

ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ АМЕРИКАНСКОЙ МЕДСЕСТРЫ

А. Егорова, RN, BSN

Нью-Джерси, Saint Clare's Hospital, США

E-mail: anna.egorova@gmail.com

Автор – медсестра, которая около 10 лет живет в США. Она закончила New York University College of Nursing, работает в онкологическом отделении городской больницы и готова ответить на вопросы, интересующие читателей журнала.

Ключевые слова: медсестра в США, рабочий день, сестринский диагноз.

Я давно хотела написать про медсестринскую работу в США, так как у меня спрашивают, почему я захотела стать именно медсестрой, а не врачом. Спрашивают именно знакомые из России. И это понятно: у российской медсестры – совершенно другая роль.

Та работа, которую делают медсестры в России, в литературе называется «task-centered nursing». Она заключается в выполнении задач, поставленных врачом и чаще всего требует технических умений и практики, но практически не предусматривает осознанных действий. То есть медсестер, конечно, учат биологии и основам медицины, но они не обязаны думать и принимать решения, в этом нет необходимости. Более того, в большинстве российских больниц из-за колоссальной нехватки медсестер у них и нет времени на это, разделение труда (постовая медсестра, процедурная медсестра и пр.) необходимо, чтобы элементарно успеть «охватить» всех пациентов. Одна медсестра обходит больных и делает уколы, вторая находится в процедурной и выполняет перевязки, третья ставит капельницы. И так всю смену. Таким образом они втроем умудряются выполнять назначения в отделении на 40 человек и даже более. Выполнением назначений дело и ограничивается. Речь о том, чтобы осуществлять полноценный уход за больным (а порой даже знать диагноз) даже не идет, потому что физически нет такой возможности. Это в принципе дело либо самого больного, либо родственников (если они есть).

В США медсестра занимается тем, что называется «patient-centered nursing», и это – принципиально другой подход. При нем, во-первых, гораздо

меньше больных приходится на 1 медсестру, во-вторых, у нее гораздо более качественное образование и гораздо выше уровень клинического мышления, в том числе знание доказательной медицины. Почему? Потому что медсестра – это главный человек, отвечающий за лечение. Обычно она знает о своем больном все, начиная с диагноза, клинических показателей, всех необходимых лабораторных анализов, лекарств, процедур, плана лечения, аппетита, необходимости в физиотерапии и других специализированных видах лечения и заканчивая семейной ситуацией и условиями проживания дома, чтобы планировать выписку и самое главное – предотвратить последующую госпитализацию.

Обусловлено это не только стремлением к качественному лечению, но и системой. В США врач не находится целый день в отделении. Лечащие врачи приходят в отделение 1 раз в день, иногда – совсем ненадолго, в остальное время им нужно звонить. Есть госпитальные дежурные врачи, но они тоже в отделении далеко не всегда, приходят только, когда необходимо. А медсестры находятся в отделении всегда. Больные в американских больницах – в основном тяжелые, нуждаются в активном лечении. Легкие больные в больницу попадают редко (обычно с ними разбираются в отделении «скорой помощи» и отпускают домой, или их очень быстро выписывают).

Максимальное число больных, приходящихся на 1 медсестру в обычном медицинском отделении в течение смены, – 8 (в онкологии меньше), причем 8 – это считается очень много. Обычно стараются, чтобы на 1 медсестру приходилось не более 6 человек, а в некоторых штатах это число ограничено 4.

Смена у медсестры – 12 ч, а не сутки, но она не имеет права спать на работе, за это увольняют. Ночные медсестры работают так же, как дневные. В каждом отделении, естественно, есть санитарки (на отделение в 30 человек – обычно 2–3), их задача – мыть, кормить каждого лежачего (зависимого) больного и менять ему постельное белье, а также помогать тем, кто не может самостоятельно вставать; кроме того, они каждую смену измеряют давление,

температуру и кислород в крови у всех больных (а кому надо – чаще).

Для наглядности расскажу, как проходит мой рабочий день.

Я прихожу на работу, старшая медсестра назначает мне больных на день, я записываю их имена в блокнот, иду к компьютеру, смотрю их истории болезни, записываю анализы, после чего принимаю смену у ночной медсестры. Ночная медсестра рассказывает мне подробности: например, обязательно проследить, чтобы сделали УЗИ, или чтобы пришел физиотерапевт, или больному нужна помощь в кормлении, или у него ночью упал уровень сахара, или появились неконтролируемые боли, или у него депрессия и он плачет – все, что угодно; в общем – это основные проблемы, которые ночной смене не удалось решить. Я все это записываю, после чего иду к своим пациентам.

В каждой палате я делаю полный осмотр больного: неврологический осмотр, прослушиваю сердце и легкие, лежащих осматриваю на предмет пролежней, оцениваю симптоматику (жалобы на боли, запоры, аппетит, сон, одышку и пр.), проверяю состояние внутривенных катетеров и капельниц, промываю зонды, кому надо – прочищаю трахеостомы, осматриваю швы и делаю перевязки, отвечаю на все вопросы и выдаю утренние лекарства.

Потом смотрю в свой список дел и начинаю звонить докторам. Например, мой больной жалуется на боль и тошноту. Или у него новые шумы в легких, или плохое мочеиспускание. Или он ни на что не жалуется, но у него помутнение сознания, или упало давление, или температура. Или анализы не в порядке. Или анализы в порядке, но больной плохо выглядит, и мне кажется, его рано выписывать. Или он съездил на магнитно-резонансную томографию (МРТ), которая показала что-то новое. Или, наоборот, все в порядке, но я считаю, что больному не нужны внутривенные вливания, потому что нет к тому показаний. Или считаю, что больной слишком много времени находится в кровати и ему нужна профилактика тромбоза, а доктор забыл сделать назначение. Или мне кажется, что больному нужна консультация какого-то специалиста (эндокринолога, например). Или в истории болезни – астма, и я думаю, что пациенту не помешают ингаляции с утра и перед сном. Или больной растерян и ему очень нужно поговорить именно с доктором, и доктор должен прийти, чтобы обсудить дальнейший ход лечения. И так далее. В общем, я звоню врачам по любым поводам, которые считаю значительными, и прошу их назначить или отменить то или иное лекарство, процедуру, отложить (или ускорить) выписку или просто дать знать о том или ином показателе.

Многие врачи задают дополнительные вопросы, и тут надо всегда знать и понимать, что важно сказать – какие анализы значимы, какие еще диагнозы есть у больного (врач может просто не помнить всех подробностей), какие наблюдаются аллергические реакции и т. д.

Многие врачи спрашивают: «А что вы предлагаете»? В таких случаях нужно всегда знать, что предложить. Или хотя бы держать в уме какие-то идеи. Обычно я так и начинаю разговор с врачом: «Больной С. нуждается в том-то и том-то, потому что (краткое описание ситуации)». Большинство делают назначение по моим советам, ну разве что я представления не имею, что делать (такое, конечно, бывает), или возникла ситуация, требующая личного осмотра больного врачом. Тогда я продолжаю весь день звонить, чтобы врач появился в больнице скорее. Многие врачи даже не дожидаются звонка, а сами звонят в больницу или приходят и спрашивают медсестру, какие назначения от них требуются сегодня. И тогда я их перечисляю.

Некоторые врачи (очень редко) не хотят делать назначений по телефону, и тогда нужно убедиться в том, что они в течение дня появятся в больнице и назначат то, что нужно. Упрямого врача всегда можно обойти. Вот у меня недавно был больной с метастазами в костях, а хороших обезболивающих назначено не было. Лечащий врач – уролог – назначил обезболивающие таблетки, которые при весе больного и его IV стадии рака вообще бы не подействовали, другого ничего назначить не захотел, а у больного метастазы, у него должен быть полный набор обезболивающих. Ну, я пошла к другому врачу, и она выписала мне все, что надо.

Попутно убеждаюсь, что все больные поели или накормлены (и что те, кому есть не положено перед операцией или процедурой, не едят), помыты (а лежащих обязательно каждые 2 ч вместе с санитаркой переворачиваем на другой бок и смазываем кремом от пролежней).

Помимо докторов, общаюсь с физиотерапевтами, диетологами, социальным работником и даже священником, если считаю, что моему пациенту необходима их помощь – поднять на ноги, подобрать правильную диету или зондовое кормление, помочь с финансовыми вопросами оплаты лечения, а также подумать насчет выписки (домой? в реабилитационный центр? с приходящей на дом медсестрой? где лечиться дальше амбулаторно? и пр.). Звоню также в диагностические кабинеты и убеждаюсь, что они не забыли и придут за моими пациентами, которым нужны МРТ, УЗИ и прочие процедуры, чтобы лечение не затягивалось.

Примерно каждый час, при необходимости – чаще, я навещаю своих больных и убеждаюсь, что у них все в порядке, а то мало ли – кому-то нужна

помощь, кто-то может упасть с кровати или не может дотянуться до кнопки вызова медсестры, или кончилась капельница, или надо в туалет и т. д. Ну и по вызовам иду, конечно.

Лекарства расписаны по часам, у каждого больного они – разные. Поэтому выдача лекарств продолжается всю смену. Если нет какого-то лекарства – звоню в аптеку, если больной не понимает, почему назначено лекарство, – объясняю. Слежу и за совместимостью лекарств.

Все, что я делаю, надо вносить в компьютер, включая баланс (мочи и прочих выделений), лекарства, все процедуры, а также результаты каждого осмотра, чтобы их могли увидеть врачи при необходимости, а также медсестра следующей смены и чтобы можно было отследить динамику. Все остальные специалисты тоже вносят свои данные в компьютер, поэтому все о больном можно прочесть в подробностях и представить себе полноценную картину.

Если поступает новый больной и его отдают на мое попечение, это – целая процедура: первичный осмотр, история болезни, назначение всех лекарств, установка катетера и пр. При этом назначения лекарств ВСЕГДА делает врач. Медсестра проводит первичный опрос, узнает, что принимает больной дома, передает список врачу, а потом проверяет, все ли лекарства назначены правильно (например, учтена ли аллергия, все ли диагнозы ими предусмотрены – астма, диабет и пр.) и все ли лекарства, которые больной обычно принимает дома, включены в список, помимо тех, что назначили в больнице. Это называется «medication reconciliation».

Если больной выписывается или переводится в другую больницу или реабилитационный центр, делается то же самое, но побыстрее – все-таки выписка проще; если у моего больного проводится процедура прямо в отделении (установка плеврального дренажа, центральных катетеров и пр.), то я ассистирую – объясняю процедуру больному, проверяю, подписано ли согласие на операцию и является ли это согласие информированным, приношу все оборудование, слежу, чтобы врач помыл руки и соблюдал стерильный протокол (в противном случае могу остановить процедуру, так как у меня протокол в руках и я все туда записываю).

При разных состояниях больных требуются разные протоколы лечения, и я должна следить за тем, чтобы все соблюдалось. Например, при пневмонии, помимо антибиотиков, нужно, чтобы больной каждый час делал дыхательные упражнения. У лежачих нужно проводить профилактику тромбозов, у онкологических – соблюдать нейтропеническую диету, делать полоскания, еженедельные переклейки катетера, агрессивную профилактику инфекций и пр. Послеоперационным

нужна адекватная болевая терапия. Больным с зондами следует промывать зонды каждые 2 ч или в зависимости от протокола. От больных, которым переливается кровь, нельзя отходить в первые 15 мин вообще, требуется измерять давление, температуру и кислород в крови каждые 15 мин в течение 1-го получаса, а потом через 4 ч после переливания брать анализы крови. У больных с поносом надо брать анализ кала, а у тех, у кого температура – анализы крови, мочи и мокроты. И т.д.

Каждый день или через день в обед у нас еще проводятся консилиумы, в которых медсестра – главный докладчик.

А еще у каждой медсестры в нашей больнице есть портативный рабочий телефон типа рации, и по нему все время звонят врачи, которым я оставляла сообщение на автоответчике, озабоченные родственники, секретарь отделения, которой поступают вызовы больных из палат, и санитарки, которым нужна помощь. Телефон всегда звонит в самые неподходящие моменты, например, когда я занимаюсь перевязкой швов, или обработкой катетера, или когда мы моем больного с жутким поносом.

Если мне кажется, что что-то делается не в соответствии с принципами доказательной медицины, я могу поднять об этом вопрос на общем собрании, после чего в больнице могут начать в этом направлении работать или придется нажимать на них, чтобы начали.

Ну и самое главное: я общаюсь со своими пациентами и их родственниками, разговариваю с ними, узнаю о них как можно больше, чтобы знать, как им помочь.

Что должна знать медсестра больницы? Все процедуры и операции, которые здесь могут выполняться; уметь объяснить их больному простыми словами, чтобы было понятно (и чтобы можно было подписать с больным согласие на ту или иную процедуру); знать и правильно интерпретировать клинические лабораторные анализы, чтобы всегда можно было доложить доктору, если что-то не так; диагностировать пролежни и уметь их предотвращать и лечить (пролежни – целиком забота медсестры, за пролежни, образовавшиеся в больнице, страховые компании деньги не платят); знать диетологию, зондовое кормление, парентеральное кормление; очень хорошо знать фармакологию, совместимость лекарств, в зависимости от специализации о каких-то лекарствах надо знать больше; уметь снимать и интерпретировать ЭКГ, уметь расшифровывать результаты любых функциональных исследований (хотя, конечно, мы сами не диагностируем); понимать клиническую ситуацию больного; именно медсестры первыми распознают

первые признаки инфаркта, инсульта, пневмонии, заболеваний другими инфекциями и прочие изменения в состоянии больного и передают информацию врачу.

Именно поэтому все больше и больше больницы принимают на работу исключительно медсестер с высшим образованием, а в США собираются выпустить закон, обязывающий всех работающих медсестер получить высшее медсестринское образование в течение 10 лет.

В общем медсестра находится с больным целый день. Симптоматическое лечение – это наше все. Медсестра координирует своевременное и адекватное лечение и отвечает за него, как и за уход за каждым своим пациентом. Недаром медсестер называют «patient advocate» – защитник больного. Защитник от плохого лечения в пользу хорошего.

Именно это так меня привлекло к сестринскому делу в США. А вот в России единственным

местом, где медсестры так работали, был хоспис. И очень маловероятно, что система медсестринства в России поменяется, потому что для этого нужно менять слишком многое – от образования до зарплат и общего подхода к медицине. Мои знакомые врачи в России говорят, что медсестры с высшим образованием в России практически не востребованы. А жалко.

A DAY IN THE LIFE OF AN AMERICAN NURSE

Anna Egorova, RN, BSN

Saint Clare's Hospital, New Jersey, USA

The paper gives a report of a nurse who has been living in the United States of America for 10 years. She finished the New York University College of Nursing and works at the cancer unit, New Jersey city hospital.

Key words: a nurse in the USA, working day, nursing diagnosis.