

№3(51)
2015

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**
Право. Этика. Этикет



Подписка на «Старшую» в разгаре



Уважаемые коллеги! Подписаться на журнал «Старшая медицинская сестра» можно в любом почтовом отделении России – это вам давно и хорошо известно. Напоминаем, что в полугодие выходит 4 номера нашего журнала с самой полезной, важной и своевременной информацией по главным направлениям работы старших медицинских сестер!

Но не все еще знают, что оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2015 года, отправьте **880 руб.** (для частных лиц) или **1760 руб.** (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк ОАО «ОТП Банк», г. Москва

Р/сч **40702810700320025974** К/сч **30101810000000000311**

БИК **044525311** ИНН **7715760845** КПП **771501001**

Оплатить подписку через редакцию можно и электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу:

127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.

В строке «Для письменного сообщения» также напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО и издание, например: СМС 2-е полугодие 2015 г.

Информация о подписке по телефонам:

(495) 664-20-42; 8-916-031-02-83.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**
Право. Этика. Этикет

Издательство
«Медицинский проект»
2015

Автор:

И.С. МЫЛЬНИКОВА, старший преподаватель кафедры биоэтики, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Право. Этика. Этикет

Брошюра посвящена правовым, этическим и культурным нормам, регулирующим трудовые права и обязанности медицинских сестер. Адресована медицинским сестрам, руководителям сестринских коллективов, профсоюзным активистам, преподавателям сестринского дела.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1	
Правовое регулирование труда медицинского работника.....	5
1.1. Общие вопросы регулирования трудовых прав и обязанностей.....	5
1.2. Практические примеры трудовых споров по расширению должностных обязанностей медицинских сестер.....	15
ГЛАВА 2	
Этическое регулирование сестринской деятельности.....	43
2.1. Общие сведения о моральных нормах.....	43
2.2. Моральные нормы, регулирующие взаимоотношения медсестры и пациента.....	43 *
2.3. Моральные требования к себе и своим коллегам.....	70
ГЛАВА 3	
Культурное регулирование прав и обязанностей медицинского работника.....	74
3.1. Неумение общаться с пациентом как недостаток коммуникативной компетенции медицинского работника.....	74
3.2. Этикет общения с инвалидами, людьми, потерявшими слух и зрение....	75
3.3. Нужно ли вставать, когда врач подходит к сестринскому посту или входит в сестринскую комнату?.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ	
Международный кодекс медицинской этики.....	78

Введение

- *Кто обязан выносить судно за больным?*
- *Почему я должна работать одна на два поста?*
- *Какое вы имеете право заставлять меня проходить медосмотр и делать прививку от гриппа?*
- *Заведующая требует, чтобы мы вставали, когда она входит в сестринскую, а мы не обязаны!*

Медсестры нередко обижаются и даже возмущаются, когда, как им кажется, руководство нарушает их права, нагружает несвойственными обязанностями, выдвигает неприемлемые требования. Подобные вопросы часто являются причиной серьезных конфликтов и даже судебных дел. Как разобраться в ситуации и выбрать правильную линию поведения? Надеемся, очередной выпуск «В помощь практикующей медсестре» поможет в решении этих проблем.

Права и обязанности работника на рабочем месте регулируют различные «писанные и неписанные» нормы. Различают нормы правовые, моральные и культурные.

Правовые нормы закреплены законом, за их невыполнение работник может быть наказан в соответствии с трудовым, административным, уголовным и гражданско-правовым правом.

Моральные нормы люди принимают на себя добровольно, а мерилom выступает совесть. Иногда отдельные люди или группы людей публично объявляют о своих обязательствах соблюдать те или иные моральные нормы. Так сделал Гиппократ, давая свою клятву. В наше время так сделали российские медсестры, приняв собственный Этический кодекс, тем самым объявив всему обществу, что будут милосердными, добросовестными и т.п.

Культурные нормы тоже играют большую роль в производственной жизни медсестры. Нормы поведения, определяемые культурой, называют этикетом.

Человек, грубо нарушивший эти нормы, нередко отторгается обществом, вызывает неприятие, недоумение. Представим себе медсестру, явившуюся на работу в нелепой одежде или бранящуюся, – реакция окружающих будет предсказуемо неодобрительной.

Мы рассмотрим права и обязанности медсестер с точки зрения правовых, моральных и культурных норм. Правовые нормы регулируют в основном трудовые обязанности и права работников, моральные нормы определяют взаимоотношения медицинских работников и их пациентов, культурные нормы формируют правила поведения на работе, или профессиональный этикет.

Знание этих норм, их соблюдение определяет уровень профессионализма медсестры, позволяет грамотно выстраивать взаимоотношения с коллегами и пациентами, избегать конфликтов.

Глава 1. Правовое регулирование труда медицинского работника

«Я не буду этого делать – это не моя обязанность»! – такую фразу мы нередко слышим, сталкиваясь с трудовыми конфликтами в учреждениях здравоохранения. В самом деле, где зафиксированы обязанности, которые принимает на себя работник, заключая трудовой договор с работодателем? В каких случаях у работника есть право отказаться от выполнения обязанностей, вмененных ему работодателем или коллегами, старшими по положению?

1.1. Общие вопросы регулирования трудовых прав и обязанностей

1.1.2. Общие и конкретные трудовые обязанности работника, нормы труда

Как известно, базовым документом, регулирующим трудовые правоотношения, является Трудовой кодекс Российской Федерации (далее – ТК РФ). Именно он содержит нормы права, определяющие взаимные права и обязанности работников и работодателей.

Согласно ТК РФ работник, заключивший трудовой договор, принимает на себя определенные трудовые обязанности и объемы работ.

Трудовые обязанности

Различают трудовые обязанности двух видов.

Первый вид – это общие трудовые обязанности, касающиеся всех работников, они закреплены в ч. 2 ст. 21 ТК РФ:

- добросовестно исполнять трудовые обязанности, возложенные на работника трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя (в том числе к имуществу третьих лиц, находящемуся у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) и других работников;
- незамедлительно сообщать работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества).

Эти обязанности могут быть включены в трудовой договор, но могут и отсутствовать в нем. Однако невключение каких-либо из перечисленных выше прав и (или) обязанностей работника и работодателя в трудовой договор не может рассматриваться как отказ от реализации этих прав или исполнения этих обязанностей (ч. 5 ст. 57 ТК РФ).

Помимо перечисленных в ТК РФ, общие для всех работников трудовые обязанности могут быть зафиксированы в других актах трудового законодательства или иных нормативных правовых актах, содержащих нормы трудового права. Они также могут содержаться в локальных нормативных актах и коллективном договоре.

Все эти общие обязанности носят обязательный характер вне зависимости от того, включены они в текст трудового договора или нет.

Второй вид трудовых обязанностей, которые принимает на себя работник, – это его конкретные трудовые обязанности в определенной должности, специальности, профессии у данного работодателя. Эти конкретные трудовые обязанности могут быть расписаны в тексте трудового договора, но чаще для их закрепления используют должностные инструкции, которые при приеме на работу рассматриваются в качестве приложения к трудовому договору.

Обязанности работника по занимаемой должности, специальности, профессии могут быть закреплены также в других документах, но менее распространенных, чем должностная инструкция, например в описании рабочего места, в технологической карте.

Таким образом, любой из вышеперечисленных документов (трудовой договор, должностная инструкция, описание рабочего места, технологическая карта) может определять (уточнять) специфику должностных обязанностей применительно к условиям работы данного сотрудника у конкретного работодателя.

Работник должен быть «под роспись» ознакомлен со всеми локальными документами, в которых содержится информация о его трудовых обязанностях. При этом в соответствии с ст. 22 ТК РФ в обязанности работодателя входит осуществление действий по ознакомлению работников под роспись с принимаемыми локальными нормативными актами, непосредственно связанными с их трудовой деятельностью.

Объемы работ

Помимо качественного состава обязанностей, работника интересует объем работы, который он обязуется выполнить по трудовому договору. Для его определения существуют нормы труда. Работодатель обязан использовать их в соответствии со ст. 159–164 ТК РФ.

В настоящее время нормирование труда осуществляется по общему правилу непосредственно в организациях посредством разработки и принятия соответствующих локальных нормативных актов. В государственном и муниципальном здравоохранении при этом должны учитываться типовые нормы,

утвержденные Минздравом РФ. Нормы труда вводятся приказом главного врача. Предварительно они должны быть согласованы с представительными органами работников медицинской организации (профсоюзом). Нормы труда могут быть закреплены в коллективном договоре организации.

1.1.3. Должностные инструкции

Должностные инструкции играют большую роль в определении трудовой функции работника.

Должностная инструкция является организационно-правовым документом, в котором четко определяются место и значение конкретной должности в структуре организации, а именно: задачи, основные права, обязанности и ответственность работника при осуществлении им трудовой деятельности согласно занимаемой должности.

Какой правовой статус имеет должностная инструкция?

В ТК РФ определено, что обязанности работника в соответствии с занимаемой должностью должны быть закреплены в трудовом договоре. Трудовой договор относится к числу обязательных документов, ведение которых является обязанностью работодателя. Трудовой договор должен быть заключен в письменной форме (ст. 67 ТК РФ). Должностные инструкции в числе обязательных документов в ТК РФ не названы.

Дело в том, что, помимо обязательных кадровых документов, ТК РФ признает необязательные документы, которые работодатель может принимать в рамках локального нормотворчества, их перечень, порядок ведения работодатель определяет самостоятельно. Факультативные кадровые документы носят рекомендательный характер, они также содержат нормы трудового права и необходимы для регламентации трудовых отношений. К факультативным кадровым документам можно отнести, например, положения о структурных подразделениях, положения о персонале, должностные инструкции.

Таким образом, ТК РФ не содержит нормы об обязательном наличии у работодателя должностных инструкций, и потому должностная инструкция формально не является обязательным кадровым документом. Однако, как известно, деятельность бюджетных организаций, органов государственной власти и местного самоуправления регулируется в том числе и приказами вышестоящих органов. И эти вышестоящие органы, используя свои полномочия, могут обязать подчиненных им руководителей разрабатывать должностные инструкции и применять их в практической деятельности. В этом случае должностная инструкция становится обязательным кадровым документом.

Считается, хотя и не определено законом, что должностная инструкция должна составляться по каждой штатной должности, иметь типовую форму и предъявляться сотруднику под роспись при заключении трудового договора, а также при перемещении на другую должность и при временном исполне-

нии обязанностей по должности. Во многих медицинских организациях, где используют должностные инструкции, так и происходит.

В частном бизнесе каждый работодатель в рамках локального нормотворчества в соответствии с трудовым законодательством сам определяет перечень и порядок ведения должностных инструкций.

Иными словами, должностная инструкция по своему правовому статусу является локальным нормативным актом. Локальные нормативные акты – это акты, содержащие нормы трудового права, разрабатываемые для регламентации трудовых отношений с учетом специфики труда у конкретного работодателя и установления работодателем условий труда в пределах своей компетенции в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективными договорами, соглашениями. При этом локальные нормативные акты не могут содержать норм, снижающих уровень прав и гарантий работников, установленный трудовым законодательством.

Большинство работодателей могут принимать локальные нормативные акты. Поэтому практически все работодатели – как юридические, так и физические лица – компетентны издавать должностные инструкции.

Таким образом, должностная инструкция является локальным нормативным актом, в соответствии с которым работник осуществляет трудовую деятельность. Она регламентирует организационно-правовое положение работника, его обязанности, права, ответственность, предъявляемые к нему квалификационные требования, порядок приема, увольнения, замещения. Должностная инструкция, определяющая правовое положение, права и обязанности работника может быть оформлена как самостоятельный документ или как приложение к основному документу. Должностная инструкция может быть приложением, например, к трудовому договору работника или к положению о структурном подразделении. Как нормативно-правовой документ, должностные инструкции служат основанием для разрешения трудовых споров, производственных конфликтов, например, о необходимости исполнения тех или иных обязанностей, о подчиненности работника определенному руководителю, для определения правомерности тех или иных мер дисциплинарных взысканий и тому подобное.

Должностная инструкция и квалификационная характеристика

При составлении должностных инструкций в качестве справочных документов могут использоваться квалификационные характеристики, опубликованные в соответствующих квалификационных справочниках (Письмо Федеральной службы по труду и занятости от 09.08.2007 № 3042-6-0).

Содержащийся в них перечень должностных обязанностей может быть скорректирован с учетом особенностей организации производства, труда и управления в конкретной организации.

Во вводном разделе Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих (ЕКС)* имеется пояснение: «В целях совершенствования организации и повышения эффективности труда работников учреждения возможно расширение круга их обязанностей по сравнению с установленными соответствующей квалификационной характеристикой. В этих случаях без изменения должностного наименования работнику может быть поручено выполнение обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками других должностей, близких по содержанию работ, равных по сложности, выполнение которых не требует другой специальности и квалификации».

Судебная практика по делам, связанным с расширением функциональных обязанностей работников, указывает на то, что судьи используют эту формулировку из общей части ЕКС в качестве обоснования своих решений (один из примеров – апелляционное определение Архангельского областного суда от 18.08.2014 по делу № 33-4099).

Там же есть разъяснение, что при необходимости должностные обязанности, включенные в квалификационную характеристику определенной должности, могут быть распределены между несколькими исполнителями.

Трудовая функция работника, принимаемого для выполнения работы, не предусмотренной квалификационными справочниками, самостоятельно устанавливается соглашением сторон трудового договора.

Окончательный же вариант должностной инструкции и перечень конкретных должностных обязанностей определяется работодателем, что является его правом в соответствии со ст. 8 ТК РФ.

1.1.4. Что такое «неисполнение должностных обязанностей» и какие санкции могут быть наложены на работника, не выполнившего свои обязанности?

Виды ответственности работника

Неисполнение правовых норм ведет к соответствующему, законодательно определенному воздаянию. Статьей 192 ТК РФ установлено, что за совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить дисциплинарные взыскания. Статья 192 ТК РФ установила следующие меры дисциплинарного взыскания:

- замечание,
- выговор,
- увольнение по соответствующим основаниям.

* Утв. постановлением Минтруда РФ от 21 августа 1998 г. № 37, с изменениями и дополнениями от 21 января, 4 августа 2000 г., 20 апреля 2001 г., 31 мая, 20 июня 2002 г., 28 июля, 12 ноября 2003 г., 25 июля 2005 г., 7 ноября 2006 г., 17 сентября 2007 г., 29 апреля 2008 г., 14 марта 2011 г., 15 мая 2013 г., 12 февраля 2014 г.

Применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине, ТК РФ не допускает*.

Работник может быть привлечен к дисциплинарной ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение любых из трудовых обязанностей – как установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, так и трудовым договором, локальными нормативными актами.

Кроме того, если неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей работником привели к прямому действительному ущербу для работодателя и установлена причинно-следственная связь между действиями работника при исполнении им должностных обязанностей и нанесенным ущербом, работник может быть привлечен и к материальной ответственности.

Дисциплинарная и материальная ответственность – это виды юридической ответственности, к которой работодатель может привлечь работника самостоятельно. Однако исходя из характера неисполнения должностных обязанностей и последствий, к которым оно привело, может наступать административная и уголовная ответственность. В этом случае работодатель, например, может инициировать привлечение работника к ответственности через соответствующие правоохранительные органы.

Особую актуальность приобрела проблема финансовых санкций к работникам, или штрафам. Часть 3 ст. 155 ТК РФ устанавливает, что «при невыполнении норм труда (должностных обязанностей) по вине работника оплата нормируемой части заработной платы производится в соответствии с объемом выполненной работы».

Что означает термин «неисполнение» должностных обязанностей?

К неисполнению работником должностных обязанностей относится: нарушение требований законодательства, обязательств по трудовому договору, правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов руководителя.

Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 17 марта 2004 г. № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» (далее – постановление Пленума ВС РФ № 2), основываясь на судебной практике, дает разъяснения о том, что относится к неисполнению трудовых обязанностей без уважительных причин:

* Дополнительные меры взыскания возможны только в том случае, если на работника распространяется специальная дисциплинарная ответственность. В ч. 2 ст. 192 ТК РФ указано, что федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания. Так, Федеральный закон от 27 июля 2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» в дополнение к общему перечню взысканий, применяемых к работникам, предусматривает такие взыскания, как предупреждение о неполном должностном соответствии, освобождение от замещаемой должности гражданской службы.

а) отсутствие работника без уважительных причин на работе либо рабочем месте. По вышеуказанному основанию можно, например, уволить работника за постоянные опоздания, однако причины опоздания должны быть неуважительными. Перечень уважительных причин законодательно не установлен. На практике уважительными причинами суд может признать вызов в правоохранительные органы и суд, прохождение медосмотра, сбой в работе транспорта, аварии, пожары, наводнения, болезнь работника или его близких родственников и тому подобное.

При наличии реальной возможности работник должен документально (например, справками из соответствующих организаций, повестками и так далее) подтвердить уважительность причин, в результате которых образовалась невозможность исполнения трудовых обязанностей;

б) отказ работника без уважительных причин от выполнения трудовых обязанностей в связи с изменением в установленном порядке норм труда (ст. 162 ТК РФ), так как в силу трудового договора работник обязан выполнять определенную этим договором трудовую функцию, соблюдать действующие в организации правила внутреннего трудового распорядка (ст. 56 ТК РФ);

в) отказ или уклонение без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, а также отказ работника от прохождения в рабочее время специального обучения и сдачи экзаменов по охране труда, технике безопасности и правилам эксплуатации, если это является обязательным условием допуска к работе. Неприменение работником средств индивидуальной защиты, когда это является обязательным условием допущения к работе, также рассматривается как неисполнение им своих трудовых обязанностей и служит основанием для применения к нему мер дисциплинарной ответственности;

г) отказ работника без уважительных причин от заключения договора о полной материальной ответственности за сохранность материальных ценностей, если выполнение обязанностей по обслуживанию материальных ценностей составляет для работника его основную трудовую функцию. Такой отказ признается неисполнением трудовых обязанностей, если работник при приеме на работу был извещен работодателем об основной трудовой функции по обслуживанию материальных ценностей. В соответствии с действующим законодательством с ним может быть заключен договор о полной материальной ответственности.

Необходимо различать два понятия: «неисполнение» и «ненадлежащее исполнение» трудовых обязанностей. Критерием ненадлежащего исполнения трудовых обязанностей по общему правилу является исполнение обязанностей не в полном объеме, за пределами отведенных для этого сроков (до или после), вследствие чего получен результат, не соответствующий первоначальной цели исполнения.

1.1.5. Может ли работодатель требовать от работника выполнения работы, которая не предусмотрена трудовым договором, должностной инструкцией?

Нередко работодатель, определяя трудовую функцию работника в должностной инструкции, включает в нее пункт о выполнении иных «распоряжений руководителя». Работодателю кажется, что эта формулировка позволяет ему требовать от работника исполнения иной работы, не включенной в перечень должностных обязанностей, составленный с учетом квалификационных характеристик.

Вне зависимости от того, есть такая формулировка в должностной инструкции или ее нет, работодатель не вправе требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором (ст. 60 ТК РФ запрещает принудительный труд), одним из разделов которого является описание трудовой функции работника, его трудовых обязанностей в соответствии с квалификационной характеристикой.

Если все же работодатель потребует от работника что-либо исполнить сверх того, что закреплено в трудовом договоре, должностной инструкции, то это придется дополнительно оплачивать. Режимы совмещения и замещения основаны на том, что доплата производится за выполнение тех функций, которых нет в должностной инструкции и трудовом договоре. Размеры доплат при совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, устанавливаются по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы (п. 2 ст. 151 ТК РФ).

Наложение дисциплинарного взыскания на работника, отказавшегося выполнять работу, не предусмотренную условиями трудового договора, должностной инструкции, рассматривается как нарушение работодателем законодательства о труде и грозит ему привлечением к административной ответственности, в соответствии со ст. 5.27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

1.1.6. Изменения должностных обязанностей (должностной инструкции) и объемов работы

Изменение должностных обязанностей

Нередко работодатели расширяют трудовую функцию работника в одностороннем порядке, своим приказом. Между тем исходя из нормы ст. 72 ТК РФ любые изменения в перечне должностных обязанностей допускаются только по соглашению сторон трудового договора, за исключением особых случаев, предусмотренных ТК РФ, и требуют составления дополнительного документа – соглашения об изменении определенных сторонами условий

трудового договора. Следовательно, работодатель, прежде чем издавать приказ об изменении должностной инструкции, обязан заключить с работником соглашение об изменении должностных обязанностей в письменной форме. При этом, если прежние определенные сторонами условия не могут быть сохранены, а работник не согласен на продолжение работы в новых условиях, трудовой договор с ним может быть прекращен по п. 7 ст. 77 ТК РФ.

Изменение должностных обязанностей приказом руководителя, в одностороннем порядке

Рассмотрим подробнее случаи, когда ТК РФ допускает изменение должностной инструкции без согласия работника – они определены ст.ст. 72.2, 74 ТК РФ.

Если изменение объема должностных обязанностей вызвано причинами, связанными с изменением организационных или технологических условий труда и не свидетельствует об изменении трудовой функции работника, работодатель вправе изменить должностную инструкцию работника без его согласия в порядке, предусмотренном ст. 74 ТК РФ. К примеру, работника можно обязать работать на персональном компьютере, если в подразделении, где он трудится, решили отказаться от бумажного документооборота и использовать новые информационные технологии.

Если работодатель не сможет доказать, что изменения, внесенные в инструкцию, связаны с изменением организационных или технологических условий труда, то возложение на работника дополнительных, иных, сверх должностной инструкции, должностных обязанностей незаконно.

Итак, при изменении организационных или технологических условий труда законом разрешено изменять функциональные обязанности работника, не изменяя при этом его трудовой функции.

Что такое «трудовая функция»?

Здесь уместно уточнить понятие «трудовая функция». В соответствии со ст.ст. 15 и 57 ТК РФ под трудовой функцией понимается:

- работа по должности в соответствии со штатным расписанием;
- работа по определенной профессии, специальности с указанием квалификации;
- конкретный вид поручаемой работнику работы.

Специалист по трудовому праву И.А. Костян дает следующее толкование этому довольно краткому определению*: «...Под трудовой функцией следует понимать:

- определенный круг работ, производственных операций, их характеристику, установленные соглашением сторон в пределах профессии, специальности, предусмотренных Единым тарифно-квалификационным справочником (ЕТКС) работ и профессий рабочих;

- круг должностных обязанностей, определенных соглашением сторон, в

* Костян И.А. Трудовая функция работника. – Журнал «Справочник кадровика». – 2007.

пределах должностей руководителей, специалистов и служащих, квалификационных характеристик, предусмотренных Единым квалификационным справочником.

Если работник принимается на работу по конкретной должности, предусмотренной штатным расписанием работодателя, то его трудовая функция будет определяться сторонами трудового договора в соответствии с ЕКС должностей руководителей, специалистов и служащих.

Если с работником заключен трудовой договор о выполнении им работы по определенной профессии, специальности, то его трудовая функция определяется ЕТКС работ и профессий рабочих. В этом случае трудовая функция работника определяет характеристики видов работ по профессии в зависимости от их сложности и соответствующих им тарифных разрядов. В том случае, когда работник принимается для выполнения работ, которые не предусмотрены ни ЕКС, ни ЕТКС, его трудовая функция определяется соглашением сторон. Как правило, это применимо по отношению к отдельным категориям работников».

Представленные разъяснения позволяют сделать краткое заключение:

- новые обязанности, вменяемые работнику, в принципе должны быть свойственны занимаемой должности (согласно квалификационной характеристике по этой должности), соответствовать целям и задачам структурного подразделения, в котором занят работник, а также
- работник в состоянии выполнять их в силу своей квалификации и образования.

При изменении обязанностей работника, если это делается без его согласия, по приказу руководителя, работодатель обязан заблаговременно уведомлять работника обо всех изменениях, вносимых в его должностную инструкцию. Работник должен быть ознакомлен с должностной инструкцией по занимаемой им должности/профессии в письменной форме.

Если предлагаемые новые обязанности не соответствуют трудовой функции работника, работодатель обязан вступить с ним в переговоры. Работник имеет полное право отказаться от их исполнения.

Изменение норм труда

Установление нормы труда затрагивает интересы сторон трудового договора. Эти интересы противоречивы. Работодатель заинтересован в постоянном пересмотре норм труда в сторону их ужесточения. Однако повышение норм невыгодно работнику, поскольку приводит к снижению его заработка, для сохранения прежнего заработка при новых нормах необходимо приложить больше трудовых усилий. Поэтому закон с учетом интересов обеих сторон определяет условия пересмотра норм труда. В соответствии с ч. 2 ст. 160 ТК нормы труда могут быть пересмотрены только по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост произво-

длительности труда, а также в случаях использования физически и морально устаревшего оборудования.

Установленные в порядке, предусмотренном законодательством, нормы труда вводятся в действие приказом (распоряжением) работодателя, в котором указывается, где и с какого времени подлежат применению новые нормы труда. О введении новых норм труда работники должны быть извещены не позднее чем за 2 месяца (ч. 2 ст. 162 ТК), в отличие от месячного срока, который был предусмотрен прежним КЗоТом. Двухмесячный срок исчисляется со дня объявления работникам новых норм труда, список которых должен быть вывешен на производственных объектах, где их предстоит ввести. Нормы труда, введенные в действие без извещения работников или с нарушением сроков, не имеют юридической силы. Если 2-месячный срок извещения нарушен, то работник вправе требовать оплаты выполненной работы по прежним нормам и расценкам впрямь до истечения 2-месячного срока предупреждения.

Таковы общие принципы правового регулирования функциональных обязанностей работника в их качественном и количественном выражении, определяемые трудовым законодательством. Ниже мы рассмотрим, как они могут применяться при решении конкретных трудовых споров.

1.2. Практические примеры трудовых споров по расширению должностных обязанностей медицинских сестер

Разберем ряд конкретных трудовых споров по поводу расширения круга должностных обязанностей и увеличения объема работы медсестер без их согласия. Они взяты автором из писем читателей в редакцию, из вопросов, задаваемых медсестрами на различных циклах повышения квалификации, с «интернет-страничек», посещаемых средним медперсоналом. Во всех этих письмах и обращениях, по сути, звучит один и тот же вопрос: «Меня заставляют делать то, чего я раньше никогда не делала. Меня заставляют работать больше, чем раньше. Могу ли я отказаться?»

1.2.1. Медсестру принуждают выполнять работу, которая входит в обязанности по другой должности, – законно ли это?

На медсестру без ее согласия, как правило, возлагаются обязанности:

- по иным сестринским должностям (например, на палатную медсестру могут возложить обязанности медсестры перевязочной),
- по должностям младшего медперсонала (санитарок, уборщиц, операторов персональных вычислительных машин и т.п.),
- по врачебным должностям.

Рассмотрим каждый из перечисленных вариантов.

На медсестру возлагают обязанности по иной сестринской должности или работу на две ставки

- *Перевязочную медсестру вынуждают работать также и в процедурном кабинете.*
- *Участковой медсестре вменили в обязанность выполнять перевязки на дому.*
- *От палатной медсестры требуют, чтобы она «прикрывала» приемное отделение, так как медсестра приемного не вышла на работу по болезни.*
- *Постовую медсестру оставляют работать одну на два поста отделения.*

Это неполный перечень ситуаций, которые вызывают протест медсестер. Они хотят разобраться, должны ли делать все это?

При рассмотрении всех этих ситуаций следует использовать общий алгоритм. Необходимо проверить законность распоряжения руководства – соблюдаются ли требования ТК РФ, которые обсуждались нами выше, в разделе 1.6. Согласно этим требованиям, вменяя работнику новые обязанности без его согласия, работодатель должен соблюсти ряд условий:

- изменение обязанностей должно быть связано с изменением организационных или технологических условий труда (изменения в технике и технологии производства, структурная реорганизация производства, другие причины), в связи с чем условия трудового договора, определенные сторонами при заключении трудового договора, не могут быть сохранены. В настоящее время в здравоохранении идут «реформа», «модернизация», «реструктуризация», «оптимизация», и большинство споров об изменении круга функциональных обязанностей работников возникает именно в связи «с изменением организационных или технологических условий труда»;

- изменение функциональных обязанностей не должно в корне менять «трудовую функцию работника». Другими словами, работодатель не имеет права заставить «сапожника печь пироги, пекаря точать сапоги». Конкретными документами, от которых следует отталкиваться при определении содержания трудовой функции, являются квалификационные характеристики, которые содержатся в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих (по разделу «Здравоохранение»). Расширяя круг обязанностей работников здравоохранения, работодатели часто нарушают именно это требование, так как включают в сферу новых обязанностей те, которые отсутствуют в квалификационной характеристике по должности данного работника и имеются в характеристике по другой должности. Между тем во вводной части к ЕКС, где даны разъяснения, как следует применять квалификационные характеристики на практике, говорится, что «работнику может

быть поручено выполнение обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками других должностей, близких по содержанию работ, равных по сложности, выполнение которых не требует другой специальности и квалификации». Если же производственная ситуация такова, что без частичного изменения трудовой функции работника обойтись невозможно, администрация должна пойти на переговоры и добиться соглашения сторон, что должно быть закреплено соответствующим документом;

- изменение норм труда без согласия работника допускается только по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда.

Рассмотрим, соблюдаются ли перечисленные условия в разбираемых нами ситуациях.

Может ли перевязочная медсестра работать одновременно и в процедурном кабинете?

Чтобы ответить на этот вопрос, мы должны сравнить содержание и сложность работ по этим должностям, а также требования к квалификации работников, которые эти должности могут замещать. Сравним квалификационные характеристики перевязочной и процедурной медсестры, которые содержит ЕКС по разделу «Здравоохранение».

Процедурная медсестра

- Выполняет назначенные лечащим врачом процедуры, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.
- Помогает при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач.
- Производит взятие крови из вены для исследования и отправляет ее в лабораторию.
- Обеспечивает учет и хранение лекарств групп А и Б в специальных шкафах.
- Обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики в процедурном кабинете при проведении процедур.
- Стерилизует инструментарий и материал.
- Составляет требования на получение инструментария, оборудования, медикаментов и перевязочного материала и получает их в установленном порядке.
- Ведет учетно-отчетную документацию.
- Контролирует санитарно-гигиеническое содержание процедурного кабинета. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиениче-

ского режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинфекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Перевязочная медсестра

- Выполняет назначенные лечащим врачом манипуляции, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.
- Сопровождает тяжелобольных после проведенных манипуляций в палату.
- Подготавливает к стерилизации инструментарий, шприцы, капельницы.
- Осуществляет систематический санитарно-гигиенический контроль за помещением перевязочной.
- Обеспечивает систематическое пополнение, учет, хранение и расходование медикаментов, перевязочного материала, инструментария и белья.
- Инструктирует младший медицинский персонал перевязочной и контролирует его работу. Ведет медицинскую документацию.
- Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинфекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

В целом очевидно, что речь идет о близких по содержанию работах, равных по сложности. Также очевидно, что обе должности – сестринские. В подразделе о квалификации сказано, что процедурная медсестра должна иметь среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», или «Акушерское дело», или «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», или «Общая практика», или «Сестринское дело в педиатрии» без предъявления требований к стажу работы. Перевязочная медсестра должна иметь среднее профессиональное образование и сертификат специалиста по тем же специальностям. То есть квалификация работников полностью совпадает.

Вывод: работодатель может вменить перевязочной медсестре исполнение обязанностей процедурной и наоборот.

Однако не надо забывать, что дополнительная нагрузка должна в целом укладываться в нормативы труда на одну ставку. Если совокупная нагрузка превысит этот норматив, встает вопрос о дополнительной оплате.

Кроме того, эпидемиолог обязан написать дополнение к инструкции о санитарно-противоэпидемическом режиме, что, переходя из перевязочного кабинета в процедурный, медсестра должна менять спецодежду (халат, обувь), обрабатывать руки антисептиком. Вероятно, нужно запретить перемещение расходных материалов из одного кабинета в другой и т.п.

Участковой медсестре приказали проводить перевязки больных с хроническими ранами на дому. Входит ли это в ее обязанности и может ли она отказаться делать это? Ведь перевязки – это обязанность медсестры перевязочной!

Перед нами стоит вопрос, может ли руководитель в данном случае внести изменения и дополнения в функциональные обязанности участковой медсестры без ее согласия? Рассмотрим и сравним квалификационные характеристики медсестры участковой и медсестры перевязочной.

Участковая медсестра согласно своей квалификационной характеристике:

- организует амбулаторный прием врача-терапевта (педиатра) участкового, обеспечивает его индивидуальными картами амбулаторных больных, бланками рецептов, направлений, подготавливает к работе приборы, инструменты;

- формирует совместно с врачом-терапевтом (педиатром) участковым врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных;

- осуществляет диспансерное наблюдение больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;

- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью результатов в медицинской карте амбулаторного больного;

- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;

- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;

- изучает потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;

- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неот-

ложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

- оформляет направление больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения, по медицинским показаниям;

- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противозидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;

- оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу, а также заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;

- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;

- совместно с органами социальной защиты населения организует медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

- руководит деятельностью младшего медицинского персонала;

- ведет медицинскую документацию;

- принимает участие в анализе состояния здоровья обслуживаемого населения и деятельности врачебного (терапевтического) участка;

- осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов;

- осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

В приведенной квалификационной характеристике участковой медсестры нет прямых указаний, что она проводит сестринские манипуляции по назначению врача. Однако там есть указания, что она делает это в экстренных ситуациях. Таким образом, мы не сможем доказать, что проведение перевязок не соответствует содержанию ее работы, имеет иную сложность (гораздо проще или гораздо сложнее).

Теперь сравним требования к специальности и квалификации участковой и перевязочной медсестры. Согласно ЕКС требования к их квалификации полностью совпадают: и участковая медсестра, и перевязочная должны иметь среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», или «Акушерское дело», или «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», или «Сестринское дело в педиатрии», или «Общая практика» без предъявления требований к стажу работы.

Таким образом, обязанности участковой медсестры и медсестры перевязочной не имеют серьезных различий по содержанию и сложности, а квалификация участковой медсестры совпадает с квалификацией медсестры перевязочной. Из этого следует, что если в поликлинике произошли организационные изменения, администрация приняла решение расширить объем услуг, предоставляемых на дому, расширив для этого круг обязанностей участковых медсестер, то главный врач имеет право внести изменения в должностную инструкцию участковой медсестры, о чем она должна быть заблаговременно поставлена в известность.

При этом, безусловно, должен быть продуман вопрос о нагрузке. Временной норматив на перевязку должен отличаться от такового при простом сестринском визите на дом.

Вместе с тем перевязка хронической раны – это не просто наложение повязки. В данном случае повязка – это основной метод лечения хронической раны. И, как любое лечение, оно назначается врачом после классического врачебного осмотра и уточнения диагноза. Хроническая рана – это заболевание, имеющее свои причины, стадии развития, осложнения и т.п. Разные раны требуют различного подхода к лечению, включающему различные методы обработки раны, различные виды повязок, особенности их наложения. Так, совершенно по-разному лечат раны на фоне хронической венозной недостаточности и раны при облитерирующем атеросклерозе. Таким образом, лечение хронических ран с помощью повязок проводится медсестрой на основе врачебных назначений, в которых должны быть расписаны методы обработки раны (ее очищения), выбор повязки, особенности фиксации повязки (с компрессией или без нее). Проводя перевязки, медсестра должна следить за динамикой заживления раны, докладывать о ней врачу, чтобы он мог сделать своевременную корректировку лечения. Кроме того, домашние перевязки должны быть задокументированы в амбулаторной карте.

Безусловно, при таком подходе от медсестры требуются специальные знания о хронических ранах и их перевязках, соответствующие навыки и умения. Обычная участковая медсестра, как правило, не владеет ими. Принимая на себя новые обязанности, она должна поставить вопрос о дополнительном повышении квалификации.

В период отпусков в приемном отделении нашей больницы не хватает медсестер и главный врач требует от палатных медсестер из корпуса, где расположено приемное отделение, чтобы они без дополнительной оплаты бегали туда и принимали поступающих больных. Можно ли отказаться?

В этом вопросе мы видим две проблемы. Первая – можно ли требовать от палатной медсестры, чтобы она вышла на работу в приемное отделение?

Вторая проблема – можно ли нагружать медсестер дополнительной работой без дополнительной оплаты?

Для ответа на первый вопрос сравним квалификационные характеристики медсестры палатной и медсестры приемного отделения, содержание их работы и требования к квалификации.

Медсестра приемного отделения

- Знакомится с направлением больного, поступившего в приемное отделение, и сопровождает его в кабинет врача.
- Заполняет паспортную часть медицинской карты стационарного больного.
- Осматривает больного на педикулез.
- Производит измерение температуры тела больного.
- Выполняет процедуры и манипуляции, назначенные врачом.
- Помогает больным во время осмотра врачом.
- Осуществляет по указанию врача вызов консультантов и лаборантов в приемное отделение.
- Передает телефонограммы в отделение милиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных заболеваниях.
- Следит за качеством санитарной обработки больных.
- Осуществляет забор биологических материалов для лабораторных исследований. Получает у старшей медицинской сестры медикаменты и обеспечивает их хранение. Выдает медикаменты по рецептам, подписанным дежурным врачом, по заявкам отделений (в те часы, когда не работает больничная аптека).
- Следит за санитарным состоянием приемного отделения (приемного покоя). Контролирует работу младшего медицинского персонала.
- Осуществляет ведение медицинской документации.
- Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинфекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Требования к квалификации. Среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», или «Акушерское дело», или «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы.

Медсестра палатная

- Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

- Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

- Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

- Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, фиксирует в журнале назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением больными назначений лечащего врача.

- Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных.

- Выполняет назначения лечащего врача.

- Организует обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

- Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие – заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

- Изолирует больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий.

- Подготавливает трупы умерших для направления их в патолого-анатомическое отделение. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов.

- Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

- Контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.

- Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете.

- Ведет медицинскую документацию.

- Сдаёт дежурство по палатам у постели больных.

- Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств групп А и Б в специальных шкафах. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.

- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Требования к квалификации. Среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», или «Акушерское дело», или «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», или «Сестринское дело в педиатрии», или «Общая практика» без предъявления требований к стажу работы.

Знакомство с содержанием работы и ее сложности по обоим сестринским должностям позволяет сделать заключение об их соразмерности. Однако при сравнении квалификации медсестры приемного отделения и медсестры палатной мы обнаруживаем различия. Медсестра приемного отделения должна иметь сертификат по специальности «Сестринское дело». Поэтому, если у палатной медсестры нет такого сертификата, она, строго говоря, не может работать в приемном отделении.

Второй вопрос, который остро встает в данном случае, – можно ли потребовать от медсестры, чтобы она работала «в четыре руки»? Можно ли принудить медсестру работать в своем отделении и при необходимости «бегать» в приемное, когда туда поступает новый больной?

И в самом деле нередко в разделе «Взаимоотношения (связи по должности)» должностных инструкций имеется пункт о том, что работник обязан выполнять работу временно отсутствующего работника по той же или по близкой по содержанию должности. Сделав такую запись, многие руководители считают, что тем самым они получили право принуждать работников брать дополнительную работу за временно отсутствующих коллег и не оплачивать ее. Им кажется, что они могут не устанавливать и не выплачивать доплату за совмещение профессий (должностей) в силу того, что это прописано должностной инструкцией или условиями трудового договора.

Такая практика противоречит ст. 60.2 ТК РФ, где сказано, что выполнение в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) наряду с работой, определенной трудовым договором, дополнительной работы по другой или такой же профессии (должности) может быть поручено работнику с его письменного согласия и за дополнительную оплату (ст. 151 настоящего Кодекса).

Таким образом, при возложении обязанности исполнения функций временно отсутствующего работника трудовой договор должен быть дополнен:

- трудовой функцией (ее частью), установленной по должности временно отсутствующего работника, которую работник обязуется выполнять без освобождения его от работы, определенной трудовым договором;
- размером доплаты, определенной соглашением сторон.

Вывод: указание в должностной инструкции, равно как и в трудовом договоре, условия о замещении временно отсутствующего работника (отсутствующих работников) не позволяет работодателю не выполнять требование ст. 60.2 ТК РФ, которая предусматривает порядок и условия исполнения обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором.

Постовую медсестру оставляют работать одну на два поста отделения.

В данном случае качественно содержание работы постовой медсестры не изменилось, и рассматривать ее квалификационную характеристику и должност-

ную инструкцию бессмысленно. Здесь необходимо обратиться к нормам труда, которые утверждаются приказом главного врача или принимаются как составная часть коллективного договора. Для палатной медсестры норма труда – это число обслуживаемых пациентов. Необходимо поинтересоваться, каким документом определена норма труда по занимаемой работником должности. Может оказаться, что такого документа в организации нет. В этом случае его необходимо потребовать. Дальнейшие действия зависят от результата запроса.

Если документ представлен, необходимо сравнить реальную нагрузку с утвержденной нормой и добиться переговоров с администрацией. У работника по закону в данном случае есть право отказаться выполнять сверхнормативную работу. В случае согласия он имеет право требовать оплаты дополнительных объемов работ. Таков закон.

Если такого документа нет, то в отстаивании своих прав следует ссылаться на типовые нормы, которые утверждены Минздравом по большинству учреждений здравоохранения. Они носят рекомендательный характер, но радикальных отличий все-таки быть не должно. Так, если рекомендуется нагрузка в 25 пациентов на ставку медсестры, но норма в 50 пациентов явно противозаконна.

Если работодатель решил изменить нормы труда, то в соответствии со ст. 162 ТК РФ данные процедуры осуществляются с помощью локальных нормативных актов, которые он принимает с учетом мнения представительного органа работников. Напомним, в тексте ст. 162 ТК РФ указано, что работодатель обязан известить работника о введении новых норм труда не позднее чем за два месяца.

Таким образом, работа на два поста без дополнительной оплаты, скорее всего, незаконна.

Медсестре вменяют выполнение обязанностей

по должности младшего медперсонала

и по должностям немедицинского персонала низкой квалификации

- *Участковую медсестру обязали мыть кабинет врача и прилегающий участок коридора. Это возмутительно!*
- *В отделении уволили всех санитарок, и теперь медсестер заставляют проводить уборку палат. Можно ли отказаться?*
- *Должна ли медсестра выносить утку и менять памперсы?*
- *Кто должен делать генеральную уборку в перевязочном кабинете – медсестра или санитарка?*
- *Дежурных медсестер обязали набирать в компьютер выписные эпикризы, написанные врачами от руки. Законно ли это?*

Для рассмотрения этих ситуаций будем использовать следующий алгоритм. Сначала определим, в чью трудовую функцию входит работа, которую предлагают выполнить медсестре. Определим, насколько содержание этой работы

и ее сложность соответствуют содержанию и сложности работы медсестры. И, наконец, сравним квалификацию медсестры с квалификацией работника, в чью трудовую функцию входит работа, предложенная медсестре. Они должны совпадать. Если медсестре предложена работа, которая требует более низкой квалификации, она может отказаться ее выполнять.

Участковую медсестру обязали мыть кабинет врача и прилегающий участок коридора.

Мытье помещений, не имеющих специальных режимов чистоты, выполняют уборщицы. Это малоквалифицированный труд, который не может быть возложен на медсестру приказом главного врача без ее предварительного согласия. К тому же эта работа должна дополнительно оплачиваться.

В отделении уволили всех санитарок, и теперь медсестер заставляют проводить уборку палат. Можно ли отказаться?

Для того чтобы ответить на поставленный вопрос, сравним содержание и сложность работы медсестры и санитарки.

Перечислим основные обязанности **санитарки**, определяющие содержание ее работы:

- Производит уборку помещений в медицинской организации.
- Помогает старшей медицинской сестре при получении медикаментов, инструментов, оборудования и доставке их в отделение.
- Получает у сестры-хозяйки и обеспечивает правильное хранение и использование белья, хозяйственного инвентаря, посуды и моющих средств.
- Убирает прикроватные столики у лежачих больных после каждого приема пищи.
- По указанию палатной медицинской сестры сопровождает больных в лечебно-диагностические кабинеты.
- Выполняет функции курьера, осуществляет мойку аптечной посуды.
- Сообщает сестре-хозяйке о неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации и в электроприборах.
- Осуществляет подготовку помещения и ванн.
- Систематически (после каждого больного) осуществляет санитарно-гигиеническую обработку ванны и мочалок.
- Оказывает помощь больным при приеме гигиенической ванны, при раздевании и одевании и прочее.

Очевидно, что в содержании и сложности работы санитарки нет ничего общего с работой медсестры. Кроме того, работа медсестры и работа санитарки требуют разной квалификации.

Из этого делаем однозначный вывод: требование руководства, которое вынуждает медсестру выполнять санитарскую работу, незаконно. Администрация должна провести переговоры с медсестрами, которые могут пойти навстречу руководству и согласиться выполнять эту несвойственную им неквалифицированную работу за дополнительную оплату (эквивалентом дополнительной оплаты может быть снижение рабочей нагрузки без повышения заработной платы).

Должна ли медсестра менять белье, выносить судно (утку) и менять памперсы?

Посмотрим квалификационные характеристики – кому вменены в обязанность эти работы?

Медицинская сестра

- *Оказывает доврачебную медицинскую помощь, осуществляет забор биологических материалов для лабораторных исследований.*
- *Осуществляет уход за больными в медицинской организации и на дому.*
- *Осуществляет стерилизацию медицинских инструментов, перевязочных средств и предметов ухода за больными.*
- *Ассистирует при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях.*
- *Проводит подготовку пациентов к различного рода исследованиям, процедурам, операциям, к амбулаторному приему врача.*
- *Обеспечивает выполнение врачебных назначений.*
- *Осуществляет учет, хранение, использование лекарственных средств и этилового спирта. Ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных о состоянии здоровья обслуживаемого населения.*
- *Руководит деятельностью младшего медицинского персонала.*
- *Ведет медицинскую документацию.*
- *Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.*
- *Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.*
- *Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.*

Итак, в квалификационной характеристике медицинской сестры нет указаний на то, что она должна перестилать постели больных, однако есть пункт

о том, что она «осуществляет уход за больными». Однако должна ли она это делать одна, без помощи младшего медицинского персонала? Посмотрим квалификационную характеристику по должности младшей медицинской сестры по уходу за больными.

Младшая медицинская сестра по уходу за больными

- *Оказывает помощь по уходу за больными под руководством медицинской сестры. Проводит несложные медицинские манипуляции (постановка банок, горчичников, компрессов).*
- *Обеспечивает содержание в чистоте больных, помещения.*
- *Обеспечивает правильное использование и хранение предметов ухода за больными.*
- *Производит смену постельного и нательного белья.*
- *Участствует в транспортировке тяжелобольных.*
- *Следит за соблюдением больными и посетителями правил внутреннего распорядка медицинской организации.*
- *Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.*
- *Осуществляет мероприятия по соблюдению правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.*

В этой квалификационной характеристике есть прямое указание на перестилание постелей. Кроме того, медсестра по уходу оказывает помощь по уходу за больными под руководством медицинской сестры, обеспечивает правильное использование и хранение предметов ухода за больными.

Таким образом, при чтении обеих квалификационных характеристик выстраивается четкая система: медсестра обеспечивает уход за больным, но с помощью медсестры по уходу, которая, кроме того, осуществляет правильное использование предметов ухода. А, как известно, утки и судна относятся именно к предметам ухода.

Итак, после рассмотрения квалификационных характеристик мы установили, что смену памперсов, что относится к процедуре по уходу, медсестра осуществляет с помощью медсестры по уходу, а вынос судна и смену белья осуществляет младшая медсестра по уходу.

К сожалению, во многих ЛПО нет медсестер по уходу: есть медсестры и санитарки, но и их не хватает. В этих условиях бремя ухода за больными и даже перестилание постельного белья может оказаться полностью возложенным на медсестер. Между тем в рекомендуемых штатных расписаниях палатных отделений всегда предусмотрены ставки младших медсестер. И нормы выработки медсестер составлены именно с учетом того, что в уходе за больными им помогает младший медперсонал. Сокращая сестер по уходу и возлагая их работу на обычных медсестер, администрация поступает несправедливо и незаконно. При этом нарушаются рекомендуемые нормы труда, на медсе-

стру возлагают работы (смена белья, уборка судна), не соответствующие ее квалификации. Это недопустимо без добровольного согласия работника, который, безусловно, давая согласие, может запросить соответствующую доплату. Однако, к сожалению, законность и справедливость в таких случаях редко восстанавливается без борьбы.

Кто должен проводить генеральную уборку перевязочного кабинета? Главный врач считает, что это должна делать сама медсестра перевязочной. Медсестра настаивает, чтобы ей в помощь дали санитарку. Кто прав?

Обратившись к квалификационным характеристикам, мы обнаруживаем, что там нет прямых указаний на проведение генеральных уборок в перевязочной. В характеристике по должности медсестры перевязочной сказано, что она «осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции», «осуществляет систематический санитарно-гигиенический контроль за помещением перевязочной», а также «инструктирует младший медицинский персонал перевязочной и контролирует его работу».

Из приведенных извлечений становится ясно, что, раз медсестра осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении перевязочной, значит, на ней лежит и обязанность по проведению генеральной уборки. Однако из контекста мы можем сделать вывод, что ей в помощь придан младший медперсонал, который она «инструктирует и контролирует». В самом деле генеральная уборка в помещениях с особым режимом чистоты состоит из работ двух уровней сложности. Часть работ требует сестринской квалификации: уборка в шкафчиках, отключение и перемещение оборудования, контроль режимов обработки. После того как это сделано, наступает время неквалифицированного труда – мытье стен, потолка и полов. Его выполняет санитарка, которая согласно квалификационной характеристике «производит уборку помещений в медицинской организации». При этом ее работу должна контролировать медсестра.

Особо следует подчеркнуть, что поскольку перевязочный кабинет – помещение с особым режимом работы, то уборки в нем осуществляются специально обученным персоналом медицинской организации. Таким образом, медсестра перевязочной и санитарка должны пройти специальное обучение.

ГОСТ Р ИСО 14644-5-2005 «Чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды», утвержденный и введенный в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11 марта 2005 г. № 48-ст, предусматривает специальный допуск персонала по виду уборочных работ. В нем, в частности, сказано, что каждый вид

работ по уборке, в том числе и генеральная уборка, должен выполняться определенным специально обученным персоналом, допущенным к этим работам. Согласно п. 4.6 ГОСТ Р ИСО 14644-5-2005 руководителем организации должен быть утвержден регламент уборки, включающий такие разделы, как ответственное лицо, кто и какой вид работ осуществляет, в каких помещениях, с какой периодичностью и др. Необходимый перечень вопросов, которые следует отразить в регламенте, содержится в справочном приложении F вышеуказанного ГОСТа. Справедливости ради следует заметить, что в широкой практике этот ГОСТ медицинскими организациями де-факто не используется.

Итак, генеральная уборка – обязанность медсестры, которую она выполняет с помощью санитарки. На деле таких санитарок в штате отделений нет, хотя соответствующие ставки должны быть предусмотрены штатным расписанием. Сложилась устойчивая практика вменять санитарские обязанности медсестре, не спрашивая ее об этом и не доплачивая ей за эту работу, полагая, что ее сестринская нагрузка позволяет выделить рабочее время на санитарскую работу. Переломить эту ситуацию непросто.

Вывод: если медсестра перевязочной выполняет свою сестринскую норму труда и считает работу за санитарку дополнительной нагрузкой, ей следует добиваться дополнительной оплаты или требовать выделения ей в помощь санитарки. Трудовой кодекс и ЕКС – на ее стороне.

Дежурных медсестер обязали набирать в компьютер выписные эпикризы, написанные врачами от руки. Законно ли это?

В прошлом, когда не существовало компьютеров, перепечатыванием медицинских документов занимались машинистки. Теперь, в компьютерный век, этим в большинстве организаций занимаются технические работники – операторы персональных электронно-вычислительных машин. В сравнении с работой медсестер их работу с большой натяжкой можно признать «близкой по содержанию и равной по сложности». Кроме того, совершенно очевидно, что выполнение компьютерного набора требует от медсестры специальности и квалификации, которых она не имеет. К примеру, необходимо как минимум владеть техникой «слепого набора» десятью пальцами.

Исходя из всего этого главный врач не может в одностороннем порядке своим приказом изменить должностные инструкции медсестер и вменить им в обязанность перепечатывание документов. Он должен провести с медсестрами соответствующие переговоры и добиться соглашения сторон по этому вопросу. Вероятно, если медсестры выполняют свои трудовые нормативы, эта дополнительная работа должна быть адекватно оплачена. Кроме того, медсестры могут настаивать на проведении дополнительного обучения скоростному набору текстов за счет организации.

Медсестре вменяют выполнение обязанностей по врачебным должностям

Не изменяя записи в должностной инструкции, де-факто медсестру нерелко вынуждают выполнять обязанности, которые входят в компетенцию врача.

- Медсестру оставляют одну в послеоперационной палате, вынуждая самостоятельно принимать прооперированных больных от анестезистки, подключать их к аппарату ИВЛ, следить за состоянием, определять момент, когда можно производить экстубацию. Это законно?
- Должна ли медсестра производить катетеризацию периферических вен или это должен делать врач?
- Медсестру обязывают производить правильность расчета дозы химиопрепарата перед его введением. Можно ли отказаться?
- В экстренной ситуации медсестра не может найти врача и вынуждена самостоятельно искать выход из положения, хотя помощь больному в таких случаях обязан оказывать врач. Почему она должна это делать?
- Может ли медсестра самостоятельно применять адреналин при анафилактическом шоке, если рядом нет врача?

Разберем каждую из ситуаций.

Медсестру оставляют одну в послеоперационной палате, вынуждая самостоятельно принимать прооперированных больных из операционной, подключать их к аппарату ИВЛ, следить за состоянием, определять момент, когда можно производить экстубацию. Это законно?

Приведем письмо читателя, где описана подобная ситуация.

Здравствуйте! Прошу ответить на такой вопрос. Три месяца я работаю на новом месте – в небольшом стационаре, в послеоперационной палате. Среди наших больных много таких, которые нуждаются в продолжении искусственной вентиляции легких. Из операционной их привозит к нам анестезиолог или анестезистка. В их присутствии мы, т.е. медсестры, подключаем больного к нашему аппарату ИВЛ, и они уходят. Врачи-реаниматологи в это время находятся в другом месте – в реанимационных палатах, где лежат тяжелые больные с самой разной патологией. Эти палаты расположены в другом крыле здания. Мы звоним им, чтобы сообщить, что привезли больного. Врач может прийти на наш звонок и через 30 минут, и через час. Он смотрит больного, делает назначения и говорит, чтобы его позвали, когда нужно будет экстубировать пациента. После этого мы, медсестры, остаемся с больными с глаз на глаз. В больнице, где я раньше работала, все было не так. Анестезиолог не покидал больных, находящихся на ИВЛ, вплоть до экстубации. И даже после нее он смотрел за больным, контролируя эффективность самостоятельного дыхания. Я спросила у зав. отделением, кто отвечает за больного, когда рядом

с ним нет врача. Он ответил, что в таком случае всю ответственность несут медсестры, и если что случится, то именно мы, а не врачи, пойдем под суд. Неужели это и в самом деле так?

Для ответа на вопрос рассмотрим квалификационные характеристики врача анестезиолога-реаниматолога и медсестры-анестезистки.

Врач анестезиолог-реаниматолог

- Оценивает состояние больного перед операцией, назначает необходимые лечебно-диагностические мероприятия, связанные с подготовкой больного к наркозу, определяет тактику ведения больного в соответствии с порядком и стандартом медицинской помощи, назначает премедикацию.

- Организует рабочее место в операционной с учетом мер технической и пожарной безопасности; подготавливает к работе и эксплуатации наркозно-дыхательную и аппаратуру мониторинга наблюдения, а также необходимые инструменты, расходные материалы и медикаменты.

- Осуществляет анестезиологическое обеспечение операций, диагностических и лечебных процедур, требующих обезболивания или проведения мониторинга системы дыхания и кровообращения в период их выполнения, применяя современные и разрешенные в Российской Федерации методы анестезии.

- Проводит общую внутривенную, ингаляционную, регионарную, многокомпонентную и комбинированную анестезию при полостных и внеполостных операциях в хирургии, урологии, акушерстве и гинекологии, травматологии и ортопедии и др. у взрослых и детей.

- Применяет миорелаксанты.

- Осуществляет принудительную вентиляцию легких маской наркозного аппарата.

- Выполняет интубацию трахеи.

- Поддерживает анестезию.

- Осуществляет непрерывный контроль состояния больного во время анестезии, назначает обоснованную корригирующую терапию, инфузионно-трансфузионную терапию во время анестезии с учетом особенностей детского и старческого возраста, сопутствующих заболеваний, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, тяжести состояния пациента.

- Осуществляет наблюдение за больным и проводит необходимое лечение в периоде выхода больного из анестезии, а также в ближайшем послеоперационном периоде до полного восстановления жизненно важных функций, осуществляет наблюдение за больным.

- Проводит различные методы местного и регионального обезболивания, профилактику и лечение осложнений местной и проводниковой

анестезии; владеет современными методами проведения комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации.

- Определяет показания и производит катетеризацию периферических и центральных вен.
- Осуществляет контроль проводимой инфузионной терапии.
- Проводит неотложные мероприятия при различных заболеваниях, острых и критических состояниях различного генеза у взрослых и детей.
- Проводит коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, нарушения свертывающей системы крови.
- Проводит неотложные мероприятия при различных формах шока, ожоговой травме...

Медсестра-анестезистка

- Участвует в хирургических операциях.
- Участвует в общей и преднаркозной подготовке больных к операции, наблюдает за больными в ранний послеоперационный период, участвует в профилактике осложнений в ходе и после операций.
- Осуществляет подготовку наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратуры и рабочего места к работе, контроль исправности, правильности эксплуатации аппаратуры.
- Осуществляет контроль за состоянием больного во время анестезии, интенсивной терапии и реанимации, а также за сохранностью, учетом использования, дозировкой лекарственных средств во время преднаркозной подготовки, наркоза, посленаркозного периода.
- Организует и проводит сестринский уход за послеоперационными больными.
- Обеспечивает инфекционную безопасность пациентов и медицинского персонала, инфекционный контроль, требования асептики и антисептики.
- Обрабатывает наркозно-дыхательную и контрольно-диагностическую аппаратуру после эксплуатации.
- Ведет медицинскую документацию.
- Оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Как видно, именно врач проводит наблюдение за послеоперационным больным и проводит необходимое лечение в периоде выхода больного из анестезии, а также в ближайшем послеоперационном периоде, до полного восстановления жизненно важных функций. Обязанность медсестры ограничена контролем со-

стояния больного в посленаркозный период, выполнением сестринского ухода за больным. Врачебное наблюдение за больным включает врачебный осмотр и диагностику состояния. Сестринский контроль состояния больного предполагает слежение за определенными признаками (появление цианоза, возбуждения и т.п.) и определенными параметрами состояния больного (пульс, давление и т.п.), регистрацию их в медицинской документации. При этом лечащий врач должен дать медсестрам абсолютно точные указания по контролю состояния больного: за какими клиническими признаками следить, какие параметры измерять, что делать при изменении состояния, когда предпринимать срочные действия, какие именно и когда звать врача. Врач должен убедиться, что медсестра его правильно поняла, и быть уверенным, что ее квалификация позволяет ей выполнить его предписания. В частности, квалифицированная медсестра послеоперационной палаты должна уметь контролировать работу респиратора и состояние пациента, находящегося на ИВЛ. Она должна знать возможные осложнения при механической вентиляции легких и уметь оказать первую доврачебную помощь при их выявлении. Медсестру подстраховывают сигналы тревоги, которые подают аппараты ИВЛ и другое оборудование, позволяющее следить за состоянием больного, и которые ни в коем случае нельзя отключать.

При разборе ЧП в послеоперационных палатах, закончившихся смертью больного или причинением вреда его здоровью, обычно изучают, насколько качественно медсестра выполняла предписания врача. За качество самих предписаний и возможность их выполнения в конкретных условиях конкретной послеоперационной палаты отвечает врач.

Автор письма, вероятно, опасается, что она не сможет помочь больному в экстренной ситуации. К сожалению, опыт подсказывает, что врачи не всегда быстро реагируют на вызов медсестры. Здесь можно дать только один совет: вызвав врача, следует зарегистрировать это в истории болезни, указав время вызова. Конкретному больному такое действие, к сожалению, уже не поможет, но врачей дисциплинирует, и в последующем они будут более оперативны.

В отделении реанимации врач потребовал от медсестры, чтобы она самостоятельно провела катетеризацию периферической вены больного и наладила инфузионную систему. Медсестра заявила, что катетеризация вены не входит в ее компетенцию, и отказалась ее выполнять. Врач доложил об этом главному врачу, и медсестре вынесли выговор за неисполнение должностных обязанностей. Входит ли в должностные обязанности медсестер катетеризация периферических вен?

Продолжим рассмотрение квалификационной характеристики врача-анестезиолога-реаниматолога. Мы найдем там указание на то, что врач определяет показания и производит катетеризацию периферических и центральных вен, а также назначает обоснованную инфузионно-трансфузионную терапию, осуществляет контроль проводимой инфузионной терапии.

Об этом же говорит пункт 5.6 раздела 3 СанПиНа 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», согласно которому «постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи)».

Итак, мы установили, что катетеризация вен – обязанность врача. Однако законодатель, относя катетеризацию к компетенции врача, не различает открытый и закрытый метод обеспечения венозного доступа. Открытый метод является малой операцией и не может быть поручен медсестре. Закрытый же метод, который иначе именуют пункцией-катетеризацией подкожных вен катетером Брауна и который вошел в повседневную практику большинства ЛПО, малой операцией не является. И именно этот вид катетеризации во многих ЛПО передали в компетенцию медсестер. Сестринская общественность в целом приняла передачу выполнения этой манипуляции сестринскому персоналу. Этому учат в сестринских колледжах. Об этом говорят публикации в сестринских профессиональных изданиях, темы сестринских конференций и т.п. Медсестры согласны выполнять эту работу, учатся этому, обсуждают проблемы, связанные с ней. Тем более естественной выглядит передача этих полномочий медсестрам, имеющим продвинутое сестринское образование.

Однако окончательно проблема не решена и нормативно не закреплена. В спорных ситуациях, когда нормативные документы не дают однозначного ответа на какой-нибудь вопрос и из-за этого возникает спорная ситуация, критерием истины может стать судебное решение. В самом деле кто ответит перед законом за последствия неудачной внутривенной процедуры с применением катетера Брауна?

Несколько историй, произошедших в нашей стране в течение последних лет, говорят о том, что согласно решениям суда за технические погрешности катетеризации вен закрытым методом перед законом ответственность несут медсестры, проводящие процедуру. Ни у прокуроров, ни у судей, ни у адвокатов, защищающих медсестер, не возникает даже тени сомнения, что за возникшие осложнения должны отвечать именно они, а не врачи, сделавшие назначение. Таким образом, суды исходят не из документа, а из сложившейся практики. А практика такова, что внутривенные инъекции и инфузии, в том числе с установкой современных периферических катетеров закрытым методом, выполняют медсестры.

В отделении химиотерапии онкодиспансера медсестре, осуществляющей введение химиопрепаратов, вменили в обязанность производить пересчет дозы препарата с учетом физических параметров пациента. Если данные медсестры расходятся с врачебным назначением, она должна дополнительно согласовать вопрос о дозе с лечащим врачом. Медсестра интересуется, входит ли это в ее компетенцию? Ведь это работа врача!

В данном случае речь идет о трактовке медсестрой своих обязанностей. Что значит «выполняет врачебные назначения»? Значит ли это, что медсестра делает это автоматически, не думая? На наш взгляд, в данном случае речь не

идет о перекладывании на медсестру работы врача. Речь идет о конкретизации ее функциональных обязанностей.

Медсестра сделала больной инъекцию по назначению врача. За ее работой наблюдала соседка пациентки по палате, которая пожаловалась заведующему отделением, что сестра за все время не сказала больной ни слова и даже не спросила у нее об аллергии на лекарства. Медсестре вынесли выговор за неисполнение своих обязанностей. Она возмущается: это обязанность врача узнавать у больного про аллергию. Ведь врач не должен назначать лекарств, которые вызывают аллергические реакции, если больной сообщил об этом!

Ответом на этот вопрос может служить следующая история.

Молодая девушка, госпитализированная в стационар с пневмонией, страдала еще и от невралгии тройничного нерва. Лечащий врач назначил ей инъекцию баралгина на ночь. Палатная медсестра обнаружила, что баралгина в отделении нет, и набрала в шприц анальгин (другое торговое название того же препарата). Не спросив больную об аллергии на лекарства, она ввела препарат. Анафилактический шок развился молниеносно, и уже через 15 минут больная была мертва.

При разборе дела выяснили, что девушка предупреждала врача о непереносимости анальгина, об этом была сделана запись на обложке истории болезни. Тем не менее врач назначил препарат. На суде медсестра отрицала свою вину, ссылаясь на то, что выполняла врачебное назначение и не обязана проверять его правильность. Суд не принял к сведению ее слова, отметив, что, выполняя назначения врача, медсестра не может делать это бездумно. В пределах своей компетенции она обязана проверять правильность назначения. Так, в ее обязанности входит уточнение аллергоанамнеза. Медсестра должна знать основные противопоказания для назначения препаратов, иметь представление о применяемых дозировках. Учтивая вышеизложенное, суд признал виновной медсестру, а не врача, сделавшего назначение.

Таким образом, медсестра, осуществляющая врачебное назначение, несет ответственность и за возможные осложнения, если они возникли вследствие того, что она не выполнила полностью свои обязанности (не спросила больного о переносимости препарата, не уточнила противопоказания, не проверила дозировку и т.п.).

У больной развился анафилактический шок на инъекцию пенициллина. Медсестре не удалось вызвать дежурного врача, а сама она справиться с ситуацией не смогла. Понесет ли она ответственность за свою неудачу? Ведь диагностика анафилактического шока и его лечение не входят в ее обязанности!

Подобная ситуация произошла в одной из больниц нашей страны. Она весьма поучительна.

Трагедия началась с рядовой внутримышечной инъекции пенициллина, сделанной пожилой пациентке медсестрой С. в процедурном кабинете районной больницы. Сделав инъекцию, медсестра отпустила больную в палату. Однако, выйдя из кабинета, та почувствовала себя плохо. Со слов сидящих рядом с кабинетом больных, она пожаловалась на зуд «по всему телу», а затем – боли в области сердца, а затем потеряла сознание, упав на пол. Выбравшись в коридор, медсестра С. сначала пыталась измерить пациентке артериальное давление, затем, видимо, осознав тяжесть ситуации, бросилась к телефону и пыталась дозвониться до дежурного врача, которая в это время, в нарушение всех правил, уехала домой поужинать и потому на звонок не ответила. Со слов медсестры С., она не могла объяснить причину ухудшения состояния здоровья больной; не дозвонившись до врача, медсестра побежала в соседнее отделение. В ее отсутствие пациентки отделения пытались самостоятельно проводить больной наружный массаж сердца. Через несколько минут медсестра С. вернулась с другой медсестрой и санитаркой. Втроем они подняли женщину, находящуюся без сознания, и перенесли ее в палату, уложили на кровать. После этого они безуспешно пытались дать ей кислородную подушку и понюхать нашатырный спирт. Врач появилась в отделении еще минут через 20, после повторных звонков по телефону. Осмотрев больную, она назначила ей внутривенную инъекцию коргликона с эуфиллином, которая была выполнена медсестрой С. Далее врачу стало ясно, что больная находится в состоянии клинической смерти, в течение около 5 минут она проводила реанимационные мероприятия, которые не дали результата. Была констатирована смерть от анафилактического шока.

На вскрытии – анафилактический шок, перелом десяти ребер. Родственники умершей подали жалобу в прокуратуру.

В результате судебного рассмотрения суд решил, что медсестра С. нарушила должностную инструкцию, «с которой она ознакомлена под роспись, согласно которой она должна выполнять назначения дежурного врача, делать отметки о выполнении процедур, измерять температуру, оказывать неотложную помощь при заболеваниях, в случае необходимости вызвать дежурного врача». Суд принял к сведению, что «при приеме на работу медицинские работники под роспись знакомятся с должностными инструкциями, после ознакомления проходят стажировку по месту работы».

Суд отметил, что медсестра «по обстоятельствам должна была и могла предвидеть развитие аллергической реакции и возможную смерть больной от анафилактического шока».

Медработник должен уметь купировать анафилактический шок, оставаясь до прибытия врача рядом с больным, предпринять меры для совершения необходимых мероприятий и вызова врача другими лицами. В экстренных случаях медицинская сестра может самостоятельно оказать доврачебную, в том числе и медикаментозную, помощь больному без назначения врача в соответствии со стандартами, инструкциями и другими документами, одно-

временно с оказанием помощи она должна вызвать дежурного врача. Тем более что в отделении была укомплектованная шоковая аптечка и инструкция по ее использованию при анафилактическом шоке.

Дежурный врач, защищаясь в суде, заявила, что не видит причинно-следственной связи между своим отсутствием на месте пребывания дежурного врача в хирургическом корпусе больницы и смертью больной. Корпус находится на отдаленном расстоянии, лекарственный препарат – пенициллин, назначенный лечащим врачом и приведший к анафилактическому шоку, введен медсестрой С., которая, находясь с больной, не предприняла мер по купированию анафилактического шока. Дежурный врач ссылаясь также на то, что дежурство врачей в больнице, где произошла трагедия, не урегулировано нормативно-правовыми актами. Суд не принял к сведению эти слова.

Суд согласился, что переломы грудины, девяти ребер, причиненные при проведении потерпевшей закрытого массажа сердца, неграмотно сделанного в отсутствие медсестры пациентами отделения, в прямой причинно-следственной связи со смертью не состоят, но, безусловно, утяжелили течение анафилактического шока и ускорили наступление смерти от него.

По приговору суда медсестра С. осуждена по ч. 2 ст. 109 УК РФ, причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, к 2 годам лишения свободы без лишения права заниматься медицинской деятельностью, с применением ст. 73 УК РФ условно с испытательным сроком 2 года.

Таким образом, если в результате лекарственного введения возникла неотложная ситуация, то медсестра должна быть готова к ее разрешению. Речь идет об анафилактическом шоке, но не только о нем. Медсестра должна внимательно следить за пациентом, контролировать возможные осложнения от введения того или иного препарата и знать, что делать при появлении их признаков. В рассматриваемом нами случае медсестра не следила за состоянием больной и первые симптомы шока не распознала.

Судебная история учит тому, что оказание неотложной помощи в экстренных ситуациях в отсутствие врача входит в компетенцию медсестры. Она осуществляется в объеме доврачебной помощи. При этом медсестра должна позвать на помощь, попросить окружающих вызвать дежурного врача, но не оставлять больного одного. Медсестра должна уметь купировать анафилактический шок в рамках доврачебной помощи. В помощь ей в процедурном кабинете должна находиться противошоковая аптечка и инструкция, в которой должны быть описаны необходимые действия медсестры. При этом отсутствие аптечки и инструкции по оказанию помощи при анафилактическом шоке, заверенной главным врачом, не является оправданием для неоказания помощи или ненадлежащего ее оказания, так как, приступая к работе, медсестра должна проверить готовность кабинета. А наличие аптечки и инструкции является обязательным для процедурного кабинета.

Может ли медсестра самостоятельно применить адреналин при анафилактическом шоке, если рядом нет врача?

При оказании помощи при анафилактическом шоке основным препаратом является адреналин. Все остальное – паллиатив. Между тем большинство медсестер и врачей считают, что использование адреналина – исключительно врачебная компетенция, даже в экстренных ситуациях, к каким и относится анафилактический шок. В связи с этим представляет интерес разъяснение, данное главным экспертом Управления Росздравнадзора по Ростовской обл. (отдел лицензирования) Шишовым М.А.* на вопрос: «Есть ли утвержденный перечень вводимых препаратов, которые медсестра может вводить при оказании доврачебной помощи (в отсутствие врача) в условиях ЛПО и каким нормативно-правовым документом, приказом утвержден?»

В своем разъяснении главный эксперт отмечает, что «единого нормативно-правового акта, содержащего закрытый перечень лекарственных препаратов, разрешенных для применения работникам со средним медицинским образованием при оказании доврачебной помощи (в отсутствие врача), нет». Отдельные требования к применению лекарственных препаратов, в том числе лицами со средним медицинским образованием, установлены стандартами медицинской помощи и инструкцией по применению лекарственного препарата.

При этом эксперт обращает внимание на то, что в обязанности «медицинской сестры участковой» согласно квалификационной характеристике входит оказание неотложной доврачебной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому.

Подобная обязанность, как правило, прописана в должностных инструкциях по большинству сестринских должностей. Объем такой помощи должен быть определен локальными документами, составленными с учетом федеральных нормативных и правовых актов, федеральных клинических рекомендаций и т.п. Одним из таких документов является инструкция, которая должна наличествовать во всех местах, где производятся инъекции.

Что делать, если локальная инструкция не предусматривает использования адреналина медсестрой без назначения врача? В этой ситуации автор не берется дать однозначные рекомендации нашим читателям в отношении того, вводить ли адреналин больному, погибающему от анафилактического шока, если врача нет поблизости, а инструкция в аптечке прямо запрещает медсестре делать это без врачебного назначения. В этот момент можно спросить себя: «А если бы передо мной сейчас был близкий мне человек?» На наш взгляд, при очевидной картине анафилактического шока введение

* Напечатано в электронной системе «Контроль в ЛПО».

адреналина как единственного спасительного средства в этой ситуации должно быть в компетенции медсестры.

Таким образом, передача врачебных обязанностей медсестре редко осуществляется официально, через запись в должностной инструкции. Как правило, это происходит на практике, которая не подтверждена никакими нормативными документами. Однако запрещение такой практики может напоминать «итальянскую забастовку», когда все начинают работать по правилам и работа встает. Тем не менее, нарушая «писанные правила», следует четко представлять себе, как разграничены обязанности и ответственность разных членов бригады, работающей с больным, и как, если произойдет несчастный случай, на ситуацию посмотрит судья, который в первую очередь запросит документы, определяющие, что должен делать врач, а что – медсестра.

1.2.2. Споры по поводу общих трудовых обязанностей медсестры

Немало недоумений вызывают споры и даже конфликты по поводу выполнения медицинскими работниками так называемых «общих трудовых обязанностей». Напомним читателю, что общие трудовые обязанности определены в ч. 2 ст. 21 ТК РФ и касаются всех работников. Помимо ТК РФ, общие для всех работников трудовые обязанности могут быть зафиксированы в других актах трудового законодательства или иных нормативных правовых актах, содержащих нормы трудового права. Они также могут содержаться в локальных нормативных актах и коллективном договоре.

Приведем несколько вопросов, связанных с исполнением общих трудовых обязанностей:

- *Почему я не могу поспать во время дежурства, когда нет работы?*
- *Вы не имеете права требовать от меня, чтобы я делала прививки от гриппа.*
- *Почему я обязана носить бейджик на халате?*

Рассмотрим подробнее каждый из вопросов.

Почему я не могу поспать во время дежурства, когда нет работы?

Вопросы о допустимости сна во время дежурства в каждой медицинской организации должны быть задокументированы в правилах внутреннего распорядка, соблюдение которых обязательно для всех работников. Правила внутреннего трудового распорядка утверждаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников в порядке, установленном ст. 372 ТК РФ для принятия локальных нормативных актов (ст. 190 ТК РФ).

В свою очередь, при составлении правил внутреннего распорядка в данном случае необходимо руководствоваться письмом Минздрава СССР от 11.12.1954 № 02-19/21 «Об упорядочении организации труда медицинского

персонала в лечебно-профилактических учреждениях», в котором разъясняется, кто из медработников имеет право спать на ночных дежурствах, а кому это запрещено. Согласно этому письму дежурства без права сна должны нести:

- весь медицинский персонал, работающий по оказанию скорой медицинской помощи, экстренной или неотложной хирургической, терапевтической и гинекологической помощи;
- средний медицинский персонал психоневрологических учреждений, детских больниц, детских яслей, родильных домов и отделений, хирургических отделений больниц, а также больниц и отделений, предназначенных для острозаразных больных.

В правилах внутреннего распорядка каждого учреждения в зависимости от его организационной структуры и условий деятельности должно быть точно установлено, в каких отделениях (палатах) и какие медицинские работники имеют право сна в ночные часы работы. Там же должны быть указаны часы, когда разрешено воспользоваться этим правом.

Медсестру, отказавшуюся вакцинироваться от гриппа в период эпидемии, отстранили от работы и грозят уволить. Законно ли это?

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок вакцинации против гриппа производятся детям с 6 мес., учащимся 1–11-х классов; студентам высших и средних профессиональных учебных заведений; взрослым, работающим по отдельным профессиям и должностям (работникам медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослым старше 60 лет. Это обязательное требование, относящееся к числу общих трудовых обязанностей, равно как и прохождение профосмотров. От вакцинации освобождены граждане, имеющие медицинский отвод. В этом случае в кадровую службу необходимо представить соответствующую справку.

Напомним, что согласно ст. 76 ТК РФ в период отстранения от работы (недопущения к работе) заработная плата работнику не начисляется.

При обходе главного врача у одной из медсестер отделения отсутствовал на халате бейдж с указанием ее фамилии, имени и должности. Все сотрудники отделения лишились премий, а медсестра, помимо этого, получила выговор. Вопрос состоит в том, почему мы вообще должны носить эти бейджи?

Существует такое понятие, как форменная одежда. Это не спецодежда, которую носят для защиты от вредных и потенциально опасных факторов производства. Ее смысл – в создании особой внутренней среды, удобной, внешне привлекательной и т.п. Бейджи с указанием должности и фамилии и

имени медработника очень удобны для пациентов, которые таким образом могут понять, с кем имеют дело. В условиях крупной ЛПО это удобно и самим работникам, особенно на дежурствах, так как позволяет сразу понять, с кем имеешь дело, назвать его по имени. Учитывая изложенное, руководитель имеет право принять решение о введении определенного форменного стиля, который может включать ношение бейджей. Согласно этому приказу вносятся изменения в правила внутреннего распорядка организации, которые, как отмечалось выше, являются обязательными для исполнения всех работников.

Заключение

Основными документами, содержащими права и обязанности медработников, являются их квалификационные характеристики и должностные инструкции. Любые изменения, вносимые в должностные инструкции работника, должны быть доведены до его сведения. Не все изменения можно вносить без его согласия. В этих случаях необходимо заключение дополнительного соглашения к трудовому договору.

Глава 2. Этическое регулирование сестринской деятельности

Выстраивание взаимоотношений с коллегами (врачами, медсестрами, младшим медперсоналом) и пациентами – одна из обязанностей медсестер. Любое нарушение взаимоотношений (недопонимание, конфликт и т.п.) может помешать нормальному течению лечебно-диагностического процесса, а также способствовать возникновению медицинских (врачебных и сестринских) ошибок и ухудшить результаты оказания медицинской помощи. От работника, который не умеет выстраивать отношения с пациентами и коллегами, стараются избавиться.

Какие же нормы регулируют эти взаимоотношения? Большинство из них относится к сфере морали. В настоящем разделе мы рассмотрим проблему морально-этического регулирования деятельности медсестры.

2.1. Общие сведения о моральных нормах

В отличие от правовых норм, устанавливаемых государством, которое карает их нарушителей, моральные нормы люди берут на себя добровольно. При нарушении моральных норм человека судит его совесть. Впрочем, некоторые моральные нормы настолько прочно вошли в жизнь общества, что их несоблюдение воспринимается как нарушение общепринятых правил и карается общественным осуждением вне зависимости от того, мучит ли совесть самого нарушителя.

Особое значение имеют профессиональные моральные нормы, которые нередко оформляются в виде профессиональных клятв или этических кодексов. Их нарушителю грозит осуждение со стороны профессионального сообщества. Иногда профессиональные моральные нормы становятся столь обязательными, что начинают восприниматься как правовые нормы. Они могут быть закреплены законодательно. Так произошло с моральной нормой о врачебной тайне. Когда-то врачи соблюдали ее добровольно, без принуждения законом. Сегодня личная тайна любого человека охраняется государством, а человек, нарушивший ее, особенно если она стала ему известна при выполнении профессиональных обязанностей, несет ответственность не только перед своей совестью и профессиональным сообществом, но и по закону.

Рассмотрим подробнее наиболее важные моральные нормы, регулирующие деятельность медицинского работника.

2.2. Моральные нормы, регулирующие взаимоотношения медсестры и пациента

2.2.1. Уважение человеческого достоинства

Достоинство – уважение и самоуважение человеческой личности

Статья 21 Конституции РФ провозглашает: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления».

В гражданском праве достоинство рассматривается как одно из нематериальных благ (ст. 150 ГК России), которые принадлежат человеку от рождения. Оно неотчуждаемо и не может быть передано другим. Выраженное в неприличной форме унижение достоинства личности (ст. 5.61 Кодекса РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ «Оскорбление») и распространение ложных сведений, порочащих достоинство личности (ст. 128.1 УК РФ «Клевета»), являются административным и уголовным правонарушениями соответственно.

Рассмотрим обязанности медсестры, обусловленные необходимостью уважать человеческое достоинство своих пациентов.

**Грубость как проявление неуважения к человеку:
может ли грубость медсестры в обращении с пациентом
быть расценена как нарушение должностных обязанностей?**

В наш коллектив приемного отделения пришла новая медсестра. Со всеми говорит на повышенных тонах, грубит больным. Недавно довела посетительницу до слез. На замечания коллег отвечает: «А я ваших красивых слов не знаю и не обязана разводить церемонии с этими алкашами!» Главный врач говорит, что готов ее уволить, но не знает, по какой статье. Он говорит, что про соблюдение морально-этических норм в общении с больными в должностных инструкциях ничего не сказано. Неужели это так?

Отвечая на вопрос, начнем с того, что обычно в должностных инструкциях есть пункт о том, что работник обязан выполнять требования российского законодательства. Медицинский работник, в частности, должен выполнять требования ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В ст. 6 этого закона сказано о приоритете интересов пациента при оказании медицинской помощи, что реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации. Таким образом, уважительное отношение к пациенту перестало быть просто моральной нормой – оно закреплено законом, а значит, это уже правовая норма и за ее нарушение допускается дисциплинарное наказание.

Принцип уважительного отношения к пациентам может быть закреплён и в правилах внутреннего распорядка, т.е. стать локальной нормой права.

Кроме того, в должностной инструкции может быть пункт о соблюдении медсестрой Этического кодекса медицинской сестры РФ, где сказано, что «... медсестра превыше всего ставит сострадание и уважение к жизни пациента». Кодекс не допускает проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом.

Так что, нагрубив пациенту, работник нарушает и закон, и правила внутреннего распорядка, и должностную инструкцию. Это ли не повод для вынесения выговора?

Особо необходимо сделать замечание по поводу слов медсестры, что она «ваших красивых слов» не знает. «Красивые», т.е. простые вежливые слова она должна знать в соответствии с требованиями квалификационной характеристики по должности медсестры. Там сказано, что медсестра должна знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- теоретические основы сестринского дела; основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни;
- правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования;
- статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения и деятельность медицинских организаций;
- правила сбора, хранения и удаления отходов медицинских организаций;
- основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования;
- основы валеологии и санологии;
- основы диетологии; основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний; основы медицины катастроф;
- правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации;
- медицинскую этику;
- психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

Таким образом, незнание обычных вежливых слов и неумение вести профессиональное общение является признаком профессиональной некомпетентности. Главный врач может назначить внеочередную аттестацию, которая выдаст заключение о том, что компетенция медсестры не соответствует занимаемой должности, с последующим увольнением.

Предвидя возможные судебные иски, при наказании медсестры-грубьянки можно подстраховаться, попросив обиженного пациента сделать запись в книге жалоб или, если он разволновался и у него, к примеру, поднялось артериальное давление, осмотреть его и зафиксировать возникшие нарушения здоровья в медицинской карте.

Как проявить уважение к пациенту при выполнении интимных процедур?

У пожилой пациентки из многоместной палаты развилась острая задержка мочи. Врач отдал распоряжение медсестре поставить мочевую катетер, что она и сделала. Родственница пациентки возмутилась, что катетер ставили в присутствии посетителей, в том числе и мужчин, устроила скандал, дошла до главного врача, потребовала, чтобы медсестру наказали. Под ее давлением главный врач сделал медсестре устное замечание. А что она нарушила? Разве она обязана разгонять посетителей?

Является ли обнажение пациента и проведение интимных процедур в присутствии посторонних, в том числе лиц противоположного пола, унижением его личного достоинства? Думается, что ответ на этот вопрос для большинства людей однозначен: «Да, является и потому недопустимо». Медсестра должна учитывать, что у пациента, который вынужден обнажиться в присутствии людей, может возникнуть чувство стыда, неловкости, дискомфорта.

Чтобы защитить достоинство пациента в такой ситуации, в большинство стандартов, описывающих проведение так называемых «интимных процедур», введен пункт о необходимости обеспечить защиту пациента, которому предстоит катетеризация, очистительная клизма и т.п., от посторонних глаз. Для этого используют специальные перегородки, отгораживают место проведения манипуляции простыней или используют специальное белье с разрезами. Иногда бывает проще просто попросить всех присутствующих покинуть палату.

Невыполнение этих требований стандартов можно рассматривать как нарушение должностных инструкций – в них практически всегда есть указания на то, что работник должен выполнять требования профессиональных стандартов, соблюдать рекомендации и т.п.

Однако имеет ли медсестра право требовать от посетителей, чтобы они вышли из палаты? Согласно квалификационной характеристике палатная медсестра «контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения». Режим посещений предполагает, что посетители не мешают проведению лечебно-диагностического процесса. Таким образом, обнаружив, что посещение больных мешает проведению процедуры, медсестра имеет право попросить их удалиться.

Чем неуважение отличается от оскорбления?

Медсестра приемного отделения назвала «спившейся скотиной» пациента, которого доставили с травмой головы и в состоянии алкогольного опьянения. Его товарищ, находящийся рядом, объявил, что это оскорбление, и грозит иском в суд. Неужели это так серьезно?

В данном случае можно говорить не просто о неуважении к пациенту, но об унижении его достоинства. Неуважение достоинства человека является нарушением моральной нормы, а его унижение, если оно было выражено в неприличной форме, – административным правонарушением, которое карается в соответствии со ст. 5.61 Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ).

Унижение достоинства человека в неприличной форме называют оскорблением. В оскорблении заключается унижительная оценка личности человека. Например, слова, что такой-то пациент является «спившимся идиотом» или «круглым дураком», безусловно, будут оскорбительными, поскольку дают человеку унижительную оценку и, кроме того, в неприличной форме.

Следует иметь в виду, что неприличными могут считаться не только ругательства, нецензурные прозвища, но также специфические телодвижения и жесты (показывание кукиша, плевки в лицо и т.п.).

Важно понимать, что оскорбления не отменяет и факт, когда выраженная в неприличной форме отрицательная оценка личности потерпевшего соответствует действительности. Оскорбление имеет место и в том случае, когда, например, потерпевший, которого назвали кретином, действительно умственно недоразвит.

Заметим, что раньше оскорбление рассматривалось как уголовное преступление, но сейчас эта статья УК РФ отменена.

Уважение должно быть взаимным!

Рассматривая проблему уважения чести и достоинства пациента, мы не должны забывать о чести и достоинстве медицинского работника, которым тоже может быть нанесен ущерб со стороны пациентов. В подтверждение приведем два судебных разбирательства по искам медработников, которым нанесли оскорбление.

Весной 2014 г. при посещении детского отделения местной поликлиники некто Р., отец больного ребенка, прилюдно начал оскорблять работницу регистратуры, используя при этом нецензурные выражения. Медицинский регистратор не захотела терпеть оскорбления в свой адрес и человека, при всех оскорбившего ее. Было возбуждено дело, и по итогам его рассмотрения мировым судьей гражданин Р. был признан виновным в совершении административного правонарушения в соответствии с ч. 1 ст. 5.61 КоАП РФ за оскорбление медицинского работника.*

*В прокуратуру Темкинского района обратилась медсестра ОГБУЗ «Темкинская ЦРБ» с заявлением о привлечении к административной ответственности местной жительницы за нанесенное ей оскорбление. Как выяснилось в ходе проверки, проведенной сотрудниками надзорного органа, поздним вечером 21 июля 2013 г. в одном из кабинетов районной больницы 50-летняя местная жительница, находившаяся на стационарном лечении, нецензурно выражалась в адрес медицинского работника. В итоге против женщины было возбуждено дело об административном правонарушении по статье об оскорблении. «Мировым судьей судебного участка № 47 Темкинского района по результатам рассмотрения данного дела правонарушительнице было назначено наказание в виде штрафа в размере полутора тысяч рублей», – сообщили в областной прокуратуре**.*

* Источник: Сибирский медицинский портал.

** Источник: ИА «События».

Национальная медицинская палата, эксперты которой занимаются защитой прав медицинских работников, сообщает, что, к сожалению, медработники не знают по большей части о своих правах и юридически неграмотны, а потому и число исков невелико, и большинство виновников в оскорблении врачей и медсестер остаются безнаказанными. Национальная палата рекомендует, что делать, если вас оскорбил пациент.

Первое: призовите как можно больше свидетелей – как медработников, так и пациентов. Имейте в виду, что показания свидетелей, которые являются, по мнению суда, заинтересованными лицами, могут быть отвергнуты судом.

Второе: если пациент начал вас оскорблять, по возможности запишите оскорбления на диктофон вашего телефона, это может стать вещественным доказательством. Лучше, если вы начнете запись со слов «Я, врач такой-то (медсестра такая-то), записываю разговор с пациентом для защиты своих прав и сбора доказательств». Возможно, что сразу после этого ситуация кардинально изменится. Если нет – такая запись будет хорошим доказательством.

Третье: вызовите полицию. Судьи, как правило, задают этот вопрос: «Вызывали ли вы полицию?». При отрицательном ответе судьи теряют интерес к происходящему.

Четвертое: внесите запись в медицинскую документацию, опишите ситуацию на бумаге.

Пятое: обратитесь в прокуратуру с заявлением.

2.2.2. Информирование пациента. Принцип правдивости

О праве пациента на правдивую информацию о его здоровье и лечении

Если мы признаем достоинство личности пациента, то прямым следствием этого является признание его права на личную автономию, под которой понимают возможность ему самому решать вопросы, связанные с его жизнью и здоровьем. Однако для того, чтобы принимать решения, пациент должен владеть необходимой информацией. И потому важнейшим правом автономного пациента признается право на получение правдивой информации о состоянии своего здоровья, методах лечения и т.п.

Сначала правдивость в отношении с пациентом была определена как этическая норма. Так, в Международном кодексе медицинской этики есть слова: «Врач должен быть честен с пациентами...» В Этическом кодексе медицинской сестры России эта же моральная норма раскрыта в ст. 6, где говорится: «Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры – информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное

право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред».

Постепенно моральная норма о честности и правдивости медицинского работника стала восприниматься как обязательная к исполнению, и с ней произошла та же история, что и с нормой об уважении достоинства и некоторыми другими. В нашей стране она была включена в ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в раздел «Права пациентов», где в ст. 5 сказано, что «пациент имеет право на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья». Вопросы информирования пациента о состоянии здоровья подробнее регламентирует ст. 22. В ней определено, что «информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении».

Таким образом, моральная норма приобрела правовой характер, и ее нарушение медработником теперь может расцениваться как нарушение трудовых обязанностей, поскольку, напомним, соблюдение российского законодательства об охране здоровья – это одна из обязанностей каждого медицинского работника, заключившего трудовой договор.

Практическое применение этой нормы ставит перед медработниками несколько серьезных проблем, а иногда порождает конфликты и даже судебные иски.

Нужно ли всегда говорить правду о диагнозе онкологическому больному?

Врачи старой школы были приучены скрывать от больных их диагнозы, если речь шла о неизлечимом заболевании. Это называли «ложью во спасение». Более того, если по чьей-либо оплошности больному все же удавалось узнать правду о неблагоприятном диагнозе, врача или медсестру, которые допустили эту оплошность, могли «пожурить», сделать замечание, объявить выговор. Сегодня ситуация в корне изменилась. Моральной и правовой нормой стала правдивость, которая распространяется и на случаи, когда больному поставили диагноз неизлечимой болезни. Однако многие медработники сомневаются, что пациенты нуждаются в такой правде. Они убеждены, что пациенты предпочли бы «счастливое неведение» и, информируя их, врачи своей «правдивой информацией» грубо нарушают их волю. Сторонники этой точки зрения часто приводят знаменитые слова Зигмунда Фрейда, сказанные им после того, как его лечащий врач объявил, что у него рак: «Кто дал вам право говорить это?»

В самом деле – хотят ли пациенты знать правду? Ответ на этот вопрос можно найти в результатах социологического опроса среди медработников (врачей, фельдшеров и медсестер), проведенных Е.В. Орловой, 2014 г.

На вопрос «При условии, что вы являетесь пациентом, хотели бы вы знать правду о неблагоприятном диагнозе?» были получены следующие ответы:

- «да» – 50% врачей, 71,9% сельских фельдшеров и 62,5% медсестер;
- «нет» – 30% врачей, 28,1% фельдшеров, 37,5% медсестер;
- «не знаю» – 20% врачей.

На вопрос «При условии, что вы являетесь пациентом, хотели бы вы, чтобы ваши родственники знали, что у вас неблагоприятный диагноз?» ответы распределились следующим образом:

- «да» – 50% врачей, 46,1% сельских фельдшеров и 37,5% медсестер;
- «нет» – 30% врачей, 35,9% фельдшеров, 50% медсестер;
- «не знаю» – 20% врачей, 18,15% фельдшеров, 12,5% медсестер.

На вопрос «Допустима ли ложь во спасение?» получены следующие ответы:

- «да» – 30% врачей, 53,9% сельских фельдшеров и 50% медсестер;
- «нет» – 10% врачей, 24% фельдшеров, 25% медсестер;
- «иногда» – 60% врачей, 53,9% фельдшеров, 25% медсестер.

Данные опроса говорят о том, что далеко не все готовы узнать правду и предпочитают, чтобы о ней узнали их родственники, которые бы приняли на себя все предстоящие проблемы. Видимо, чувствуя интуитивно желания пациентов, только 10% врачей и примерно четверть медсестер и фельдшеров считают абсолютно неприемлемой ложь во спасение, остальные допускают ее хотя бы иногда.

Защиту тех, кто не хочет знать правды, боится ее, обеспечивает ст. 22 «Основ», в которой говорится: «Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. (Необходимо говорить правду, но не навязывать ее.) В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация».

Как узнать, что пациент не хочет знать правды? Для опытных медработников этот вопрос обычно не является проблемой. Беседуя с больным, они ведут разговор неторопливо, внимательно наблюдая реакцию на получаемую информацию. Тот, кто не хочет правды, непроизвольно дает об этом знать собеседнику словом или жестом. Задача медработника – «пойти на поводу» у больного и сказать ему ровно столько, сколько тот готов услышать.

Примеры недопустимого нарушения этических норм при информировании пациента

Перед медработниками нередко встает вопрос о том, как соблюсти норму о необходимости правдивого информирования пациента с неблагоприятным диагнозом с пониманием, что многие, а может быть, и большинство пациентов не готовы узнать страшную правду?

Приведем разбор примера бездушного следования норме о правдивом информировании пациента. Этот пример и его анализ взяты из подборки ситуационных задач Тома Фаллера, доктора философии, профессора медицинской этики Университета Портланда, Орегон, США.

Пациент находился на обследовании в пульмонологическом отделении, его направили на бронхоскопию. Он обратился к дежурной медсестре с просьбой объяснить, почему его направили на данный вид исследования. Медсестра в грубой форме ответила: «Не надоедайте! У вас рак». Утром пациента обнаружили мертвым. Вскрытие показало, что он отравился.

Общепринятым сегодня является выбор в пользу открытости и предоставления пациенту информации, что соответствует принципам автономии и справедливости, согласно которым пациент имеет право знать правду о своем состоянии. Тем не менее приверженность открытости не освобождает работников здравоохранения от необходимости обдумывать ситуацию. Каждый случай предоставления пациенту информации о его заболевании должен подвергаться анализу.

В приведенном примере перед медсестрой вовсе не стояла задача сообщить пациенту правду о его диагнозе. Фактически слова медицинской сестры могли быть всего лишь ее личным мнением о состоянии пациента, более того, они могли не совпадать с действительностью. Даже если медсестра и говорила правду, сказанные ею слова выходили далеко за пределы ее профессиональной компетенции, поэтому были абсолютно неэтичными, неправомерными и произносились в нарушение принципа полноты оказания медицинской помощи.

Адекватным сестринским вмешательством в данном случае было бы информирование пациента о процедуре бронхоскопии, проводимой с помощью специального инструмента бронхоскопа, похожего на трубку, который направляется в дыхательные пути с целью взятия на анализ и тщательного исследования образца тканей и установления точного диагноза, если пациент чем-то болен.

Медицинские работники должны сообщать правду, но не менее важно, как они это делают. Принятие решения о необходимости сообщить пациенту правду вовсе не означает, что ее можно высказать в грубой форме. Медицинский работник, сообщающий пациенту информацию о его здоровье, должен в максимальной степени позаботиться о благополучии пациента, о том, чтобы не нанести ему вреда. Медицинский работник должен создать для пациента комфортные условия, уметь выразить свою заботу, сочувствие, поддержку. Руководствуясь принципом непричинения вреда, медицинский работник обязан предусмотреть и предотвратить возможный вред от правдивой информации и, воз-

можно, не рассказывать сразу все, дабы исключить столь тяжелые для пациента последствия, как в рассматриваемом случае. Поэтому так важно правильно подобрать слова, время и место для беседы с пациентом. И поэтому встречаются ситуации, когда этически оправдано не говорить пациенту всей правды.

Вопрос о раскрытии информации особенно остро стоит перед медицинскими сестрами, поскольку в большинстве случаев медсестрам официально запрещено рассказывать пациенту то, что еще не было сказано врачом, т.к. сообщение пациенту диагноза является прерогативой врачебного персонала. Поэтому, каждый раз принимая решение о том, что сказать пациенту, медицинская сестра обязана проанализировать профессиональные и правовые последствия своих слов с точки зрения своих должностных обязанностей и полномочий.

Вопросы информирования пациентов являются одними из самых сложных и деликатных для медицинских работников, часто представляя серьезную этическую дилемму. С изменением общественных ценностей все больший вес в здравоохранении приобретает принцип автономии, получающий преобладающее влияние по сравнению с принципом милосердия; от медицинских работников пациенты более чем когда-либо в прошлом ожидают правды.

Рассмотренный случай еще раз акцентирует внимание медицинских работников, особенно медсестер, на этически сложных ситуациях сообщения пациентам правды. В оценке подобных ситуаций важны не только принципы, но и контекст, в котором действует медработник. Когда речь касается правды о состоянии пациента, этически верные действия профессионала должны сопровождаться отличными клиническими знаниями и навыками межличностного общения.

В народе есть выражение «резать правду-матку», оно имеет явно негативную эмоциональную окраску. Разговор с больным не должен ассоциироваться с этим выражением. И уж если медсестра должна сообщить пациенту неприятную новость, ей необходимо тщательно продумать, как это сделать, чтобы новость не стала для него ударом, который он не сможет перенести. Совершенно недопустимо сообщать больному о его диагнозе необдуманно, мимоходом, впопыхах. Приведем еще один пример такого информирования.

Поздний вечер. Отделение уснуло. Только один пациент не спит. Сегодня должен был прийти ответ гистологического исследования биопсии лимфатического узла. Он волнуется, не рак ли у него? Пациент ходит по коридору, мешает медсестре спать. В раздражении она спрашивает его, в чем дело, и он просит ее зайти в ординаторскую и посмотреть на столе у врача, нет ли ответа от гистолога. Медсестра находит ответ, читает заключение, видит, что в нем нет ничего страшного

и молча передает бланк пациенту. Прочитав заключение, пациент не понял смысла терминов, которые там использовались, и ему показалось, что речь идет об онкологическом заболевании. Медсестра ушла спать, а пациент не спал всю ночь, а утром не смог встать с постели – у него развился геморрагический инсульт, от которого он умер через несколько дней.

Эта история известна автору от медсестры, которая допустила этическую ошибку. Она многие годы помнила этот случай и винила себя за смерть человека, который просто попросил ее о помощи. Между тем ее ошибка состояла в том, что она просто недооценила степень медицинской неосведомленности пациента. Это частая ошибка, и потому специалисты в области коммуникации советуют медработникам не использовать медицинские термины в беседе с пациентами, а объяснять все простыми, общеупотребимыми словами.

Цель беседы с пациентом – минимизировать негативные реакции больного на трагическую новость. Необходимо помнить, что у некоторых больных может развиваться шоковая реакция. По опыту специалиста в области паллиативной медицины А.В. Гнездилова, сверхсильный стресс может вызвать реактивный психоз со ступором, реже – с возбуждением. Переживание паники способно дезорганизовать психику, один пациент может метаться, кричать, звать на помощь, другой пытается немедленно покончить с собой, третий теряет дар речи на много дней. У некоторых пациентов развиваются острые сосудистые реакции в форме нарушений коронарного и мозгового кровообращения.

Поэтому, планируя разговор с пациентом, в котором предстоит сообщить ему тяжелую новость, необходимо быть очень внимательным. Один из принципов такого разговора – постепенность раскрытия истинной картины болезни. Если онкологический больной находится в полном неведении относительно своей болезни, при разговоре с ним надо начинать с понятия «новообразование», в следующий раз можно употребить слово «опухоль», затем добавить уточнение «злокачественная» и только потом – «рак» и «метастазы».

Что медсестра не должна говорить пациенту о его диагнозе и лечении?

По закону информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. Таким образом, медсестре может быть дано право информировать пациента, отвечать на его вопросы. Однако иногда это является причиной нешуточных конфликтов.

Акушерка роддома проводила перевязку женщине с разрывом промежности. Рана заживала не очень хорошо. В области шва пальпи-

ровался плотный инфильтрат. Акушерка, осуществляющая перевязку, знала, что делать, и в таких ситуациях врача для осмотра женщин она не приглашала. Пациентка спросила, как идет заживление, и акушерка ответила, что в целом нормально, но есть небольшой инфильтрат, который скоро рассосется. Отвечая на вопрос, она не знала, что разговаривала с так называемой «конфликтной пациенткой», которая уже неоднократно по разным поводам жаловалась, была у главного врача, и тот вместе с завотделением сказал ей, что у нее «все идет прекрасно». И вот теперь слова акушерки дали повод написать еще одну жалобу, обвинить врачей во лжи и т.п. По результатам рассмотрения жалобы виновницей конфликта объявили акушерку, ее лишили премии и вынесли выговор. Справедливо ли это?

В самом деле врач редко присутствует в момент, когда медсестра выполняет его назначения. В этой ситуации, если у пациента возникают вопросы по поводу назначения, то отвечать на них приходится именно медсестре. Отвечая на подобные вопросы, очень важно не выходить за пределы сестринской компетенции. Как известно, сестринские компетенции сформулированы в их квалификационных характеристиках и должностных инструкциях. Более подробно они раскрыты в многочисленных локальных нормативных актах, а также в стандартах, рекомендациях, относящихся к деятельности среднего медперсонала и т.п.

Согласно квалификационной характеристике акушерки она принимает нормальные роды, а также проводит диспансеризацию и патронаж беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер. Согласно контексту ушивание небольших разрывов промежности и перевязки входят в функции акушерки. Отсутствие врача на перевязке подтверждает такую трактовку компетенции и, соответственно, обязанностей акушерки. Действуя в рамках своей компетенции, акушерка должна отвечать на вопросы пациентки. Если бы она обнаружила распространение воспалительного процесса, который бы вызвал у нее тревогу, она должна была позвать врача, и в этом случае именно врач должен был рассказать пациентке, каково ее состояние и перспективы лечения.

Таким образом, медсестра имеет право обсуждать с пациентом вопросы, связанные с сестринскими вмешательствами, но должна быть крайне осторожной, когда речь идет о врачебном диагнозе и врачебных вмешательствах. Эта мысль разъяснена в Этическом кодексе медицинской сестры России, где сказано, что «функция информирования пациента по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей пациента».

В рассмотренном выше случае конфликтная ситуация была вызвана плохим взаимодействием внутри бригады. Если бы врач предупредил акушерку о конфликте, она была бы осторожней и пригласила его для разговора с этой пациенткой.

Допустима ли «маленькая ложь»?

Пациент с гипертонической болезнью готовится к выписке. У него заболела голова, и он попросил медсестру измерить артериальное давление. При измерении тонометр показал 250/150. На вопрос пациента «Какое давление?» медсестра сказала, что оно немного повышено и вызвала дежурного врача. Однако больной настаивал, чтобы она назвала точные цифры, говоря, что он имеет право знать правду. Назревал конфликт, а дежурный врач задерживался. В результате медсестра назвала цифры 160/90. Когда пришел врач, он назначил гипотензивные средства, однако пациент отказался их принимать, так как считает, что 160/90 – это его рабочее давление. Уговаривая пациента, медсестра призналась ему, что сказала неправду, чтобы он не слишком беспокоился. Пациент не оценил ее заботы и написал жалобу, обвинив медработников «в тотальном вранье». Он был убежден, что ему не сказали правды, чтобы выписать, потому что он уже отлежал свои койко-дни.

«Корректировка правды», чтобы не травмировать больного, – частая практика, которая прямо противоречит ст. 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Вероятно, необходимо потихоньку отказываться от этой практики. Однако, повторим еще раз, правду больному надо говорить, а не «резать».

Правда о совершенных врачебных ошибках

Нужно ли говорить пациенту об ошибках, которые совершили медицинские работники?

При проведении ангиографии хирург долго не мог ввести катетер в необходимый сосуд, затем попал не туда, куда планировал, ввел контраст и убедился, что совершил ошибку, вышел, сделал еще несколько попыток и, наконец, попал в нужное место. Когда после окончания процедуры пациент спросил его, «как прошло?», хирург рассказал о сложностях и своей ошибке. Пациент принял это с пониманием.

Эта небольшая история произошла в одном из госпиталей США, а рассказал о ней американский врач, приехавший в Россию на семинар. Российская аудитория бурно отреагировала на рассказанное: «Зачем вы рассказали больному все подробности?»

На что американец ответил, что у них серьезно наказывают за нарушение принципа правдивости, который, в частности, предполагает, что врачи говорят больному правду и в случае совершения ими ошибок. «Здесь был прямой вопрос, и я не мог не ответить на него. Если бы я соврал и это

стало известно, то мог бы лишиться членства во врачебной ассоциации, и это бы был конец моей медицинской карьеры. Кстати, наши пациенты уже привыкли, что мы рассказываем им о своих ошибках, и потому не слишком драматизируют ситуацию».

К сожалению, в нашей стране принято скрывать от больного и его родственников, если при лечении что-то пошло не так. Не исключено, что именно в этом состоит одна из причин недоверия пациентов к медицинским работникам.

В связи с этим рассмотрим, что делает медсестра, если при введении хлористого кальция внутривенно часть препарата попала под кожу. В подобном случае медсестра без особых разъяснений начинает обкалывать место инъекции раствором магнезии, накладывает повязку. Поясняет ли она пациенту, что произошло? Как правило, нет. В американской или европейской клинике это было бы воспринято как нарушение общепринятого правила правдивости. У нас это пока еще допустимая норма поведения медицинских работников.

2.2.3. Информированное согласие

Право пациентов на информированное согласие или отказ от медицинского вмешательства проистекает из этического принципа уважения достоинства личности пациента, признания его права самому принимать решения относительно собственной жизни и здоровья. Оно закреплено в ст. 20 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Неполучение согласия на вмешательство может рассматриваться как нарушение законодательства об охране здоровья, а значит, и как нарушение должностных обязанностей медработника. Из этого следует, что медработнику, нарушившему право пациента на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства, может быть вынесено дисциплинарное взыскание.

Встает вопрос: какие обязанности возникают у медсестры в связи с необходимостью получения информированного согласия у больного? Прежде чем ответить на него, рассмотрим общие требования к получению информированного согласия на медицинские вмешательства.

Общие сведения об информированном согласии

Условия получения согласия

Получение информированного согласия требует соблюдения двух условий:

- больному должна быть представлена правдивая информация о предлагаемой процедуре и возможных альтернативах в доступной для него форме (условие компетентности пациента, принимающего решение);
- свое решение пациент должен принимать добровольно, будучи свободным от любого давления извне (условие добровольности).

Какую информацию пациент должен получить?

Какой объем информации должен получить пациент? Как было сказано выше, врачу вменяется в обязанность информировать пациента о:

- характере и целях предлагаемого ему лечения;
- существенном риске вмешательства;
- других возможных вариантах лечения.

Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его возникновения и внезапность. Поскольку речь идет о раскрытии существенного риска, то возникают вопросы, в каких случаях считать риск существенным? Будет ли «существенным» риск, вероятность реализации которого минимальна? Например, нужно ли пациенту, которому предстоит инъекция пенициллина, говорить о риске развития анафилактического шока, если его вероятность составляет 1 случай на сотни тысяч таких инъекций? В связи с этим интересна судебная история, произошедшая много лет назад в Великобритании.

Перед удалением зуба подростку провели обезболивание новокаином, и у него развился анафилактический шок, который привел к смерти мальчика. Его родители подали в суд на стоматолога, обвиняя его в том, что он не предупредил их о возможности такого тяжелого осложнения. Разбор тяжбы дошел до палаты лордов. Лорды справедливо запросили информацию о том, сколько в стране делается экстракций зубов под местным новокаиновым наркозом и сколько из них осложнилось анафилаксией. Выяснилось, что за последние годы на несколько миллионов экстракций было 7 случаев шока. Лорды постановили, что, если вероятность осложнений столь мала, информировать о них пациентов не только нецелесообразно, но и вредно.

Ответ на вопрос, в каком объеме информировать пациентов, беря информированное согласие, является довольно сложным. Первоначально в медицинской и судебной практике при оценке объема и характера сообщаемой пациенту информации руководствовались «профессиональным критерием», требовавшим от врача предоставления такой информации, какую большинство других врачей дали бы в таких же обстоятельствах. В этом случае в качестве экспертов в суд приглашали обычных врачей и просили их рассказать, как они информируют таких пациентов, что говорят им о вмешательствах? Ответ сравнивали с той информацией, которая была представлена в разбираемом случае, и выносили вердикт.

Со временем профессиональный критерий был отвергнут в пользу стандарта «разумной личности», согласно которому пациент должен быть снабжен любой информацией, которую разумная личность хотела бы иметь, для того чтобы принять решение о лечении. В этом случае экспертом становился

пациент, которого просили рассказать, что бы он хотел знать, если бы ему предложили подобное вмешательство. При этом выбирали не интеллектуала, а человека обычных способностей.

И, наконец, в последнее время все большее влияние получает «субъективный стандарт», требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособивали информацию к конкретным интересам отдельного пациента. В этом случае он сам становится экспертом. У него спрашивают, что именно он понял из разъяснений врача, а присутствующие врачи оценивают, насколько его представление соответствует истине.

С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

Компетентный пациент

Итак, в настоящий момент акцент делается не на том, что больному сказали, какую информацию до него донесли, а на том, что из этой информации он понял, стал ли компетентным пациентом, который способен принять ответственное решение.

Недавно Министерство здравоохранения Великобритании обратилось к медработникам с просьбой учитывать способность пациентов понимать медицинскую информацию. Как показали исследования, чуть ли не половина всех пациентов не понимает того, что им говорят врачи. В этом смысле многие предпочитают иметь дело с медсестрами, которые говорят простыми словами, реже употребляют медицинские термины, их речь понятна больным. Разговаривая с медсестрами, они чувствуют себя спокойнее и увереннее. В письме министерства приведено несколько конкретных ситуаций недопонимания между врачом и пациентом. Вот одна из них.

Пациент ждет ответа гистологического исследования биопсии опухоли желудка. На вопрос «Как мои дела?» врач ответил: «Гистология положительная» – имея в виду, что диагноз рака подтвердился. А пациент понял, что «положительно» означает «все в порядке». В дальнейшем недопонимание породило много недоразумений и конфликтов.

Таким образом, информируя больного, необходимо убедиться, что он понял доведенную до него информацию, т.е. стал компетентным пациентом.

Какая процедура получения согласия эффективнее формирует компетентного пациента?

Существуют две основные модели информированного согласия – событийная и процессуальная.

Событийная модель выглядит примерно так. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. За-

ключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах избранного лечения, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Далее уже пациент, взвешивая полученную информацию, обдумывает относительный риск и преимущества каждого вида лечения и затем делает приемлемый выбор, который наиболее соответствует его личным ценностям. Иногда событийная модель сводится к тому, что пациенту без особых предварительных разговоров просто передают на подпись лист информированного согласия.

На поверхности все это вполне соответствует основным требованиям информированного согласия. Акцент делается на предоставлении полной и точной информации пациенту в момент принятия решения. Однако в событийной модели мало учитывается понимание пациентом полученной информации, и возможность для размышления и интеграции информации в систему ценностей пациента невелика.

Процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения – длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Врач рассуждает вместе с пациентом, взвешивает все «за» и «против». Задает вопросы, выслушивает по ходу разговора его мнение. В результате решение рождается само собой в ходе беседы. Таким образом, в процессуальной модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели; создаются более благоприятные условия для реализации самоопределения пациента. Эта модель позволяет освободиться от формального отношения врача к больному.

*Принципиальный частный случай: что говорить пациенту,
когда ему предлагают плацебо?*

Иногда врач вынужден применить метод «плацебо», когда пациенту предлагают нейтральное вещество, не обладающее лечебными свойствами, говоря, что оно «поможет заснуть» или «снимет головную боль» и т.п. Это прямой обман, веря в который пациент соглашается принять предложенное ему средство. Насколько это этично и не нарушает ли принципа правдивости и права больного на информированное согласие? По мнению практических врачей, с моральной точки зрения в таком случае более корректно, применяя плацебо, не использовать прямой обман пациентов, но ограничиться информацией типа «Попробуем принять это лекарство, оно должно вам помочь». Обычно такая информация вполне достаточна для получения согласия пациента.

Добровольность согласия, защита права пациента на отказ от вмешательства

Важнейшим условием получения информированного согласия является его добровольность. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии пациентом решений. Одна из форм обмана пациента

– манипулирование информацией. Нередко для получения информации используют грубый авторитарный нажим. Пациент, часто чувствующий свою беспомощность и зависимость, может легко поддаться мнению врача или родственников и дать согласие, по сути, против своей воли. Нередко пациенту говорят: «Если вы не согласитесь, мы не будем вас лечить, выпишем из больницы, закроем больничный лист и т.п.». Это тоже грубое нарушение прав пациента. Он должен знать, что имеет право на отказ, что оно защищено законом и что медработники приложат все усилия, чтобы помочь ему с учетом ограничений, которые накладывает на них его решение.

Добровольность согласия обеспечивается также паузой между сообщением информации и моментом подписания формы информированного согласия. Это время больной может остаться наедине со своими мыслями, посоветоваться с родными и близкими.

*Кто не способен принять ответственное решение
по поводу медицинского вмешательства?*

Некоторые пациенты не способны рассматриваться в качестве компетентных и способных принять ответственное решение. В этом случае закон предусматривает, что их интересы защищает законный представитель. Законные представители принимают информированное согласие в отношении:

- несовершеннолетних до 15 лет, а также
- лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Однако, признавая, что ребенок, подросток или пациент с психическим заболеванием не может принимать ответственное решение, мы должны задать себе вопрос: можем ли мы оказывать ему медицинскую помощь, если видим его явное нежелание, сталкиваемся с его сопротивлением? Ведь нередко ребенок уже в состоянии понимать происходящее. Вправе ли медицинские работники игнорировать личность, к примеру, 14-летнего подростка? В российском праве этот вопрос не проработан. Между тем в международных источниках для решения этой проблемы введено понятие «получение одобрения», когда, получив юридическое согласие родителей или законных представителей, медицинский работник вступает в диалог с юным пациентом или психиатрическим больным, пытается объяснить ему в рамках его понимания суть будущей процедуры, будет ли больно и т.п., и старается получить его одобрение на нее. Кстати, во многих зарубежных медицинских центрах эту работу выполняют именно медсестры.

*В каких случаях допускается проведение вмешательства
без согласия пациента и его законных представителей?*

Согласно закону в определенных случаях медицинское вмешательство может быть проведено без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя. Это допускается в следующих случаях:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

- если пациент представляет опасность для окружающих и ряд других.

В этих случаях решение принимает консилиум врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно – непосредственно лечащий (дежурный) врач. Решение должно быть внесено в медицинскую документацию пациента с последующим уведомлением руководства, лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя.

Что делать, если у медработников создалось впечатление, что законный представитель действует во вред пациенту?

Закон прямо обязывает медработников обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Об отказе опекуна немедленно сообщают в органы опеки и попечительства.

Обязанности медсестры

Оформить согласие, полученное врачом

В некоторых медицинских организациях получение информированного согласия формализовано, разработаны процедуры, отпечатаны бланки и т.п. Обычно это происходит в подразделениях и кабинетах, где выполняются однотипные процедуры и пациенты знают, зачем пришли. Предварительно они уже обсуждали свои проблемы с врачом и пришли для выполнения выбранной медицинской процедуры. В этом случае медсестре может быть вменено в обязанность оформить уже состоявшееся информирование и согласие и подшить документ в амбулаторную карту (историю болезни).

Нужно ли получать согласие при выполнении врачебных назначений?

Предполагается, что врач, делая назначения, которые будет выполнять медсестра, разговаривает с больным, разъясняет их смысл и фактически получает устное согласие на назначенное вмешательство. В таких случаях, выполняя назначение, медсестра обычно подходит к пациенту и говорит, к примеру: «Сидоров, пройдите в процедурную – вам назначена инъекция». Больной идет, садится рядом с процедурным столиком, подает руку с закатанным рукавом. Такое его поведение без слов говорит о том, что он дал согласие на процедуру.

Возможен иной вариант, когда врач ничего не сказал пациенту о сделанном назначении и тот удивлен, просит объяснить, что ему назначено, сомневается и, наконец, соглашается или отказывается. В случае если он отказывается, его отказ следует понимать как официальное объявление его воли. Безусловно, в рамках компетенции, медсестра должна попробовать

убедить его в необходимости выполнять назначенное лечение, быть может, вызвать дежурного врача. При этом, уговаривая пациента, на него не следует «морально давить», его ни в коем случае нельзя запугивать выпиской или отметкой в больничном о нарушении режима. Здесь, конечно, не идет речь об особых группах пациентов, например, больных туберкулезом. Кроме того, отказ от вмешательства должен быть зарегистрирован в медицинской документации.

О согласии на сестринские процедуры.

Невербальное выражение согласия

Как правило, пациенты соглашались на процедуры, которые выполняет медсестра, но делают это невербально, то есть без слов, своими действиями. Обычно медсестра, подходя к больному, говорит ему, что планирует выполнить определенное вмешательство и просит его что-то сделать, например, повернуться на бок, или встать с постели, или пройти в клизменную. Пациент начинает выполнять ее просьбу, и это можно расценивать как согласие. При этом совершенно недопустимы с точки зрения права пациента на информированное согласие молчаливые действия медсестры. Приведем пример такого конфликта.

Медсестра молча вошла в палату. Подошла к больному, взяла его за руку, начала освобождать ее от рукава, чтобы сделать внутривенную инфузию. В этот момент пациент, генерал в отставке, спросил: «Простите, а что вы, собственно, делаете?» Медсестра объяснила, что выполняет назначение врача, ставит капельницу. «Какую капельницу? Кто вам позволил? Я не давал согласия! Это насилие!» Разразился скандал. Генерал заявил, что считает это грубым нарушением прав, что он это так не оставит.

На следующий день он пожаловался главному врачу, написал в газету и т.д. Главный врач объявил медсестре замечание. Законно ли вынесенное дисциплинарное взыскание?

Безусловно, законно. В данном случае было нарушено право пациента на информированное согласие, соблюдение которого гарантирует закон, и это входит в должностные обязанности медработников. Просто надо иметь в виду, что на крупные процедуры пациент дает согласие в письменном виде, а на мелкие вмешательства (очистительную клизму, термометрию, взвешивание и т.п.) он дает согласие невербально, своими действиями. Однако это не освобождает медработников от информирования пациента о том, что ему предстоит сделать, и от необходимости сделать короткую паузу, в течение которой пациент поймет, что происходит, и станет выполнять указания медсестры, что можно будет расценить как согласие на вмешательство.

2.2.4. Конфиденциальность

Соблюдение права больного на личную тайну еще со времен Гиппократы считается одной из основных моральных норм медицинской этики. В Международном кодексе медицинской этики сказано, что «...врач обязан соблюдать врачебную тайну». В Этическом кодексе медицинской сестры России этой проблеме посвящена ст. 8. В ней говорится, что «медицинская сестра должна хранить в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни, даже после его смерти».

Врачебная тайна с юридической точки зрения

В настоящее время право на личную тайну перестало быть исключительно моральной нормой, его согласно Конституции теперь оберегает государство, а нарушение личной тайны, особенно если это допускают лица, узнавшие что-либо при выполнении их профессиональных обязанностей, карается по закону. В медицине личную тайну пациента обычно называют врачебной тайной. Именно так она названа в ст. 13 «Основ», которая гласит, что врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Рассмотрим, какие наказания могут понести нарушители врачебной тайны.

В уголовном праве нет специальной статьи о врачебной тайне, но выделено преступление, поименованное «нарушением неприкосновенности частной жизни». По определению, данному в ст. 137 УК РФ, преступление совершает человек, допустивший «собрание сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия». Эта формулировка подразумевает и сбор сведений, составляющих врачебную тайну. Часть 2 ст. 137 предусматривает уголовную ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни, «совершенные лицом с использованием своего служебного положения». Под нее могут попасть случаи, когда медработник передает третьим лицам медицинскую документацию, содержащую сведения о пациенте, фотографирует пациента без его согласия и т.п.

Нарушителю грозят штраф, лишение права заниматься медицинской деятельностью и даже арест.

В административном праве также нет специальной статьи о врачебной тайне. Однако в Кодексе РФ об административных правонарушениях есть статья о «разглашении информации с ограниченным доступом». Речь идет об информации, доступ к которой ограничен федеральными законами. Доступ к информации, составляющей врачебную тайну, ограничен Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Таким образом, к нарушителям

врачебной тайны может быть применена статья КоАП России о разглашении информации с ограниченным доступом.

В гражданском законодательстве понятие врачебной тайны включено в понятие личной тайны. Если в результате нарушения личной тайны гражданину нанесен материальный или моральный вред, то согласно Гражданскому кодексу России может наступить гражданская ответственность причинителя вреда. Если разглашение врачебной тайны причинит пациенту неприятности, которые суд расценит как моральный вред, то медицинскому учреждению, возможно, придется этот вред компенсировать.

И, наконец, по трудовому праву нарушение врачебной тайны может быть расценено как дисциплинарное нарушение с последующим дисциплинарным наказанием.

Примеры умышленных нарушений врачебной тайны

В больницу попал знаменитый актер. Прознавшие об этом журналисты атакуют больницу, стремятся получить скандальную информацию, фотографию, чье-нибудь интервью. Охрана не пускает их, однако один из журналистов заметил медсестру, идущую на дежурство, и попросил ее за определенное вознаграждение сфотографировать больного на телефон и «скинуть» ему по электронной почте. «Это же преступление!» – медсестра категорически отказалась от предложения.

Эта история произошла в одной из московских больниц. К сожалению, фотография все-таки была сделана и опубликована – ее сделал и переслал по почте другой медработник.

Известна другая история, которая закончилась уголовным делом и реальным наказанием, когда медсестра похитила из регистратуры и передала третьим лицам амбулаторную карту местного ответственного работника.

Неумышленные нарушения врачебной тайны

В маршрутном такси небольшого городка ехали две медсестры и увлеченно и довольно громко обсуждали прошедший рабочий день, не заметив, что называют имена больных, диагнозы, вмешательства. Одной из пассажирок, которая слышала весь разговор, была соседка одной из пациенток, о которой шла речь. Она легко опознала ее по той информации, которая проскользнула в разговоре. В результате больная мать пациентки, от которой та хотела скрыть свою болезнь, узнала правду о состоянии дочери, разволновалась, ее состояние ухудшилось. После выписки женщина смогла определить, кто из медсестер проболтался о ее госпитализации, и подала в суд, требуя возместить моральный ущерб. Ущерб состоял в ухудшении здоровья ее пожилой мамы.

Подобные ситуации, когда происходит разглашение врачебной тайны, – довольно распространенное явление. Так, анонимный опрос, проведенный несколько лет назад среди сотрудников городской многопрофильной больницы Санкт-Петербурга, показал, что до 55% врачей и свыше 70% среднего медицинского персонала обсуждают в кругу семьи, с коллегами и друзьями особенности течения заболевания конкретных больных, не задумываясь при этом о нарушении требований законодательства и принципов деонтологии.

«Тонкие вопросы» сохранения врачебной тайны

Как известно, пациент может разрешить рассказывать о его здоровье всем, кто поинтересуется, а может и строго запретить делать это. Возможны случаи, когда пациент ограничивает число лиц, кому может быть дана информация, составляющая его тайну. Его пожелания должны фиксироваться в истории болезни. Таким образом, если в отделение во время посещения зашел посетитель и спросил, лежит ли здесь некто Иванов, то медсестра не должна «с разбегу» отвечать на его вопрос. Она должна попросить его подождать и пойти посмотреть историю болезни или подойти к искомому пациенту, чтобы узнать, хочет ли он принять посетителя или сказать ему, что не уполномочена давать посторонним информацию, составляющую врачебную тайну.

В случае если пациент ограничил перечень лиц, имеющих доступ к его тайне, необходимо убедиться, что человек, который интересуется его здоровьем, входит в этот перечень. Между тем согласно социологическим опросам более трех четвертей опрошенных врачей указали, что при общении с родственниками больных они никогда не интересуются документами, подтверждающими родство, и охотно беседуют о диагнозе и прогнозе заболевания с лицами, просто представившимися родственниками больного.

Поскольку идентифицировать личность по телефону не представляется возможным, целесообразно избегать телефонных разговоров о состоянии больных. В связи с этим полезно вспомнить одну печальную историю в лондонском роддоме.

Британская полиция ведет расследование возможного самоубийства медсестры. Женщина была обнаружена мертвой на следующий день после того, как сотрудники австралийского радио позвонили в госпиталь короля Эдуарда VII. Они представились королевой Елизаветой Второй и ее сыном принцем Чарльзом и поинтересовались самочувствием страдающей от токсикоза герцогини Кембриджской. Медсестра ответила, что с интересующей их пациенткой все в порядке и посоветовала позвонить чуть позже.

После того как медсестра узнала, что невольно нарушила врачебную тайну, она совершила самоубийство.*

* Подробнее: <http://www.vm.ru/news/medsestra-iz-kliniki-gde-lezhala-beremennaya-gertsoginya-kembridzhskaya-pokonchila-s-soboj1354925588.html?page=622>

«Медицинские» селфи и врачебная тайна

Последнее время общество столкнулось с относительно новым явлением, грозящим массовыми нарушениями врачебной тайны. Речь идет о так называемых «медицинских» селфи. Приведем в качестве примера случай, широко обсуждавшийся в российских СМИ.

ТАСС сообщило о том, что прокуратура Свердловской области ведет проверку инцидента с участием медсестры из Нижнего Тагила, которая опубликовала в социальной сети селфи на фоне пациента в операционной. По словам руководителя пресс-службы прокуратуры, по итогам проверки при наличии оснований будут приняты «меры прокурорского реагирования».

К счастью, эта история закончилась без уголовного дела – медсестру спасло то, что личность больного нельзя было опознать, так как его лицо было закрыто. Но если бы пациент был узнаваем, прокурор был готов открыть уголовное дело по ст. 137 УК РФ.

Медицинским работникам, практикующим селфи на рабочих местах, необходимо иметь в виду, что, фотографируясь на рабочем месте и размещая такие фото в социальных сетях, они могут нарушить личную тайну пациентов, которые могут случайно попасть в кадр их фотоаппарата.

Когда необходимо нарушить врачебную тайну?

Согласно ст. 13 «Основ» существуют ситуации, когда допускается разглашение врачебной тайны. Однако решение по этому поводу находится обычно в компетенции врача, и потому мы не останавливаемся на этом вопросе более подробно.

2.2.5. Справедливость

Еще Гиппократ в своей клятве обещал быть справедливым к больным. Он клянется воздерживаться от всякой несправедливости.

Что это значит – быть справедливым?

В клятве российского врача понятие справедливости раскрывается следующим образом: «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь... действовать исключительно в его (пациента) интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств...»

Иными словами, стремясь быть справедливым, врач клянется не различать людей, а действовать так, будто все они абсолютно одинаковы по целому ряду признаков. Такому пониманию справедливости противостоят понятия дискриминация и стигматизация.

Дискриминация по социальному признаку

Слово «дискриминация» происходит от латинского *discriminare*, которое обозначает «проводить различие между». Под дискриминацией понимают ограничение прав по признакам, которые «не являются приемлемыми и подходящими основаниями в условиях, в которых они имеют место». К примеру, если из двух тяжелобольных пациентов одного кладут в коридор, а другого – в одноместную палату, исходя при этом из того, что один из них – брат городского мэра, а другой – бомж (лицо без определенного места жительства), это несправедливо, потому что решение принимается исходя из «проведения различий между пациентами» по признакам, которые в данном случае не являются существенными с точки зрения оказания медицинской помощи. Таким образом, подобная дискриминация по социальному признаку является несправедливостью.

Дискриминация по социальному типу может привести к серьезным дефектам медицинской помощи.

В приемное отделение крупной больницы полицейские привезли неряшливо одетого пьяного со ссадиной на лбу. Посмотрев на мужчину, вид которого не без оснований вызывал отвращение, и увидев, что ссадина выглядит вполне благополучно, медсестра приемного отделения решила не будить дежурного врача, уложила поступившего на полу в ванной и пошла отдыхать. Утром в ванной комнате был обнаружен труп. На вскрытии – черепно-мозговая травма, субарахноидальное кровоизлияние. При своевременной операции мужчине можно было спасти.

За несколько дней до этого события эта же бригада своевременно заподозрила нейротравму у пациента, доставленного полицией из ресторана, где он развязал драку. Пациент был местным бандитом, в больницу его сопровождали «братки», которые недвусмысленно намекнули медперсоналу, что «всех замочат», если с больным будет что-то не так. Дежурный врач оперативно вызвал опытного хирурга, который подтвердил диагноз и провел успешную операцию.

Как видно, разное отношение к больным повлияло на различия в результатах лечения. Иногда, дискриминируя больного по внешним признакам, можно сильно ошибиться.

Много лет назад, во времена СССР, за спившегося бомжа приняли ответственного работника ЦК КПСС, который после банкета решил подышать свежим воздухом, отпустил водителя персональной машины, однако почувствовал себя плохо, упал, сильно запачкался в грязи и в рвотных массах. «Скорая» привезла его в больницу, где, увидев испачканного, обмочившегося больного с рвотными массами на пальто,

невнятно бранящегося на окружающих, его оставили проспаться. К утру он умер. Перед главным врачом врач и дежурная медсестра оправдывались: «Мы думали, это очередной алкоголик...» Интересно, что главный врач не одернул их и не сказал, что всех поступивших в приемное отделение надо осматривать, не делая различий, – в этом справедливость медицинской профессии.

Стигматизация

Слово «стигматизация» является однокоренным со словом «стигма», что значит клеймо, метка. Стигматизация – это процесс дискредитации, который поражает индивида, считающегося «ненормальным» или «имеющим отклонения». Человека словно метят, говоря о нем: «Это наркоман или ВИЧ-инфицированный». С этого момента отношение к человеку определяется этим его особенным статусом: «Да что вы, доктор, возитесь с этим наркоманом!» или «Не хочу рисковать с ВИЧ-инфицированным». Стигматизация тоже, по сути, является различием, только здесь по какому-нибудь негативному признаку выделяют одного пациента.

Особой проблемой является стигматизация так называемых «неперспективных больных». Суть проблемы демонстрирует следующий случай, произошедший несколько лет назад в одной из крупных московских больниц.

На патологоанатомической конференции разбиралась больная с раком 4-й степени, умершая после операции по поводу непроходимости кишечника. Хирург, вскрыв брюшную полость и обнаружив, что метастазы буквально заполнили ее, не оставив свободного места, понял, что операция бесполезна и решил прекратить ее. Он понял, что больная умрет буквально через несколько часов или дней, и потому решил не «тратить зря время» – и не стал ушивать рану послойно, зашив только кожу. Больная и в самом деле умерла через день. На вскрытии патологоанатом обнаружил, что рана была лишь прикрыта на скорую руку, и доложил об этом на конференции в присутствии хирургов больницы и ее руководства. Его сообщение не произвело никакого впечатления на присутствующих. Никто не увидел в этом проблемы. Никто не захотел увидеть, что с живым еще человеком хирург обращался как с умершим. В его представлениях эта пациентка уже умерла и потому не нуждалась в его профессиональной помощи. Она была «абсолютно неперспективна», и потому на нее не следовало тратить своего времени и сил. Врач стигматизировал ее по признаку «умирающая больная».

Подобная стигматизация, безусловно, ведет к дискриминации больных, стоящих на пороге смерти. При этом медработники как будто забыва-

ют, что «если больного нельзя вылечить, ему можно помочь». В данном случае речь идет о том, что умирающий больной имеет право на достойную смерть, а врач и медсестра обязаны помочь ему в этом. А это значит, что до последней минуты его жизни к нему должны относиться как к человеку, а не как к телу, препарату и т.п. К сожалению, подобное отношение к умирающим больным характерно для многих российских стационаров. Умирающего вывозят в коридор и как бы вычеркивают из списка живых. Такая преждевременная «констатация смерти» у живого еще человека не может не влиять не только на качество медицинской помощи, но и на личность врача или медсестры. Постепенно мы заметим повышение порога чувствительности в отношении таких больных: вчера еще в помощи отказывали больным на пороге агонии, а завтра врача и медсестру уже перестанет интересовать больной с запущенной болезнью, не имеющий перспективы выздоровления. Позиция: «Что вы от меня хотите – я ничем не могу вам помочь!» – признак стигматизации, она должна быть преодолена, так как ее принятие – путь к дегуманизации медицины.

К последствиям стигматизации относится и снижение уровня профессионализма медицинского работника. Поставив на больном клеймо «неизлечимый», он перестает видеть у больного клинические проблемы, которые можно разрешить. Так, у больного с метастазирующим раком вполне может случиться пневмония или аппендицит, приступ стенокардии или обострение хронического тромбоза, которые при своевременной диагностике могут быть облегчены или даже излечены. Приведем пример.

В терапевтическом отделении лежит пациент с диагнозом метастазирующий рак. На дежурстве он пожаловался медсестре на боли в животе и жидкий стул. Медсестра, зная его диагноз, не встревожилась, дала ему анальгин и но-шпу. Утром о его обращении не доложила. Аналогичная история повторялась несколько дней. Врач тоже, поставив «неперспективный диагноз», делал обходы формально, больным не интересовался. Через несколько дней на боли и жидкий стул стали жаловаться соседи по палате, другие больные, санитарки. Ситуация вышла из-под контроля. Инфекционист констатировал вспышку дизентерии.

Таким образом, стигматизация «неперспективного больного» стала причиной грубейшей ошибки, она не позволила увидеть симптомы другой болезни, принять необходимые меры. Так моральный дефект прямо ведет к дефекту диагностики, т.е. чисто профессиональному дефекту.

Таким образом, обязанность медработника состоит в одинаково добросовестном выполнении своих обязанности, не различая больных, т.е. не допуская ни дискриминации, ни стигматизации.

2.3. Моральные требования к себе и своим коллегам

2.3.1. Моральные требования к себе: профессиональная компетентность и волевое стремление к работе

Компетентность медсестры

Главный врач заставляет нас ходить на различные конференции и семинары, делать доклады и даже писать статьи в сестринские журналы. Для тех, кто не делает этого, он грозит провести внеочередную аттестацию и уволить. Разве он имеет на это право и мы обязаны тратить на это наше свободное время?

В ст. 2 Этического кодекса медицинской сестры России сказано, что основным условием сестринской деятельности является профессиональная компетентность. Ее профессиональный долг – обладать компетенциями (знаниями и умениями), которые позволят ей квалифицированно выполнить то, что она обязана делать в качестве медсестры, работая с больным. Нередко при разборе сестринских ошибок медсестра, пытаясь защитить себя от обвинений, в оправдание пытается сослаться на то, что она не знала, что делать, или что у нее не получилось выполнить необходимые действия. Однако эти оправдания не могут быть приняты, если знания и умения, об отсутствии которых говорит медсестра, входили в программу ее обучения, она сдавала по ним тесты и экзамены, а ее коллеги обладают ими и успешно используют в своей профессиональной деятельности. При таких обстоятельствах отсутствие необходимых знаний и умений нельзя назвать случайностью или несчастным случаем. Даже, если медсестра скажет в свое оправдание, что тот или иной предмет им плохо преподавали, а тот или иной навык вообще не отрабатывали на занятиях или практике, это не может расцениваться как оправдание. Будучи взрослым, ответственным человеком, будучи профессионалом, медсестра должна сознавать, что не имеет права подходить к больному, не обладая необходимой компетенцией.

В положении о медицинской небрежности, принятом 44-й Всемирной медицинской ассамблеей в 1992 г., сказано, что если врач не обеспечил стандарты лечения, соответствующие состоянию больного, по причине неспособности сделать это или из-за недостаточности мастерства, то это следует расценивать как медицинскую небрежность. То же можно сказать и о медсестре. Незнание или неумение, которые не позволили медсестре квалифицированно выполнить стандартные процедуры, необходимые больному, не являются доказательством ее невиновности, если больному при этом причинен ущерб. Напротив, это является доказательством не-

предумышленной вины. Заметим, что умышленная вина в таком случае указывала бы на умышленное преступление, убийство или нанесение повреждений. Когда разбираются медицинские дела, то речь обычно идет не об умышленной, а о непредумышленной вине, когда медработник не справился с ситуацией по небрежности или легкомыслию, а вовсе не потому, что хотел навредить пациенту. И здесь надо иметь в виду, что доказательство того, что медработник не знал или не умел выполнить то, что обязан был знать и уметь, является доводом в пользу наличия его непредумышленной вины. Не знал то, что обязан знать, – значит, виноват. Не умеешь делать то, что должен уметь делать, – опять виноват.

Таким образом, моральный долг медработника быть компетентным профессионалом является также его обязанностью, пренебрежение которой может привести к возникновению правовой ответственности.

Столкнувшись с проявлениями некомпетентности медсестры, работодатель имеет возможность уволить ее как некомпетентного работника. Он имеет право провести внеочередную аттестацию с целью установления ее компетенции. При неудовлетворительных результатах аттестации работодатель имеет право уволить работника, как не обладающего необходимой компетенцией. Требования к компетентности работника содержатся в квалификационной характеристике по его должности. В настоящее время идет работа над профессиональными стандартами по всем должностям всех отраслей народного хозяйства, в том числе и по должностям работников здравоохранения. В них будут сформулированы требования квалификации работников на основе нового, компетентностного подхода.

Работодатель имеет право усомниться в компетентности работника, который не повышает своей квалификации, не участвует в учебных мероприятиях, не ведет преподавательской или наставнической деятельности, не участвует в работе над составлением отчетов, не пишет статей для профессиональных журналов.

Таким образом, трудовое законодательство дает работодателю право требовать от медсестры, чтобы она выполнила свой моральный долг – была компетентным работником. Однако здесь сразу встает другой вопрос: в какой степени работодатель обязан помогать своим работникам в их стремлении повысить квалификацию, обеспечить компетенции на современном уровне? Это предмет для обсуждения при заключении коллективного договора и индивидуальных трудовых договоров. За рубежом существует практика, когда в договор с работником включаются пункты о том, что работодатель предоставляет ему учебные отпуска, возможность участвовать в выездных конференциях. Как правило, при заключении трудового договора не встает вопрос об обеспечении возможности повышать квалификацию на рабочем месте, в том числе с помощью доступа к учебным интернет-программам и базам данных. В большинстве европейских медицинских организаций это является само собой разумеющимся. В нашей стране за такую возможность пока следует бороться.

Готовность и волевое стремление к работе

Как-то утром заместитель главного врача зашел в приемное отделение и увидел медбрата, заступающего на дежурство. Молодой человек был вялым и сонным, выглядел неважно. Накануне он участвовал в вечеринке по поводу дня рождения друга. Было весело, немного выпили, разошлись только под утро. Естественно, что отдохнуть перед суточным дежурством не удалось. Начмед сказал, что отстраняет его от работы, так как он «спит на ходу». Медбрат начал спорить, и начмед уступил. Он предложил юноше пройти несколько простых тестов на внимательность. Если выполнит, то останется работать, если нет, то пойдет домой спать, а если подобное повторится, то получит выговор. Медсестры больницы вступились за медбрата. Они считают, что это произвол. Кто прав: они или заместитель главного врача по лечебной работе?

Гиппократ в одном из своих трудов говорил, что врач обязан вести свою жизнь чисто и непорочно. Это вызывает недоумение у многих молодых врачей: какая может быть связь между компетентностью, которой врач и в самом деле должен обладать, и образом его жизни, «чистотой и непорочностью»? Приведенный выше эпизод, когда молодой медбрат пришел на дежурство после бурно проведенной ночи, дает ответ на этот вопрос. К какому врачу или медсестре мы предпочли бы обратиться: к тому, кто пришел на работу отдохнувшим и способным к сосредоточенной работе, или к тому, кто всю ночь прогулял, лег спать лишь утром, у кого болит голова и трясутся руки? Ответ очевиден: мы отлично понимаем, что, помимо компетентности, работник должен быть готов к работе по своему психофизиологическому состоянию. Известно, что точность движений человека, который не спал ночь, ниже точности движений у того, кто выпил стакан водки. То же можно сказать и о способности концентрировать внимание, запоминать и т.п.

У многих медсестер старой школы есть правило: перед ночным дежурством не делать утомительных дел и обязательно поспать после обеда. Они настраиваются на работу, стараются избегать бурных эмоций и развлечений, отнимающих много сил. В этом случае они приходят на работу бодрые и способные не спать всю ночь, выполняя свою работу. К сожалению, сегодня многие не могут себе это позволить по вполне объективным причинам. Одна из них – большое количество дежурств, которые навязывает администрация из-за недостатка в работниках или желания сэкономить на фонде оплаты труда.

Еще один показатель готовности к работе – способность совершить волевое усилие, чтобы услышать пациента, вникнуть в его слова, увидеть его нужду в сестринской или врачебной помощи. К сожалению, многие медицинские ошибки и упущения – это следствие рассеянности, отсутствия сосредоточенности, отвлечении внимания на посторонние предметы. Каждое из пере-

численных состояний – признак неумышленной вины перед пациентом. Она состоит в том, что медицинский работник не совершил волевого усилия, чтобы понять его проблему, уловить изменения в его состоянии, обратить внимание на необычную реакцию на вводимое лекарство и т.п. Пациент, который обращается за помощью, надеется, что медсестра или врач серьезно отнесутся к их боли. Именно поэтому такое возмущение вызывают «веселые» селфи медработников на рабочих местах на фоне пациентов. Они ждут внимания и сострадания, а видят шутки и приколы. Это не может не вызвать отрицательной реакции.

2.3.2. Медсестра и врач: должна ли медсестра выполнять ошибочные распоряжения врача?

Зашла в перевязочную и вижу: врач проводит местную анестезию и просит меня набрать еще шприц с лидокаином. А на столике уже несколько вскрытых ампул. Я спрашиваю его: «А дозу не боитесь превысить?» А он на меня: «Делай, что говорят, и знай свое место». Что делать в таком случае: выполнять или отказаться?

В армии существует понятие «преступного приказа». Солдат имеет право отказаться от выполнения приказа, если считает его преступным. В данном случае мы видим абсолютно аналогичную ситуацию: если врач отдает ошибочное распоряжение, медсестре следует в вежливой форме сказать ему, что она сомневается в правильности его назначения и потому просит отдать распоряжение еще раз, желательно в письменной форме. Корректное возражение может вызвать бурную реакцию, но все же большинство врачей оценят поступок медсестры и будут ей за это благодарны.

Заключение

Рассматривая моральные требования к работе медсестры, мы убедились, что, нарушая их, медицинский работник может стать опасным для больного, а себя подвергнуть угрозе дисциплинарной, административной и уголовной ответственности.

Глава 3. Культурное регулирование прав и обязанностей медицинского работника

Помимо правовых и моральных норм взаимоотношения между людьми регулируют культурные нормы. Культурные нормы – это предписания, требования, пожелания и ожидания соответствующего, т.е. общественно одобряемого, поведения или запреты ненадлежащего в глазах общества поведения. Соблюдение культурных норм одобряется обществом, несоблюдение – вызывает неодобрение.

Внешние формы поведения человека, или манеры, являются разновидностью культурных норм. Совокупность манер составляет особый культурный комплекс, называемый этикетом.

От работников ожидают, что внешние формы их поведения, манеры и этикет будут соответствовать принятым культурным нормам. Грубое нарушение этих норм может привести не только к неодобрению со стороны руководства, коллектива, пациентов, но и дисциплинарным взысканиям. Ниже мы рассмотрим наиболее часто встречаемые нарушения внешних форм поведения медицинских работников.

3.1. Неумение общаться с пациентом как недостаток коммуникативной компетенции медицинского работника

Медсестра процедурного кабинета вызывает пациента, сидящего в коридоре: «Иванов, на укол!» Иванов, сидящий под дверью, – пожилой мужчина с нарушением слуха. Он не расслышал своей фамилии и продолжает сидеть. Медсестра повторила вызов, и опять – без результата. Наконец, она выглянула в коридор и, увидев улыбающегося ей Иванова, начала бранить его в довольно грубой форме. Мужчина никак не ожидал незаслуженной грубости, расстроился, отказался от инъекции, а чуть позже пожаловался завотделением. Это была не первая жалоба на грубость медсестры процедурной, кстати сказать, обладающей «замечательными руками» и с первого раза попадавшей в любую вену. Однако постоянные жалобы вынудили завотделением обратиться к главному врачу с просьбой объявить медсестре выговор и лишить ее годовой премии.

Вряд ли кто-нибудь будет отрицать, что медицинский работник должен уметь общаться с людьми. Неумение общаться крайне негативно оценивается пациентами. Недовольство медицинскими работниками, жалобы и судебные иски очень часто связаны не с ошибками диагностики и лечения, а с их не-

желанием и неумением разговаривать с больным. Пациенты и их близкие жалуются на равнодушие, недружелюбие и даже грубость медицинских работников, нежелание устанавливать доверительные отношения.

Последнее время для обозначения способности медработника общаться с пациентом используют термин «коммуникативная компетенция». Безусловно, она будет включена в профессиональный стандарт врачей и, возможно, медсестер. В настоящее время этот термин отсутствует в квалификационных характеристиках по должности медицинской сестры, однако там названы: обязанность проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и необходимость знать психологию профессионального общения. Таким образом, термин «коммуникационная компетенция» не назван, но ее отдельные составляющие обозначены весьма четко. Из этого можно сделать однозначный вывод: медсестра, не умеющая выстроить профессиональное общение с пациентом, может быть обвинена в профессиональной непригодности и уволена с работы.

Многие главные врачи, чтобы упростить свои отношения с работниками, не соблюдающими элементарных культурных норм, добавляют в должностные инструкции пункт об обязанности соблюдать культурные нормы при общении с пациентами, коллегами и посетителями ЛПО. В этом случае любой выход за пределы культурного поля в общении может быть рассмотрен как нарушение должностных обязанностей.

В терапевтическое отделение клиники пришла новая медсестра, опытная и трудолюбивая. Однако у нее была привычка называть пациентов «бабулями» и «дедулями». Между тем это было запрещено Кодексом поведения медицинских работников этой клиники. Завотделением делала ей замечания и, наконец, предупредила, что будет вынуждена обратиться к главному врачу для вынесения ей выговора. Медсестра недоумевала: «Где написано, что я должна всех называть по имени и отчеству?»

В некоторых ЛПО разработан и утвержден Кодекс поведения медицинских работников, в котором сформулированы основные культурные требования к манере поведения и речи работников. Приказом главного врача все работники обязаны соблюдать этот кодекс, это их трудовая обязанность. В некоторых ЛПО соблюдение кодекса поведения работников является приложением к правилам внутреннего распорядка.

3.2. Этикет общения с инвалидами, людьми, потерявшими слух и зрение

В отделение поступил молодой человек, инвалид-колясочник. Пожилая медсестра, всей душой сочувствующая его несчастью, всячески пыталась это сочувствие продемонстрировать, старалась ему во всем

помочь, просила и других пациентов делать то же. Для нее стало неожиданностью, что пациент попросил заводделением избавить его от этой медсестры, сказать ей, чтобы она вообще не подходила к нему. Завотделением сделал медсестре замечание за создание конфликтной ситуации с пациентом.

В данном случае мы столкнулись со случаем незнания базовых основ профессионального общения с инвалидами. Дело в том, что многие люди, имеющие ограничения, научились справляться со своими проблемами и гордятся этим. Поэтому они ждут от других уважения, а не демонстративной жалости, сердобольных взглядов или понимающих вздохов, которые их унижают. Общаясь с такими людьми, не следует показывать им, что вы видите, что они отличаются от других, не следует навязывать свою помощь. Предлагая ее, необходимо спокойно спросить: «Вам помочь?» И тогда инвалид сам сделает свой выбор. Еще одно правило: не следует первым заводить разговор об имеющейся проблеме, когда возникла, при каких обстоятельствах и т.п. Пациент сам, если захочет, расскажет обо всем.

При общении с людьми с пониженным слухом необходимо понять, в чем состоит расстройство слуха, и общаться с учетом особенностей конкретного человека. Люди с полной глухотой могут понимать артикуляцию по губам, и потому с ними следует говорить обычно, но чуть медленнее. Кричать, чтобы привлечь внимание больного, бесполезно. Следует вежливо прикоснуться к плечу, обратить на себя внимание пациента. Если он полностью лишен слуха и не понимает по губам, следует перейти на письменную речь. В любом случае надо набраться терпения и не раздражаться.

Если пациент пользуется слуховым аппаратом, то не следует кричать ему в ухо. Современные аппараты, как правило, рассчитаны на обычную речь. С этими больными также следует быть терпеливыми, так как аппарат может исказить восприятие речи.

Общаясь с пациентами, лишенными слуха, следует помнить, что они нередко стыдятся своего дефекта, не говорят, что не расслышали и не поняли сказанного врачом или медсестрой. При общении с больными следует убедиться, что они хорошо расслышали и поняли сказанное медработником. Иногда нужно попросить больного повторить то, что он понял.

Подходя к больному, лишенному зрения, необходимо представиться, следует помнить, что он лишен возможности увидеть белый халат и понять, что перед ним – медработник. Слепой пациент нуждается в помощи, когда попадает в незнакомое помещение. Вводя слепого в палату, следует рассказать ему, как она устроена, где окно и двери, как расставлена мебель, представить ему соседей по палате. При раздаче пищи или лекарств необходимо рассказать пациенту, куда и что было положено. Если такой больной идет по коридору, не следует спешить хватать его под руку, чтобы помочь. Необходимо подойти и предложить помощь. При этом следует дать возможность больному самому

положить свою руку так, как ему удобно. Общаясь со слепыми, следует иметь в виду, что эти люди в остальном абсолютно такие же, как и зрячие. Более того, нередко у них компенсаторно очень хорошо развиты слух и осязание.

3.3. Нужно ли вставать, когда врач подходит к сестринскому посту или входит в сестринскую комнату?

Завотделением, молодой еще человек, возмущается, когда медсестры не встают при его приближении. Многие медсестры ему в матери годятся. Должны ли они вставать?

Деловой этикет отличается от светского, в котором положение женщин и мужчин резко отличается. На работе мы не столько мужчины и женщины, а работники. Деловой этикет допускает, чтобы работник, сидящий за рабочим столом и занятый работой, не вставал со стула, если к нему подходит его коллега, в том числе и старший по возрасту и положению. Завотделением не может не понимать, что отвлечение медсестры, занятой проверкой истории болезни или раскладкой лекарств, опасно для больных, так как грозит ошибкой. Что касается сестринской комнаты, следует помнить, что это территория отдыха, место, где медсестры переодеваются. Вежливый завотделением, особенно если это мужчина, должен постучать в дверь прежде, чем войти. В свою очередь, медсестре следует привстать при входе старшего по положению или возрасту.

Некоторые медсестры, жалуются на попытки врачей мужчин навязать неформальные отношения, однако при этом уверены, что мужчины не должны забывать, что медсестры – женщины и потому требуют особого отношения.

Поэтому мы приведем несколько правил об отношениях мужчин и женщин в рабочей обстановке, которые рекомендуют специалисты в области делового этикета:

- Дверь открывает тот, кто ближе к ней стоит.
- В лифт первым входит тот, кто ближе к двери.
- И мужчины, и женщины приподнимаются со стула, если в помещение входит посетитель, вне зависимости от его пола.
- И мужчины, и женщины обмениваются рукопожатиями, без различия пола. Нет правил, предписывающих, кому из них подавать руку первым.
- Ни мужчинам, ни женщинам не следует называть друг друга уменьшительно-ласкательными именами и прозвищами: «Ниночка, лапочка» или «Павлик, мой мальчик». Если кто-то переходит границы, его следует спокойно поправить: «Меня зовут Нина, и я не лапочка».

Таким образом, деловой этикет несколько стирает половые различия, подчеркивая коллегиальность и равенство.

Международный кодекс медицинской этики*

Принят 3-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 г., дополнен 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 г.

Общие обязанности врачей

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов.

Вне зависимости от профессиональной специализации врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи.

Врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов.

С нормами медицинской этики не совместимы:

а) самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации;

б) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента лишь в интересах последнего.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

Обязанности врача по отношению к больному

С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование

* В документе речь идет о врачах, однако каждое из положений может быть отнесено и к профессионалам в области сестринского дела.

или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну.

Оказание ургентной помощи – человеческий долг врача.

Обязанности врача по отношению к коллегам

По отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы Женевской декларации, одобренной Всемирной медицинской ассоциацией.

**В помощь практикующей медицинской сестре
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Право. Этика. Этикет

Выпуск № 3 (51)

Издатель: ООО Издательство «Медицинский проект»

Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ

Ответственный редактор Ирина МЫЛЬНИКОВА

Ответственный секретарь Ирина ФЕТИШЕВА

Технический редактор Леонид КАМАЕВ

Корректор Лариса ААШКОВА

Свидетельство о регистрации ПИ № 77 – 17583 от 09.10.04

Подписано в печать 16.06.2015

Отпечатано в ООО «Риммини»,

г. Москва, ул. Верейская, д. 29, строение 32А

Заказ 1371 Тираж 5500 экз.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Руставели, д. 14, стр. 6

Тел.: (495) 664-20-42

Для писем: 127254, Москва, а/я № 59

E-mail: s_delo@inbox.ru

Дорогие наши читатели!

Подписаться на журнал «Сестринское дело» можно в любом почтовом отделении России.

Индекс в каталоге «Роспечать»:

- на 2-е полугодие 2015 года – **72252** (для индивидуальных подписчиков), **72253** (для предприятий и организаций);
- на весь 2015 год – **47270** (для индивидуальных подписчиков), **48571** (для предприятий и организаций).



Оформить подписку можно и в редакции. Для оформления подписки на 2-е полугодие отправьте на наш счет из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО 848 руб. (для частных лиц) или 1992 руб. (для организаций).

Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк ОАО «ОТП Банк», г. Москва

Р/сч **40702810700320025974** К/сч **30101810000000000311**

БИК **044525311** ИНН **7715760845** КПП **771501001**

Оплатить подписку через редакцию можно электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу: **127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.** В строке «Для письменного сообщения» напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО и издание (например, «Сестринское дело» на 2-е полугодие 2015 г.).

Медсестры нередко обижаются и даже возмущаются, когда, как им кажется, руководство нарушает их права, нагружает несвойственными обязанностями, выдвигает неприемлемые требования. Подобные вопросы часто являются причиной серьезных конфликтов и даже судебных дел. Как разобраться в ситуации и выбрать правильную линию поведения?

Мы рассмотрим права и обязанности медсестер с точки зрения правовых, моральных и культурных норм. Правовые нормы регулируют в основном трудовые обязанности и права работников, моральные нормы определяют взаимоотношения медицинских работников и их пациентов, культурные нормы формируют правила поведения на работе, или профессиональный этикет.

Знание этих норм, их соблюдение определяет уровень профессионализма медсестры, позволяет грамотно выстраивать взаимоотношения с коллегами и пациентами, избегать конфликтов.

