

**ВНКЗ ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ІМ. АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»**

*Кафедра внутрішньої медицини та управління охорони здоров'я*



**ДОПОВІДЬ**

на науковий семінар кафедри

Тема доповіді: **«МЕДИЧНА РЕФОРМА І МЕДСЕСТРИНСТВО».**

Підготувала викладач кафедри Тверда І.І.

Розглянуто на науковому семінарі кафедри  
внутрішньої медицини та організації охорони здоров'я

Протокол №\_\_ від \_\_\_\_\_ 2021

## МЕДИЧНА РЕФОРМА І МЕДСЕСТРИНСТВО

2020 рік пройшов під гаслом “Рік медсестринства в Україні”.

Близько 80% загального обсягу робіт у медзакладі лежать на плечах сестер медичних. Вони не бояться а ні інфікування та травмування, а ні безсонних ночей. Вони милосердні до болю і страждання пацієнтів. Головне в їхній роботі – можливість і бажання щодня допомагати людям одужувати. 12 травня професійне свято відзначають медичні сестри в усьому світі. Щиро вітаємо! Міжнародний День медичної сестри проголошено на знак подяки і визнання за важку працю, допомогу, милосердя і співчуття, і відзначається щороку 12 травня. *Дата визначена Міжнародною радою медсестер в 1974 році не випадково, її приурочено до дня народження «ангела милосердя» Флоренс Найтінгейл, реформатора і творця першої сестринської служби.* Під впливом обставин, професія сестри милосердя поступово ставала шанованою і престижною у багатьох країнах Європи.

Наприкінці 2017 року було підписано Закон України 2168 – VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який набрав чинності з 1 січня 2018 року, а саме дав старт медичній реформі в Україні. Документ трансформує модель фінансування медицини державою та вдосконалює галузь в цілому, зокрема завдяки втіленню новітніх технологій. В 2018 році розпочався перший етап реформи – зміни торкнулися діяльності медичних закладів і фахівців, що надають первинну медичну допомогу (сімейні лікарі, терапевти та педіатри).

### **Значимість професії сестра медична**

У світлі реформи насамперед має змінитися роль сестри медичної у лікувальному процесі, має зрости її значимість та авторитет. Адже лівова частка медпрацівників в усьому світі – це саме представники медсестринської професії. Сестра медична є головним провідником між пацієнтом та лікарем, саме вона проводить з хворими найбільше часу і краще розуміє потреби пацієнтів.

Сьогодні роль медсестри в Україні залишається другорядною. Реформа має змінити ситуацію шляхом надання цим фахівцям ширших повноважень та більшої відповідальності. Це також неможливо зробити без змін у системі освіти та підготовці кадрів для медичної галузі.

### **Тандем «лікар-сестра медична»**

Медична реформа вдосконалює взаємодію у тандемі «лікар-медсестра». Адже саме медсестра є головним помічником лікаря і має взяти на себе процес первинного прийому пацієнта: збирати інформацію про хворого та його

проблеми, вимірювати пульс, тиск, температуру, проводити інші маніпуляції. Лікар буде долучатися до процесу лікування, вже маючи всю необхідну первинну інформацію. Це зекономить час лікаря і дасть змогу медичній практиці («лікар-медсестра») прийняти більшу кількість пацієнтів. А це в свою чергу безпосередньо буде впливати на оплату праці тандему. Самі фахівці вважають потрібним перегляд й затвердження нових нормативів навантаження відповідно до міжнародних стандартів. Це необхідно для усунення кадрового дисбалансу між лікарями та сестрами. Крім того, українські медсестри потребують перегляду навантаження, адже *на 1 медичну сестру в середньому припадає 25 пацієнтів!* В той час, як, наприклад, в Канаді, одна медсестра доглядає за 5-7 пацієнтами. За даними ВООЗ, оптимальне співвідношення між лікарями і середніми медпрацівниками 1 до 4. Таке внутрішньокадрове співвідношення мають такі країни, як Канада, Сполучені Штати Америки. Цей показник варіює в межах від 1: 8—в Африці, до 1: 1, 5—в регіоні Західної частини Тихого океану, а в таких країнах, як Мексика, Перу, Сальвадор і Чилі на одного лікаря припадає менше однієї медсестри. Найбільше число медсестер у Норвегії—на 10 000 осіб припадає 319 медсестер. За чисельністю середнього медичного персоналу на перших позиціях серед країн ЄС також знаходяться Ірландія і Люксембург, де на 100 000 мешканців припадає 1191 таких працівників. Високі показники зафіксовані також у Німеччині, Швеції й Фінляндії. Найменша кількість медперсоналу середнього рівня є у Румунії—61 особа на 100 000 населення. В Україні на 100 000 населення нараховувалося 865 осіб такого медперсоналу. В Україні на 10 000 осіб припадає 94 медсестри. Наразі в Україні не вистачає 100 тис. медсестер відповідної кваліфікації [1]. А замість виконання широкого спектру різноманітних обов'язків, у багатьох країнах є чітка система, коли 1 лікарю допомагають 5-6 медсестер. Також є потреба змінити ситуацію таким чином, щоб медсестра не просто виконувала лікарські призначення, а була залучена до лікувально-діагностичного процесу на більш високому рівні.

### **Підготовка медсестер нової генерації**

Згідно реформи Освітні програми для медичних сестер планують адаптувати під сучасні вимоги та рівень розвитку сучасної медичної науки. У підготовці кадрів зараз недостатньо уваги приділяється профілактичній медицині, психології сімейних відносин, комунікації з пацієнтами, а також ефективному володінню новітніми технологіями. Реформа ставить за мету змінити це і мотивувати молодь обирати медсестринську професію. Медсестра, яка вільно володіє сучасними медичної практиками та має гарні комунікативні навички, може взяти на себе більше повноважень та відповідальності. Це вивільнить час лікаря для більш ефективної та якісної роботи з пацієнтом.

Особливої уваги потребують медсестри первинної ланки, здебільшого – у амбулаторіях та фельдшерсько-акушерських пунктах, бо найчастіше нововведення, методичні рекомендації та накази проходять повз них. Тотальна комп'ютеризація медичних закладів, що зараз триває завдяки впровадженню реформи, покликана частково вирішити цю проблему. Але в той же час,

використання сучасних технологій, зокрема – медичних, зобов'язує фахівців постійно вдосконалювати професійні навички та здобувати нові знання.

Для розширення спектру знань та підвищення кваліфікаційного рівня, українська медична спільнота гостро наполягає на законодавчому закріпленні ряду змін. Таких, як соціальний захист, можливість професійного розвитку та перегляд оплати праці. Адже спектр обов'язків розширюється, кількість пацієнтів – збільшується, а ось система мотивації не відрізняється динамікою змін. До речі, в США річний дохід медсестер сягає 41,000\$, нашої ж — не дотягує й до 4,000\$.

В європейських країнах сестра медична є повністю самостійна, вона має право прийняти ті рішення, які стосуються сестринського персоналу, їм доступна вища освіта за своєю спеціальністю, тисячі наших колег займаються не тільки педагогічною, але й науковою діяльністю, результати їх праці лягають в основу більш удосконалених принципів організації медичної допомоги. Здійснюються певні кроки щодо престижу професії та освіти сестри медичної як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я. Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти підносить її на один рівень з лікарською. Але в цьому питанні є ще багато проблем. У багатьох європейських країнах медичні сестри складають основу первинної ланки охорони здоров'я. Так, у шведській системі охорони здоров'я медичні сестри відіграють все більшу роль, надаючи висококваліфіковану допомогу пацієнтам із хронічними і тяжкими станами (цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність, психічні захворювання); їм також надано обмежене право призначення лікарських засобів [2]. У шведських медичних центрах пацієнта спочатку оглядає медсестра, яка потім може скерувати пацієнта до лікаря загальної практики або в лікарню. У Фінляндії 80 % пацієнтів попередньо консультують медсестри, а потім, у разі необхідності, скеровують до лікарів, і тільки 20 % пацієнтів поступають безпосередньо до лікарів. У Скандинавських країнах у містах і селах у центрах здоров'я також провідну роль відіграють сестри медичні. У Нідерландах рішення про надання допомоги пацієнтам лікарями в позаробочий час приймає медсестра на основі встановлених критеріїв. У своїй діяльності медичні сестри спираються на клінічні протоколи і мають право в межах цих протоколів змінювати режим медикаментозної терапії [3]. В Англії медичні сестри, які спеціалізуються на допомозі людям із певними захворюваннями (цукровий діабет або бронхіальна астма), у повсякденній діяльності замінюють лікарів загальної практики – ведуть амбулаторний прийом для спостереження і навчання пацієнтів або займаються вищою та освітньою діяльністю, спрямованою на підвищення кваліфікації інших медичних і соціальних працівників [4]. У США та Німеччині впроваджено структуровані програми ведення захворювань для деяких станів (case management), такий підхід зумовлений тим, що лікарі в цих країнах найчастіше мають індивідуальну практику, а амбулаторний і лікарняний сектори відокремлені один від одного. Медичні сестри в багатьох випадках проводять первинне обстеження і скеровують пацієнта до відповідних закладів охорони здоров'я [5]. У розвинених європейських країнах лікарі загальної практики, як

правило, не відвідують пацієнтів на дому, за винятком рідкісних випадків, тому це робота підготовлених медсестер.

### **Умови праці**

Також українські медсестри потребують створення гідних умов праці. Наприклад, стаціонарні сестри нерідко чергують протягом доби, а ось у західних країнах час робочої зміни не повинен перевищувати 10 годин, щоб фактор втоми не зміг нашкодити пацієнту. Варто відзначити – нормативи оснащення робочих місць медичних сестер не переглядались більше 20 років. До сьогодні на 100% не вирішене питання безпеки медсестри на роботі – щодня фахівці працюють з потужними хімікатами, лікарськими засобами та дезінфекційними препаратами, не маючи відповідного протиепідемічного захисту та індивідуальних засобів захисту. До того ж, лікарні не оснащуються спеціальним одягом, персонал вимушений купувати його самостійно.

Останні роки в лікарнях застосовувалось обладнання ще радянських часів (здебільшого – несправне). Великій кількості медсестер доводилось самостійно підіймати та транспортувати пацієнтів (ні для кого не секрет, що більша частина сестринського персоналу – жінки, тому зрозуміло, наскільки важкою для багатьох була ця частина роботи).

Необхідно звернути увагу на засилля нетипових для медсестер функцій, які в розвинених країнах виконують санітари. Сьогодні на наших сестер медичних покладено функції, пов'язані з транспортуванням, підніманням, переміщенням пацієнтів, біксів з операційним інструментарієм тощо. Важливим і, на жаль, невирішеним є питання безпеки сестри медичної на робочому місці. Це і відсутність належного протиепідемічного захисту, і постійна робота з дезінфекційними та лікарськими засобами, і нестача спеціального одягу, інколи бувають напади на сестер медичних із боку пацієнтів. Надмірна завантаженість медсестер призводить до раннього професійного вигорання, відсутність засобів індивідуального захисту є причиною масової алергізації, а незахищеність перед агресією деяких пацієнтів виражено знижує мотивацію освоєння такого фаху, як сестра медична. У процесі реформування галузі виникли нові умови праці, зокрема перехід на електронний документообіг, що зобов'язує медичних працівників освоювати комп'ютерну техніку, роботу з програмними продуктами, вивчати нові класифікаційні норми тощо. Тривала робота за монітором вимагає іншого нормативного регламентування робочого часу, перерозподілу обов'язків тощо.

Вже сьогодні можна сказати, що ситуація з кадровим забезпеченням медичними сестрами катастрофічна (60 % від потреби). Держава недостатньо мотивує сестер медичних до професійної діяльності, що спричиняє масову трудову міграцію.

### **Престиж професії**

Означені фактори негативно впливають ще й на престиж професії. На щастя, з початку впровадження медичної реформи в Україні, неначе гриби після дощу,

з'являються нові амбулаторії та капітально відремонтовані лікарні – цей фактор частково вирішує питання безпеки на робочому місці. Що стосується повноважень сестринського персоналу, то тут теж ситуація має змінитись. Так, в ході реформи трансформується кадровий склад керівництва лікарні, а повноваження старшої сестри (підлеглих у якої, до речі, в рази більше, ніж у головного лікаря) мають розширитись.

Із вищевикладеного можна зробити висновок, що в Україні престижність професії сестри медичної є значно меншою, ніж у розвинених країнах світу. І одним із головних факторів, що спричиняє уже масову трудову еміграцію, є мізерна заробітна плата. Щорічно Україну залишають, за неофіційними даними, близько 7 тис. медичних працівників. Саме держава повинна стати гарантом у забезпеченні зростання ролі сестри медичної в житті кожного громадянина. Низька заробітна плата, відсутність належних умов праці, завантаженість рутинною роботою, соціальна і професійна незахищеність, необхідність працювати за себе й за колег, яких катастрофічно не вистачає, перебування у «тіні лікаря» – це основні фактори зниження ролі медичної сестри в Україні та проблеми всього вітчизняного медсестринства, які повинні вирішуватися на державному рівні

### **Оплата послуг та збільшення посадових окладів**

В Україні тривають суттєві зміни і медичний персонал теж на шляху гідних умов праці та винагородження. Тепер керівництво лікарні самостійно визначає розмір посадових окладів персоналу. Наразі медичні заклади отримали можливість залучати фінанси та контролювати їх. В Україні вже є приклади успішних лікарень, які ефективно використовують надані повноваження та можливості додаткового заробітку. Саме завдяки медичній реформі, стало реальним впровадження сучасних інструментів керування медзакладом та надання послуг. З часом, таких установ має ставати все більше.

Це означає, що в недалекому майбутньому українські медичні сестри відчують кращі умови на собі, а медсестринська професія стане більш престижною та шанованою.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Роль та місце медичної сестри в системах охорони здоров'я країн світу. Автори Н.Є. Дуб, Ю.О. Антоненко, І.І. Багрій
2. Buchan J. Skill-mix and policy change in the Health Workforce / J. Buchan, L. Calman : Nurses in advanced roles. – Paris: OECD, 2005.63 p.
3. Банчук М. В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 18–21.
4. Про зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників : наказ МОЗ України від 10.04.2019 р. № 805.
5. <https://medstar.ua/medichna-reforma-v-dii-chogo-chekaty-medsestram/>