной научно-практической конференции, 26 окт. 2012г. – Гомель, 2012. – Вып. 4. – С. 83–85.
41. Лукашенко, А.Г. Наш исторический выбор – независимая, сильная и процветающая Беларусь : доклад на четвертом Всебелорусском народном собрании / А.Г. Лукашенко // Совет. Белоруссия. – 2010. – 7 дек. – С. 1–9.
42. Лукичева, Л.И. Управление организацией / Л.И. Лукичева ; под ред. Ю.П. Анискина. – М. : Омега-Л, 2009. – 355 с.
43. Максвелл, Д. Мотивация решает все / Дж. Максвелл ; пер. с англ. О.Г. Белошеев. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.
44. Мареева, Е.В. Об инновационных подходах и старых ошибках / Е.В. Мареева // Свободная мысль. – 2007. – № 8. – С. 25–33.
45. Матвейчик, Т.В. Влияние компьютерной грамотности на квалификационные характеристики сестер-руководителей / Т.В. Матвейчик, Л.В. Шваб //

Медэлектроника-2010. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : сб. тр. 6-ой Междунар. науч.-тех. конф. – Минск, 2010. – С. 159–161.
46. Матвейчик, Т.В. Дистанционное обучение для организаторов здравоохранения : проблемы организации и становления процесса / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.П. Клюев // Дистанционное обучение – образовательная среда XXI века : материалы VI междунар. науч.-метод. конф. – Минск, 2007. – С. 34–38.
47. Матвейчик, Т.В. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.06 / Т.В. Матвейчик, А.Э. Вальчук, В.И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2006. – 30 с.
48. Матвейчик, Т.В. Методологические аспекты работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие для организаторов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – Изд. 2-е доп. Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.
49. Матвейчик, Т.В. Методы работы с учащимися 9-11 классов по формированию здорового образа жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 11. – С. 56–61.
50. Матвейчик, Т.В. О новых запросах к подготовке сестринского персонала / Т.В. Матвейчик // Стратегия развития и совершенствования последипломной подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в Республике Беларусь и пути ее реализации : сб. материалов науч.-практ. конф. – Минск, 2008. – С. 24–28.
51. Матвейчик, Т.В. Образовательные модели, методики и технологии обучения здоровому образу жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 3. – С. 30–40.
52. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.
53. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2011. – 237 с.
54. Матвейчик, Т.В. Особенности реализации демографической политики в сфере практического решения медико-социальных проблем в Республике Беларусь: роль медицинских сестер руководителей / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук // Актуальные проблемы сестринского дела в Республике Беларусь: пути решения : материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. Междунар. дню мед. сестры. – Минск, 2009. – С. 94–100.
55. Матвейчик, Т.В. Перспективы в организации научных исследований по сестринскому делу как путь повышения эффективности и качества медицинской и социальной помощи / Т.В. Матвейчик // Проблемы общественного здоровья, здравоохранения, сестринского дела и истории медицины : материалы науч. конф. – Гродно, 2010. – С. 138–144.

56. Матвейчик, Т.В. Преобразования в больницах сестринского ухода как закономерность развития / Т.В. Матвейчик // Сестринское дело, здравоохранение, история медицины: проблемы и перспективы : сб. материалов 2-го съезда врачей / Е.М. Тищенко, И.И. Хваленя (отв. ред.). – Минск, 2010. – С. 182–185.
57. Матвейчик, Т.В. Проблемы и перспективы работы помощника врача / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич, Д.Е. Шевцов // Воен. медицина. – 2010. – № 1. – С. 97–101.
58. Матвейчик, Т.В. Роль помощника врача в осуществлении диспансеризации населения / Т.В. Матвейчик // Мед. знания. – 2010. – № 6. – С. 8–11.
59. Матвейчик, Т.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей) : монография / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб; Бел. мед. акад. последиплом. образования – Минск : Респ. науч. мед. б-ка, 2012. – 88 с.
60. Матвейчик, Т.В. Ситуационный подход в изучении отношения коллектива к управленческим решениям / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова // Человек и лекарство : сб. материалов 17-го Рос. нац. конгр. – М., 2010. – С. 676.
61. Матвейчик, Т.В. Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич // Мир медицины. – 2010. – № 4. – С. 3–5.
62. Матвейчик, Т.В. Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич // Мир медицины. – 2010. – № 5. – С. 6–8.
63. Матвейчик, Т.В. Угроза безопасности пожилых пациентов : сестринские ошибки / Т.В. Матвейчик // Ассоциированные с возрастом заболевания в клинической практике : материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. дню пожилых людей. – Минск, 2010. – С. 70–74.
64. Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография [Электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук. – Минск, 2009. – 216 с. – Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/2012/nursing_management_in_a_hospital.pdf.
65. Матвейчик, Т.В. Факторы, препятствующие преобразованиям в больницах сестринского ухода /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Сестринское дело, здравоохранение, история медицины: проблемы и перспективы : сб. ст. / Е.М. Тищенко, И.И. Хваленя (отв. ред.). – Гродно, 2010. – С. 182–185.
66. Матвейчик, Т.В. Формирование навыков здорового образа жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 4. – С. 58–64.
67. Матвейчик, Т.В. Формирование программы повышения творческого потенциала : учеб.-практ. пособие по тренинг-семинару / Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченок. – Минск : БелМАПО, 2002. – 43 с.
68. Матвейчик, Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестрин-

ского дела) : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая ; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Респ. науч. мед. б-ка, 2012. – 64 с.
69. Матвейчик, Т.В. Этапы повышения квалификации медицинских сестер с высшим образованием в Беларуси / Т.В. Матвейчик, А.А. Кралько // Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность : материалы Всерос. форума мед. сестер. – СПб., 2012. – С. 44–47.
70. Медико-социальная помощь на дому : пособие для мед. сестер милосердия / Бел. О-во Красного Креста ; под ред. д-ра мед. наук проф. В.П. Сытого. – Минск : Белсэнс, 2011. – 341 с.
71. Медицинская сестра и социально значимый пациент: основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Департамент исполнения наказаний МВД Респ. Беларусь, 2005. – 162 с.
72. Медицинская этика – мудрость врачевания. История развития и современность / Н.Н. Пилипцевич [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 32–40.
73. Медсестры в общественном здравоохранении: прошлое и будущее : лит. обзор. – Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2001. – 24 с.
74. Мескон, М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М. : Дело, 1999. – 799 с.
75. Мескон, М.Х. Основы управления / М.Х. Мескон. – М. : Дело, 1993. – 245 с.
76. Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 24. 07.2002 / А.К. Цыбин [и др.] – Минск, 2002. – 23 с.
77. Михалевич, П.Н. Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для медицинских сестер-регистраторов) : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27 09.2010 / П.Н. Михалевич, Т.В. Матвейчик, А.А. Донисевич. – Минск, 2010. – 43 с.
78. Модель Стюарт: Выпуск 25. Работа руководителя. Модель Стюарт [Электронный ресурс] // Консалтинговая компания «Талер». – Режим доступа : http://content.mail.ru/arch/63683/2935591.html.
79. Молл, Е. Управленческая карьера / Е. Молл // Проблемы теории и практики управления. – 1996. – № 6. – С. 117–120.
80. Мониторинг государственных программ в здравоохранении Республики Беларусь: некоторые итоги их реализации / В.И. Жарко [и др.] // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 40–45.
81. Москвичева, М.Г. Организация ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Челябинской области / М.Г. Москвичева // Глав. мед. сестра. – 2009. – № 12. – С. 55–77.

82. Нагребецкий, А. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже» / А. Нагребецкий // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 10–11.
83. Направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 годы: информ. письмо М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14.10.2010.
84. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг. : утв. Указом Президента Респ. Беларусь, 26 марта 2007, №135.
85. О внесении изменений в выпуск 25 единого квалификационного справочника должностей служащих (ЕКСД) и в общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих» : Постановление Минтруда и соцзащиты Респ. Беларусь, 15 янв. 2009, № 9.
86. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435–XII : в ред. Законов Респ. Беларусь, 11 янв. 2002, № 91–З, 29 июня 2006, № 137–З, 20 июля 2006, № 162–З, 14 июня 2007, № 239–З, 20 июня 2008, №162–З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2008.
87. О порядке организации диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях : Приказ Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, 14.01.2008, № 23.
88. О совершенствовании гериатрической службы и организации больниц сестринского ухода или медико-социальных коек в лечебно-профилактических учреждениях : Приказ Министра здравоохранения Респ. Беларусь, 11 нояб. 1991, № 196.
89. О состоянии условий труда и профессиональной заболеваемости работающих в Республике Беларусь / А.С. Долгин [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы 5 съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск, 2006. – С. 222–226.
90. Об объявлении 2010 года Годом качества : Указ Президента Респ. Беларусь, 31 дек. 2009, № 671.
91. Об организации диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 13.11.2007, № 870.
92. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь : Постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 окт. 2007, №92.
93. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь : Постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12.10.2007, № 92.
94. Об организации работы отделений профилактики : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 янв. 2008, № 53.
95. Об организации развития сестринской службы Республики Беларусь : Решение лечебно-контрольного совета М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 дек. 2009, № 17.

96. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы : Указ Президента Респ. Беларусь, 26 марта 2007, № 135.
97. Об утверждении программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 годы : Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 31.08.2006, № 1116.
98. Общая психодиагностика : практикум: в 2 ч. / автор-сост. И.Н. Калашникова. – Минск : БГПУ, 2006. – 66 с.
99. Общее среднее образование : РД РБ 02100.2.017-98 - РД РБ 02100.2.026-98 / под общ. ред. О.Е. Лисейчикова. – Минск : М-во образования Респ. Беларусь, 1999. — 390 с.
100. Общественное здоровье и здравоохранение : основы экономики, финансирования и управления : учебное пособие / Р.А. Часнойть [и др.] – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 252 с.
101. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
102. Организация программы профилактики алкоголизма среди лиц трудоспособного возраста в условиях первичного звена здравоохранения / А.А. Александров [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил. – С. 89–91. – Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г.
103. Основы информациологии и информационной гигиены / И.С. Асаёнок [и др.] ; под общей ред. И.С. Асаёнка. – Минск : Право и экономика, 2012. – 184 с.
104. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Респ. науч. мед. б-ка, 2012. – 160 с.
105. Островская, И.В. Вербальный способ общения / И.В. Островская // Мед. сестра. – 2001. – № 4. – С. 39–41.
106. Оценка качества здравоохранения США // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2008. – № 2. – С. 61–64.
107. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда либо. На пути к науке и культуре безопасности пациента и достижения лучших результатов / ВОЗ. – ВОЗ, 2008.
108. Перфильева, Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз) : дис. … д-ра мед. наук : 14.00.33 / Г.М. Перфильева. – М.,1995. – 257 с.
109. Петри, А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин. – М. : Гэотар-Мед, 2003. – 143 с.

110. Петровская, Е.А. Дефекты оказания медицинской помощи и их правовая квалификация / Е.А. Петровская // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 48–58.
111. Пиз, А. Язык телодвижений / А. Пиз. – М.: ЭКСПО - Пресс, 2002. – 276 с.
112. План мероприятий по реализации «Отраслевой программы развития сестринской службы Республики Беларусь» : утв. приказом Министра здравоохранения Респ. Беларусь, 27 нояб. 2001, № 263 // Мед. знания. – 2001. – № 1. – С. 2–4.
113. Повышение позиции Республики Беларусь в международных рейтингах: задачи и программные мероприятия, реализуемые в здравоохранении / Д.Ф. Куницкий [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 11–23.
114. Подольная, О.Б. Наставничество как постоянная естественная форма обучения персонала / О.Б. Подольная // Глав. мед. сестра. – 2001. – № 3. – С. 115–124.
115. Положение о комиссиях по врачебной этике учреждения (предприятия) здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь // Медицина. – 1999. – № 2. – С. 3.
116. Положение о Минтруде и соцзащиты: утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь, 31 окт. 2001, №1589 : в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь, 7 февр. 2005г., №127.
117. Поляков, В.А. Технология карьеры : практ. рук. / В.А. Поляков. – М. : Дело Лтд, 1995. – 128 с.
118. Портфель примеров новаторских методов работы медсестер и акушерок на уровне первичной медико-санитарной помощи // Вторая конф. ВОЗ. – Германия, 2000. – 10 с.
119. Порядок разработки и внедрения клинических протоколов : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.04.2006 / А.А. Гракович [и др.]. – Минск, 2006. – 20 с.
120. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013г.№3 «О некоторых вопросах организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг» /зарег. в Нац. реестре прав. актов Республики Беларусь от 13 февраля 2013г.№8/26902).
121.
122. Предпосылки и подходы к реструктуризации коечного фонда учреждений здравоохранения Республики Беларусь / И.И. Новик [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил. – С. 66–68. – Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г.
123. Профессиональный стандарт. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры. – Минск : БелМАПО, 2002. – 29 с.

124. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе / Л.А. Пергаменщик [и др.]. – Минск, 1993. – С. 7–16.
125. Путеводитель по специальностям / Л.В. Ильина [и др.]. – Минск : Красико-Принт, 2006. – 272 с.
126. Пфеффер, Д. Доказательный менеджмент: новейшая концепция гарвардской школы бизнеса / Д. Пфеффер, Р. Саттон. – М. : Эксмо, 2008. – 383 с.
127. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О.Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
128. Решетников, А.В. Социология медицины / А.В. Решетников. – М. : Мысль, 2002. – 976 с.
129. Романова, А.П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А.П. Романова, Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20–24.
130. Российское образование. Федеральный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.edu.ru.
131. Руденко, В.П. Реформирование здравоохранения – насущная потребность и медиков и всего населения / В.П. Руденко // Медицина. – 2005. – № 1. – С. 4–5.
132. Рэйни, Х.Дж. Анализ и управление в государственных организациях / Х.Дж. Рэйни. – М. : ИНФА-М, 2004. – 402 с.
133. Саркисов, Д.Ю. Философия в системе медицинского образования / Д.Ю. Саркисов // Клин. медицина. – 1999. – № 1. – С. 17–21.
134. Саркисова, В.А. Миссия ассоциации медицинских сестер России в формировании будущего сестринской профессии // Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность : материалы Всерос. форума мед. сестер. – СПб., 2012. – С. 72–80.
135. Свергун, О. Психология успеха или Как стать хозяином своей жизни / О. Свергун. – М., 1999. – 545 с.
136. Свистунова, Е.Г. Основные проблемы реформирования здравоохранения на постсоветстком пространстве / Е.Г. Свистунова, Э.А. Каспарова // Экономика здравоохранения. – 2011. – №5/6. – С. 12–14.
137. Седегов, Р.С. Управление персоналом : учеб. пособие / Р.С. Седегов, Н.И. Кабушкин, В.Н. Кравцов. – Минск : Тэхнология, 1997. – 174 с.
138. Сембер, У. Справочник успешного руководителя. Эффективное и полезное пособие для каждого менеджера и владельца предприятия / У. Сембер. – СПб. : Диля, 2007. – 256 с.
139. Семина, Т.В. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование / Т.В. Семина, Е.М. Бурцева // Глав. мед. сестра. – 2003. – № 4. – С. 59–61.
140. Сидоров, Л. Менеджмент / Л. Сидоров. – Минск: РИВШ, 2009. – 150 с.
141. Симоненко, С. Исследование компетенций успешных менеджеров в России. Модель «20 граней» [Электронный ресурс] / С. Симоненко. – Режим

доступа : http://www.hrm.ru/db/hrm /8D9B0FA9FBE4D6BDC32575670063A/vid/article/article.html.
142. Смит, М.Дж. Тренинг уверенности в себе / М.Дж. Смит. – СПб., 2000. – 244 с.
143. Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
144. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи : монография / В.С. Глушанко [и др.] ; под ред. Ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск : ВГМУ, 2008. – 185 с.
145. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с.
146. Соколова, Э.А. Профессиональное общение в медицине / Э.А. Соколова // Актуальные проблемы гуманитарных наук : тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. – Могилев, 2000. – С. 199–200.
147. Соколова, Э.А. Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе / Э.А. Соколова // Современная психология: состояние и перспективы : тез. докл. юбил. науч. конф. ИП РАН. – М., 2002. – Т. 2. – С. 235–238.
148. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учебно-практическое пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Белпринт, 2012. – 188 с.
149. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля : учеб.-практ. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Белпринт, 2012. – 188 с.
150. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи / Н.Е. Хейфец [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил. – С. 85–88. – Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012г.
151. Стандартные модели компетенций : Электронная энциклопедия e-learning [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://wiki.e–learning.by/indekx.pxp/Модель_компетенций.
152. Таунсенд, Р. Сломай систему! Лекарство от управленческой изжоги / Р. Таунсенд. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2008. – 200 с.
153. Творогова, Н.Д. Психология управления. Лекции / Н.Д. Творогова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 528 с.
154. Трошина, К. Карьера и мотивация / К. Трошина // Управление персоналом. – 1998. – № 12. – С. 6–12.
155. Уайт, Д. На грани жизни и смерти. Проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики: пер. с англ. /Д. Уайт. – М.: Мир, 2003. – 359 с.

156. Уваров, Л.Б. Личностные миры врача и пациента : соприкосновение и дисгармония / Л.Б. Уваров, Э.А. Фонотова // Биомедицинская этика: проблемы и перспективы : материалы междунар. конф. – Минск, 2000. – С. 114–117.
157. Укрепление сестринского и акушерского дела : A64/VR/10 // Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011г., Десятое пленарное заседание.
158. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособие для вузов / А.И. Вялков [и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 658 с.
159. Управление персоналом организации / А.Я. Кибанов [и др.]. – М. : Инфра-М, 1999. – 295 с.
160. Философия и медицина / под ред. В.Ф. Сержантова, А.А. Королькова. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1986. – 199 с.
161. Философские проблемы медицины и биологии : Респ. межведомств. сб. МЗ УССР. – Киев : Здоровья, 1989. – 126 с.
162. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов на уровне первичной медицинской помощи: современное состояние проблемы / А.Г. Фоменко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – № 3. – С. 15–20.
163. Фомичев, А.Н. Административный менеджмент / А.Н. Фомичев. – М. : Дашков и К, 2006. – 288 с.
164. Фонотова, Э.А. Введение в биоэтику : учеб. пособие / Э.А. Фонотова. – М., 1998. – 260 с.
165. Фонотова, Э.А. Клятва Гиппократа и ее современное прочтение / Э.А. Фонотова, Л.Б. Уваров // Биомедицинская этика: проблемы и перспективы : материалы междунар. конф. – Минск, 2000. – С. 117–119.
166. Хейфец, А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России / А.С. Хейфец // Глав. мед. сестра. – 2002. – № 10. – С. 47–52 ; № 11. – С. 50–56 ; № 12. – С. 94–98 ; 2003. – № 1. – С. 63–69 ; № 3. – С. 46–52 ; № 6. – С. 43–47 ; № 9. – С. 43–52.
167. Хильмончик, Н.Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения / Н.Е. Хильмончик // Медицинская сестра на рубеже XXI века : сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 141–142.
168. Холодная, М.А. Перспективы исследований в области психологии способностей / М.А. Холодная // Психол. журн. – 2007. – № 1. – С. 28.
169. Хулуп, Г.Я. Избранные вопросы технологии успешной продажи медицинской услуги в условиях санаторно-курортных и оздоровительных организаций / Г.Я. Хулуп, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2006. – 100 с.
170. Цильке, Х. Типичные ошибки менеджеров / Х. Цильке. – М. : Омега-Л, 2008. – 137 с.

171. Шаршунов, В.А. Как приобрести навыки новаторского творчества и найти свое изобретение / В.А. Шаршунов // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 136–147.
172. Шваб, Л.В.Текстовый процессор MSWord : учеб.-метод. пособие / Л.В. Шваб, Ю.В. Мещеряков. – Минск, 2006. – 28 с.
173. Шепель, В.М. Школа менеджмента / В.М. Шепель. – М. : НОУ ИСОМ, 2005. – 34 с.
174. Шрубенко, А.Г. Интеллектуализация – объект государственного управления / А.Г. Шрубенко // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 16–25.
175. Щеткина, М.А. Приоритеты государственной политики в области социальной защиты на современном этапе / М.А. Щеткина // Проблемы управления. – 2011. – № 2. – С. 23–30.
176. Юкаева, В.С. Управленческие решения : учеб. пособие / В.С. Юкаева. – М. : Дашков и К, 1999. – 290 с.
177. Fischer, A. Мюнхенская Д.екларация : Медицинские сестры и акушерки – важных ресурс здоровья /A. Fischer, M. Danzon. – Coppengagen : WHO, 2000.
178. Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
179. Glinos, I.Мобильность и миграция медицинских сестер и акушерок / I.Glinos ; Европ. обсерватория по системам и политике здравоохранения // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
180. Hurwitz, B. Learning from primary care: malpractice past, present and future / B. Hurwitz // Qual. Saf. Health Care. – 2004. – Vol. 13. – P. 90–91.
181. Kohn, L.T. To Err is Human / L.T. Kohn, J.M. Korrigan, M.S. Donaldson. – Wasington : National Academy Press, 2000. – 287 p.
182. Matwiejczyk, T. Efektywnosc wykorzystania zasobow pielegniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Bialorusi / T. Matwiejczyk, E. Walczuk // Problemy pielegniarstwa. – 2009. – T. 17, № 4. – P. 294–300.
183. Salvage, J. Семинар по формированию политики / J. Salvage // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
184. Sandars, J. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies / J. Sandars, A. Esmail // Family Practice. – 2003. – Vol. 20. – P. 231–236.
185. Who Health For All Targets: The Health Policy For Europe. – Copenhagen, 1993. – 239 p.
186. Wilson, T. Enhancing public safety in primary care / T. Wilson, A. Sheikh // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 584–587.
187. Word. Excel. Интернет. Электронная почта : офиц. учеб. курс для получения Европ. сертификата. – М. : Триумф, 2008. – 320 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Примерная должностная инструкция помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

112-я центральная районная поликлиника
УТВЕРЖДАЮ
Центрального района г. Минска
Главный врач 112-й центральной районной
поликлиники Центрального района г. Минска
_____ Т.П. Васильев
"____" _____ 20___ г.

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи относится к категории специалистов.

1.2. На должность помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи назначается специалист, имеющий высшее образование по специальности «Сестринское дело» или среднее специальное образование по специальности «Лечебное дело» или « Зуболечебное дело», без предъявления требований к стажу работы.

1.3. Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи принимается на должность и увольняется с должности главным врачом по представлению врача-терапевта участкового (заведующего терапевтическим отделением) в установленном порядке.

1.4. В работе помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи участкового руководствуется нормативными правовыми актами Республики Беларусь, уставом поликлиники, коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка, положением о терапевтическом отделении, приказами и распоряжениями главного врача, настоящей должностной инструкцией.

1.5. Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи непосредственно подчиняется врачу-терапевту участковому (заведующему терапевтическим отделением), в его отсутствие – заместителю главного врача по медицинской части.

1.6. Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи должен знать:

1.6.1.Нормативные правовые акты, регулирующие деятельность в области здравоохранения, принципы оказания скорой (неотложной) медицинской помощи населению и принципы профессиональной деятельности по избранной специальности.

1.6.2.Организационные, диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия при заболеваниях у взрослого и детского населения.

1.6.3.Современные методы терапии и профилактики заболеваний, основные аспекты первичной медицинской помощи, показатели состояния здоровья населения.

1.6.4.Объемы обследования и лечения клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний на амбулаторном этапе;

1.6.5. Систему взаимодействия медицинской организации с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля, противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции, иммунопрофилактику;

1.6.6. Основы медицинской этики и деонтологии, психологии профессионального общения.

1.6.7. Основы экспертизы временной нетрудоспособности.

1.6.8. Основы использования современных технических средств, коммуникаций и связи, вычислительной техники.

1.6.9.Основы законодательства о труде, правила и нормы охраны труда и пожарной безопасности. Правила техники безопасности при работе с медицинскими инструментами и оборудованием.

1.7. В случае временного отсутствия помощника врача-терапевта (педиатра) участкового (болезнь, отпуск, пр.) его обязанности исполняет назначенный в установленном порядке заместитель, который несет полную ответственность за надлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.

2. ФУНКЦИИ

На помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

возлагаются следующие функции:

2.1. Оказание первой медицинской помощи в экстренных случаях.

2.2. Ведение соответствующей медицинской учетно-отчетной документации.

2.3. Обеспечение инфекционной безопасности и правильного хранения, учета и списания лекарственных средств.

2.4. Обеспечение своевременного приема пациентов в поликлинике и выполнение визитов на дому.

2.5. Своевременно и качественно проводить анализ работы, проделанной на терапевтическом (педиатрическом) участке.

3. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

обязан:

3.1. оказывать своевременную квалифицированную медицинскую помощь населению в поликлинике и на дому;

3.2. осуществлять самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;

3.3. осуществлять учет, динамическое наблюдение и комплекс профилактических и активное лечение пациентов до их выздоровления, ремиссии или госпитализации, а также преемственность в передаче медицинских документов;

3.4. осуществлять самостоятельный осмотр и динамическое наблюдение пациентов на дому, определять показания для направления на консультацию врача;

3.5. диагностировать, назначать лечение, выписывать рецепты, в том числе льготной категории граждан, в случаях наиболее часто встречающихся и типично протекающих заболеваний или продолжать назначенное врачом лечение;

3.6. ассистировать врачу при амбулаторных оперативных вмешательствах и диагностических манипуляциях (ФГДС, ларингоскопии, др.);

3.7. принимать нормальные роды и оказание экстренной акушерской и гинекологической помощи, оказать неотложную доврачебную помощь новорожденным;

3.8. наблюдать за состоянием здоровья и развитием детей, участвовать в иммунопрофилактике детей и взрослого населения;

3.9. оказывать неотложную медицинскую помощь пациентам, независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений;

3.10.определять показания для госпитализации, организовать транспортировку пациентов и пострадавших;

3.11.проводить комплекс профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий по диспансеризации взрослого (детского) населения (выполнение взятия на учет и контроль своевременного прохождения диспансерного

осмотра) в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению;

3.12. проводить профилактические осмотры лиц, обращающихся в связи с поступлением в учебные заведения, на работу, занятием спортом, проведением оздоровительных мероприятий, иммиграцией и др.;

3.13. определять необходимость и сроки временного освобождения пациента от работы (службы, учебы) в связи с заболеванием (травмой), необходимость и сроки временного освобождения лица, осуществляющего уход за больным членом семьи (ребенком), от работы (службы, учебы) с проведением в день выдачи листка нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности одномоментной контрольной ВКК;

3.14.проводить анализ медицинской деятельности, показателей здоровья прикрепленного населения, вести паспорт участка с применением информационных технологий;

3.15. проводить текущий санитарный надзор, организовать санитарно-противоэпидемические мероприятия (совместно с центром гигиены и эпидемиологии): плановую и экстренную иммунопрофилактику, выявление инфекционных больных, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразными больными, и за реконвалесцентами;

3.16. осуществлять обучение ближайшего окружения пациента правилам ухода за ним, гигиенического воспитания, по формированию здорового образа жизни, оказывать психологическую помощь;

3.17. оформлять и вести соответствующую учетную и отчетную медицинскую документацию, проводить шифровку болезней в соответствии с международной классификацией, статистических документов (талонов, карт и др.);

3.18. владеть навыками регистрации электрокардиограммы, ее интерпретации и оценки в динамике, с обязательным отражением полученных результатов в дневнике осмотра в день выполнения ЭКГ (в медицинской карте амбулаторного больного ф.025-у);

3.19. владеть навыками методики определения функции внешнего дыхания и интерпретации полученных результатов с отражением результата в медицинской карте амбулаторного больного (025-у);

3.20. владеть навыками выполнения отдельных методик диагностических и лабораторных исследований (антропометрии, глюкометрии, измерения массо-ростового индекса, внутриглазного давления) с отражением результата в медицинской карте амбулаторного больного (ф.025-у);

3.21. осуществлять взаимодействие с организациями здравоохранения и социальными службами по обеспечению качества жизни пациентов;

3.17.оказывать содействие и сотрудничать с Нанимателем в деле обеспечения здоровых и безопасных условий труда, немедленно сообщать непосредственному руководителю о несчастном случае, произошедшем в учреждении, а также ситуациях, которые создают угрозу здоровью или жизни для него или окружающих людей;

3.18.соблюдать в своей работе принципы медицинской этики и деонтологии;

3.19.систематически повышать свою квалификацию путем изучения медицинской литературы, посещения конференций, семинаров, прохождения курсов повышения квалификации;

3.20.соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, охраны труда и техники безопасности, противопожарной безопасности, бережно относиться к имуществу поликлиники, экономно использовать технико-экономические ресурсы.

4. ПРАВА

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи имеет право:

4.1. вносить предложения администрации поликлиники по вопросам улучшения

организации лечебно-профилактической помощи населению, организации и условий своего труда;

4.2. получать информацию, необходимую для выполнения должностных обязанностей;

4.3. принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам лечебно-профилактической помощи;

4.4. повышать свою профессиональную квалификацию на курсах повышения квалификации и на рабочих местах в установленном порядке, а также проходить аттестацию на соответствие занимаемой должности и присвоение квалификационной категории.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи несет ответственность за:

5.1. неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей, правил внутреннего трудового распорядка, несоблюдение медицинской этики и деонтологии, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Республики Беларусь;

5.2. совершение в процессе осуществления своей деятельности правонарушения в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Республики Беларусь;

5.3. причинение материального ущерба в пределах, определенных действующим трудовым, уголовным и гражданским законодательством Республики Беларусь;

5.4. несоблюдение правил техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-противоэпидемического режима, охраны труда;

5.5. несоблюдение трудовой и исполнительской дисциплины, правил внутреннего трудового распорядка;

5.6. несоблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

Заместитель главного врача
по медицинской части И.О.Ф.
СОГЛАСОВАНО
Главный юрисконсульт
_____ И.О.Ф.
Инженер по охране труда
_____ И.О.Ф.

С инструкцией ознакомлены:

Приложение 2

Перечень учетно-отчетной документации специалистов на терапевтическом участке, включая помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

врача-терапевта участкового

1. Медицинская карта амбулаторного больного (уч.ф. 025/у-07).
2. Журнал вызовов врача на дом (уч.ф. 031/у)
3. Журнал учета санитарно-просветительской работы (уч.ф. 038/у).
4. Рецептурные бланки (форма 1, бланки для выписки льготных медикаментов).
5. Направления на МРЭК (уч.ф. 088/у).
6. Направления на лабораторные и диагностические исследования.
7. Лист текущих наблюдений врачом-терапевтом.
8. Листки нетрудоспособности, справки по временной нетрудоспособности.
9. Статистический талон (уч. ф. 025/у-1).
10. Медицинская справка о состоянии здоровья (Ф.1-МЕД).

помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

1. Ведомость учета посещений заболеваний и пролеченных больных (уч. ф. 0125 – 3/у).
2. Карты учета диспансерного наблюдения (уч. ф. 131/ у-Д).
3. Контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 30/у-04);
4. Карта профилактических прививок (учетная форма №63).
5. Медицинская карта амбулаторного больного (уч. ф. 025/у-07).
6. Журнал вызовов врача на дом (уч. ф. 031/у).
7. Журнал учета санитарно-просветительской работы (уч. ф. 038/у).
8. Журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (уч. ф. 116/у);
9 Направления на консультацию специалистов и исследования
10. Направления на лабораторные и диагностические исследования (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28 сентября 2007 г. N 787 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по лабораторной диагностике»).
11. Лист визита (патронажа) помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи.
12. Лист динамического наблюдения помощником врача по амбулаторно-поликлинической помощи.
13. Рецептурные бланки (форма 1, бланки для выписки льготных медикаментов)
14. Паспорт участка (уч. ф.030/у).

медицинской сестры участковой

1. Ведомость учета посещений заболеваний и пролеченных больных (уч.ф. 0125 – 3/у).
2. Карты учета диспансерного наблюдения (уч.ф. 131 у-Д).
3. Медицинская карта амбулаторного больного (уч.ф. 025/у-07).
4. Журнал учета санитарно-просветительской работы (уч.ф. 038/у).
6. Журнал учета работы на терапевтическом участке (уч.ф. 116/у).
7. Направления на консультацию.
8. Направления на лабораторные и диагностические исследования.
9. Лист патронажа медицинской сестры участковой.

Приложение 3

Характеристики ориентированности на пациента в работе помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Основные направления деятельности	Характеристика основных направлений деятельности
Посещения пациентов (визиты), актив скорой медицинской помощи	Физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС,ЧД ; оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения, ранее назначенного врачом; учет в ф.№031/у, ф.№0125-3/у
Патронажи лиц льготной категории	Физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС,ЧД; оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения, ранее назначенного врачом; ; динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразными больными и реконвалесцентами; учет в ф.№116/у
Приглашения пациентов на диспансерный осмотр в поликлинику	Оформление направления на исследования, на консультации; вести картотеку ф.131/у-Д группы Д3; объяснять способ, порядок, время и место проведения исследований
Проведение амбулаторного приема пациентов	Готовить рабочее место к приему; физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС,ЧД, глюкометрия, антропометрия, массо-ростовой индекс, внутриглазное давление; оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения; учет в ф.№031/у, ф.№0125-3/у
Формирование профилактического подхода к болезни пациентов	Проводить дезинфекцию инструментария, кабинета, кварцевание; анализ диспансеризации, проф. осмотров, иммунопрофилактики; забор материала на бактериологическое исследование; утилизация отходов после выполнения инъекций и процедур; учет в ф.№038/у, ф.№0125-3/у

Оказание медико-социальной помощи (совместно с соц. службой)	Медицинский уход; туалет, кормление, гигиенический уход совместный с соц. службой; учет в ф.№116/у, ф.№025/у-07
Оказание неотложной медицинской помощи	Соблюдать правила хранения стерильного материала, одноразового инструментария и медикаментов (сроки годности)
Выявление показаний для направления на консультацию врача-специалиста	Ведение флюоротеки, иммунотеки; учет в ф.№131/у-Д, ф.№025/у-07
Обеспечение инфекционной безопасности в очаге	Участие в контроле качества проведения текущей и заключительной дезинфекции
Ведение учетно-отчетной документации	Ф.№0125-3/у; ф.№131/у-Д; ф.№025/у-07; ф.№116/у; ф.№031/у; ф.№038/у;ф.1,бланки для выписки льготных медикаментов
Обеспечение преемственности	С зав. отделом; городским (районным, областным) онкологическим диспансером; с отделом статистики; скорой медицинской помощью; центром гигиены и эпидемиологии; службой социальной помощи
Повышение профессиональной квалификации	Участие в сестринских конференциях; овладение смежными специальностями (инструктор ЛФК, массаж, физиотерапия, функциональная диагностика); учет ф.№038/у

Приложение 4

Экспертная карта регистрации деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Медицинская эффективность	Экономическая эффективность	Социальная эффективность
Развитие и использование стационарзамещающих технологий	Уровень госпитализации	Доступность
Преемственность в работе с профильными специалистами	Число пациентов, направленных к профильным специалистам	Качество оказания медицинской помощи (своевременность выполнения врачебных назначений; соблюдение технологии ухода; отсутствие осложнений от ухода; соблюдение правил подготовки к исследованиям)
Своевременность оказания неотложной медицинской помощи	Количество обслуженных активов скорой медицинской помощи	Уровень удовлетворенности пациента (отсутствие обоснованных жалоб)
Ухудшение (утяжеление) состояния пациента: *необоснованный отказ в помощи; *невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебно-диагностических мер; *преждевременное прекращение лечебных мер; *выполнение не показанных лечебных мер.	Материальный ущерб (дополнительные материальные затраты)	Инвалидность пациента или летальный исход

Приложение 5

Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной медицинской помощи, ориентированной на пациента (ВОЗ,2008)

Традиционная амбулаторная помощь в клинике или поликлинике	Программы борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на пациента
Первоочередное внимание болезни и ее лечению	Первоочередное внимание заболеваниям, имеющим приоритетное значение	Первоочередное внимание потребностям пациента в области медицины
Взаимодействие ограничивается моментом консультации	Взаимодействие ограничивается рамками реализации программы	Длительные личные отношения
Эпизодическая медицинская помощь	Предусмотренные программой меры борьбы с заболеванием	Всеобъемлющая непрерывная помощь, ориентированная на пациента
Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации	Ответственность за достижение целей в области борьбы с заболевание в целевой группе населения	Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Пользователи являются потребителями приобретаемых ими услуг	Группа населения является объектом, на который направлены меры по борьбе с заболеванием	Люди являются партнерами. Участвующими в решении вопросов, касающихся их собственного здоровья и здоровья общины

Приложение 6

Отличия модели ориентированности на пациента от традиционной помощи в работе помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Ориентированность на пациента (ВОЗ,2008)	Традиционная амбулаторная помощь
Повышение интенсивности лечения и улучшение качества жизни (Ferrer,2005)	Неэффективное лечение, мало влияющее на уровень качества жизни
Глубокое понимание психологических аспектов проблем пациента (Qulbrandsen,1997)	Поверхностное понимание психологических аспектов проблем пациента
Высокая удовлетворенность результатами общения (Jaturapatpom,2007)	Низкая удовлетворенность результатами общения
Большая доверительность в болезненных вопросах (Kovess-Masfeti,2007)	Низкая степень доверия к незнакомому специалисту
Больший уровень доверия и готовности соблюдать режим лечения (Fiscella,2004)	Невысокий уровень доверия и нежелание соблюдать режим лечения
Более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни (Mead,1982)	Низкий уровень профилактических мероприятий

Приложение 7

Модель образовательного стандарта специалиста
«Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи»

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи должен знать:

1. Основные модели и теории сестринского дела.
2. Сестринский процесс, основные этапы сестринского процесса.
3. Методика постановки сестринского диагноза («PES» - формат»).
4. Основные принципы профилактической медицины:

- понятие о здоровье, основные составляющие здоровья;
- вопросы формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- основные факторы здоровья;
- методы и средства гигиенического обучения и воспитания.

7. Основы социальной и медицинской психологии:

- психология и вопросы коммуникации в медицинском коллективе;
- структура личности и ее развитие;
- типология личности и характер;
- основы возрастной психологии;
- психология пациента и его реакция на болезнь;
- психология общения медицинского работника и пациента (общение, его основные виды и функции, психология общения медицинского работника в сложных (конфликтных) ситуациях, профилактика конфликтов;
- неблагоприятные психологические состояния, их причины и профилактика (тревожные и депрессивные состояния, истероидный тип и паранойяльный тип реагирования и др.).

8. Вопросы биомедицинской этики, в т.ч.:

- проблемы смерти и умирания;
- паллиативная помощь.

9. Основы медицинской реабилитации:

- физическая реабилитация, в т.ч. ранняя физическая реабилитация;
- психологическая реабилитация;
- социальная реабилитация.

10. Основы педагогики:

- понятие об общей, сестринской педагогике и об андрогогике (науке об обучении взрослых);
- основы педагогического общения;
- основы самоподготовки;

11. Основы общественного здоровья и организации здравоохранения:

- современные системы (формы) здравоохранения (государственная, страховая, частная и т.д.);
- понятие о первичной медицинской помощи;
- понятие о хосписах;

- основные методы социально-гигиенических исследований;
- медицинская (санитарная) статистика;
- организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению;
- система охраны здоровья матери и ребенка.

12. Основы экономики, порядок оказания медицинских услуг населению за дополнительную плату.

13. Методологические основы оценки качества оказания медицинской помощи населению, в том числе:

- стандартизация деятельности медицинской сестры;
- анкетирование;
- анализ (самоанализ).

14.Вопросы безопасности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи на рабочем месте:

- безопасность при работе с химическими веществами и медицинскими препаратами;
- профилактика ВБИ и профессиональных заражений;
- биомеханика в сестринской практике;
- психологическая безопасность медицинской сестры и профилактика синдрома «эмоционального выгорания».

15.Иметь необходимую базовую подготовку в области клинических дисциплин.

16.Владеть иностранным языком, читать профессиональную литературу по проблемам сестринского дела и публикации 1 раз за пятилетие.

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи должен уметь:

1. Использовать в практической деятельности элементы сестринского процесса при организации ухода за пациентами с различной патологией:

1.1. Осуществлять сестринское обследование пациента:

- проводить сбор анамнеза (оценку состояния) пациента, включая: физические, социологические и психологические данные. Оценка тренированности организма, телосложения; изучение образа жизни (выяснение привычек в питании, физическая активность, активный досуг, формула сна). Способность преодолевать стресс, самореализация, взаимоотношения с другими, создание «зоны безопасного проживания», «обзор» жизненных стрессов; использование системы здравоохранения.
- Осуществлять простейшее физикальное обследование по системам;
- Выявлять проблемы пациента и рассматривать их с учетом приоритетов;
- Оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований;
- Составлять базу данных о пациенте с внесением ее в сестринскую историю болезни;

- Разрабатывать индивидуальный план ухода.

1.2. Формулировать сестринский диагноз;

1.3. Оценивать состояние пациента, планировать сестринский уход (помощь) в зависимости от приоритетов при следующих состояниях (проблемах):

- болевой синдром: оценка болевого синдрома по шкале боли, в соответствии с возрастом; динамическая оценка болевого синдрома (локализация, характер, выраженность, длительность; факторы, провоцирующие и облегчающие боль; другие симптомы, сопровождающие боль); составление и реализация плана ухода, документирование;
- терминальное состояние: оценка потребностей пациента, находящегося в терминальном состоянии (вербальные и невербальные методы оценки), составление и реализация плана ухода, документирование;
- коматозные состояния: оценка потребностей пациента, находящегося в коматозном состоянии, составление и реализация плана ухода, документирование;
- нарушение двигательной активности: оценка состояния и потребностей пациента с нарушением двигательной активности (состояния обездвиженности), составление и реализация плана ухода, документирование;
- риск развития пролежней: оценка состояния и потребностей пациента с риском развития пролежней с использованием шкалы Нортон и др., составление и реализации плана ухода, документирование;
- риск развития обезвоживания: оценка состояния и потребностей пациента с риском обезвоживания, составление и реализация плана ухода, документирование;
- лихорадка: оценка состояния и потребностей пациента при различных периодах лихорадки, составление и реализация плана ухода, документирование;
- патологические нарушения со стороны ЖКТ: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны ЖКТ (нарушение питания, тошнота, рвота, диарея и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;
- патологические нарушения со стороны мочевыделительной системы: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны мочевыделительной системы (острая задержка мочи, недержание мочи и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;
- снижение самообслуживания/неспособность к самообслуживанию: оценка состояния и потребностей пациента с нарушением функции самообслуживания, составление и реализация плана ухода, документирование;
- нарушение формулы сна: оценка состояния и потребностей пациента при нарушении формулы сна (бессонница, сонливость и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;

1.4. Оценивать эффективность проведенных мероприятий и вносить коррективы в случае необходимости;

1.5. Осуществлять измерение артериального давления, внутриглазного давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, проводить глюкометрию, антропометрию, определять массо-ростовой индекс;
2. Мотивировать пациента и (или членов его семьи, социально значимых лиц) к участию в самостоятельном уходе (другими лицами);
3. Владеть простейшими приемами лечебной физкультуры и массажа при различных видах патологии;
4. Разрабатывать планы обучения пациентов и социально значимых лиц элементам ухода/самостоятельного ухода и физической реабилитации;
5. Обучать пациентов и социально значимых лиц элементам физической реабилитации в зависимости от патологии и состояния пациента;
6. Проводить обучение пациентов с целью дальнейшей психологической и социальной реабилитации в зависимости от физического состояния, с учетом духовного и культурного развития, а также социального окружения;
7. Применять элементы трудотерапии, музыкальной терапии и т.п.;
8. Проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и социально значимых лиц по вопросам гигиены, двигательной активности, безопасности и т.д.;
9. Определять отношение представителей различных групп населения к своему здоровью, выявлять особенности образа жизни, с которыми связано состояние здоровья;
10. Анализировать и решать вопросы рациональной и безопасной организации труда, а также бюджета рабочего времени.
11. Использовать информационные технологии в профессиональной деятельности.

Приложение 8

Критерии эффективности деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи
(в пределах компетенции)

1.Стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

1.1.Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

1.2.Увеличение числа посещений с профилактической целью прикрепленного населения амбулаторно-поликлинической организации;

1.3.Полнота охвата категории пациентов, подлежащих наблюдению.

1.4.Полнота охвата профилактическими прививками:

*против гриппа (до 65%).

2. Стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

*при туберкулезе;

*при сахарном диабете;

* при сердечно - сосудистых заболеваниях.

3. Снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни.

4. Полнота охвата флюорографическим обследованием лиц — более 90% от числа подлежащих обследованию.

5. Стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

5.1. Артериальная гипертония (АГ):

- число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;
- снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;
- снижение инвалидности в результате инфаркта миокарда и инсульта;
- снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов.

5.2. Онкологические заболевания:

•отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3—4 клинических стадиях.

5.3. Туберкулез:

- число вновь выявленных больных;
- полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц—более 90% от числа подлежащих обследованию;
- отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
- отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом.

6.Проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию:

- выполнение плана мероприятий по обучению уходу за пациентами и самостоятельному уходу, связанному с конкретными заболеваниями;

- выполнение плана мероприятий по обучению контингента населения принципам здорового образа жизни;
- выполнение плана занятий в «Школах здоровья» с пациентами, имеющими заболевания:
    *сахарный диабет;
    *болезни сердца и сосудов (ИБС, стабильная АГ).

7. Полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения (прил.4).

Конкретные критерии оценки эффективности деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи на терапевтическом (педиатрическом) участке определяются руководителем с учетом численности, наличия кадров, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей. При необходимости, по решению руководителя амбулаторно-поликлинической организации, могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности (прил.4, 7, 19).

Приложение 9

Организация экспертной оценки качества деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в медицинской организации

Уровень экспертизы	Основные задачи	Количество и кратность экспертизы для амбулаторно-поликлинических организаций	Объект исследования	Конечные мероприятия
1 (старшая сестра, заведующий подразделением, кабинетом)	Определение уровня качества медицинской помощи, оказываемой помощником врача пациенту непосредственно контролем, проведением обходов	Не менее 10%амбулаторных карт с законченным случаем обращения	уч. форма №131/у - Д; уч. форма №025/у-07; уч. форма №116/у; уч. форма №038/у.	Устранение выявленных дефектов
2 (главная сестра, зам. гл. врача по работе с сестринским персоналом)	Определение уровня качества медицинской помощи подразделений, кабинетов непосредственно контролем, проведением обходов; выборочное изучение мнения пациентов по качеству медицинской помощи; углубленный анализ качества МП в особых случаях	Ежемесячно По мере возникновения	Отчет о работе подразделения (кабинета)	Разработка мероприятий по улучшению качества, совершенствованию системы контроля качества медицинской помощи
3 (лечебно-контрольная комиссия во главе с гл. врачом)	Изучение удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью	1 раз в год или по мере возникновения	Отчет о работе медицинской организации	Рекомендации по устранению или предупреждению дефектов, эффективному использованию материальной базы, кадров и ресурсов; информирование о результатах экспертизы персонала, органов управления здравоохранения

Приложение 10

Индикаторы качества медицинской помощи помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Группа индикаторов	Показатель
Группа 1. Традиционные индикаторы, входящие в обязательную статистическую отчетность, имеют жесткий принцип регистрации в медицинской документации	-Осложнения после сестринских манипуляций; -Случаи летальности на дому пациента, находившегося под наблюдением; -Случаи обоснованных жалоб пациента или его родственников Развитие и использование стационарзамещающих технологий
Группа 2. Традиционные индикаторы, входящие в обязательную статистическую отчетность, не имеют жесткой регистрации в медицинской документации	-Наличие осложнения или нового патологического состояния у пациента, проходящего лечение; -Постинъекционные осложнения; - Преемственность в работе с профильными специалистами
Группа 3. Индикаторы, не входящие в итоговую обязательную статистическую отчетность, но необходимые для комплексной оценки качества медицинской помощи	- Своевременность оказания неотложной медицинской помощи; -Ухудшение (утяжеление) состояния пациента: *необоснованный отказ в помощи; *невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебно-диагностических мер; *преждевременное прекращение лечебных мер; *выполнение не показанных лечебных мер; -Случаи повторных выездов бригад скорой медицинской помощи в течение суток; -Случаи жалоб пациента или его родственников; -Осложнения от сестринских вмешательств; -Полипрагмазия среди общего числа обратившихся пациентов
Группа 4. Индикаторы удовлетворенности пациента (метод анонимного анкетирования пациента)	Полная удовлетворенность пациента: *доступностью медицинской помощи помощника врача; *гарантированным объемом обследования и лечения; *качеством исполнения лечебно-диагностических процедур с точки зрения пациента; *соответствием конечного результата изначально ожидаемым пациентом; *желание наблюдаться повторно в той же медицинской организации
Группа 5. Индикаторы экономической эффективности лечения	-Уровень госпитализации подлежащего контингента; -Число пациентов, направленных к

	профильным специалистам; -Количество обслуженных активов скорой медицинской помощи; -Материальный ущерб (дополнительные материальные затраты)
Группа 6. Индикаторы качества кадровой структуры	-Соотношение врач/средний медперсонал; -Текучесть кадров; -Доля сотрудников, представивших проекты по улучшению качества медицинской помощи; Заболеваемость сотрудников
Группа 7. Индикаторы социальной эффективности	-Качество медицинской помощи (своевременность выполнения врачебных назначений; соблюдение технологии ухода; отсутствие осложнений от ухода; соблюдение правил подготовки к исследованиям); инвалидность или летальный исход

Приложение 11

Универсальная шкала оценки манипуляционной техники помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Оценивают соблюдение технологических стандартов на основании изучения не менее 10 наблюдений.

* нет замечаний, все элементы технологии выполняются в полном объеме — 1,0;

*технологию в целом соблюдают, имеются отдельные нарушения -0,75;

*в технологии имеются отдельные нарушения, существенно влияющие на качество — 0,5;

*технологию грубо нарушают, в результате страдает лечебно-диагностический процесс — 0.

Готовность к оказанию неотложной помощи

При оценке готовности к оказанию неотложной помощи учитывают следующие показатели.

Наличие *наборов для оказания неотложной помощи* согласно стандарту оценивают по шкале:

*полное оснащение — 1,0;

* удовлетворительное оснащение — 0,5;

* неудовлетворительное оснащение — 0.

Теоретическую подготовленность сестринского персонала к оказанию неотложной помощи (по журналу проверки знаний) оценивают по шкале:

* прошли обучение и сдали зачет более 80% персонала — 1,0;

* прошли обучение и сдали зачет более 60-80%-0,7;

* прошли обучение и сдали зачет более 40-60% -0,5; *

* прошли обучение и сдали зачет менее 40% -0,2.

Приложение 12. **Анализ деятельности помощника врача по результатам ежемесячного анкетирования принятых лиц**

АНАЛИЗ

АНКЕТИРОВАНИЯ ПО РАБОТЕ ДОВРАЧЕБНОГО КАБИНЕТА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ (январь 2010 г.).

Возраст	Пол		Как Вы относитесь к открытию доврачебного кабинета?			Как часто вы посещаете доврачебный кабинет?				В чем Вы видите положительные стороны в его открытии?				По какой причине обращались в доврачебный кабинет?				Удовлетворяет ли Вас качество работы кабинета?			Ваши предложения и пожелания по улучшению работы кабинета.
	М	Ж	безразлично	положительно	отрицательно	ежемесячно	еженедельно	Менее 1 раза в месяц	Более 1 раза в неделю	доступность	Место расположения	Отсутствие очереди	Наличие постоянного медработника	Выписка рецептов	Измерение ад	Выписка анализов, направлений	Рекомендации по здоровому образу жизни, приему лек .препаратов.	Полностью удовлетворяет	Частично удовлетворяет	Не удовлетворяет	
55 - 65	7	6	-	13	-	10	1	1	1	11	6	4	8	11	4	3	5	12	1	-	1.Все устраивает. 2.Организованно все отлично. 3.Работай кабинета очень довольна. 4.Предложений нет, успехов в работе. 5.Хотелось бы получать рецепты непосредственно день в день.

Приложение 13

Примерный перечень оснащения
медикаментами, перевязочным материалом и инструментарием
для укладки неотложной помощи участковых медицинских сестер, помощников врача
по амбулаторно-поликлинической помощи

№	*Наименование*	*Количество*	*Срок годности*
1	Р-р преднизолона 30мг	3 амп.	
2	Р-р адреналина гидрохлорида 0,1%-1 мл	2 амп.	
3	Супрастин 2% - 1 мл	1 амп.	
4	Аспирин 0,5	10 табл.	
5	Нитроглицерин 0,5	10 табл.	
6	Р- р аммиака 10 %	1 флак. (2 амп)	
7	0,9 % р-р хлористого натрия – 5 мл	2 амп.	
8	Р-р дибазола 1 % - 1 мл	5 амп.	
9	Р-р анальгина 50% - 1 мл	4 амп.	
10	Р-р дротаверина 2 % - 2 мл	2 амп.	
11	Р-р фуросемида 1 % - 2 мл	1 амп.	
12	Валидол	10 табл.	
13	Корвалол	1 флакон	
14	Р-р йода спиртовой 5%- 10 мл	1 флакон	
15	Бриллиантовый зеленый 1% р-р – 10 мл	1 флакон	
16	Перекись водорода 3% р-р	1 флакон	
17	Бинт нестерильный	1 упак.	
18	Бинт стерильный	1 упак.	
19	Вата 50,0	1 упак.	
20	Лейкопластырь бактерицидный 6 см *10 см	1 упак.	
21	Жгут кровоостанавливающий	1 штука	
22	Перчатки хирургические	3 пары	
23	Напальчник резиновый	2 штуки	
24	Шприцы одноразовые 2,0; 5,0; 10,0	по 2 штуки	
25	Иглы к шприцам	6 штук	
26	Шпатель металлический	1 штука	
27	Термометр медицинский	1 штука	
28	Ножницы	1 штука	
29	Альбуцид 30% - 5 мл	1 флакон	
30	Пипетка	1 штука	
31	Спирт медицинский 70% - 80 мл	1 флакон	

Зам. главного врача по медицинской части И.О.Ф.
Укомплектовала Ст. м/с с И.О.Ф.

Приложение 14

Примерный перечень оснащения медикаментами врача - терапевта участкового и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи для обслуживания визитов на дому

№	Наименование	Количество	Срок годности
1	Р-р адреналина 0,1%- 1 мл	1 амп.	
2	Преднизолон 30 мг	3 амп.	
3	Р-р анальгина 50% - 1 мл	4 амп.	
4	Р-р папаверина г/хл. 2 % - 2,0	2 амп.	
5	Р-р димедрола 1%- 1 мл	1 амп.	
6	Р-р фуросемида 1%- 2 мл	1 амп.	
7	Р-р натрия хлорида 0,9 %- 5,0	2 амп.	
8	Р-р клонидина 0,01 % - 1 мл	2 амп.	
9	Каптоприл 25 мг	20 табл.	
10	Аспирин 0,5 мг	10 табл.	
11	Валидол	10 табл.	
12	Нитроглицерин 10 мг	10 табл.	
13	Корвалол	1 флак.	
14	Р-р аммиака 10%- 1 мл	1 амп.	
15	Бинт	1 шт.	
16	Термометр медицинский	2 шт.	
17	Р-р Септоцид- синерджи	1 флак.	
18	Жгут резиновый кровоостанавливающий	1 шт.	
19	Перчатки хирургические	1 пара.	
20	Шприцы одноразовые 2,0 и 5,0	2 + 2	
21	Пробирка с тампоном для взятия мазков из зева на палочку дифтерии	1 шт.	
22	Тонометр	1 шт.	
23	Стетофонендоскоп	1 шт.	
24	Марлевая повязка	1 шт.	
25	Халат медицинский	1 шт.	

Заместитель главного врача по медицинской части И.О.Ф.

Укомплектовала Ст. м/с И.О.Ф.

Приложение 15

Примерный табель оснащения сумки врача-терапевта участкового и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи для обслуживания визитов на дому

№	Наименование	Количество	Срок годности
1	Марлевая повязка	1 шт.	
2	Перчатки хирургические	1 пара	
3	Стето-фонендоскоп	1 шт.	
4	Тонометр	1 шт.	
5	Термометр медицинский	1 шт.	
6	Халат медицинский	1 шт.	
7	Шапочка медицинская	1 шт.	
8	Шпатель (стерильный)	3 шт.	
9	Шприц одноразовый: 2,0	1 шт.	
	5,0	2 шт.	
	20,0	2 шт.	
10	Р-р Адреналина г/хл. 0,1 % - 1 мл	3 амп.	
11	Анальгин 50 % - 1 мл для инъекц.	3 амп.	
12	Р-р Аммиака 10 % - 1 мл.	2 амп.	
13	Ацетилсалициловая к-та 0,5 № 10 , таб	1 упак.	
14	Бинт	1 шт.	
15	Валидол 0,06 № 10, таб.	1 упак.	
16	Вата гигроскопическая стерильная 25,0	1 упак.	
17	Р-р Дифенгидрамина 1 % - 1 мл	2 амп.	
18	Жгут резиновый кровоостанавливающий	1 шт.	
19	Р-р Верапамила 0,25 % - 2 мл	2 амп.	
20	Корвалол 15 мл (25 мл)	1 флак.	
21	Р-р Клонидина 0,01 % - 1 мл	2 амп.	
22	Клонидин 0,075 мг № 20 , табл.	1 упак.	
23	Фуросемид 1 % - 2 мл для инъекц.	2 амп.	
24	Нитроглицерин 0,5 мг в табл.	1 упак.	
25	Нифедипин 10 мг, табл.	10 табл.	
26	Натрия хлорид 0,9 % - 5 мл для инъекц.	6 амп.	
27	Папаверинв г/хл. 2 % - 2 мл для инъекц.	2 амп.	
28	Преднизолон 30 мг – р-р для инъекц.	6 амп.	
29	Пробирка с тампоном для взятия мазков из зева на палочку дифтерии	1 шт.	
30	Диазепам 0,5 % - 2 мл для инъекц.	2 амп.	
31	Спирт этиловый 70 %	30,0	
32	Строфантин 0,025 % - 1 мл для инъекц.	2 амп.	
33	Аминофиллин 2,4 % - 10 мл для инъекц.	2 амп.	
34	Р-р глюкозы 40 % - 10 мл	2 амп.	

Зам. главного врача по медицинской части И.О.Ф.
Укомплектовала Ст. м/с И.О.Ф.

Приложение 16

Примерный табель оснащения кабинета врача-терапевта участкового и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

№ п/п	Наименование предметов	Количество предметов в кабинете		Срок эксплуатации (в годах)
		Врача-терапевта	Помощника врача	
1	2	3	4	5
I. МЕДИЦИНСКИЕ АППАРАТЫ И ПРИБОРЫ				
1.	Весы медицинские	-	1	10
2.	Ростомер	-	1	10
3.	Облучатель бактерицидный настенный ОБН-150	1	1	8
4.	Прибор для измерения артериального давления (тонометр) с фонендоскопом комбинированным	1	1	6
5.	Электрокардиограф *«Альтоник»*	-	1	10
6.	Столик манипуляционный для хранения емкостей, предназначенных для дезинфекции.	1	1	5
II. МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ				
7.	Набор медикаментов для оказания неотложной помощи помощника врача-терапевта участкового в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении примерного табеля оснащения сумки врача-терапевта и врача-педиатра участкового» от 13 ноября 2000 г. № 272	1	1	6
8.	Шпатель деревянный одноразовый для языка.	В достаточном количестве	В достаточном количестве	одноразово
9.	Термометр медицинский цифровой	10	10	3
III. ПРЕДМЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ				
10.	Емкости для дезинфекции термометров и шпателей	2	2	3
11.	Таблица для определения индекса массы тела	1	1	9
IV. МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ				
12.	Кушетка медицинская смотровая	1	1	10
V. МЕБЕЛЬ				

13.	Стол письменный	2	1	10
14.	Стул	3	2	10
15.	Шкаф для медицинской документации	1	1	10
16.	Шкаф ля одежды двухстворчатый	1	1	10
VI. САНТЕХОБОРУДОВАНИЕ, ИНВЕНТАРЬ				
17.	Раковина с водопроводным краном	1	1	10
18.	Урна для мусора	1	1	5
19.	Дозатор для жидкого мыла и антисептика	2	2	3
20.	Дисперснер для разовых полотенец /Полотенце индивидуальное	1/2	1/1	5
21.	Ведро педальное	1	1	5
VII.	**ОРГТЕХНИКА**			
22.	Компьютер, монитор, принтер	1	1	10
23.	АИС программы	Количество нужное для работы	Количество нужное для работы	До минования надобности

Приложение 17

Примерный перечень медикаментов, перевязочного материала и инструментария для укладки неотложной помощи помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

№	*Наименование*	*Количество*	*Срок годности*
1	Р-р преднизолона 30мг	3 амп.	
2	Р-р адреналина гидрохлорида 0,1%-1 мл	2 амп.	
3	Супрастин 2% - 1 мл	1 амп.	
4	Аспирин 0,5	10 табл.	
5	Нитроглицерин 0,5	10 табл.	
6	Р- р аммиака 10 %	1 флак. (2 амп)	
7	0,9 % р-р хлористого натрия – 5 мл	2 амп.	
8	Р-р дибазола 1 % - 1 мл	5 амп.	
9	Р-р анальгина 50% - 1 мл	4 амп.	
10	Р-р дротаверина 2 % - 2 мл	2 амп.	
11	Р-р фуросемида 1 % - 2 мл	1 амп.	
12	Валидол	10 табл.	
13	Корвалол	1 флакон	
14	Р-р йода спиртовой 5%- 10 мл	1 флакон	
15	Бриллиантовый зеленый 1% р-р – 10 мл	1 флакон	
16	Перекись водорода 3% р-р	1 флакон	
17	Бинт нестерильный	1 упак.	
18	Бинт стерильный	1 упак.	
19	Вата 50,0	1 упак.	
20	Лейкопластырь бактерицидный 6 см *10 см	1 упак.	
21	Жгут кровоостанавливающий	1 штука	
22	Перчатки хирургические	3 пары	
23	Напальчник резиновый	2 штуки	
24	Шприцы одноразовые 2,0; 5,0; 10,0	по 2 штуки	
25	Иглы к шприцам	6 штук	
26	Шпатель металлический	1 штука	
27	Термометр медицинский	1 штука	
28	Ножницы	1 штука	
29	Альбуцид 30% - 5 мл	1 флакон	
30	Пипетка	1 штука	
31	Спирт медицинский 70% - 80 мл	1 флакон	
32	Марлевая повязка	1 шт.	
33	Стетофонендоскоп	1 шт.	
34	Тонометр	1 шт.	
35	Каптоприл 25 мг	20 табл.	
36	Аспирин 0,5 мг	10 табл.	
37	Валидол	10 табл.	
38	Нитроглицерин 10 мг	10 табл.	
39	Корвалол	1 флак.	
40	Р-р Септоцид- синерджи	1 флак.	

Заместитель главного врача по медицинской части И.О.Ф.

Укомплектовала Ст. м/с И.О.Ф.

Приложение 18

Нормативная правовая база по деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

- Постановление Министерства труда и социальной защиты от 15 января 2009 г. №9 "О внесении изменений и дополнений в Единый квалификационный справочник должностей и служащих (ЕКДС) и Общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих»
- Постановление Министерства труда и социальной защиты от 18 июля 2012 г. №80 «Об утверждении выпуска 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих и об отмене некоторых постановлений Министерства труда Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и их структурных элементов»
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08 июня 2009 г. №61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием»
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 февраля 2009 г. №130 «О внесении изменений в ОКРБ 011-2001 « и введение новой специальности переподготовки «Амбулаторно-поликлиническая помощь».
- На основании письма Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.04.2009 г. № 08-1-30/223 разработаны и утверждены в установленном порядке учебные планы и программы по профилям переподготовки на основе специальности «Лечебное дело» в объёме - 400 учебных часов, и на основе специальности «сестринское дело» в объёме 600 учебных часов.
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2005 года №95 «Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий».
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №179 от 30 октября 2008 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь».
- Изменения №13 в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2001 по помощнику врача (2-81 04 11 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»).
- Изменения №9 в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009 по помощнику врача постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 23 августа 2012г.№103.
- Разработаны и утверждены учебные планы, программы переподготовок по специальности 2-81 04 11 «Амбулаторно-поликлиническая помощь» для помощника врача в объёме 600 часов (для медицинских сестёр) и в объёме 400 часов (для фельдшеров).
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2010 г. №30 , «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения республики Беларусь от 07декабря 2007 г. №150 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)» ,где должность помощника врача-терапевта участкового устанавливается 1 должность на 2 должности врача – терапевта участкового).

Приложение 19

Квалификационные требования к помощнику врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Согласно Положению Минтруда и соцзащиты, утвержденному постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 октября 2001г. №1589 «Вопросы Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь», в ред. постановления Совета Министров Республики Беларусь от 7 февраля 2005г. №127; постановлению Минтруда и соцзащиты Республики Беларусь от 15 января 2009г. №9 «О внесении изменений в выпуск 25 единого квалификационного справочника должностей служащих (ЕКСД) и в общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих» (ОКРБ 006-96); постановлению Министерства образования Республики Беларусь от 23 августа 2012г. №103 (изменение №9) в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009).

- **Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи высшей квалификационной категории:** высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и «Зуболечебное дело» стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) I квалификационной категории не менее 3 лет.
- **Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи I квалификационной категории:** высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и «Зуболечебное дело», стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) II квалификационной категории не менее 3 лет.
- **Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи II квалификационной категории:** высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) не менее 3 лет.
- **Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи:** высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и «Зуболечебное дело» без предъявления требований к стажу работы.

Приложение 20

Алгоритм взаимодействия врача-терапевта участкового и медицинской сестры (Пвр) при работе на терапевтическом приеме и на участке

Цели: 1. Улучшение доступности оказания медицинской помощи.

2. Своевременное наблюдение и предоставление в доступной форме профилактических рекомендаций пациентам и членам их семей.

Спецодежда: халат.

Оснащение:

Инструментарий, изделия медицинского назначения:

- тонометр – 1 шт.;
- фонендоскоп – 1 шт.;
- часы с секундной стрелкой – 1 шт.;
- перчатки – в достаточном количестве.

Аптечки:

- экстренной медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. N 351 «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД» и Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 24 июля 2012 г. N 112 «О некоторых вопросах медицинского освидетельствования на выявление заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека») – 1 шт.;
- для оказания доврачебной помощи (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2004 г. N 295 «Об утверждении инструкций об организации работы структурных подразделений детской поликлиники (детских отделений в составе поликлиник для взрослого населения)– 1 шт.;

Антисептик и дезинфектант, разрешенный к применению, для обработки – в достаточном количестве.

Медицинская документация:

- амбулаторная карта пациента (уч. форма № 025/у-07);
- бланки направлений на лабораторные исследования - в достаточном количестве;
- бланки направлений на инструментальные исследования - в достаточном количестве;

Канцелярские товары - в достаточном количестве:

- ручка;
- чистая бумага формата А5.

№	Действия врача	Обоснование
I.	**ПОДГОТОВКА КАБИНЕТА К ПРИЕМУ**	
.	Контроль качества подготовки рабочего места медицинской сестрой участковой, наличия в достаточном количестве для работы в течение смены: • термометров, шпателей однократного применения; • мыла, чистого полотенца; • антисептиков, дезинфектантов; Контроль наличия чистых бланков направлений: • на лабораторные исследования, на диагностические обследования, на консультации к специалистам в другие организации здравоохранения. канцелярских принадлежностей: • клей, ручку (стержни), чистые листки формы А5 для подклеивания в амбулаторную карту.	Обеспечение инфекционной безопасности
1.2.	Уточнить у медицинской сестры о наличии: • результатов лабораторных и инструментальных исследований пациентов, зарегистрированных на амбулаторный прием; • амбулаторных карт пациентов, (уч. форма № 025/у-07) зарегистрированных на амбулаторный прием.	Обеспечение непрерывной работы кабинета в течение приема
II.	**РАБОТА НА ПРИЕМЕ**	
2.1.	Дать указания медицинской сестре о приглашении пациентов в порядке очередности согласно ведомости зарегистрированных на амбулаторный прием, приглашая вне очереди пациентов, имеющих право на внеочередное обслуживание (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды и участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и лица, приравненные к ним).	Обеспечение очередности на приеме
2.2.	Проводить измерение у пациента: частоты пульса; частоты дыхания; артериального давления (АД).	Обеспечение минимального обследования пациента
2.3.	Проводить осмотр пациентов: кожных покровов; видимых слизистых; периферических лимфоузлов; щитовидной железы; молочных желез (у женщин).	Своевременное выявление ухудшения состояния пациента
2.4.	Проводить осмотр пациентов на педикулез, чесотку, микроспорию.	Профилактика заразных кожных заболеваний
2.5.	Оформить лист текущих наблюдений в амбулаторной карте пациента	Оформление динамического наблюдения

2.6.	Заполнять в амбулаторной карте графы: • в листе учета заключительных (уточненных) диагнозов; • в листе регистрации артериального давления (АД); • в листе учета факторов риска артериальной гипертензии (АГ) • в листе учета рентгенологических исследований (дозовую нагрузку рентген - флюорографических обследований (РФО); • в листе учета временной нетрудоспособности; • в листе регистрации данных онкологического осмотра.	Оформление медицинской документации
2.7.	Дать указание медицинской сестре: • о заполнении информации в карте учета диспансерного наблюдения (уч. форма №131/у-Д); • о заполнении информации в листе учета данных смотрового кабинета; • уточнить сведения об инвалидности.	Оформление медицинской документации
2.8.	Заполнить или дать указания медицинской сестре об оформлении медицинской документации: • листка временной нетрудоспособности; • справки временной нетрудоспособности; • рецептурных бланков на лекарственные средства.	Оформление медицинской документации
2.9.	Дать указание медицинской сестре о заполнении: • направления на лабораторные исследования, направления на физиотерапевтическое лечение; • направления на консультации в профильные диспансеры (онкологический, кардиологический), диагностический центр, стационарное лечение и др. организации здравоохранения; • заполняет ведомость учета посещений больных (уч. форма №1).	Оформление медицинской документации
2.10.	Дать указание медицинской сестре подписать у врача-терапевта (заведующего отделением) или заместителя главного врача: • рецептурные бланки на льготные медикаменты; • рецептурные бланки формы 3 и бланк льготного рецепта; • направления на диагностические обследования и консультации к специалистам в другие организации здравоохранения; • направления на стационарное лечение.	Оформление медицинской документации
2.11.	Объяснять пациентам способы и порядок подготовки: к лабораторным исследованиям; к инструментальным исследованиям; к аппаратным исследованиям.	Обеспечение правильной подготовки пациентов к исследованиям

2.12.	Проводить гигиеническую антисептику кожи рук после осмотра пациента.	Соблюдение личной гигиены
2.13.	Дать указания медицинской сестре: • по дезинфекции поверхностей кушетки, шпателя, термометра; • проветриванию (во время эпидемии - проветривание и кварцевание) кабинета.	Обеспечение инфекционной безопасности
III.	**ПО ОКОНЧАНИИ ПРИЕМА**	
3.1.	Дать указания медицинской сестре: • о приглашении пациентов на прием в АПО на диспансерные осмотры; • о приглашении пациентов на профилактические прививки; • о приглашении пациентов на флюорографическое (рентгенологическое) обследование; • о приглашении пациентов на консультации к узким специалистам; • о приглашении пациентов на лабораторные и инструментальные исследования; • о составлении плана проведения профилактических прививок; • о составлении плана на рентген флюорографическое обследование (РФО); • о составлении цифрового отчета о проделанной работе за неделю и месяц.	Обеспечение диспансерного осмотра группы ДЗ
3.2.	казание помощнику врача по выполнению: • активных визитов; • визитов, переадресованных СМП; • визитов по динамическому наблюдению пациентов находящихся на лечении «стационар на дому»; • по проведению наблюдения за инфекционными очагами в установленные сроки; • ЭКГ на дому пациентам, которые не в состоянии обратиться в поликлинику.	Обеспечение организации работы помощника врача

3.3.	Осуществить контроль работы помощника врача: • по приглашению на диспансерный осмотр группы пациентов ДЗ, состоящих на учете у врача-терапевта участкового, закрепленных для динамического наблюдения за помощником врача; • по приглашению на медицинский осмотр лиц, не обращавшихся в поликлинику за медицинской помощью более 2-х лет; • по выполнению визитов к лицам, часто вызывающим «скорую» медицинскую помощь; • по выполнению нагрузки; • по своевременности и полноте порученных поручений.	Обеспечение диспансерного осмотра группы ДЗ
IV.	**ПРИ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ**	
4.1.	Выполнять визиты на дом к пациентам, записанным регистратором в журнале уч. ф.034/у с оформлением установленной медицинской документацией.	Обеспечение оказание медицинской помощи пациентам
4.2.	Проводить разъяснительную работу по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) у пациентов.	Обеспечение формирования ЗОЖ у пациентов
V.	**ПРИ РАБОТЕ С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ**	
5.1.	Составлять совместно с медицинской сестрой месячный план патронажей и диспансерного наблюдения.	Планирование работы
5.2.	Составлять совместно с медицинской сестрой план профилактических прививок (месячный, годовой).	
5.3.	Проводить еженедельно и ежемесячно анализ работы терапевтического участка по всем разделам по цифровым отчетам поданные медицинской сестрой участковой и помощником врача.	Оформление медицинской документации.

Приложение 21

Алгоритм действий помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при работе на приеме и выполнении визитов (патронажных посещений) на дому

Цели: 1. Улучшение доступности оказания медицинской помощи.

2. Своевременное наблюдение и предоставление в доступной форме профилактических рекомендаций пациентам и членам их семей.

Спецодежда: халат.

Оснащение:

Инструментарий, изделия медицинского назначения:

- тонометр – 1 шт.;
- фонендоскоп – 1 шт.;
- часы с секундной стрелкой – 1 шт.;
- перчатки – в достаточном количестве.

Аптечки:

- экстренной медицинской помощи – 1 шт.;
- для оказания доврачебной помощи – 1 шт.;

Антисептик и дезинфектант, разрешенных к применению, для обработки в достаточном количестве;

Медицинская документация:

- амбулаторная карта (форма № 025/у-07);
- карта диспансерного наблюдения (форма №131/у-Д) - в достаточном количестве;
- учетная форма 116/у;
- бланки направлений на лабораторные исследования - в достаточном количестве;
- бланки направлений на инструментальные исследования - в достаточном количестве;
- бланки направлений на консультации - в достаточном количестве;
- лист визита (патронажного посещения) помощника врача - в достаточном количестве;

Канцелярские товары - в достаточном количестве:

- ручка;
- клей;
- чистая бумага формата А5 и А4;
- линейка.

№	Действия	Обоснование
I.	**ПОДГОТОВКА КАБИНЕТА К ПРИЕМУ**	
1.1.	Контроль качества проведенной текущей уборки кабинета санитаркой.	Обеспечение инфекционной безопасности
1.2.	Проверка сроки годности рабочих растворов дезинфектантов в емкостях для дезинфекции шпателей, термометров, ветоши.	
1.3.	Проведение дезинфекции кушетки по вирулоцидному режиму.	
1.4.	Проверка наличия в достаточном количестве для работы в течение смены термометров, шпателей однократного применения.	Обеспечение достаточного количества медицинского инструментария
1.5.	Проверка наличия мыла, чистого полотенца.	Обеспечение инфекционной безопасности
1.6.	Подготовка чистых бланков направлений: • на лабораторные исследования, • на диагностические обследования;	Обеспечение непрерывной работы кабинета в течение приема

	• на консультации к специалистам в другие организации здравоохранения г. Минска или страны.	
1.7.	Подготовка достаточного количества канцелярских принадлежностей: • клея; • ручки (стержни); • чистые листки бумаги формы А5 для подклеивания в амбулаторную карту.	
1.8.	Забрать результаты лабораторных исследований из раскладки.	
1.9.	Забрать из регистратуры и проверить наличие амбулаторных карт зарегистрированных на амбулаторный прием пациентов (форма № 025/у-07).	
II.	**РАБОТА НА ПРИЕМЕ**	
2.1.	Приглашать пациентов в порядке очередности зарегистрированных на амбулаторный прием пациентов, приглашая вне очереди, имеющих право на внеочередное обслуживание (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды и участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и лица, приравненные к ним).	Обеспечение очередности на приеме
2.2.	Проводить измерение у пациента: • температуры тела; • частоты пульса; • частоты дыхания; • артериального давления (АД); • внутриглазного давления (ВГД); • роста; • веса; • снимать электрокардиограмму (ЭКГ).	Обеспечение минимального обследования пациента
2.3.	Проводить осмотр пациентов: • кожных покровов; • видимых слизистых; • периферических лимфоузлов; • щитовидной железы; • молочных желез (у женщин).	Своевременное выявление ухудшения состояния пациента
2.4.	Заполнять и выписывать: • диспансерную карту (уч. форма №131/у-Д); • ведомость учета посещений больных (уч. форма 0125-3/у); • рецептурные бланки на лекарственные средства (формы 1 и бланк льготного рецепта); • направления на лабораторные исследования; • направления на консультации в др. организации здравоохранения.	Оформление медицинской документации.

2.5.	Оценивать результаты проведенных исследований.	Обеспечение своевременного консультирования пациента у врача-специалиста.
2.6.	Проводить осмотр пациентов на педикулез, чесотку и др. паразитарные заболевания.	Профилактика педикулеза, чесотки, микроспории
2.7.	Объяснять пациентам способы и порядок подготовки: • к лабораторным исследованиям; • к инструментальным исследованиям; • к аппаратным исследованиям.	Обеспечение правильной подготовки пациентов к исследованиям
2.8.	Заполнять в амбулаторной карте пациента графы: • в листе учета артериального давления (АД); • в листе учета факторов риска артериальной гипертензии (АГ); • в листе учета дозовой нагрузки (РФО); • при показаниях – массо - ростовой коэффициент.	Оформление медицинской документации
2.9.	Подписывать у врача-терапевта участкового и заведующего отделением (заместителя главного врача): • льготные рецепты; • направления на диагностические обследования и консультации к специалистам в другие организации здравоохранения.	
2.10.	Дезинфицировать поверхность кушетки и отработанную ветошь, шпателя, термометры.	Обеспечение инфекционной безопасности
2.11.	Проветривать (во время эпидемии – проветривать и кварцевать) кабинет.	
III.	**ПО ОКОНЧАНИИ ПРИЕМА**	
3.1.	Проветрить кабинет.	Обеспечение инфекционной безопасности
3.2.	Вынести емкости с отработанными шпателями, термометрами, ветошью в специально оборудованное помещение для дезинфекции.	
3.3.	Сдать амбулаторные карты принятых пациентов в регистратуру.	Обеспечение сохранности амбулаторных карт
3.4.	Сдать в кабинет медицинской статистики ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных	Обеспечение отчетности
3.5.	Проводить динамическое диспансерное наблюдение пациентов, два и более лет не обращавшихся в поликлинику за медицинской помощью, и пациентов группы Д3 следующих нозологических форм: • хроническая ИБС, при стабильном состоянии гемодинамики; • артериальная гипертензия I-II степени; • язвенная болезнь 12-перстной кишки;	Обеспечение диспансерного осмотра пациентов группы Д3

	• состояние после перенесенной ангины, • острого тонзиллита; • острой неосложненной пневмонии, • деформирующего остеоартроза; • лиц наблюдения из 3 клинической группы, переданных из онкологического диспансера.	
3.6.	Проводить медицинское наблюдение за пациентами пожилого возраста и одинокими.	Обеспечение оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста и одиноким
3.7.	Составить совместно с врачом-терапевтом участковым план и проводить патронажи к категории пациентов, подлежащих динамическому наблюдению: • ветераны войн и приравненные к ним лица; • одинокие; • пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи; • пациенты, часто вызывающие бригады скорой медицинской помощи.	Обеспечение динамического наблюдения пациентов
3.8.	Составить план совместно с врачом-терапевтом участковым и проводить приглашение лиц, более двух лет, не обращавшихся в поликлинику.	Обеспечение динамического наблюдения пациентов, более двух лет, не обращавшихся в поликлинику
3.9.	Заполнить: • учетную форму №116/у; • графы в журнале вызова помощника врача по амбулаторной помощи на дом; • отчет о выполненной работе.	Оформление документации
IV.	**ПРИ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ**	
4.1.	Выполнять визиты (патронажи) на дом к пациентам, определенным врачом-терапевтом участковым, с оформлением установленной мед. документации.	Обеспечение динамического наблюдения пациентов участка
4.2.	При проведении визита (патронажа) помощник врача:	Своевременное выявление ухудшения состояния пациентов
4.2.1	проводит осмотр пациентов: • кожных покровов, • видимых слизистых, • периферических лимфоузлов, • щитовидной железы, • молочных желез (у женщин);	
4.2.2.	измеряет: • артериальное давление; • частоту пульса, дыхания;	

	• температуры тела;	
4.2.3.	проводит: • аускультативное исследование органов грудной клетки, • пальпаторное и перкуторное исследование органов брюшной полости; • определение пульсации на a.dorsalis pedis, наличия отеков нижних конечностей;	
4.3.	решает вопрос о дополнительном обследовании пациента;	Своевременное уточнение состояния пациентов
4.4.	контролирует выполнение пациентом рекомендаций врача;	Осуществление контроля по выполнению назначенного лечения лечащим врачом
4.5.	контролирует наличие у пациента медикаментов;	
4.6.	обучает пациентов и их родственников оказанию самопомощи при неотложных состояниях.	Своевременное оказание неотложной помощи
4.7.	обучает родственников проведению общего ухода за тяжелобольным пациентом.	Своевременное удовлетворение потребностей пациента
4.8.	Заполняет установленную медицинскую документацию.	Ведение учетно-отчетной документации
4.9.	Информирует лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья пациентов.	
4.10.	Определяет совместно с лечащим врачом индивидуальную программу для пациента и контролирует ее выполнение.	Определение тактики дальнейшего лечения пациентов
V.	**ПРИ РАБОТЕ С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ**	
5.1.	Составить месячный план патронажей и диспансерного наблюдения	Планирование работы
5.2.	Заполнить карты диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими на диспансерном учете (уч. форма №131/у-Д).	
5.3.	Работать в картотечном отделе регистратуры с амбулаторными картами (уч. форма № 025/у-07): • вклеивать в амбулаторную карту результаты лабораторных и инструментальных исследований; • вклеивать в амбулаторную карту патронажный лист помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи после выполнения патронажа; • делать записи в амбулаторной карте (уч. форма № 025/у-07): о приглашении пациента на диспансерный осмотр.	Оформление медицинской документации
5.4.	Заполнить ежедневно учетную форму 116/у о проделанной работе за рабочий день.	
5.5.	Готовить отчет о проделанной за месяц работе по выполнению визитов (патронажей) на дому и сдавать отчет 1-го числа месяца, следующего за отчетным.	Оценка проделанной работы за месяц

Приложение 22

Алгоритм действий медицинской сестры участковой при работе на терапевтическом приеме и на участке

Цели: 1. Улучшение доступности оказания медицинской помощи.

2. Своевременное наблюдение и предоставление в доступной форме профилактических рекомендаций пациентам и членам их семей.

Спецодежда: халат.

Оснащение:

Инструментарий, изделия медицинского назначения:

- тонометр – 1 шт.;
- фонендоскоп – 1 шт.;
- часы с секундной стрелкой – 1 шт.;
- перчатки – в достаточном количестве.

Аптечки:

- экстренной медицинской помощи – 1 шт.;
- для оказания доврачебной помощи – 1 шт;

Антисептик и дезинфектант, разрешенный к применению, для обработки в достаточном количестве;

Медицинская документация:

- амбулаторная карта (уч. форма № 025/у-07);
- карта диспансерного наблюдения (уч. форма №131/у-Д) - в достаточном количестве;
- учетная форма 116/у;
- бланки направлений на лабораторные исследования - в достаточном количестве;
- бланки направлений на инструментальные исследования - в достаточном количестве;
- лист патронажного посещения медицинской сестры участковой - в достаточном количестве;

Канцелярские товары - в достаточном количестве:

- ручка;
- клей;
- чистая бумага формата А5 и А4;
- линейка.

№	Действия	Обоснование
I.	**ПОДГОТОВКА КАБИНЕТА К ПРИЕМУ**	
1.1.	Контроль качества проведенной текущей уборки кабинета младшим медперсоналом.	Обеспечение инфекционной безопасности
1.2.	Проверка срока годности рабочих растворов дезинфектантов в емкостях для дезинфекции шпателей, термометров, ветоши.	
1.3.	Проведение дезинфекции кушетки по вирулоцидному режиму.	
1.4.	Проверка наличия в достаточном количестве для работы в течение смены термометров, шпателей однократного применения.	Обеспечение достаточного количества медицинского инструментария
1.5.	Проверка наличия мыла, чистого полотенца.	Обеспечение инфекционной безопасности
1.6.	Подготовка чистых бланков направлений: • на лабораторные исследования, • на диагностические обследования; • на консультации к специалистам в другие учреждения здравоохранения г. Минска.	Обеспечение непрерывной работы кабинета в течение приема

1.7.	Подготовка достаточного количества канцелярских принадлежностей: • клея; • ручки (стержни); • чистых листков бумаги формата А5 для подклеивания в амбулаторную карту.	
1.8.	Забрать результаты лабораторных исследований из раскладки.	
1.9.	Забрать из регистратуры и проверить наличие амбулаторных карт (форма № 025/у-07) в соответствии с ведомостью учета посещений, заболеваний и пролеченных больных.	
II.	**РАБОТА НА ПРИЕМЕ**	
2.1.	Приглашать пациентов в порядке очередности согласно ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных, приглашая вне очереди пациентов, имеющих право на внеочередное обслуживание (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды и участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и лица, приравненные к ним).	Обеспечение очередности на приеме
2.2.	Проводить измерение у пациента: • температуры тела; • частоты пульса; • частоты дыхания; • артериального давления (АД).	Обеспечение минимального обследования пациента
2.3.	Помогать врачу-терапевту в заполнении медицинской документации, оформляя по указанию и под контролем врача: • листки временной нетрудоспособности; • справки временной нетрудоспособности; • рецептурные бланки на лекарственные средства.	
2.4.	Выписывать по указанию врача: • направления на лабораторные исследования, направления на физиотерапевтическое лечение; • направления на консультации в специализированные организации (МГОД, МГКД, МГКДЦ), стационарное лечение и др. медицинские организации; • заполняет ведомость учета посещений больных (уч. форма №1)	Обеспечение взаимодействия обследования пациента с другими организациями
2.5.	Проводить осмотр пациентов на педикулез, чесотку.	Профилактика педикулеза, чесотки
2.6.	Заполнять в амбулаторной карте графы: • в листе уточненных диагнозов; • в листе учета АД; • в листе учета факторов риска АГ; • в листе учета дозовой нагрузки (РФО).	Оформление медицинской документации
2.7.	Подписывать по указанию врача у заведующего отделением или заместителя главного врача: • льготные рецепты; • диспансерную карту (уч. формы №131/у-Д); • ведомость учета посещений больных (уч. форма 0125-3/у); • рецептурные бланки на лекарственные средства	Оформление медицинской документации

	(формы 1 и бланк льготного рецепта); • направления на стационарное лечение, диагностические обследования и консультации к специалистам в другие ОЗ.	
2.8.	Объяснять пациентам способы и порядок подготовки: • к лабораторным исследованиям; • к инструментальным исследованиям; • к аппаратным исследованиям.	Обеспечение правильной подготовки пациентов к исследованиям
2.9.	Подписывать у заведующего отделением или заместителя главного врача: • льготные рецепты; • направления на диагностические обследования и консультации к специалистам в другие УЗ.	Оформление медицинской документации
2.10.	Дезинфицировать поверхность кушетки и отработанную ветошь, шпателя, термометры.	Обеспечение инфекционной безопасности
2.11.	Проветривать (во время эпидемии – проветривать и кварцевать) кабинет.	
III.	**ПО ОКОНЧАНИИ ПРИЕМА**	
3.1.	Проветрить кабинет.	Обеспечение инфекционной безопасности
3.2.	Вынести емкости с отработанными шпателями, термометрами, ветошью в специально оборудованное помещение для дезинфекции.	
3.3.	Сдать амбулаторные карты принятых пациентов в регистратуру.	Обеспечение сохранности амбулаторных карт
3.4.	Сдать в кабинет медицинской статистики ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных	Обеспечение отчетности.
3.5.	Проводить вызов пациентов на диспансерный осмотр группы Д3, состоящих на учете у врача-терапевта участкового	Обеспечение диспансерного осмотра пациентов группы наблюдения Д3.
3.6.	Работать с медицинской документацией: заполнить: • учетную форму №116/у; • отчет о выполненной работе; • составлять план патронажных посещений;	Оформление документации
IV.	**ПРИ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ**	
4.1.	Проводить патронажи к: • инвалидам; • пациентам с хроническими заболеваниями; • лицам, часто вызывающим “скорую” медицинскую помощь; • лицам, не обращавшихся в поликлинику за медицинской помощью более 2-х лет.	Обеспечение динамического наблюдения пациентов
4.2.	Приглашать пациентов по назначению врача на: • диспансерные осмотры; • профилактические прививки; • флюорографическое (рентгенологическое) обследование; • консультации к узким специалистам; • лабораторные и инструментальные исследования;	Обеспечение динамического наблюдения пациентов
4.3.	Проводить: • наблюдение за инфекционными очагами в уста-	Обеспечение инфекционной безопасности

	новленные сроки; • сверку (поквартирный обход) переписи населения 2 раза в год; • работу по формированию здорового образа жизни среди населения территориального участка.	
4.4.	Контролировать факт госпитализации в стационар по направлению поликлиники.	Обеспечение лечебного процесса
4.5.	Выполнять: • назначения врача на дому; • активные визиты по назначению врача; • назначения врача в выходные и праздничные дни согласно графику дежурств.	Обеспечение лечебного процесса
4.6.	После выполнения назначений врача на дому продезинфицировать и сдать в ЦСО отработанные шприцы и иглы.	Обеспечение инфекционной безопасности
V.	**ПРИ РАБОТЕ С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ:**	
5.1.	Составлять совместно с врачом-терапевтом месячный план патронажей и диспансерного наблюдения	Планирование работы
5.2.	Составлять совместно с врачом план профилактических прививок (месячный, годовой).	
5.3.	Заполнять карты диспансерного наблюдения пациентов, состоящих на диспансерном учете (уч. форма №131/у).	Оформление медицинской документации
5.4.	Составлять цифровые отчеты по всем разделам для проведения анализа участковым врачом-терапевтом.	
5.5.	Работать в картотечном отделе регистратуры с амбулаторными картами: • содержать в надлежащем порядке амбулаторные карты пациентов (уч. форма № 025/у-07); • следить за наличием амбулаторных карт в картотеке; • следить за наличием в амбулаторной карте онкологического осмотра в спец. графе; • вклеивать в амбулаторную карту результаты лабораторных и инструментальных исследований (после предварительного просмотра врачом); • вклеивать после предварительного просмотра врачом в амбулаторную карту эпикризы и заключения специалистов других ОЗ; • вклеивать в амбулаторную карту патронажный лист участковой медицинской сестры после выполнения патронажа; • делать записи в амбулаторной карте о приглашении пациента: • на профилактический осмотр; • на профилактические прививки; • на лабораторные исследования; • на консультации к узким специалистам; • на рентгенологический контроль.	Оформление медицинской документации

5.6.	Корректировать реквизиты пациентов проживающих на обслуживаемом территориальном участке в журнале переписи.	Оформление медицинской документации
5.7.	Работать в тесном контакте с врачами и медицинскими сестрами других отделений и кабинетов.	Преемственность в работе
5.8.	Заполнять ежедневно учетную форму 116/у о проделанной работе.	Оформление медицинской документации
5.9.	Готовить отчет о проделанной за месяц работе по выполнению назначений и патронажей на территориальном участке и сдавать отчет 1-го числа следующего за отчетным месяца.	Оформление медицинской документации

Приложение 23

Алгоритм действий медицинской сестры участковой при проведении патронажных посещений на дому

Цель: Своевременное наблюдение и предоставление в доступной форме профилактических рекомендаций пациентам и членам их семей.

Спецодежда: халат.

Оснащение:

- тонометр – 1 шт.;
- фонендоскоп – 1 шт.;
- антисептик, разрешенный к применению, для обработки кожи рук и инъекционного поля – 1 фл.;
- часы с секундной стрелкой – 1 шт.;
- патронажный лист участковой медсестры – 1 шт.;
- ручка – 1 шт.;
- выписанные направление на консультации, инструментальные и лабораторные исследования – по назначению врача;
- аптечка экстренной медицинской помощи – 1 шт.;
- аптечка для оказания доврачебной помощи – 1 шт.;
- перчатки – в достаточном количестве.

№	Действия	Обоснование
1.	Поздороваться доброжелательно и уважительно с пациентом (членом семьи).	Устанавливается необходимый контакт
2.	Представиться, спросить, как обращаться к пациенту (члену семьи). Спросить, где можно повесить верхнюю одежду.	Устанавливает доверительные отношения
3.	Провести гигиеническую асептику рук. Надеть халат.	Профилактика ВБИ
4.	Пройти к пациенту, спросить, что беспокоит, или на что жалуется пациент.	Мотивация поведения, сотрудничество с пациентом (членом семьи)
5.	Собрать анамнез (внимательно выслушать жалобы, просьбы пациента (члена семьи)).	Определение общего физического состояния
6.	Провести осмотр пациента, измерить АД, пульс, температуру тела.	Своевременная оценка физического состояния пациента
7.	Ответить на проблемные вопросы.	Выявление возможных проблем и их разрешение на последующих патронажах
8.	Дать направления на лабораторные (инструментальные) исследования. Спокойным голосом объяснить, что и как должен делать пациент (член семьи), дать письменную инструкцию о подготовке к предстоящему исследованию.	Обеспечивает сотрудничество с пациентом (членом семьи)
9.	Уточнить у пациента (члена семьи) все ли понятно.	Обеспечивает достоверность выполнения данных указаний
10.	Проверить сроки годности лекарственных препаратов у пациента.	Исключение медикаментозного отравления
11.	Ознакомить пациента (члена семьи) с режимом работы поликлиники и участкового врача, помощника врача	Предоставление информации для своевременного обращения за медицинской помощью
12.	Объяснить, при каких состояниях вызывается бригада скорой помощи.	
13.	Провести беседу по здоровому образу жизни.	Формирование здорового образа жизни
14.	Сделать соответствующую запись в патронажном листе участковой медицинской сестры.	Оформление медицинской документации
15.	Согласовать время и день следующего визита.	Приглашение к сотрудничеству
16.	Попрощаться с пациентом (членом семьи) называя его имя и отчество.	Устанавливаются необходимые доверительные отношения

Приложение 24

Нормативы времени на амбулаторном приеме и визитах на дом для специалистов терапевтического участка (чел./час.)

врач-терапевт участковый

Число посещений на 1 час приема – 4,4;

Число посещений на дому на 1 час – 2,0;

помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Число посещений на 1 час приема – 4,0;

Число посещений на дому на 1 час – 2,0;

медицинская сестра участковая

Время работы на приеме с врачом – 4,4;

Число посещений на дому на 1 час – 2,0

Приложение 25

Вкладыш в медицинскую карту амбулаторного больного при осмотре помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Дата "_____" _____ 20__г

ОСМОТР

Осмотрен (а) на чесотку _____, на педикулез _____ Опрошен (а) на тениидоз _____

Сознание: *ясное, оглушенное, сопор, кома*. **Кожные покровы**:*, бледные, синюшные (цианоз), гиперемированные, желтушные, темно-бурые, отечные; чистые, влажные, сухие, шелушащиеся;* **наличие на коже**: *сыпи:* нет, есть*, рубцов:* нет, есть*, расчесов* нет, есть, *пролежней* нет, есть (*локализация* _____). **Слизистые:** *изъязвления:* нет, есть; *эрозия*: нет, есть; *уплотнения* нет, есть (*локализация* _____). **Губа:** *трещины:* нет, есть; *изъязвления:* нет, есть. **Глотка:** *осиплость голоса*: нет, да; *носовое кровотечение*: нет, да. **Щитовидная железа***: увеличена*: нет, да; *узлы*: нет, есть. **Периферические лимфоузлы**: *пальпируются:* нет, да; *увеличены:* нет, да. **Молочные железы:** *образования:* нет, есть; *боль*: нет, есть (*локализация* _____);

Отеки: **общий отек туловища**: нет, есть; **на конечностях:** нет, есть; **в области поясницы**: нет, есть.

Температура ____ ^{0}С; **АД** _____ мм. рт. ст.; **PS** ____ в минуту, ритмичный, не ритмичный; **наполнение:** удовлетворительное, слабое**; дефицит пульса:** нет, есть.

ЖАЛОБЫ

Дыхательная система: кашель нет, есть (*сухой; с мокротой*); **кровохарканье**: нет, есть; **одышка**: нет, есть; **боли в груди:** нет, есть; **боли в спине:** нет, есть. **Дыхательные шумы:** везикулярное, жесткое, ослабленное везикулярное**; хрипы:** нет, сухие (*свистящие, жужжащие*), влажные (*звонкие, не звонкие; мелко-, средне-, крупнопузырчатые*), крепитация _____

Система кровообращения: боли в области сердца: нет, есть (*постоянные, приступами*); **локализация**: *загрудинные, в предсердечной области, в области верхушечного толчка;* **характер**: *ноющие, колющие, сжимающие, тупые, давящие, другие*_____;

иррадиация (указать куда) _____;

частота болевых приступов**: ___ *раз в день,* ____ *раз в неделю,* _____ *раз в месяц.***

Сердце: тоны – **ясные, чистые,**

ритмичные; приглушены**;** громкие; ослабление **_____;** акцент _____; раздвоение **(**расщепление**)** **_____;** шумы –**_____; границы относительной тупости:** не расширены, расширены ***влево _____, вверх _____, вправо_____***

Система пищеварения: аппетит: *хороший, пониженный, повышенный, извращенный, отвращение к пище;* **жажда:** нет, есть; **сухость во рту:** нет, есть; **отрыжка:** нет, есть; **изжога:** нет, есть; **тошнота:** нет, есть; **боли в животе:** нет, есть; **стул:** *регулярный, не регулярный; самостоятельный,* с помощью: *очистительной клизмы, слабительных* (указать какие) _____

2-я сторона

_____;

примеси крови в кале: нет, есть. Живот: мягкий, безболезненный; (не) участвует в акте дыхания; (не) вздут; болезненный в _____ области; _____

Печень: не увеличена, не пальпируется. Край: ровный, бугристый, выступает из-под реберной дуги справа на _____ см

Селезенка: не пальпируется; выступает из-под реберной дуги слева на _____ см. Стул: регулярный, неустойчивый, запор, учащенный (_____ в сутки), _____; мелена: нет, есть

Нервная система: головная боль: нет, есть (локализация: *лобно-орбитальная, затылочная, височная, височно-затылочная);* головокружение: нет, есть; **нарушение слуха:** нет, есть; **нарушение сна:** нет, есть; **наличие приступов: *припадков*: *судорог*:** нет, есть.

Опорно-двигательная система: боли в суставах: нет, есть (*локализация* _____);

боли и затруднения при движении в позвоночнике: нет, есть; **боли в поясничной области**: нет, есть.

Мочеиспускание: не нарушено, нарушено (*прерывистое, непроизвольное, безболезненное, учащенное*); **боли в пояснице:** нет; есть; выделения из половых путей (у женщин) в межменструальный период или в менопаузе: нет, есть.

Диагноз

_____
_____

_____
_____

Группа «Д» наблюдения (Д1; Д2; Д3)

№ рецепта	Назначения	Обследования

“_____” _____ 20__г Подпись помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи _____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

«___» _____ 20__г Подпись зав. отделением об ознакомлении_____
_____

(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 26

Лист визита (патронажа) помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Время посещения _____ Дата "_____" _____ 20__г

Ф.И.О. пациента _____

Дом адрес:_____ **Пол:** ж / м; **возраст** _____(полных лет)

Инвалидность: нет, есть (указать группу инвалидности, род) _____;

ОСМОТР

Осмотрен (а) на чесотку _____, на педикулез _____ Опрошен (а) на тениидоз _____

Сознание: *ясное, оглушенность, сопор, кома*.**Кожные покровы**:*, бледные, синюшные (цианоз), гиперемированные, желтушные, темно-бурые, отечные; чистые, влажные, сухие, шелушащиеся;* **наличие на коже**: *сыпи:* нет, есть, *рубцов:* нет, есть, *расчесов* нет, есть, *пролежней* нет, есть (*локализация* _____). **Слизистые:** *изъязвления:* нет, есть; *эрозия*: нет, есть; *уплотнения* нет, есть (*локализация* _____). **Губа:** *трещины:* нет, есть; *изъязвления:* нет, есть. **Глотка:** *осиплость голоса*: нет, да; *носовое кровотечение*: нет, да. **Щитовидная железа***: увеличена*: нет, да; *узлы*: нет, есть. **Периферические лимфоузлы**: *пальпируются:* нет, да; *увеличены:* нет, да. **Молочные железы:** *образования:* нет, есть; *боль*: нет, есть (*локализация* _____);

Отеки: **общий отек туловища**: нет, есть; **на конечностях:** нет, есть; **в области поясницы**: нет, есть.

Температура ____ ^{0}С; **АД** _____ мм. рт. ст.; **PS** ____ в минуту, ритмичный, не ритмичный; **наполнение:** удовлетворительное, слабое**; дефицит пульса:** нет, есть.

ЖАЛОБЫ

Дыхательная система: кашель нет, есть (*сухой; с мокротой*); **кровохарканье**: нет, есть; **одышка**: нет, есть; **боли в груди:** нет, есть; **боли в спине:** нет, есть. **Дыхательные шумы:** везикулярное, жесткое, ослабленное везикулярное**; хрипы:** нет, сухие (*свистящие, жужжащие*), влажные (*звонкие, незвонкие; мелко-, средне-, крупнопузырчатые*), крепитация _____

Жалобы в настоящее время	**Нет или только при быстрой ходьбе**	**При ходьбе обычным шагом**	**При любой нагрузке**	**При всём перечисленном и в покое**
Одышка	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Кровохарканье	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

Система кровообращения: боли в области сердца: нет, есть (*постоянные, приступами*); **локализация**: *загрудинные, в предсердечной области, в области верхушечного толчка;* **характер**: *ноющие, колющие, сжимающие, тупые, давящие, другие* _____

иррадиация (указать куда) _____;

частота болевых приступов: ___ *раз в день, ____ раз в неделю, ____ раз в месяц.* **Сердце: тоны –** ясные, чистые,
2-я сторона
ритмичные; приглушены**;** громкие; ослабление **_____;** акцент _____; раздвоение **(**расщепление**) _____;** шумы –**_____; границы относительной тупости:** не расширены, расширены ***влево*** **_____, *вверх*** **_____, *вправо*_____**

Жалобы в настоящее время	**Нет или только при быстрой ходьбе**	**При ходьбе обычным шагом**	**При любой нагрузке**	**При всём перечисленном и в покое**
Боли в области сердца	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Сердцебиение и/или перебои	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

Система пищеварения: аппетит: *хороший, пониженный, повышенный, извращенный, отвращение к пище;* **жажда:** нет, есть; **сухость во рту:** нет, есть; **отрыжка:** нет, есть; **изжога:** нет, есть; **тошнота:** нет, есть; **боли в животе:** нет, есть; **стул:** *регулярный, не регулярный; самостоятельный,* с помощью: *очистительной клизмы, слабительных* (указать какие)
_____;
примеси крови в кале: нет, есть. **Живот:** мягкий, безболезненный**;** (не) участвует в акте дыхания**; (**не) вздут; болезненный в **_____** области**; _____**
Печень: не увеличена, не пальпируется**. Край:** ровный, бугристый, выступает из-под реберной дуги справа на **__ см**
Селезенка: не пальпируется; выступает из-под реберной дуги слева на **_____ см. Стул:** регулярный, неустойчивый, запор, учащенный (_____ в сутки), _____; **мелена:** нет, есть
Нервная система: головная боль: нет, есть (локализация: *лобно-орбитальная, затылочная, височная, височно-затылочная);* **головокружение:** нет, есть; **нарушение слуха:** нет, есть; **нарушение сна:** нет, есть; **наличие приступов: *припадков*: *судорог*:** нет, есть.
Опорно-двигательная система: боли в суставах: нет, есть (*локализация* _____);
боли и затруднения при движении в позвоночнике: нет, есть; **боли в поясничной области**: нет, есть.
Мочеиспускание: не нарушено, нарушено (*прерывистое, непроизвольное, безболезненное, учащенное*)**; боли в пояснице:** нет; есть; выделения из половых путей (у женщин) в межменструальный период или в менопаузе: нет, есть.
Обслуживает себя: сам, с помощью кого (указать данные)_____
Аптечка первой помощи: нет, есть. **Проверено: медикаментов в аптечке с истекающим (истекшим) сроком годности**: нет, есть (*даны рекомендации по утилизации, по пополнению аптечки*). **Самопомощь оказывать**: умеет, не умеет.
Паллиативная помощь: не нуждается, нуждается. **Социальные условия:** удов., неудов. (указать причину _____)
Наличие медикаментов для лечения основного заболевания: есть, нет (*указать причину* _____).
Нуждается в посещении врача-терапевта: нет, да.

“_____” _____ 20__г Подпись помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи _____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

«___» _____ 20__г Подпись врача-терапевта участкового об ознакомлении_____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 27

Патронажный лист медицинской сестры участковой

№ участка_____ Время посещения _____

Ф.И.О. пациента _____

Дом адрес:_____ **Пол:** ж / м; **возраст** _____

(полных лет)

Инвалидность: нет, есть (указать группу инвалидности, род) _____;

ОСМОТР

Кожные покровы:, *бледные, синюшные (цианоз), гиперемированные, желтушные, темно-бурые, отечные; чистые, влажные, сухие, шелушащиеся;* **наличие на коже:** *сыпи:* нет, есть, *рубцов:* нет, есть, *расчесов* нет, есть, *пролежней* нет, есть (*локализация* _____). **Слизистые:** *изъязвления:* нет, есть; *эрозия*: нет, есть; *уплотнения* нет, есть (*локализация* _____). **Губа:** *трещины:* нет, есть; *изъязвления:* нет, есть. **Глотка:** *осиплость голоса*: нет, да; *носовое кровотечение*: нет, да. **Щитовидная железа***: увеличена*: нет, да; *узлы*: нет, есть. **Периферические лимфоузлы**: *пальпируются:* нет, да; *увеличены:* нет, да. **Молочные железы:** *образования:* нет, есть; *боль*: нет, есть (*локализация*

_____
_____);

Отеки: **общий отек туловища**: нет, есть; **на конечностях:** нет, есть; **в области поясницы**: нет, есть.

Температура _____ ^{0}С; **PS** _____ в минуту; **АД** _____ мм. рт. ст.;

ЖАЛОБЫ

Дыхательная система: кашель нет, есть (*сухой; с мокротой*)**; кровохарканье**: нет, есть; **одышка**: нет, есть; **боли в груди:** нет, есть; **боли в спине:** нет, есть.

Жалобы в настоящее время	**Нет или только при быстрой ходьбе**	**При ходьбе обычным шагом**	**При любой нагрузке**	**При всём перечисленном и в покое**
Одышка	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Кровохарканье	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

Система кровообращения: боли в области сердца: нет, есть (*постоянные, приступами*)**; локализация**: *загрудинные, в предсердечной области, в области верхушечного толчка;* **характер**: *ноющие, колющие, сжимающие, тупые, давящие, другие* _____

иррадиация (указать куда) _____;

частота болевых приступов: ___ *раз в день,* _____ *раз в неделю,* _____ *раз в месяц.*

Жалобы в настоящее время	Нет или только при быстрой ходьбе	При ходьбе обычным шагом	При любой нагрузке	При всём перечисленном и в покое
Боли в области сердца	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Сердцебиение и/или перебои	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

Система пищеварения: аппетит: *хороший, пониженный, повышенный, извращенный, отвращение к пище;* **жажда:** нет, есть; **сухость во рту:** нет, есть; **отрыжка:** нет, есть; **изжога:** нет, есть; **тошнота:** нет, есть; **боли в животе:** нет, есть; **стул:** *регулярный, не регулярный; самостоятельный,* с помощью: *очистительной клизмы, слабительных* _____; **примеси крови в кале:** нет, есть.

(указать какие)

Нервная система: головная боль: нет, есть (локализация: *лобно-орбитальная, затылочная, височная, височно-затылоч-ная);* **головокружение:** нет, есть; **нарушение слуха:** нет, есть; **нарушение сна:** нет, есть; **наличие приступов: *припадков*: *судорог*:** нет, есть.

Опорно-двигательная система: боли в суставах: нет, есть (*локализация* _____);

боли и затруднения при движении в позвоночнике: нет, есть; **боли в поясничной области**: нет, есть.

Мочеиспускание: не нарушено, нарушено (*прерывистое, непроизвольное, безболезненное, учащенное*); **боли в пояснице:** нет; есть; выделения из половых путей (у женщин) в межменструальный период или в менопаузе: нет, есть.

Обслуживает себя: сам, с помощью кого _____;

(указать данные)

Аптечка первой помощи: нет, есть. **Проверено: медикаментов в аптечке с истекающим (истекшим) сроком годности**: нет, есть (*даны рекомендации по утилизации, по пополнению аптечки*).

Самопомощь оказывать: умеет, не умеет. **Наличие медикаментов для лечения основного заболевания:** есть, нет.

Рекомендации: *по обучению оказания первой самопомощи*: да, нет; ***по обучению родственников по уходу***: да, нет; **дан совет по** _____
_____
_____
_____
_____

“_____” _____ 20___г. Подпись медицинской сестры участковой

_____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

“_____” _____ 20__г. Подпись врача-терапевта участкового об ознакомлении

_____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна
Иванова Валентина Ивановна

Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

МОНОГРАФИЯ

Ответственная за выпуск Т.В. Матвейчик

Подписано в печать 20. 09. 2013. Формат 60х84/16. Бумага потребительская.
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 11,56. Уч.- изд. л. 8,76. Тираж 100 экз. Заказ 277.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусская медицинская академия последипломного образования.
ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. Бровки, 3.