

## Информационный обзор

# Оценка роли семейных врачей и медицинских сестер в оказании помощи при неинфекционных заболеваниях

### Введение

Реформы системы здравоохранения, реализуемые в Кыргызстане за последние 15 лет, уделяли особое внимание укреплению ПМСП. Несмотря на это, степень охвата населения индивидуальными услугами здравоохранения, которые обеспечивают наибольшие достижения (например, эффективный контроль артериальной гипертензии, диабета и других факторов риска ССЗ), остаются на низком уровне.

Основными барьерами в предоставлении индивидуальных услуг при управлении ССЗ являются проблемы с кадровыми ресурсами, в плане как нехватки, так и их подготовки, и также низкой роли семейных врачей и медицинских сестер в управлении основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ). В стране были предприняты множественные попытки привлечь и удержать врачей в сельской местности, но они не возымели какого-либо длительного воздействия, последние тенденции не свидетельствуют об увеличении числа выпускников медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся на уровне ПМСП. Дефицит человеческих ресурсов усугубляется низкой мотивацией персонала учреждений ПМСП и наличием компетенций, не отвечающих потребностям в области оказания услуг.

Рисунок 1. Число врачей на 1000 населения, различные страны, 2011г

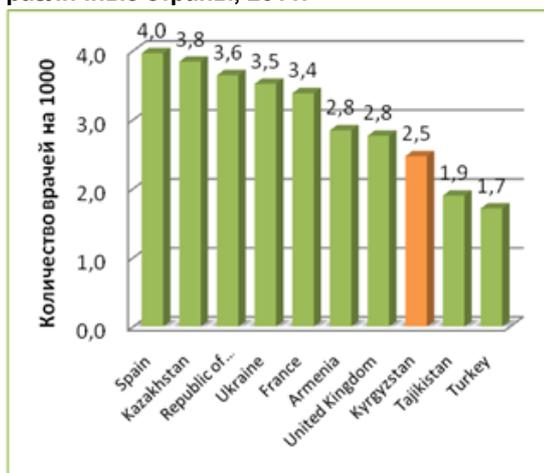
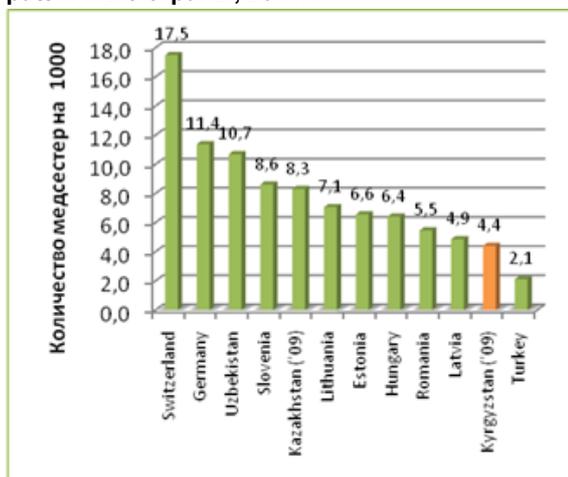


Рис.2 Число медицинских сестер на 1000 населения, различные страны, 2011г.



Источник: Улучшение показателей по НИЗ: Барьеры и возможности систем здравоохранения, Страновая оценка по Кыргызстану, Мелитта Якаб и др. Данные по Кыргызстану и Казахстану за 2009 г. взяты из статистических данных МЗ; прочие данные получены из Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ от 24 июля 2013г.

На 1 января 2014 года, в Кыргызстане число врачей составляет 1,9 на 1000 населения и медицинских сестер 4,6 на 1000 населения. Последние несколько лет эти показатели являются относительно стабильными, но все равно являются одними из самых низких в странах европейского региона ВОЗ.

В группе семейных врачей должно быть минимум три врача, тем не менее, в 60 ГСВ по стране врачи полностью отсутствуют, а в 198 ГСВ работает лишь один врач. Укомплектованность же сестринским персоналом по стране составляет почти 97%, однако, они выполняют только ограниченный ряд задач из-за недостаточной подготовки.

Учитывая кадровый кризис в системе здравоохранения Кыргызстана, обусловленный, в частности, нехваткой врачей на первичном уровне, повышение роли медсестер в управлении некоторыми неинфекционными заболеваниями (НИЗ) крайне необходимо.

В 2015 году была проведена оценка в несколько этапов, направленная на изучение роли семейных медсестер в разрешении проблемы НИЗ на уровне ПМСП и выявление барьеров, препятствующих расширению функций медсестер в предоставлении помощи при НИЗ.

В данном информационном обзоре приводятся обобщенные результаты всех этапов проведенной оценки, направленной на оценку существующих барьеров, препятствующих повышению роли медсестер в оказании помощи при НИЗ на первичном уровне здравоохранения.

## Методология оценки

Оценка проводилась в 3 этапа:

Первый этап оценки был направлен на изучение существующей нормативной базы для выявления барьеров законодательного характера, которые ограничивают роль врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в управлении НИЗ.

Второй этап оценки включал оценку барьеров, препятствующих усилению роли медсестер в ведении некоторых НИЗ (гипертонии, диабета, хронических обструктивных болезней легких, паллиативной помощи), с точки зрения врачей, пациентов и самих медсестер. Кроме того, была

проведена оценка знаний и навыков медицинских сестер при ведении некоторых НИЗ.

Третий этап оценки был направлен на изучение состояния додипломного среднего медицинского образования в КР, оценку барьеров и потребностей образования медицинских сестер в целях разработки компонента по сестринскому делу для следующей фазы проекта реформирования медицинского образования.

**Методы и инструменты оценки** были обсуждены и разработаны с участием рабочей группы, которая была создана в рамках проведения данной оценки, и включали в себя сбор данных на основе:

- нормативных документов, статистических данных и показателей, связанных с деятельностью организаций здравоохранения;
- полу-структурированных интервью с медицинским персоналом (врачи, медицинские сестры, руководители ПМСП);
- фокус-групповых дискуссий с пациентами и населением;
- оценки знаний и навыков медицинских сестер при 4 состояниях (техника измерения АД, оценка знаний симптомов у паллиативного пациента, профилактика синдрома диабетической стопы, правила использования ингалятора, пикфлоуметра и спейсера) по специально разработанным оценочным листам.

## Ключевые результаты и выводы

- В целом, проведенная оценка показала, что в настоящее время каких-либо нормативных документов и правил, которые могут препятствовать медицинским сестрам расширить их функциональные обязанности в плане ведения некоторых НИЗ, не существует. Однако, для расширения полномочий медицинских сестер необходимо серьезно пересмотреть имеющуюся законодательную базу, регламентирующую практику и функциональные обязанности семейных врачей и медсестер. Положения, регламентирующие функции семейной медсестры и семейного врача, дублируют друг друга, нет четкого разграничения функций между ними. Это не позволяет определить в полной мере полномочия

медицинских сестер и ограничить их обязанности от обязанностей семейных врачей.

- В настоящее время разработаны Стандарты сестринской практики по ведению сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертонии. Данные стандарты рекомендованы к внедрению, однако на местах эти стандарты пока не внедрены и не используются.
- Требуется серьезная работа по пересмотру штатных нормативов и нагрузок медицинских специалистов в организациях здравоохранения первичного уровня. Установленные в настоящее время штатные нормативы и нормативы нагрузки не работают и не соответствуют имеющейся потребности. Ставки медицинских сестер зависят от ставки врачей, на каждую 1,0 ставку должности семейного врача должно приходиться 1,5 ставки должности семейной медсестры. Такое соотношение не соблюдается практически ни в одном из учреждений. Так, например, в обследованных ЦСМ г. Бишкек при соблюдении такого соотношения складывается недостаток штатных единиц семейных медсестер в размере 42,0 ед., а в Нарынской области наблюдается излишек штатных единиц семейных медсестер в среднем на 56 ед.
- Не все НИЗ на первичном уровне управляются семейными врачами. Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания, связанные с сердечной недостаточностью, контролируются часто только узкими специалистами. Семейные врачи объясняют это недостатком знаний и навыков, особенно это было отмечено в отношении пациентов, имеющих сахарный диабет 1 типа, различные осложнения сердечной недостаточности.
- Имеется разное восприятие роли семейных медицинских сестер семейными врачами. Семейные врачи в г. Бишкек отмечают, что роль медсестер заключается только в соблюдении дезинфекционного режима в кабинете, сортировке и контроле анализов в амбулаторной карточке пациента, при необходимости, в проведении некоторых процедур и измерений, проведении переписи населения и ведении документации в плане заполнения и оформления направления на

госпитализацию, выписке некоторых рецептов. В регионах, например, в Нарынской области, по оценке семейных врачей, семейные медицинские сестры в выполнении своих функций более самостоятельны, они полностью ведут измерение необходимых антропометрических данных, консультируют по профилактике заболевания, питанию и др. вопросам. При этом, следует отметить, что семейные врачи, не всегда доверяют медицинским сестрам, и часто выполняют сами функции по измерению АД, проведению пикфлоуметрии, измерению уровня сахара в крови и др., потому что знают, что у медсестры не достаточно знаний и навыков.

- Практически все семейные медсестры отмечают, что часто выполняют не свойственные функции, выполнение которых занимает основную часть времени, такие как курьерская работа, обязательства по выполнению плана по переписи населения. Участковая работа семейной медсестры больше заключается в выявлении приписного населения. Это мешает медицинским сестрам целенаправленно выполнять свою работу с населением, имеющими заболевания и входящими в группу с высокими факторами риска
- При опросе семейных медсестер на знание сестринского процесса выяснено, что в большинстве случаев медсестры не владеют достаточными знаниями по проведению сестринского процесса. Многие медсестры не знают этапов сестринского процесса. Оценка навыков медицинских сестер также показала довольно низкий уровень владения навыками по ведению некоторых НИЗ (ГБ, СД, паллиативная помощь).
- Начиная с 2013 года, во всех высших и средних учебных профессиональных заведениях начато внедрение обучения на основе Государственного образовательного стандарта третьего поколения по всем специальностям профессионального медицинского образования. Подготовка специалиста согласно ГОС определяется через формирование профессиональных знаний и умений студента. ГОС конкретизирует и классифицирует их через разные компетенции.

- В настоящее время реформирование медицинского образования осуществляется с акцентом на подготовке врачей общей практики для ПМСП. Планируется внедрить обязательную 2-х годичную ординатуру по семейной медицине для всех выпускников. Однако реформы продвигаются медленно, и обеспечение подготовки такого большого количества ординаторов является серьезной задачей в условиях ограниченности медицинских навыков выпускников медицинских образовательных учреждений и очень малого количества преподавателей по семейной медицине на базе ПМСП по всей стране. Аналогичные трудности возникают и при обучении медсестер. Медсестер традиционно не обучают навыкам базовой клинической оценки состояния здоровья или ведения распространенных и неосложненных НИЗ, таких как гипертония и диабет. Необходимо среднее медицинское образование также сосредоточить на подготовке медицинских сестер общей практики с упором на приобретение практических навыков и контактов с пациентами в условиях клиники.
- При подготовке медицинских кадров, как со средним, так и с высшим образованием, не учитываются потребности организаций здравоохранения в получении специалистов различного уровня. Поэтому имеется дисбаланс между подготовкой специалистов по разным направлениям и потребностью.
- Требуется четкая связь и соответствие между нормативными документами, регламентирующими деятельность медицинской сестры, и имеющимися программами обучения на всех уровнях: додипломный, последипломный и непрерывный уровни образования.