

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО УХОДА ПРИ ПЕРЕХОДЕ С ОДНОГО
УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДРУГОЙ
АДАПТИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ РУКОВОДСТВО**

Нур-Султан, 2020

УДК 614

ББК 51.1

О-13

Рецензенты:

Абдужаппарова А.С.- главный научный сотрудник, преподаватель
Туркестанского ВМК, магистр Сестринского дела.

Чичибабина А.В.-врач- эндокринолог высшей категории, Независимый
эксперт МЗ РК по эндокринологии

Хасенханов Т.В.-руководитель медицинской службы компании НКОК НВ
Байкетаева М.К.-главная медицинская сестра КГП на ПХВ «Павлодарская
городская больница №3»

Авторы:

Бисенбаева А.А., Пушкина Н.В., Макабаева Д.К.

Под редакцией:

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

Обеспечение непрерывного ухода при переходе с одного уровня
медицинской помощи на другой: Бисенбаева А.А., Пушкина Н.В.,
Макабаева Д.К. //Нур-Султан: Республиканский центр развития
здравоохранения, 2020. – 50 с.

Данное руководство предоставляет информацию для
медицинских сестер и других медицинских работников всех медицинских
учреждений, по наилучшим практикам вмешательств, направленных на
помощь в подготовке и переводе пациента с одного уровня медицинской
помощи на другой, основанных на доказательных данных.

ISBN 978-601-7606-22-0

УДК 614

ББК 51.1

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании
экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения
Республики Казахстан (протокол № 12 от 29.07.2020 г.)

© Бисенбаева А.А., Пушкина Н.В., Макабаева Д.К.

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	9
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ	16
2. КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	17
3. МЕТОДЫ	19
4. РЕКОМЕНДАЦИИ	20
4.1 ОЦЕНКА	20
4.2 ПЛАНИРОВАНИЕ	23
4.4 АНАЛИЗ	34
4.5 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ	36
4.6 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПОЛИТИКЕ	40
5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ	42
6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА	42
7. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА	44
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ	44
ПРИЛОЖЕНИЯ	51

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КМИС	Комплексная медицинская информационная система
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
МО	Медицинская организация
МПЛА	максимально полный лекарственный анамнез
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная Медико-Санитрная помощь
РКИ	Рандомизированные клинические исследования
СМР	Средний Медицинский Работник
ТРЗ	Текущие Расходы на здравоохранение
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health – международная база данных научной информации по вопросам сестринского дела
Cochrane CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials - Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований –база данных научной медицинской информации

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Доказательство - это информация, которая ближе всего соответствует обстоятельствам дела. Форма, которую они принимают, зависит от контекста. Результаты качественного, методологически обоснованного исследования дают наиболее точные доказательства. Поскольку исследования часто являются неполными, а иногда противоречивыми или недоступными, другие виды информации являются необходимыми дополнениями или заменой для исследований. Основой решения, основанного на доказательствах являются многочисленные формы доказательств, объединенные, чтобы сбалансировать их строгость с целесообразностью, отдавая предпочтение первым по сравнению с последними [112].

Заинтересованное лицо - человек, группа людей или организация, которые заинтересованы в решениях и действиях организаций, которые могут пытаться повлиять на принимаемые решения и действия [116]. Заинтересованные лица включают всех лиц и группы лиц, на которых прямо или косвенно влияют изменения или решения вопросов.

Качество - степень, в которой медицинские услуги для отдельных лиц и целых популяций повышают вероятность получения желаемого результата и соответствуют современным профессиональным знаниям (ВОЗ, 2009).

Качество жизни (ВОЗ) — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это также степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Клинические рекомендации - систематически разрабатываемые положения, имеющие целью оказание помощи практикующим специалистам и пациентам в принятии решений для организации правильного лечения и ухода с учетом конкретных клинических (реальных) условий [107].

Клиническое сестринское руководство (см. клинические рекомендации) - это документ, в котором обобщены современные данные и рекомендации для медицинских сестер по уходу за пациентами в особых условиях [107].

Когортное исследование - это аналитическое проспективное исследование, проводится для поиска причин, факторов риска, определения прогноза заболеваний.

Комплекс мер по организации медсестринского ухода - это комплекс научно обоснованных мер, принимаемых при организации ухода за пациентами. Медсестры

занимаются реализацией таких мер самостоятельно (т.е. без подписи врача) в целях обеспечения соответствия условий в медицинском учреждении стандартным требованиям для определенных клинических состояний или условий (в данном случае - перевод пациентов).

Медицинская грамотность - наличие у пациентов знаний и навыков, необходимых для удовлетворения комплексных потребностей, связанных со здоровьем ([115].

Мета-анализ - объединение результатов нескольких исследований методами статистики для проверки одной или нескольких взаимосвязанных научных гипотез//обобщение количественных данных двух и более исследований с определением средних показателей.

Мультидисциплинарная команда – команда различных специалистов здравоохранения, работающих совместно для оказания современной и качественной помощи и услуг пациентам внутри одного медицинского учреждения, между несколькими медицинскими учреждениями [113, 97].

Обеспечение непрерывности ухода и лечения при переводе на новое место- комплекс мер, направленных на обеспечение безопасного и эффективного согласования действий и непрерывности ухода и лечения пациентов при изменении их состояния здоровья или потребностей в уходе, при смене медицинского учреждения или местонахождения (в пределах одного учреждения или между разными учреждениями) [1, 20, 30] этот процесс включает(не ограничиваясь только этим): посещение медицинских специалистов в учреждениях первичного звена здравоохранения, обращение к специалистам или в медицинские учреждения, передачу обязанностей во время передачи смены, организацию перевода и выписки, а также перемещение в другое медицинское учреждение (см. также пункт «Взаимодействие в процессе организации ухода»)).

Пациентоориентированный подход - подход, предусматривающий целостное восприятие пациента. Он предусматривает не только обслуживание пациента по месту нахождения, но также и защиту его/ее интересов, расширение возможностей и проявление уважения к его самостоятельным решениям, мнению, самоопределению и его/ее участие в принятии решений [109, 110].

Представитель, ответственный за принятие решений - лицо, которое принимает решения относительно лечения от имени человека, который был признан недееспособным по причине психических нарушений, обычно это супруг/супруга,

партнер или родственник. Представитель, ответственный за организацию ухода (лечения), не может одновременно отвечать за имущество [109, 117].

Психологическая готовность - способность пациента адаптироваться к новым социальным условиям, принимать изменившиеся обстоятельства и вырабатывать способы или стратегии извлечения пользы из новых условий, получая контроль над ситуацией и обращая ситуацию или процесс перевода в положительный опыт [32]

Рандомизированные контролируемые исследования - клинические исследования, в которых участвует как минимум одна экспериментальная группа и одна контрольная группа, набор групп и наблюдение за экспериментальной и контрольной группами проводится одновременно, а лекарственные препараты, вводимые участникам, выбираются случайным образом.

Рекомендации по организации процессов - предписания, устанавливающие условия, которые должны быть обеспечены в учреждениях в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Основную ответственность за создание условий, необходимых для соблюдения выполнения требований, несет учреждение, хотя у него могут возникать проблемы в связи с действующей политикой при взаимодействии с государственными органами или социальными организациями.

Ретроспективное исследование - изучаются исходы проведенных ранее клинических исследований, т.е. исходы наступают до того, как начато исследование.

Сестринский уход – направление медицинской и социальной деятельности, по оказанию психологической и социальной помощи и бытовому уходу лицам с тяжелыми заболеваниями, подтвержденное медицинским заключением, выданной организацией здравоохранения.

Систематический обзор - Обзор четко сформулированного вопроса, в котором используются систематические и четкие методы для выявления, выбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных из исследований, которые включены в обзор.[114].

Терапевтические отношения - основа для построения терапевтических отношений закладывается в процессе межличностного взаимодействия - между медсестрой и пациентом(ми). Отношения, целенаправленно выстраиваемые в интересах пациента с целью обеспечения наилучших результатов для него [109, 110].

Условия - в контексте перевода пациента данный термин используется для обозначения «перевода из одного места в другое или изменения условий организации ухода в одном и том же месте». К таким местам, помимо прочего, относятся больницы, отделения

неотложной помощи, учреждения, занимающиеся лечением подострых состояний и оказанием постэкстренной помощи, дом пациента, учреждения, занимающиеся оказанием первичной медико-санитарной (ПМСП) и специализированной помощи, а также учреждения, занимающиеся долгосрочным лечением.

Уровень доказательности - инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в рекомендациях.

Уход и лечение с участием специалистов различных профилей - уход и лечение с участием специалистов различных профилей предусматривает комплексное медицинское обслуживание пациентов с участием различных медицинских специалистов, взаимодействующих друг с другом в целях обеспечения качественного ухода и лечения в пределах одного учреждения и при переводе из одного учреждения в другое [97, 113].

Чек-лист - список действий, необходимых для работы.

ВВЕДЕНИЕ

Как пользоваться данным клиническим руководством

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Использование клинических руководств гарантирует, что лицо получает самый качественный уход. Клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Оно может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентам и членами их семей. Качественно разработанное руководство улучшает результаты для пациентов.

Клинические сестринские руководства - это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении клинического сестринского руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Клиническое сестринское руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации.

Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. Кроме этого, в руководства даны термины и определения.

При использовании сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях. Данное руководство является адаптацией канадского руководства RNAO Care Transitions разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2) [10]. [1].

Уровень доказательности в рекомендациях руководства

Уровень доказательности - это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций.

В данном клиническом сестринском руководстве уровни доказательности описаны в следующей таблице (Табл.1).

Таблица 1 Уровни достоверности доказательств.

Ia	Доказательства, основанные на результатах мета-анализа или систематического обзора рандомизированных контролируемых исследований (далее-РКИ) и (или) обобщение множества, в первую очередь количественных, исследований.
Ib	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного рандомизированного контролируемого испытания.
IIa	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного контролируемого исследования без рандомизации.
IIb	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного квазиэкспериментального исследования без рандомизации.
III	Синтез множественных преимущественно качественных исследований.
IV	Доказательства, полученные по результатам продуманных не экспериментальных, наблюдательных исследований, таких как аналитические или описательные исследования и(или) качественных исследований.
V	Доказательства, полученные по результатам экспертного заключения или отчетов комитета и(или) клинического опыта авторитетных организаций/специалистов.

Краткое содержание

В руководстве подробно описаны рекомендации, основанные на современных доказательных данных по обеспечению непрерывного ухода при переходе с одного уровня медицинской помощи на другой. При этом основное внимание уделяется эффективности планирования перевода для самого пациента, членов его семьи и опекунов до, во время и после перевода.

Руководство включает в себя рекомендации для медицинских сестер по соблюдению пациентом фармакологической терапии, организации планирования по улучшению ухода, включая психологические вмешательства, физиотерапию, нетрадиционные методы лечения и диетотерапию.

В клиническом руководстве представлены высококачественные мета-анализы, систематические обзоры и рекомендуемая передовая практика.

Перевод пациента рассматривается как нелинейный процесс, который требует принимать во внимание права пациентов. Пациентов могут переводить в пределах одного учреждения (внутренний перевод) и между разными учреждениями (внешний перевод). Для обеспечения непрерывного безопасного и эффективного ухода и лечения необходимы стандартные процедуры, в особенности для налаживания коммуникации и обмена информацией (как письменной, так и устной), в частности в процессе согласования схем лечения. Для осуществления перевода необходимы комплексные планы, предусматривающие организацию логистики в процессе перемещения пациента из одного места в другое, а также организацию ухода и лечения в процессе перемещения пациента. Контроль за организацией перевода ведут высококвалифицированные медицинские специалисты, ознакомленные с состоянием пациента и задачами, которые преследует уход, и обладающие знаниями, необходимыми пациентам, их родственникам и опекунам [1, 2, 3].

Также, в руководстве имеется информация для медицинских сестер, предназначенная для обсуждения с пациентами и их семьями/ лицами, осуществляющими уход (коммуникации, когнитивные барьеры, обучение пациентов).

Среди факторов, влияющих на то, каким образом будет использоваться данное руководство, можно отметить действующие в каждом учреждении внутренние правила, стандарты и процедуры, государственное законодательство, разные сектора здравоохранения и разные группы населения. Кроме того, следует учитывать уровень знаний и опыт медсестер, которые будут заниматься организацией ухода и лечения. Каждая медсестра должна обращаться за консультацией, если потребности пациента в уходе не позволяют ей справиться самостоятельно [4].

Помимо этого, в клиническом руководстве имеется список терминов определений, сокращений и использованных источников литературы.

Актуальность

Обеспечение непрерывного ухода при переходе с одного уровня медицинской помощи на другой касается действий, направленных на обеспечение координации и непрерывности медицинской помощи, когда пациенты перемещаются между различными учреждениями или разными подразделениями одного и того же учреждения [5]. Учитывая старение населения, растущую распространенность хронических заболеваний, тенденцию к сокращению продолжительности пребывания в стационаре и развитию социального обеспечения, переход к непрерывному уходу является способом

преодоления фрагментации медицинской помощи и обеспечения постоянной помощи пациентам [6].

Выписка из больницы один из сложных моментов в повседневной жизни пациентов, который включает в себя увеличение количества самостоятельно принимаемых пациентом лекарств и уход на дому. Эти изменения в жизни пациента не всегда возможно эффективно решить во время пребывания больного в стационаре, что приводит к фрагментации медицинской помощи после выписки[8]. Таким образом, выписка из больницы требует заблаговременного планирования, подготовки и санитарного просвещения пациента и его семьи, особенно для людей пожилого возраста, а также людей с хроническими заболеваниями, которые имеют определенные текущие и постоянные потребности [5]. Однако инструкции по выписке доходят до пациента в основном механически и поспешно, без учета потребностей каждого индивидуума[8], и часто доводятся до сведения пациента только во время выписки из больницы [9].

Даже те пациенты, которые чувствуют себя уверенно при выписке из больницы [10], могут начать сомневаться в лечении и выздоровлении, по возвращении домой [11]. Отсутствие или недостаточное планирование выписки из больницы может привести к подавленности и тревоге [6], нежелательным явлениям и ошибкам в приеме лекарств [12], плохой приверженности к лечению и низкому качеству жизни [13]).

Правильный процесс перевода пациента и непрерывного ухода за ним/ней могут улучшить качество медицинской помощи и повлиять на качество жизни пациентов, помогая избежать ненужных госпитализаций в будущем и снизить стоимость медицинской помощи [14]. Медсестры несут ответственность за обеспечение благополучного возвращения пациента домой и получении необходимой поддержки, способствуя лучшей координации и общению между специалистами, пациентами, лицами, осуществляющими уход, и медицинскими службами, обеспечивая непрерывный уход за счет использования успешных стратегий [15].

Часто из-за своей перегруженности медсестры предоставляют информацию о переводе пациенту только во время рутинной деятельности по уходу [6], иногда поспешно и в течение короткого периода времени, пытаясь выдать слишком много информации за один раз [16]. Кроме того, высокая текучесть пациентов затрудняет обмен информацией об уходе на дому во время выписки [6].

Медсестры могут играть активную роль в стратегиях перехода к медицинской помощи посредством координации, а также путем предоставления поддержки в области санитарного просвещения и руководств по профилактике и борьбе

с болезнями, а также по укреплению и поддержанию здоровья [14] для улучшения процесса выписки из стационара и обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи на дому.

На сегодняшний день все медицинские услуги в Казахстане по видам предоставления помощи разделяются на стационарный уход, дневной уход (дневной стационар) и амбулаторный уход. Так, по итогам 2018 года 28,82% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 32,56% ТРЗ, что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В то же время, доля суммарных и государственных расходов, которая отводится первичной медико-санитарной помощи выше, чем в любой из стран ОЭСР. В странах ОЭСР в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги [17].

Согласно Правилам оказания стационарной помощи РК [19] пациент при госпитализации и во время проводимого курса лечения и выписки из стационара получает «..исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах, предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки домой или перевода в другую организацию здравоохранения» от лечащего врача, функционал медицинской сестры в данном случае, согласно вышеуказанным правилам заключается в основном в уходе, выполнении назначений лечащего врача. При наличии медицинских показаний для перевода пациента в другую организацию здравоохранения, лечащий врач по согласованию с заместителем главного врача по лечебной работе осуществляет регистрацию направления в Портале [19]. И лишь при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту медицинское заключение (форма № 071/у), утвержденное приказом № 907 с письменным обоснованием отказа, а Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента при наличии последнего [19]. Вместе с тем, СМР имеет определенные полномочия при временной передаче пациента между отделениями внутри одного лечебного учреждения, например, физио-процедура, диагностическое исследование, операция и выполняется с оценкой состояния пациента на момент передачи по форме «Перевод пациента средним

медперсоналом» либо при переводе пациента из одного отделения стационара в другое. При этом, медицинская сестра отражает в специальной форме ситуацию, что происходит (из какого отделения и в какое; есть ли беспокойства или жалобы); указывает предшествующие проблемы, дает рекомендации СМР другого отделения по дальнейшему ведению пациента, однако, нигде не отражено отдельного пункта о беседе с пациентом, его родственниками/опекунами по поводу перевода, обучению самопомощи и др. Правила перевода и выписки из медицинского стационара изложены в Стандартной операционной процедуре «Правила выписки и перевода пациента в другие организации» [118].

В то же время, на сегодняшний день большая роль отводится СМР на этапе ПМСП. Например, СМР осуществляет постановку на учет пациента с хроническим заболеванием с заполнением контрольной карты диспансерного наблюдения, проводит первичный осмотр пациента, информирует его о перечне, объемах, периодичности проведения осмотров СМР, врачом ПМСП, профильным специалистом, лабораторных и инструментальных исследований, сроках наблюдения, дает рекомендации по ведению здорового образа жизни, сообщает дату следующей явки с внесением даты в форму установленного образца, осуществляет мониторинг выполнения лечения.

СМР: проводит беседу и дает рекомендации по ведению здорового образа жизни, при необходимости направляет к специалистам ЗОЖ, разъясняет пациенту с высоким риском развития осложнений или угрожающего жизни состояния правила действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи. Выписывает рецепты; назначает дату следующей явки с внесением даты в форму 030/у. При наличии жалоб, признаков обострения, осложнения и прогрессирования заболевания по результатам осмотра, отклонений показателей результатов лабораторных и инструментальных исследований от нормы СМР направляет пациента к врачу ПМСП на внеплановый осмотр [18].

Однако, есть и определенные плюсы. На этапе ПМСП медицинская служба работает по принципу мультидисциплинарной команды, в тесной коллаборации СМР, психолога, социального работника, врача, специалиста ЗОЖ и т.д. [18].

Социальный работник при направлении ответственным СМР ПМСП пациента с хроническим заболеванием для динамического наблюдения:

- 1) оказывает помощь пациентам с хроническим заболеванием и их близким родственникам в определении собственных нужд и потребностей в социальной помощи,

защите и обслуживании согласно утвержденным стандартам оказания социальной помощи;

2) посещает при направлении ответственным СМР ПМСП пациента с хроническим заболеванием, который не справляется с ведением дневника, не достигает целевых индикаторов индивидуального плана самоконтроля пациента (например, целевых цифр АД, сахара крови, липидов, снижения веса, вызывает скорую помощь, поступает в стационар и пр.), на дому для выявления препятствий и оказания посильной помощи для осуществления самопомощи.

Психолог при направлении ответственным СМР ПМСП пациента с хроническим заболеванием для динамического наблюдения:

1) проводит психологическое консультирование пациентов, а также работу по психокоррекции;

2) оказывает помощь пациентам и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

Специалист ЗОЖ при направлении СМР ПМСП пациента с хроническим заболеванием для динамического наблюдения:

1) проводит обучение практическим навыкам по немедикаментозному лечению, назначенному врачом ПМСП;

2) проводит групповую и индивидуальную работу по гигиеническому обучению среди лиц с хроническими формами заболеваний и лиц с повышенным риском заболевания;

3) участвует в организации работы профильных школ здоровья.

Таким образом мы видим, что медицинская сестра в стационарах лишена возможности самостоятельного сбора необходимой информации для осуществления подготовки перевода пациента с одного уровня медицинской помощи на другой, не имеет полномочий для проведения беседы с пациентом и проведения разъяснительной работы при выписке из стационара. А также, мы имеем существенный пробел в преемственности медицинских услуг при переходе пациента с одного этапа на другой, в случае, если пациент не прикреплен к определенной поликлинике. Однако, при должном уровне приемственности и передаче информации о пациенте, медицинские сестры лечебных медицинских учреждений могут передавать собранную информацию СМР на этап ПМСП, в свою очередь СМР способна делегировать часть полномочий внутри мультидисциплинарной команды для более эффективной организации помощи на этапе перехода с одного медицинского уровня на другой.

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

1.1 Обеспечение непрерывного ухода при переходе с одного уровня медицинской помощи на другой.

Обеспечение непрерывности ухода и лечения при переводе на новое место: комплекс мер, направленных на обеспечение безопасного и эффективного согласования и непрерывности ухода за пациентами при изменении их состояния здоровья, потребностей в уходе или местонахождения (перевод в пределах одной медицинской организации или между разными медицинскими организациями)

1.2 Цель руководства

Оказание содействия медицинским сестрам и специалистам других профилей в подборе научно-обоснованных стратегий в процессе взаимодействия с пациентами. Поскольку медицинские сестры и другой средний медицинский персонал могут обладать разными профессиональными качествами, целью руководства является оказание медсестрам помощи в процессе перевода пациента/пациента посредством повышения уровня компетенции среднего медицинского персонала, уверенности в своих действиях, улучшения оказания медицинской помощи.

1.3. Целевая аудитория пользователей клинического руководства

Данное руководство предназначено для специалистов сестринского дела. Также оно может быть использовано другими медицинскими специалистами, вовлеченными в процесс оказания помощи, включая врачей общей практики, реабилитологов, физиотерапевтов, психологов, организаторов здравоохранения, пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентом\пациентом.

1.4 Целевая популяция

Целевая популяция для данного клинического сестринского руководства – это пациенты переводимые в пределах одного медицинского учреждения (внутренний перевод) и между разными медицинскими учреждениями (внешний перевод).

1.5 Клинические вопросы, рассматриваемые в руководстве

1. Влияет ли эффективность планирования перевода (внутренний и внешний) на дальнейшее качество жизни пациента?
2. Оказывает ли влияние профессиональные качества среднего медицинского работника во время планирования перевода пациента (внутренний и внешний)?
3. Каковы наиболее эффективные стратегии оценки и управления для обеспечения непрерывности ухода и безопасных оптимальных результатов для пациентов?

4. Какие стратегии обеспечения безопасности и мониторинга следует рассматривать для обеспечения непрерывности ухода и безопасных оптимальных результатов для пациента?
5. Какие виды обучения требуются медсестрам и другим медицинским работникам для эффективной оценки и управления переводами?
6. Какие организационные характеристики поддерживают медсестер и других медицинских работников для эффективной оценки и управления переводами?

2. КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Следующие рекомендации были выделены группой разработчиков руководства в качестве основных клинических рекомендаций, которые должны быть приоритетными для реализации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ		Уровень доказательности
1.0 Оценка	Рекомендация 1.1:	
	Проводите оценку имеющихся и возникающих со временем потребностей пациента в уходе и лечении при его поступлении, регулярно во время ухода и лечения, при обнаружении каких-либо изменений состояния здоровья или потребностей в уходе и лечении, во время передачи смены, а также перед выпиской.	1a
	Рекомендация 1.2:	
	Проводите оценку физической и психологической готовности пациента к переводу.	III
2.0 Планирование	Рекомендация 2.1:	
	Совместно с пациентом, членами его семьи, опекунами и специалистами других профилей разработайте план перевода с учетом индивидуальных потребностей пациента, обеспечивающий безопасность и непрерывность ухода и лечения.	1a
3.0 Внедрение	Рекомендация 3.1:	
	Используйте стандартные документы и методы коммуникации для того, чтобы	IIIb

	обеспечить оперативное предоставление четких данных о пациенте во время перевода.	
	Рекомендация 3.2:	
	Во время перевода у вас должен иметься точный и полный лекарственный анамнез пациента.	IV
	Рекомендация 3.3:	
	Обучите пациента методам оказания самопомощи, чтобы он был уверен в том, что сможет помочь себе самостоятельно в процессе перевода.	IIIb
4.0 Оценка эффективности	Рекомендация 4.1:	
	Анализируйте эффективность планирования перевода с точки зрения непрерывности ухода и лечения.	Ia
	Рекомендация 4.2:	
	Анализируйте эффективность методов коммуникации и обмена информацией между пациентом, членами его семьи, опекунами и медицинскими специалистами в процессе перевода.	IV
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ		Уровень доказательности
5.0 Обучение	Рекомендация 5.1:	
	Медицинский персонал постоянно обучается для того, чтобы получать новые знания и навыки, необходимые для эффективного согласования действий в процессе перевода.	Ia-IV
	Рекомендация 5.2:	
	В образовательных учреждениях и в рамках учебных программ обучение методам организации перевода включается в базовый курс обучения специалистов разных профилей для того, чтобы медицинский персонал обладал научно обоснованными знаниями и навыками, необходимыми для	IV

	проведения анализа и осуществления контроля в процессе перевода пациентов.	
Рекомендации по организации процессов		Уровень доказательности
	Рекомендация 6.1	
	Организацию перевода необходимо рассматривать, как приоритетное направление, имеющее стратегическое значение для повышения качества ухода и лечения и безопасности пациента.	III
	Рекомендация 6.2	
	В масштабах организации необходимо внедрить специальные системы для обмена информацией о пациенте в процессе перевода с учетом требований по сохранению конфиденциальности и безопасности, а также других законодательно установленных требований.	IV

3. МЕТОДЫ

3.1 Методы, используемые для сбора и выбора доказательств (поиск литературы)

Для обеспечения соответствия данного руководства передовой мировой практике были использованы литературные источники, основывающиеся на наилучших имеющихся доказательствах. Процесс поиска литературы для данного руководства включал сбор и выбор существующих клинических руководств и статей, релевантных клиническим вопросам, рассмотренным в руководстве. Систематический обзор литературы проводился с применением определенной стратегии поиска и опирался на доказательную медицину с учетом целей и сферы применения руководства. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, и Кокрановская библиотека.

3.2 Методы, используемые для оценки и анализа доказательств

Группой разработчиков руководства рассматривается совокупность доказательств по каждому клиническому вопросу. Перед принятием решения о включении данных исследования в руководство проводится оценка найденных доказательств. Основное внимание уделяется качеству имеющихся данных, а не выводам.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ

4.1 ОЦЕНКА

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1:

Проводите оценку имеющихся и возникающих со временем потребностей пациента в уходе и лечении при его поступлении, регулярно во время лечения, при обнаружении каких-либо изменений состояния здоровья или потребностей в уходе и лечении, во время передачи смены, а также перед выпиской. Уровень доказательств = Ia

Обсуждение доказательств

Необходимо проводить оценку текущих и возникающих со временем потребностей пациента в уходе при его поступлении и регулярно впоследствии в течение всего периода лечения для того, чтобы обеспечить его готовность к переводу [20,21,22,23,24]. Результаты рандомизированных контролируемых исследований говорят о том, что планирование перевода с учетом определенных индивидуальных потребностей пациента в уходе до, в ходе и после перевода повышает эффективность подготовки пациента, сокращает длительность его пребывания в учреждении и снижает вероятность повторной госпитализации [25, 26].

Оценку потребностей пациента следует начинать на ранних этапах независимо от того, в каком учреждении/отделении/месте он находится (отделение острых состояний, отделение длительного ухода и лечения, домашний уход или уход, организуемый социальными службами) [27, 23, 28, 29, 24]. Это непрерывный процесс, в котором особое значение придается следующим аспектам:

- ✓ Прием и время непосредственно перед выпиской;
- ✓ Изменения состояния здоровья или условий (например, новый диагноз или появление новых потребностей в уходе);
- ✓ Изменения потребностей в уходе (например, по соображениям безопасности или в связи с повышенным риском получения травмы, например, риск ограничения подвижности или падений);

- ✓ Передача смены (20, 30; 31, 22, 23).

Если не будет проведена полноценная комплексная оценка состояния пациента при его поступлении с целью определения потребностей в уходе, это может привести к его повторной госпитализации, в особенности в тех случаях, когда в плане перевода отсутствуют результаты оценки [27; 26; 28; 29]. Для правильной организации процесса перевода сотрудники медицинского учреждения должны ежедневно обеспечивать постоянную коммуникацию, обсуждение и анализ текущих и возникающих со временем потребностей пациента и изменений плана перевода самостоятельно и с участием пациента.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.2:

Проводите оценку физической и психологической готовности пациента к переводу. Уровень доказательств = III

Обсуждение доказательств :

Подготовка пациента к переводу должна включать оценку его готовности к изменениям, как физическим, так и психологическим, и его восприятия собственной способности благополучно справиться с переводом. Медицинская сестра должна наблюдать, задавать вопросы и слушать ответы, чтобы определить готовность пациента к изменениям на основании соответствующих показателей, включая следующее:

- ✓ Физические: подвижность, наличие боли, уровень энергии, аппетит, проблемы со сном, глотанием и питанием;
- ✓ Психологические: беспокойство, страх, беспокойный сон, галлюцинации, амнезия, депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство;
- ✓ Когнитивные: нарушения или ухудшение памяти, помутнение сознания и исполнительное функционирование;
- ✓ Цели: целевые показатели состояния здоровья или улучшение до определенной степени самостоятельности;
- ✓ Знания: навыки, необходимые для того, чтобы следить за собственным здоровьем (такие как знания о лекарственных препаратах и их побочных эффектах);
- ✓ Окружающая обстановка: будет ли обеспечена их безопасность после перевода [31, 24].

В процессе перевода пациентам необходима поддержка со стороны членов их семей или опекунов. Пациент, члены его семьи и опекуны будут проходить через процесс перевода вместе [32]. Беспокойство и стресс могут мешать пациенту и членам его семьи или

опекунам воспринимать информацию. Каждый участник процесса (в том числе медицинские учреждения, различные организации и социальные службы) играет свою роль в оказании поддержки пациентам в процессе перевода. Sneath [33] провел анализ результатов исследований, в которых изучалось восприятие родителями собственной готовности к выписке их грудных детей. Исследования показали, что у них было множество вопросов, на которые они не знали ответов, а также что они чувствовали себя не готовыми к выписке. Ellis [32] предложил медицинскому персоналу использовать теоретическую базу, описанную в Таблице 2, для того, чтобы понимать, каким образом меняется психологическое состояние пациентов в процессе адаптации к переводу. Пациенты и члены их семей или опекуны не обязательно проходят все стадии процесса, и не обязательно проходят их в указанном порядке.

*Таблица 2 Процесс перевода по Фишеру**

СТАДИИ	
Беспокойство	Человек чувствует неуверенность в будущем и невозможность контролировать ситуацию.
Удовлетворенность	Чувство облегчения в связи с предполагаемыми переменами, а также чувство радости от того, что, вероятно, наступят улучшения. Человек чувствует удовлетворение, поскольку понимает, что его предположения были в какой-то степени верны. Фишер описывает эту стадию состояния пациента словами «слава богу! хоть что-то происходит». Опасность на этой стадии заключается в том, что человек может иметь завышенные ожидания в связи с переменами.
Страх	Предвидя надвигающихся перемены в жизни, люди могут реагировать по-разному, и их поведение будет влиять не только на их восприятие самих себя, но и на то, как их воспринимают другие люди.
Угроза	Предвидя надвигающихся перемены в жизни, люди чувствуют неуверенность в связи с тем, как им следует себя вести в новых условиях, когда старые правила перестают действовать, и вместо них появляются новые.

Чувство вины	Происходит переоценка самого себя и пересмотр собственных убеждений. Чувство вины может возникать в результате осознания того, что ранее что-то было сделано неправильно.
Депрессия	Отсутствие мотивации и неопределенность. Человек чувствует неуверенность в будущем и не понимает, как ему приспособиться к ситуации. Сложности с самоидентификацией.
Разочарование	Понимание того, что ценности, цели и убеждения человека не соответствуют таковым у других людей. Человек оказывается в изоляции и утрачивает мотивацию.
Непринятие	Человек продолжает повторять действия, которые постоянно не удаются и не приносят положительного результата.
Отрицание	Неспособность принимать изменения. Человек ведет себя так, как будто никаких перемен не было, и продолжает мыслить по-старому.

*По материалам издания “Psychological transition into a residential care facility: older people’s experiences,” J. M. Ellis, 2010, Journal of Advanced Nursing, 66, стр. 1159. Copyright 2010 The Author. Journal compilation © 2010 Blackwell Publishing Ltd..

Психологическая и физическая готовность одинаково важны для успешного перевода [34, 32, 22]. Участие пациентов и членов их семей или опекунов в повседневной деятельности и в беседах по вопросам организации ухода имеет большое значение, поскольку оно помогает подготовить их к переводу, установить доверительные отношения и определить, какие ожидания они имеют. Также это позволяет проводить оценку их физической и психологической готовности [34, 1, 27, 28, 29]. Результаты оценки психологической готовности пациента и членов его семьи или опекунов необходимо учитывать при составлении планов, чтобы помогать им адаптироваться до, во время и после перевода, например, адаптировать обучающие материалы и выстроить подходящий график, чтобы устранить страхи, беспокойство и нерешенные вопросы [32, 24].

4.2 ПЛАНИРОВАНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.1:

Совместно с пациентом, членами его семьи, опекунами и специалистами других профилей разработайте план перевода с учетом индивидуальных потребностей пациента, обеспечивающий

безопасность и непрерывность ухода и лечения. Уровень доказательств = Ia

Обсуждение доказательств:

Систематический обзор отчетов по результатам РКИ показал, что наличие четкого плана организации перевода, составленного с учетом потребностей пациентов в уходе и лечении, позволяет сократить длительность их пребывания в учреждении и вероятность повторной госпитализации, а также повысить удовлетворенность пациентов, членов их семей и опекунов организацией перевода (см. Рекомендацию 1.1) [35, 25]. Было установлено, что наличие плана перевода, составленного с учетом не только потребностей в уходе и лечении, но также и ожиданий пациента, позволило сократить длительность пребывания и свести к минимуму вероятность повторной госпитализации [25]. В процессе планирования необходимо определить, какая информация и обучение какого рода необходимы для подготовки пациентов к тому, чтобы справиться с собственными ожиданиями и избежать конфликтов в процессе перевода [23, 35, 25].

Приступая к планированию перевода, для начала определите следующее:

- ✓ Характер перевода;
- ✓ Кого следует привлечь к процессу планирования;
- ✓ Задачи и факторы, вызывающие беспокойство у пациента, членов его семьи и опекунов;
- ✓ Какую информацию необходимо предоставить пациенту, членам его семьи и опекунам, а также специалистам разных профилей с обеих сторон (отправка, получение) в процессе перевода.

Перевод влияет на всех по-разному, поэтому план должен составляться с учетом потребностей пациента, который может быть ребенком, взрослым или пожилым человеком, характера перемещения - перевод из одного отделения в другое, перевод из одного учреждения в другое или перевод в другое место, выписка, а также потребностей членов семей и опекунов пациентов [32, 36, 35, 25].

Очевидно, что план перевода из отделения неотложных состояний в отделение долгосрочного лечения будет отличаться от плана перевода подростка из педиатрического отделения во взрослое. В обоих случаях должна быть обеспечена психологическая готовность, но в первом случае можно сконцентрироваться на адаптации взрослого человека к проживанию в новых в социальном плане условиях [32]. В случае с подростком основное внимание уделяется его/ее взаимодействию с

персоналом в новом учреждении и способности принимать решения в связи с самообслуживанием [36]. В обоих случаях при составлении плана перевода следует учитывать потребности пациента в информации и ресурсах, которые необходимы для обеспечения оптимального результата и безопасности до, в ходе и после перевода.

Беседы, посвященные вопросам организации перевода, помогают участникам процесса определить стоящие перед пациентом задачи, факторы, вызывающие у него беспокойство, и потребности в уходе и лечении. На таких беседах пациентам, членам их семей и опекунам предоставляется возможность принять участие в процессе планирования. Включение плана перевода в общий план организации ухода и лечения позволяет обеспечить комплексный уход, ежедневно следить за прогрессом в процессе подготовки к переводу и согласовывать действия специалистов, ответственных за организацию ухода, чтобы уложиться в установленный срок [21, 37].

Если пациенты, члены их семей и опекуны участвуют в процессе планирования перевода, они становятся более расположенными к изменениям и легче переносят перевод, в особенности, если их желания, страхи и задачи принимаются во внимание при составлении общего плана [23, 25, 35].

Благодаря совместной работе средний медицинский персонал может использовать информацию, полученную в ходе бесед, посвященных подготовке планов, а также результаты проведенного анализа, для того, чтобы организовать обмен важной информацией между участниками процесса и обеспечить комплексный подход к организации перевода [38, 23, 39]. На беседах, посвященных подготовке планов перевода, необходимо обсудить как минимум следующие вопросы [40, 41, 42]:

- ✓ Анамнез пациента;
- ✓ Результаты оценки, включая оценку функционального состояния;
- ✓ Диагноз, проведенные исследования и результаты;
- ✓ Лекарственная терапия и аллергические реакции;
- ✓ Информация о безопасности;
- ✓ Требования или рекомендации по оборудованию;
- ✓ Потребности в уходе и лечении;
- ✓ Современные нормы;
- ✓ Информация и учебные материалы для пациента, членов его семьи и опекунов;
- ✓ Консультирование и подготовка выписки из истории болезни;
- ✓ Требования по последующему наблюдению.

Для облегчения процесса обсуждения и сбора информации используйте чек-лист (приложение 1).

Для того, чтобы подготовить нужные условия в том месте, в которое попадет пациент, при планировании перевода необходимо определить, какую информацию следует предоставить сотрудникам нового учреждения, в том числе информацию о специальных требованиях, таких как требования в отношении оборудования и лекарственных препаратов, которые не всегда имеются в наличии, а также в отношении средств обработки ран [39, 42].

При планировании перевода очень важно выявить потенциальные конфликты между сотрудниками лечебного учреждения и пациентами, которые могут возникать в связи с расхождениями во взглядах, ценностях и пожеланиях по уходу. При планировании перевода медсестрам необходимо поддерживать терапевтические отношения с пациентами, выявлять потенциальные конфликты и помогать принимать решения в рамках этических норм, чтобы обеспечить принятие индивидуальных потребностей пациента во внимание, особенно, если конфликт возникает в связи с такими расхождениями [43].

Перевод может быть комплексным процессом, требующим проведения нескольких встреч и большого объема работы специалистов разных профилей с пациентами, членами их семей и опекунами (см. Рекомендации по проведению оценки выше) [21, 23, 44, 37].

4.3 РЕАЛИЗАЦИЯ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.1:

Используйте стандартные документы и методы коммуникации для того, чтобы обеспечить оперативное предоставление четких данных о пациенте во время перевода. Уровень доказательств = IIb

Обсуждение доказательств:

Перевод - это сложный процесс, связанный с высокими рисками, в котором неэффективный обмен информацией может привести к неблагоприятному исходу [24, 45]. Систематический обзор литературных источников показал, что для обеспечения безопасного и эффективного перевода необходимо организовать четкую систему своевременного обмена информацией и документальной фиксации сведений о пациенте [42, 46, 39, 47]. Каждый специалист, участвующий в процессе, должен понимать, какую роль он играет в процессе согласования действий и передачи точной информации о пациенте [48, 49, 43].

Во избежание повторений, дублирования и отсутствия критически важной информации о пациенте в процессе обмена информацией между разными организациями и медицинскими учреждениями необходимо использовать хорошо организованный стандартизированный процесс ведения диалога и оформления документации для обеспечения четкого и отлаженного обмена информацией [43]. Инструменты и методы обеспечения ясности и сосредоточенности на нужных вопросах при передаче информации включают в себя следующее [40, 43, 46, 50, 51, 52]:

- ✓ Алгоритмы;
- ✓ Контрольные списки;
- ✓ Модели обмена информацией;
- ✓ Схемы обмена информацией, такие как SBAR (СПОР: ситуация, предыстория, оценка и рекомендации);
- ✓ Протоколы или типовые схемы, направленные на организацию ухода с учетом изменений состояния здоровья;
- ✓ Стандартные итоговые документы;
- ✓ Технологии, такие как электронная документация.

Системы электронной документации устанавливают стандартный формат документов, позволяя медицинскому персоналу быстро находить информацию и обмениваться ею [43, 53, 46, 54]. Непрерывность ухода и лечения в процессе перевода имеет ключевое значение для удовлетворенности пациента. Однако для обеспечения четкого и оперативного обмена информацией о пациенте необходимо использовать различные стратегии, такие как использование одного языка и стандартных инструментов (форм, контрольных листов и электронных документов), и обеспечить отчетность (при передаче смены, при смене организации или медицинского учреждения) [55, 56]. В Таблице 3 показаны некоторые из таких стратегий.

Таблица 3 Стратегии для обеспечения эффективной передачи ответственности за пациента. Представлены в разделе статей на тему передачи ответственности за пациентов среди медсестер в США на английском языке с 1 января 1981 г. по 4 августа 2008 г.

Категории стратегий*	
<p>Навыки общения и передачи знаний</p> <p><i>Общие коммуникационные навыки</i></p> <p>-Сохранение конфиденциальности данных пациента и членов его семьи</p>	<p>Технические решения</p> <p><i>Используйте электронные (компьютерные) системы для передачи ответственности</i></p>

-Умейте кратко, но содержательно передавать важную информацию, передавать информацию четко, задавать вопросы, когда что-то непонятно, помните о том, что основное внимание в отчете уделяется пациенту

Подготовка

-Организируйте ваше время таким образом, чтобы успеть подготовиться к предоставлению отчета

-Соберите нужные материалы (такие как карты пациентов, ваши собственные записи, сделанные во время смены)

Передача ответственности

-Убедитесь в том, что человек, перед которым вы отчитываетесь, понимает и принимает ответственность

-Отложите передачу ответственности, если имеются какие-либо сомнения относительно состояния пациента, также если его состояние нестабильно

Стиль речи

Говорите четко и размеренно

Используйте четкие конкретные формулировки

Сохраняйте объективность, когда делаете заметки, избегайте субъективных утверждений, не используйте жаргонные слова, сокращения и аббревиатуры

Стандартные стратегии

Используйте стандартизированный процесс

-Предоставьте возможность задавать вопросы и отвечать на вопросы

Передавайте информацию непосредственно у компьютера (так проще искать нужную информацию)

Используйте аудио- и видеоотчеты

Планируйте вашу речь заранее

Подавайте информацию всегда в одном и том же порядке

Останавливайте записывающее устройство, если необходимо устранить отвлекающие факторы. Периодически прослушивайте ваши записи, чтобы обратить внимание на то, что можно улучшить

Попросите пользующегося уважением коллегу сделать критический разбор вашего отчета

Используйте телефонные системы

Стратегии создания надлежащих условий

Следите за тем, чтобы отвлекающих факторов и помех было меньше

Подберите специальное хорошо освещенное и тихое место для записи отчетов

Сохраняйте конфиденциальность данных пациента и членов его семьи

Выделите достаточное количество времени

Обучение

Используйте примеры из жизни (сценарии, истории) в классе и сценарии типа «а что если» во время практики

Используйте ролевые игры для обучения эффективным методам передачи ответственности Поощряйте упорство и помогайте развивать навыки слушания

<p>-Разработайте инструкции, инструменты (шаблоны, формы, контрольные листы, планы), правила и процедуры</p> <p>-Используйте инструменты, которые позволят убедиться в том, что существенная информация не была упущена</p> <p>-Используйте для предоставления отчета такие инструменты, которые подходят к конкретному месту и ситуации (передача смены, перевод пациента в другое отделение)</p> <p>-Подавайте информацию всегда в одном и том же порядке</p> <p>-Используйте проверенные методы (такие как повторение записанного текста), чтобы удостовериться в том, что информация была получена и понята</p> <p>-Разработайте договор, который должны подписать члены группы Используйте мнемонические схемы</p> <p><i>Во время личного общения</i></p> <p>-Задавайте вопросы в формате диалога</p> <p><i>Во время обхода или предоставления отчета у постели пациента</i></p> <p>-Проверьте оборудование</p> <p>-Проверьте, не была ли упущена какая-либо информация, или задайте дополнительные вопросы</p> <p>-Привлекайте пациента и членов его семьи и обсуждению планов и задач</p> <p><i>Ведите мониторинг и оценку процесса</i></p> <p>-Разработайте инструмент оценки.</p> <p>-Проводите выборочную проверку</p>	<p>Уделяйте внимание вопросам иерархии и социальным вопросам (например, обсудите, как нужно эффективно взаимодействовать с вышестоящими и нижестоящими, каким образом социальные и культурные нормы влияют на процесс обмена информацией)</p> <p>Обсуждайте человеческий фактор и принимайте его во внимание (например, стресс, усталость, эмоциональные или информационные нагрузки)</p> <p>Проводите курсы повышения квалификации или обучения</p> <p>Создавайте плакаты, карточки, Интернет-ресурсы и другие инструменты для развития навыков передачи ответственности</p> <p>Участие персонала</p> <p>Привлекайте персонал к разработке инструкций, инструментов (шаблоны, формы, контрольные листы, планы), правил и процедур</p> <p>Привлекайте персонал к разработке программы обучения</p> <p>Руководство</p> <p>Устанавливайте единообразные требования по соблюдению правил</p> <p>Создавайте условия для построения диалога между медсестрой и врачом для выявления проблем и поиска решений</p> <p>Выделите нужное количество времени для подготовки новой стратегии передачи ответственности</p> <p>Установите связь между процессом передачи ответственности и оценкой эффективности работы</p>
--	---

<p>-Предоставляйте комментарии в кратчайшие сроки. Вносите корректировки в процессе при необходимости</p> <p>-Сконцентрируйтесь на системных задачах</p>	
--	--

*По материалам «Передача ответственности среди медсестер: Систематический обзор литературных источников, L. Riesenber, J. Leitzsch и J. Cunningham, 2010, American Journal of Nursing, 110, стр.24. Авторское право [2010] Wolters Kluwer Health. Переиздание допускается только с разрешения.

Взаимодействие и обмен информацией между медицинским персоналом и пациентами после перевода может придать им уверенности и помочь контролировать свои симптомы, распознавать осложнения и вовремя задавать вопросы. Это можно делать посредством телефонных звонков или с помощью электронных средств [57, 58].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.2:
Во время перевода у вас должен иметься точный и полный лекарственный анамнез пациента. Уровень доказательств = IV

Обсуждение доказательств:

Согласование схемы лечения. Систематический обзор литературных источников показал, что предоставление точной и полной информации и препаратах, используемых для лечения пациента, при переводе (при поступлении, переводе или выписке) имеет огромное значение для обеспечения правильной заботы о здоровье [39,42]. Согласование схем лечения - это Обязательная процедура, которая описывает согласование схем лечения, как «Структурированный процесс, в котором медицинские специалисты: работают с пациентом, членами его семьи и опекунами (в зависимости от ситуации) и как минимум с еще одним источником информации для составления максимально полного лекарственного анамнеза (МПЛА). МПЛА представляет собой список всех препаратов (включая рецептурные, безрецептурные, традиционные, препараты, используемые в соответствии с принципами холистической медицины, травяные средства, витамины и добавки).

- ✓ Выявляйте и устраняйте несоответствий между МПЛА и списком препаратов, запрашиваемых в процессе перевода.
- ✓ Документально оформляйте и передавайте актуальную информацию о лекарственных препаратах пациенту (и медицинскому персоналу, который будет осуществлять дальнейший уход за ним, в зависимости от обстоятельств).

Для соблюдения требований по выполнению обязательных процедур согласования схем лечения организации должны обеспечить согласование схемы лечения пациентов в процессе перевода, если пациент входит в группу повышенного риска развития неблагоприятных побочных эффектов лекарственных препаратов. Такие инструменты,

как стандартные документы или электронные формы, контрольные листы для повторения и привлечение специального персонала, могут помочь в сборе точной и актуальной информации о схеме лечения и повысить безопасность, предотвращая неправильное использование лекарственных средств в процессе перевода [59, 23, 60].

Итоговые данные о лекарственных препаратах на момент выписки

В целях обеспечения безопасности и согласования схем лечения в процессе перевода или во время выписки необходимо составить список лекарственных препаратов, использованных для лечения пациента [42, 61]:

- ✓ Какие лекарственные препараты использовались (история болезни);
- ✓ Использование каких препаратов было прекращено; и
- ✓ Какие уже используемые и новые препараты были выписаны врачом при переводе.

Медсестры должны знать стандарты, действующие в их профессии, а также правила и процедуры, применяемые при согласовании схем лечения в учреждении. Ответственность за согласование схем лечения в процессе перевода несут все специалисты различных профилей, принимающие участие в организации ухода за пациентом.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.3:

Обучите пациента методам оказания самопомощи, чтобы он был уверен в том, что сможет помочь себе самостоятельно во время перевода. *Уровень доказательств* = IIb

Обсуждение доказательств:

Самообслуживание подразумевает все действия, которые должен выполнять пациент, чтобы улучшить или поддержать свое здоровье, требует уверенности в собственной способности контролировать процесс применения лекарственных препаратов и эмоциональные аспекты, связанные со здоровьем, а также следить за своим состоянием после перевода [62, 63]. Пациенты ухаживают за собой намного лучше, если медсестры обучают их следующему [42, 64]:

- ✓ Что нужно знать о своем состоянии;
- ✓ Тревожные признаки и симптомы, за которыми нужно следить, и как на них реагировать;
- ✓ Когда нужно обращаться за помощью; и
- ✓ Режим питания и схема лечения, например, схема приема лекарственных препаратов.

Систематический обзор литературных источников показал, что пациенты, которых обучали методам организации ухода и лечения, правилам приема лекарственных препаратов и ведению повседневной деятельности до и после выписки, демонстрировали лучшие результаты после перевода, такие как сокращение количества повторных госпитализаций и неблагоприятных побочных эффектов лекарственных средств, также повышалась удовлетворенность пациентов и членов их семей [65, 23, 42, 64, 66, 67, 68]. Обучение пациентов методам самообслуживания помогает повышать их уверенность в своих силах. Медсестры могут обучать пациентов правилам приема препаратов и навыкам, необходимым для того, чтобы они могли следить за своим здоровьем. Например, медсестры, могут помочь пациентам подготовиться к переводу, снабдив их следующей информацией [42, 65]:

- ✓ Название каждого лекарственного препарата;
- ✓ Почему он был выписан;
- ✓ Как он действует;
- ✓ Побочные эффекты препаратов, и о чем они могут говорить;
- ✓ Как правильно принимать лекарства.

Обучение пациентов, как формальное, так и неформальное, необходимо корректировать с учетом возраста, а также всех других аспектов, имеющих значение в процессе перевода - физических, эмоциональных и социальных [68, 69, 70]. С помощью научно обоснованной стратегии «вопрос-ответ-вопрос» можно убедиться в том, что пациенты получили информацию о том, как следить за своим здоровьем, именно в тот момент, когда они были готовы ее воспринимать. Например, ниже Вы можете найти вопросы, которые помогут вести открытый диалог:

- Расскажите о том, как проходит ваш день;
- Расскажите, что вы обычно едите дома;
- Расскажите, как вы принимаете лекарства;
- Расскажите, что для вас означает возвращение домой или перевод в другое учреждение;
- Расскажите, что вас беспокоит в связи с предстоящими событиями (перевод или выписка);
- Расскажите, что вас беспокоит в связи с предстоящими событиями в жизни вашего любимого человека (возвращение домой или перевод в другое учреждение на длительный срок).

Метод «замыкая круг» позволяет медсестрам определять, насколько хорошо пациент понял информацию, после того, как они ответят на его вопросы [62, 63, 71].

В процессе обучения также необходимо изучать инструменты, которые могут помочь пациентам следить за своим здоровьем, и способы их применения. Например, лекарственные препараты могут представлять угрозу для безопасности пациента в процессе перевода, если он не сможет контролировать их применение. Примеры трех инструментов, разработанных в целях оказания пациентам помощи в наблюдении за своим состоянием и контроле принимаемых препаратов:

DAMUMED: Это мобильное приложение, представляющее собой медицинскую книжку, помогает пациентам следить за принимаемыми препаратами, состоянием здоровья и отслеживать другую информацию. DAMUMED доступно для пользователей операционных систем Apple и Android. КМИС - это система для простого и эффективного ведения электронной медицинской карты, а также получения всей необходимой отчетности и автоматизированного управления МО. Комплексная медицинская информационная система для автоматизации лечебно-профилактических учреждений в которой содержатся сведения о состоянии вашего здоровья, о ранее проведенных процедурах и методах лечения, лекарственных препаратах, аллергических реакциях, а также другие сведения.

При обучении пациентов следует использовать «Правила по обучению и инструктажу пациента и его семьи для принятия решений о лечении» [119]. Перед началом обучения необходимо провести оценку потребности в обучении пациента:

- необходимость обучения пациента, родственников, ухаживающих;
- способность к обучению: обучаем, трудно обучаем, не обучаем;
- уровень необходимого обучения: обычное обучение или дополнительное обучение (уход за кожей, если имеются пролежни и т.д.).

Сам процесс обучения необходимо тщательно планировать, поскольку от выбранной темы зависит залог успешного результата. Например, обучение на следующие темы: боль и ее симптомы, управление болью; питание и диета; медикаменты, как их принимать, взаимосвязь с пищей и с другими медикаментами; правильное использование оборудования, изделий медицинского назначения (приборы, костыли и т.д.); методы реабилитации (восстановление функций, методика занятий, упражнения); другие темы по потребности пациента.

Проведенное обучение необходимо тщательно задокументировать в листе обучения пациента, где указывается фамилия, подпись обучавшего сотрудника и дата

проведенного обучения. В Листе обучения пациента уделяется внимание методам обучения: в устной форме; уроки, тренинги; в письменной форме; аудиозаписи, видеоролики.

Пациентов необходимо обучить использованию любого из перечисленных инструментов, а также объяснить им, каким образом он помогает следить за здоровьем при переводе.

4.4 АНАЛИЗ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.1:

Анализируйте эффективность планирования перевода с точки зрения непрерывности ухода и лечения. Уровень доказательств =Ia

Обсуждение доказательств:

Систематический обзор отчетов по результатам рандомизированных контролируемых исследований показал, что оценка следующих факторов в процессе планирования позволяет повысить безопасность пациента и обеспечить непрерывность ухода и лечения при переводе [42, 51, 67, 68, 72]:

- ✓ Начало планирования перевода заблаговременно, задолго до выписки;
- ✓ Привлечение членов семей и опекунов к планированию;
- ✓ Использование информации и проведение обучения с учетом потребностей и индивидуальных особенностей пациента;
- ✓ Организация эффективного обмена информацией со специалистами других профилей, пациентами, членами их семей и опекунами; и
- ✓ Оказание пациенту поддержки после выписки, например, путем включения в социальные программы или предоставления социальных услуг.

Результаты исследования, показывают, что следующие методы показали свою эффективность в осуществлении мониторинга и оценки непрерывности ухода, а также в улучшении состояния здоровья и способности пациентов заботиться о собственном здоровье при переходе под ответственность социальных служб:

- ✓ Общее ведение пациента или ведение пациента под контролем медсестры;
- ✓ Проведение оценки в домашних условиях специально обученными сотрудниками для пациентов, входящих в группу повышенного риска, членов их семей и опекунов, подверженных риску выгорания, несущих бремя опекуна;
- ✓ Оказание медсестрам помощи в организации перевода, что позволяет предотвратить ухудшение состояния здоровья пациентов и поддерживать членов их семей и опекунов;
- ✓ Мониторинг состояния здоровья по телефону после выписки;

- ✓ Наблюдение специалистами в организациях первичного звена здравоохранения;
- ✓ Использование возможностей телемедицины для того, чтобы помогать пациентам решать вопросы, касающиеся состояния их здоровья [73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.2:

Анализируйте эффективность коммуникации и обмена информацией между пациентом, членами его семьи, опекунами и медицинскими специалистами в процессе перевода. *Уровень доказательств = IV*

Обсуждение доказательств:

Оценка эффективности коммуникации и обмена информацией между людьми имеет огромное значение, поскольку в процессе перевода задействовано множество сложных процессов, требующих хорошей координации (Ong & Coiera, 2011). Имеющиеся данные говорят о том, что на безопасность пациента оказывается негативное влияние в случае, если коммуникация и обмен информацией во время его перевода организованы неправильно [39]. Эффективная передача точной информации о пациенте имеет огромное значение для обеспечения безопасности и эффективности ухода и лечения во время перевода [20, 23, 30, 42, 86]. Известно, что предоставление пациенту противоречащих данных или недостаточного количества информации влияет на непрерывность ухода и лечения, безопасность пациента и его способность самостоятельно следить за своим здоровьем [53].

Для обеспечения эффективного обмена информацией необходимо четко организовать коммуникацию между сотрудниками медицинской организации и обеспечить предоставление особо важной для пациента информации, такой как современные инструкции и списки лекарственных препаратов LaMantia [42], Riesenbergs [86] и Helleso [53] указывают на **факторы, препятствующие эффективному обмену** важной для пациента информацией:

- ✓ Отсутствие коммуникации, плохо налаженная коммуникация или пробелы в коммуникации между специалистами разных профилей;
- ✓ Неразборчивый почерк;
- ✓ Неправильная коммуникация (слишком длинное, не имеющее отношения к делу или противоречивое содержание);
- ✓ Неправильные воспоминания о полученной информации;
- ✓ Отсутствие доступа к информации в разных системах;

- ✓ Сложные социальные системы в организациях, в которых медсестры отвечают за соблюдение иерархии при взаимодействии различных специалистов, имеющих отношение к организации ухода за пациентом.

Основная обязанность медсестер - выявлять барьеры, препятствующие эффективной коммуникации и передаче информации между пациентом, членами его семьи и опекунами, и специалистами разных профилей [4, 87]. Использование утвержденных стандартных процессов и контрольных листов в организации может помочь улучшить эффективность передачи важной для пациента информации с помощью системного подхода до, в ходе и после перевода [85].

Использование инструментов (таких как чек-листы) для контроля процессов, направленных на обеспечение непрерывности ухода и лечения и подготовку пациента к переводу, повышает эффективность информационного обмена, сводит к минимуму количество препятствий для обмена информацией между пациентами и медицинским персоналом и обеспечивает безопасность и надлежащую организацию ухода и лечения при переводе [85].

4.5 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.1:

Медицинский персонал постоянно обучается для того, чтобы получать новые знания и навыки, необходимые для эффективного согласования действий в процессе перевода. *Уровень доказательств* = Ia-IV

Обсуждение доказательств:

Перевод может быть сложным динамическим процессом, требующим участия многих медицинских специалистов, имеющих знания и навыки для оценки и контроля состояния пациентов в целях обеспечения организации процесса с учетом потребностей пациентов до, в ходе и после перевода. Медицинский персонал должен обучаться таким навыкам для обеспечения безопасности и эффективности перевода:

- ✓ Эффективная коммуникация;
- ✓ Обеспечение способности пациента самостоятельно следить за своим здоровьем;
- ✓ Согласование схем лечения;
- ✓ Оценка готовности пациента и планирование перевода;
- ✓ Взаимодействие со специалистами разных профилей и четкое распределение обязанностей.

4.5.1 Эффективная коммуникация

Систематический обзор результатов рандомизированных контролируемых исследований и других литературных источников показал, что коммуникация - это ключевой навык медсестры, а также что неэффективная коммуникация - это главное препятствие на пути к успешной организации перевода [59, 46, 50, 39, 88, 90, 92, 93]. Bost et al. [94] отмечают важную роль каждого специалиста, участвующего в организации процесса, в налаживании коммуникации и распространении информации во время перевода пациента, как друг с другом, так и с пациентами, членами их семей и опекунами. Медсестры должны уметь налаживать эффективную коммуникацию со специалистами разных профилей для обеспечения взаимодействия; эффективные методы коммуникации могут помочь обеспечить эффективную координацию действий на разных этапах в процессе перевода [23, 56, 88, 92]. Постоянный и эффективный обмен информацией повышает степень доверия пациентов их уверенность в собственной способности следить за своим здоровьем после перевода [34, 85]. Riesenberг et al. [86] говорят о том, что стратегии обучения для обеспечения эффективной коммуникации между специалистами разных профилей должны включать в себя следующее:

- ✓ Практическое обучение, например, с использованием ролевых игр;
- ✓ Принятие во внимание социальных и культурных факторов, влияющих на коммуникацию, таких как иерархия и социальные аспекты организации группы;
- ✓ Развитие упорства и навыков активного слушания;

4.5.2 Принятие во внимание влияния факторов стресса, заболеваний и информационных перегрузок на процесс коммуникации.

Другие факторы, способствующие повышению эффективности коммуникации, включают использование одного языка и внимательность в разговоре, позволяющая понять, какая актуальная информация передается [39, 48].

Учреждения могут повышать эффективность коммуникации между разными учреждениями и медицинскими специалистами посредством разработки и утверждения стандартных инструментов [46]. Медсестер необходимо инструктировать о том, как и когда нужно их использовать, поскольку стандартные инструменты помогают находить общий язык и сокращать количество упущений критически важной информации на разных этапах перевода [39, 50, 85, 94, 95, 96].

4.5.3 Обеспечение способности пациента самостоятельно следить за своим здоровьем

Обзор литературных источников показал, что непрерывный и эффективный обмен информацией между специалистами разных профилей и с пациентом помогает усиливать доверие и повышать уверенность пациента в своей способности самостоятельно следить за своим здоровьем [34]. Медсестрам необходимо знать стратегии обучения, чтобы помогать пациентам учиться самостоятельно следить за своим здоровьем (см. Рекомендации 3.1, 3.2, 3.3).

Согласование схемы лечения

Согласование схемы лечения требует от медсестер наличия знаний о своих обязанностях и ответственности в процессе согласования схемы лечения (см. Рекомендацию 3.3). Персонал лечебного учреждения проходит инструктаж, во время которого ему разъясняют их обязанности и ответственность по согласованию схем лечения.

4.5.4 Оценка готовности пациента и планирование перевода

Медсестрам необходимо иметь знания и навыки для оценки потребностей каждого пациента в уходе и лечении, чтобы обеспечить физическую и психологическую готовность пациента (см. Рекомендации 1.2 и 2.1).

Для выполнения своих обязанностей по подготовке пациентов к переводу медсестрам необходимо понимать, как нужно подавать информацию и обучать пациентов, как нужно подбирать ресурсы и оборудование с учетом индивидуальных потребностей пациентов в новом месте, а также, как следует координировать свои действия с другими участниками процесса, например, со специалистами, ответственными за планирование перевода, и сотрудниками социальных служб [88, 89]. При отсутствии ресурсов медсестрам необходимо уметь организовать работу с принимающим учреждением таким образом, чтобы найти другие возможности для обеспечения непрерывности ухода и лечения.

4.5.5 Взаимодействие со специалистами других профилей и четкое распределение обязанностей

Системы и организации в сфере здравоохранения сложно организованы и включают в себя различные социальные структуры и иерархические системы [80, 81, 86]. Они также применяют разные правила и процедуры и привлекают разных специалистов к организации перевода пациентов. Это может привести к неопределенности в вопросе о том, кто за что отвечает, в результате медсестры будут возлагать ответственность за многие аспекты обеспечения непрерывности ухода за пациентом на других специалистов [89]. Результаты одного исследования показали, что медсестры не

считают, что в их обязанности входит инструктирование пациентов о том, как им следует принимать лекарственные препараты после выписки [90].

Для того, чтобы эффективно работать совместно со специалистами других профилей и избежать путаницы и упущений в распределении обязанностей медсестрам необходимо понимать, что они играют ключевую роль в подготовке пациента к переводу [23, 50, 88, 89] для того, чтобы эффективно координировать действия в процессе перевода пациента медсестрам необходимо:

- ✓ Принимать участие в повседневной жизни пациентов;
- ✓ Подготавливать данные о потребностях пациентов и их проблемах со здоровьем;
- ✓ Обновлять текущие данные о состоянии здоровья;
- ✓ Инициировать разработку, внедрение и согласование методов предоставления и обмена важной для пациента информацией перед организацией перевода между специалистами разных профилей (например чек-листы).

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.2:

Образовательные учреждения и программы включают обучение по вопросам перевода в базовые курсы обучения различных специалистов, чтобы медицинский персонал обладал научно обоснованными знаниями и навыками, необходимыми для оценки и контроля процесса перевода пациента. Уровень доказательств = IV

Обсуждение доказательств:

Специалисты разных профилей играют большую роль в процессе подготовки пациента к переводу и в обеспечении непрерывности ухода и лечения, сведении к минимуму рисков и в обеспечении организации процесса с учетом потребностей пациентов до, в ходе и после перевода [1, 31]. Студентов, обучающихся по специальности «Сестринское дело», а также по другим медицинским специальностям, необходимо обучать тем аспектам организации ухода, которые доказали свою эффективность в упрощении процесса перевода. Перед началом практической деятельности студенты должны продемонстрировать наличие у них способности проводить оценку и контролировать процесс перевода независимо от того, к какой группе относится пациент, и в каком учреждении происходит данный процесс. При обучении студентов по специальности «Сестринское дело» необходимо уделять особое внимание эффективной оценке и контролю процесса организации перевода пациента. Средний медперсонал должен понимать, свое место в процессах и круг своих обязанностей в команде специалистов разных профилей и уметь продемонстрировать

это при взаимодействии с мультидисциплинарной командой, пациентами, членами их семей и опекунами [32, 38, 50, 88, 89, 91, 97].

Предлагается включать настоящие современные рекомендации по организации перевода в программу профессионального обучения специалистов с целью получения ими актуальных навыков, научно доказанных данных, и инструментов для оценки и контроля процесса организации перевода пациентов.

4.6 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПОЛИТИКЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 6.1:

Перевод необходимо рассматривать, как приоритетное направление, имеющее стратегическое значение для повышения качества ухода и безопасности пациента. *Уровень доказательств* = III

Обсуждение доказательств:

Организации, желающие обеспечить качество и безопасность, должны работать со своим персоналом и с представителями общественности над улучшением качества внутренних и внешних процессов, связанных с переводом в одном учреждении и между разными учреждениями и медицинскими организациями [20]. Примеры стратегий, которые доказали свою эффективность в оценке пациентов и в обеспечении контроля процесса перевода представлены в Приложении 1, 2. Сотрудники, на которых возложены обязанности по координации действий в процессе планирования перевода, должны обеспечить эффективную оценку и контроль состояния пациента и также нести ответственность за удовлетворение потребностей пациента в уходе и лечении [21, 98].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 6.2:

В масштабах организации необходимо внедрить специальные системы для обмена информацией о пациенте в процессе перевода с учетом требований по сохранению конфиденциальности и безопасности, а также других законодательно установленных требований. *Уровень доказательств* = IV

Обсуждение доказательств:

На медицинские учреждения распространяются требования законодательства по сохранению конфиденциальности, согласно которым они обязаны разработать и внедрить такие правила и процедуры передачи информации о пациентах, которые позволяют обеспечить конфиденциальность. Согласно Кодексу «О здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан» [120] в медицинских учреждениях необходимо обеспечивать баланс между правом пациентов на сохранение

конфиденциальности и необходимостью раскрытия их медицинских данных. В некоторых случаях конфиденциальная информация может быть использована в целях обеспечения качества медицинской помощи, то есть медицинские учреждения раскрывают информацию о пациентах в целях повышения качества медицинской помощи во время проверок качества и т.д., проводимых какими-либо специальными органами. Соблюдение законодательства Республики Казахстан способствуют разработке в учреждениях правил и процедур, которыми руководствуются медицинские специалисты для того, чтобы безопасно и эффективно обмениваться информацией при переводе пациентов, при этом соблюдая права пациентов на сохранение конфиденциальности.

В процессе перевода взаимодействует множество сторон, при этом происходит обмен не подлежащей разглашению информацией о пациентах между несколькими медицинскими учреждениями и другими организациями. Медсестры участвуют в процессе коммуникации разными способами, в том числе, передавая информацию устно, с помощью электронных устройств, по факсу и с помощью бумажных документов при подготовке пациентов к переводу, при этом они несут ответственность за обеспечение соблюдения требований закона о сохранении конфиденциальности и защите информации. Также обмен информацией о пациенте, когда бы он ни происходил (во время передачи смены, при выполнении повседневных обязанностей, при планировании выписки, на совещаниях с участием пациентов, членов их семей и опекунов, при направлении пациентов в социальные учреждения), как внутри учреждения, так и с участием внешних сторон, требует от медсестер соблюдения требований по сохранению конфиденциальности, защите информации и обеспечению безопасного обмена информацией о пациенте [49]. Медсестры должны соблюдать действующие в учреждении правила и процедуры, а также стандарты, действующие в их профессиональной сфере, при хранении, обработке и передаче информации о пациенте во время перевода.

Рекомендуется назначить ответственного специалиста, к которому будут обращаться медсестры и специалисты других профилей при возникновении вопросов в связи с соблюдением конфиденциальности и защитой информации при раскрытии информации о пациенте в процессе перевода.

5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

5.1 Вовлечение заинтересованных сторон.

Данное клиническое сестринское руководство оценено внешними экспертами, которые были привлечены в процесс для того, чтобы полностью проанализировать клиническое руководство, внести свои замечания и комментарии по улучшению, оценить степень надежности рекомендаций и возможность их применения в клинической практике в соответствии с правилами и законодательством Республики Казахстан. Вовлечение заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций.

Группа рецензентов была представлена специалистами сестринского дела, так и врачами-экспертами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов.

1	Абдужаппарова Акбота Сулейменовна	Главный научный сотрудник, преподаватель Туркестанского ВМК, магистр Сестринского дела.
2	Чичибабина Анна Васильевна	Врач-эндокринолог высшей категории, Независимый эксперт МЗ РК по эндокринологии
3	Хасенханов Тимур Валерьевич	Руководитель медицинской службы компании НКЖК НВ
4	Байкетаева Магиля Каирбаевна	главная медицинская сестра КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №3»

5.2 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом:

Процесс адаптации данного клинического руководства проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

6.1 Предложенное руководство является адаптированной версией

Данное руководство является адаптацией клинического руководства RNAO (2014). Care Transitions, опубликованного в марте 2014 г.

Было получено официальное разрешение от разработчиков оригинального руководства RNAO на адаптацию клинического руководства.

6.2. Группа по разработке адаптированного руководства

Группа по адаптации руководства – это группа экспертов из различных сфер здравоохранения и представителей соответствующих специальностей. Для эффективной разработки в группу необходимо привлечение пациентов, лиц, оказывающих уход и соответствующих организаций.

1	Бисенбаева Алма Асылбековна	Магистр Казахстанско-финской магистратуры, ассистент кафедры анестезиологии, КазНИМУ им Асфендиярова
2	Пушкина Наталья Викторовна	Эксперт по сестринскому делу «Городская поликлиника № 9», г. Нур-Султан
3	Макабаева Дана Кабиболлаевна	Завдующая отделением прикладного бакалавриата сестринского дела, Павлодарский Высший медицинский колледж.

6.3 Руководящая и координационная группы

Внешние консультанты		
1	Тиина Эвелина Кивинен	Msc,RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.
2	Сари Ярвинен	PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

Координационная группа:

1	Байгожина Зауре Алпановна	Начальник отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.
2	Умбетжанова Аягоз Таймысовна	Ассистент кафедры Общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО МУА.

6.4 Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

6.5 Финансирование и другие источники

Адаптация данного руководства происходила за счет средств Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта «Социальное медицинское страхование», мероприятия по разработке стандартов услуг специалистов сестринского дела.

6.6 Процесс обновления и рассмотрения

Оригинальное руководство было выпущено в 2014 году. История пересмотра и любые обновления руководства в промежуточный период будут отмечены в отчете на сайте разработчиков. <http://www.rnao.ca>. В условиях РК данное руководство должно обновляться по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем раз в 5 лет.

7. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА

7.1 Стратегия внедрения.

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры. Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств – повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и возможные барьеры для его успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств могут являться, например, слабая управленческая поддержка, устоявшаяся стереотипная практика, недостаток опыта и образования, а также недостаточная широта полномочий медицинской сестры, предубеждения со стороны населения и медицинского персонала, которые не позволяют медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

7.2. Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать информации, основанной на доказательствах и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским руководствам будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения. Кроме того, необходимо внести изменения в базовый учебный процесс студентов, обучающихся по специальности «Сестринское дело», для формирования базовых представлений и понимания аспектов будущей практической деятельности, которые помогут выпускникам лучше подготовиться к будущей деятельности и упростить дальнейшее обучение на рабочем месте.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Coleman, E. A., & Boult, C. (2003). *Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 556–557. Retrieved from <http://www.caretransitions.org/definitions.asp>
2. National Transitions of Care Coalition (NTOCC) Measures Work Group. (2008). *Transitions in care measures*. 1-11. Retrieved from http://www.ntocc.org/Portals/0/TransitionsOfCare_Measures.pdf
3. Snow, V., Beck, D., Budnitz, T, Miller, D. C. Potter, J., Wears, R. L., ... Williams, M. V. (2009). *Transitions of Care Consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine*. *Journal of Hospital Medicine*, 4(6), 364-370. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.510>

4. College of Nurses of Ontario (CNO). (2011). *RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standardsand-guidelines/>
5. Coleman, E.A.& Boulton, C. American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. *Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs*. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7.
6. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. *Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers*. *BMJ Qual Saf*. [Internet] 2012;21(Suppl 1) [acesso em 1 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>.
7. Meyers AG, Salanitro A, Wallston KA, Cawthon C, Vasilevskis EE, Goggins KM, et al. *Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS)*. *BMC Health Serv Res*. [Internet] 2014;(14) [acesso em 1 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-10>.
8. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. *Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa*. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet] 2013;7(12) [acesso em 4 jul 2016]. Disponível: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968/pdf_4295
9. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. *Transition of care and the impact on the environment of care*. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):30-6
10. Coffey A, McCarthy GM. *Older people's perception of their readiness for discharge and post discharge use of community support and services*. *Int J Older People Nurs*. 2013;8(2):104-15
11. Miller JF, Piacentine LB, Weiss, M. *Coping difficulties after hospitalization*. *Clin Nurs Res*. 2008;17(4):278-96
12. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. *Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study*. *J Healthc Qual*. 2015;37(6):325-32
13. Couzner L, Ratcliffe J, Crotty M. *The relationship between quality of life, health and care transition: an empirical comparison in an older post-acute population*. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet] 2012;(10) [acesso em 4 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-69>
14. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA, Flemming MO, Haney TT. *Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health*. *Cleve Clin J Med*. [Internet] 2013;80(Suppl 1) [acesso em 4 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.80.e-s1.02>
15. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. *Care transitions a systematic review of best practices*. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(3):233-9
16. Romagnoli KM, Handler SM, Ligons FM, Hochheiser H. *Home-Care Nurses' perceptions of Unmet Information Needs and Communication Difficulties of Geriatric Patients in the Immediate Post-hospital Discharge Period*. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(4):324-32.
17. Omirbayeva B., Zagidullina G., Gaitova K. *ANALYSIS OF HEALTHCARE COSTS IN KAZAKHSTAN FOR EFFECTIVE PLANNING*. *Norwegian Journal of development of the International Science* No 39/2020
18. *Об утверждении Правил динамического наблюдения больных с хроническими заболеваниями Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2019 года № ҚР ДСМ-16. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 апреля 2019 года № 18474.*
19. *Об утверждении Правил оказания стационарной помощи Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 октября 2015 года № 12204.*
20. Accreditation Canada. (2013). *Safety in Canadian health care organizations: A focus on transitions in care and Required Organizational Practices*. Retrieved from <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/char-2013-en.pdf>
21. Foust, J. (2007). *Discharge planning as part of daily nursing practice*. *Applied Nursing Research*, 20(2), 72-77

22. Joint Commission. (2010). *Improving Communication During Transitions of Care*. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources
23. Laugaland, K. Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – A review of the evidence. *Work*, 41(1), 2915-2924.
24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A National Clinical Guideline*. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 1-101. SIGN publication: number 118.
25. Sheppard, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N.A., Clemson, L. M., McCluskey, A., ... Barras, S. L. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-51.
26. Richards, S., & Coast, J. (2003). Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(3), 171-179
27. Herndon, L., Bones, C., Bradke, P., & Rutherford, P. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Available at www.IHI.org
28. Schall, M., Coleman, E., Rutherford, P., & Taylor, J. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to the Clinical Office Practice to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Available at www.IHI.org.
29. Sevin, C., Evdokimoff, M., Sobolewski, S., Taylor, J., Rutherford, P., & Coleman, E. A. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Home Health Care to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Available at www.IHI.org
30. Accreditation Canada. (2014). *Required Organizational Practices 2014*. Retrieved from <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-en.pdf>
31. American Medical Directors Association (AMDA). (2010). *Transitions of Care in the Long-Term Care Continuum Clinical Practice Guideline*. Columbia, MD: AMDA.
32. Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: Older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1159-1168.
33. Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: Are the parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Network*, 28(4), 237-246.
34. Bench, S., & Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: A metasynthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 487-499.
35. Popejoy, L. L. (2011). Complexity of family caregiving and discharge planning. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 61-81
36. Munoz-Solomando, A., Townley, M., & Williams, R. (2010). Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: Lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 311-317.
37. Watts, R., & Gardner, H. (2005). Nurses' perception of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*, 7(3), 175-183
38. Crilly, J., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2006). Continuity of care for acutely unwell older adults from nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 122-134.
39. Ong, M., & Coiera, E. (2011). A systematic review of failures in handoff communication during intra-hospital transfers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(6), 274-284.
40. Collins, S. A., Stein, D. M., Vawdrey, D. K., Stetson, P. D., & Bakken, S. (2011). Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(4), 704-712.
41. Kelly, M. D. (2011). Self-management of chronic disease and hospital readmission: A care transition strategy. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(1), 4-11.
42. LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: A systematic review. *JAGS*, 58(4), 777-782.

43. College of Nurses of Ontario (CNO). (2009b). *Ethics*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
44. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010b). *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario
45. Kerr, M. P. (2002). *A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 125-134.
46. Murray, L. M., & Laditka, S. B. (2009). *Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: Implications for long-term care practice, geriatrics education, and research*. *Journal of the American Directors Association*, 11(4), 231-238.
47. Terrell, K. M., & Miller, D. K. (2007). *Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments*. *Annals of Long-Term Care*, 15(2), 33-38.
48. Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2010). *Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review*. *International Emergency Nursing*, 18(4), 210-220.
49. College of Nurses of Ontario (CNO). (2009a). *Confidentiality and Privacy – Personal Health Information*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
50. Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., & Bobay, K. L. (2010). *An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning*. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 754-774.
51. Parker, S. G., Lee, S. D., & Fadayevevan, R. (2004). *Co-ordinating discharge of elderly people from hospital to the community*. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 8, 332-224.
52. Trachtenberg, M., & Ryvicker, M. (2011). *Research on transitional care: From hospital to home*. *Home Healthcare Nurse*, 29(10), 645-651.
53. Helleso, R., & Lorensen, R. (2005). *Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development*. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807-822.
54. Riesenber, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). *Nursing handoffs: A systematic review of the literature*. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
55. College of Nurses of Ontario (CNO). (2009b). *Ethics*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
56. College of Nurses of Ontario (CNO). (2009c). *Transferring Clients Safely: Know Your Client and Know Your Team*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/Global/docs/policy/TransferringClientsSafelyApril2009.pdf>
57. Kelly, M. D. (2011). *Self-management of chronic disease and hospital readmission: A care transition strategy*. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(1), 4-11.
58. Mistiaen, P., & Poot, E. (2008). *Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-118.
59. Chevalier, B. A M., Parker, D.S., MacKinnon, N. J., & Sketris, I. (2006). *Nurses' perceptions of medication safety and medication reconciliation practices*. *Nursing Leadership*, 19(3), 57-67
60. Murray, L. M., & Laditka, S. B. (2009). *Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: Implications for long-term care practice, geriatrics education, and research*. *Journal of the American Directors Association*, 11(4), 231-238.
61. Malcolm, J., Arnold, O., Howlett, J. G., Ducharme, A., Ezekowitz, J. A., Gardner, M. J., ... White, M. (2008). *Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference Guidelines On Heart Failure – 2008 Update: Best Practices for the Transition of Care of Heart Failure Patients, and the Recognition, Investigation and Treatment of Cardiomyopathies*. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(1), 21-40.
62. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010b). *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
63. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating Client Centred Learning*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

64. Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K., & Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: Their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 160-168.
65. Kim, Y. J., & Soeken, K. L. (2005). A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nursing Research*, 54(4), 255-264.
66. Parker, S. G., Lee, S. D., & Fadayeveatan, R. (2004). Co-ordinating discharge of elderly people from hospital to the community. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 8, 332-224.
67. Rydeman, I., & Tornkvist, L. (2010). Getting prepared for life at home in the discharge process – from the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 254-264.
68. Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound: Improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451.
69. Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., & Bobay, K. L. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 754-774.
70. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010a). *Enhancing Healthy Adolescent Development*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
71. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
72. Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539– 2546.
73. Chiu, W. K., & Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transitions outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12(6), 330-336.
74. Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-78.
75. Endacott, R., Elliott, S., & Chaboyer, W. (2009). An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3225-3236.
76. Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency medicine*, 12(10), 978-986.
77. Latour, C. H., van der Windt, D. A., de Jonge, P., Riphagen, I. I., de Vos, R., Huyse, F. J., & Stalman, W. A. B. (2007). Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 385-395.
78. Mistiaen, P., & Poot, E. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-118.
79. Morales-Asencio, J. M., Gonazalo-Jimenez, E., Martin-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Celdraan-Manas, M., Millan Carrasco, A.,... Toral-Lopex, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care: A quasi experimental, controlled multi-centre study. *BioMed Central*, 8, 1-13.
80. Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-54.
81. Trachtenberg, M., & Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care: From hospital to home. *Home Healthcare Nurse*, 29(10), 645-651.
82. Van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventative home visits to elderly people living in the community: Systematic Review. *British Medical Journal*, 320, 754-758.
83. van Servellen, G., Fongwa, M., & D'Errico, E. M. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 8(3), 185-195.
84. Avoidable Hospitalization Advisory Panel. (2010). *Enhancing the continuum of care, Ministry of Health and Long-Term Care*, 1-51. Retrieved from

http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.aspx

85. Hadjistavropoulos, H. D., Garratt, S., Janzen, J. A., Bourgault-Fagnou, M. D., & Spice, K. (2009). Development and evaluation of a Continuity of Care Checklist for improving orthopedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopedic Nursing*, 13(4), 183-193.
86. Riesenber, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
87. College of Nurses of Ontario (CNO). (2008). Documentation. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http:// www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/](http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/)
88. Rhudy, L. M., Holland, D. E., & Bowles, K. H. (2008). Illuminating hospital discharge planning: Staff nurse decision making. *Applied Nursing Research*, 23(4), 198-206.
89. Yiu, H. Y. M., Chien, W. T., Lui, M. H. L., & Qin, B. (2011). Information needs of Chinese surgical patients on discharge: A comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1041-1052.
90. Terrell, K. M., & Miller, D. K. (2007). Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. *Annals of Long-Term Care*, 15(2), 33-38.
91. Kendall, S., & Deacon-Crouch, M. (2007). Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(4), 173-179.
92. Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000072
93. Young, Y., Barhydt, N. R., Broderick, S., Colello, A. D., & Hannan, E. L. (2010). Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: A survey of Directors of Nursing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(5), 901-907.
94. Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review. *International Emergency Nursing*, 18(4), 210-220.
95. Arora, V.M., Manjarrez, E., Dressler, D.D., Basavlah, P., Halasyamani, L., & Kripalani, S. (2009). Hospitalist handoffs: A systematic review and task force recommendations. *Journal of Hospital Medicine*, 4(7), 433-440.
96. Clarke, C. M., & Persaud, D. O. (2011). Leading clinical handover improvement: A change strategy to implement best practices, in the acute care setting. *Journal of Patient Safety*, 7(1), 11-18.
97. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing Patient, Organizational, and Systems Outcomes*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
98. Parrish, M. M., O'Malley, K., Adams, R. I., Adams, S. R., & Coleman, E. A. (2009). Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. *Professional Case Management*, 14(6), 282-293.
99. Martin, M. L. (2007). Integrating evidence-based research intervention in the discharge of mental health clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 101-111.
100. Callaghan, P., Eales, S., Coates, T., & Bowers, L. (2003). A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 155-165.
101. Cox, K., & Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: Nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51-61.
102. Bowles, K. H., Foust, J. B., & Naylor, M. D. (2003). Hospital discharge referral decision making: A multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, 16(3), 134-143.
103. Ehrlich, C., Kendall, E., & Muenchberger, H. (2011). Practice-based chronic condition care coordination: Challenges and opportunities. *Australian Journal of Primary Health*, 17(1), 72-78.
104. Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 58(1), 177-192.

105. Yau, D. C. N., Leung, A. C. T., Yeoh, C., & Chow, N. W. S. (2005). Care of the hospital-discharged trial elders by nurse case managers: A process evaluation of a longitudinal case management service project. *Lippincott's Case Management*, 10(4), 203-212.
106. Fillion, L., Cook, S., Veillette, A-M., deSerres, M., Aubin, M., Rainville, F., ... Doll, R. (2012). Professional navigation framework: Elaboration and validation in a Canadian context. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E58-E69.
107. Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
108. Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>
109. College of Nurses of Ontario (CNO). (2013b). *Therapeutic nurse-client relationship*, Revised 2006. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/> (Original work published in 1999; Reprinted 2008).
110. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client Centred Care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
111. Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
112. Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved from www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition
113. Health Care Innovation Workgroup. (2012). *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. Pg.14. Retrieved from <http://www.councilofthefederation.ca/keyinitiatives/Healthcare.html>
114. The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. Ed. J. P. T. Higgins, and S. Green. Retrieved from www.cochrane-handbook.org
115. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). European Health Literacy Project. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *Bio Med Central, Public Health*. 13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
116. Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
117. Health Canada. (2006). *Advance care planning: The Glossary Project: Final report*. Retrieved from <http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>
118. Правила выписки и перевода пациента в другие организации. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/glavnaya/22-informatsiya/1386-tipovye-pravila-standartnykh-operatsionnykh-protsedur-dlya-statsionarov>
119. Правила по обучению и инструктажу пациента и его семьи для принятия решений о лечении. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/glavnaya/22-informatsiya/1386-tipovye-pravila-standartnykh-operatsionnykh-protsedur-dlya-statsionarov>
120. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Чек-лист для выписки пациента из стационара:

1. После 1-2 дней лечения в стационаре, собственное видение пациента каким образом он попадет домой (должно быть записано)
2. План выписки начинает составляться немедленно после госпитализации и пациент оценивается через 1-2 дня лечения)
3. Медсестра профильного отделения, курирующая пациента, вовлекается в процесс планирования его выписки
4. ПАЦИЕНТ И МЕДСЕСТРА как можно раньше совместно с пациентом разрабатывает план приема лекарств, самоухода и необходимые инструкции для тренинга по приему медикаментов и процедур, если это необходимо
5. Доктор принимает решение о выписке/переводе. Медсестра готовит пациента к выписке
6. Необходимость поддержки по оценке совместного взаимодействия медсестры и пациента
 - помощь по месту жительства
 - доступность аптеки
 - реабилитация
 - школы здоровья
 - дневной стационар
 - соотношение патронажных медсестер к количеству пациентов
 - друзья
7. Степень готовности к прибытию пациента, домашние визиты (патронаж и посещение пациента на дому) в качестве беседы и напоминания для пациента
8. Определить, нужна ли дома перестановка, создание более безопасной среды, например, убрать лишнюю мебель, сделать пандус и т.д. (в качестве беседы и напоминания для пациента и родственников)

При выписке пациента необходимо обеспечить и проверить следующие пункты:

Рецепты (если доступны)

Запас медикаментов на 1 день

Выписной эпикриз

Сестринский эпикриз (выписка) – в настоящий момент нет в перечне стандартных форм 907 приказа. Рекомендуются к созданию и применению

Больничный лист

Режим

Информация о патронаже, приеме в поликлинике и т.д.

Личные вещи пациента

Уведомления:

Памятка по уходу за пациентом для родственников

Контакты ПМСП, участковой/патронажной медсестры

Памятка по лечению, если необходимо

Заявка на скорую помощь – для транспортировки пациента (если требуется)

Проверка:

Убрать венозный катетер из вены пациента, мочевого катетр, назогастральный зонд, центральный венозный катетер (по назначению лечащего врача)

Записи:

План выписки пациента включает в себя мнение пациента о изменении поведения, правила поведения и инструкции как вести себя дома, Рекомендации по самоуходу в

домашних условиях (Согласно сестринской модели Ухода Д.Орэм в зависимости от нозологии и потребностей пациента/пациента)

Приложение 2

КРАТКИЙ ОПРОСНИК ВОЗ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (WHOQOL-BREF)

Следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Я буду вслух читать Вам каждый вопрос вместе с вариантами ответов. Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим. Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придет Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь в течение последних четырех недель.

	Вопросы	Очень плохо	Плохо	ни Плохо ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
1	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?	1	2	3	4	5
		Очень не удовлетворен	не удовлетворен	Ни то ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
2	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?	1	2	3	4	5

В ответах на следующие вопросы укажите, в какой степени Вы испытывали определенные состояния в течение последних четырех недель.

	Вопросы	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезмерно
3	По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?	5	4	3	2	1
4	В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	5	4	3	2	1

5	Насколько Вы довольны своей жизнью?	1	2	3	4	5
6	Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?	1	2	3	4	5
7	Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?	1	2	3	4	5
8	Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
9	Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?	1	2	3	4	5

В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель.

	Вопросы	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В основном	Полностью
10	Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	1	2	3	4	5
11	Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?	1	2	3	4	5
12	Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?	1	2	3	4	5
13	Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?	1	2	3	4	5
14	В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?	1	2	3	4	5
		Очень плохо	Плохо	ни Плохо ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
15	Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?	1	2	3	4	5
		Совершенно не удовлетворен	не удовлетворен	Ни то ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
16	Насколько Вы удовлетворены своим сном	1	2	3	4	5

17	Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?	1	2	3	4	5
18	Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?	1	2	3	4	5
19	Насколько Вы довольны собой?	1	2	3	4	5
20	Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?	1	2	3	4	5
21	Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	1	2	3	4	5
22	Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей	1	2	3	4	5
23	Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания	1	2	3	4	5
24	Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас	1	2	3	4	5
25	Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?	1	2	3	4	5

Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.

	Вопросы	Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
26	Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение,	5	4	3	2	1

	отчаяние, тревога, депрессия?					
--	----------------------------------	--	--	--	--	--

У Вас есть какие-нибудь замечания в отношении обследования (оценки)?

[Следующую таблицу следует заполнять после завершения интервью]

		Уравнения для подсчета баллов по каждой сфере	«Сырой» показатель	Преобразованные показатели*	
				4-20	0-100
27	Сфера 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$	a=	б:	в:
28	Сфера 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$	a=	б:	в:
29	Сфера 3	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$	a=	б:	в:
30	Сфера 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$	a=	б:	в:

Сфера 1. Физическое и психологическое благополучие:

$$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

Сфера 2. Самовосприятие:

$$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$$

Сфера 3. Микросоциальная поддержка:

$$Q20 + Q21 + Q22$$

Сфера 4. Социальное благополучие:

$$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

Формула вычисления значений $R = N / (\max) \times 100\%$

Критерии интерпретации

- 0% - 20% - низкий показатель
- 21% - 40% - пониженный показатель
- 41% - 60% - средний показатель
- 61% - 80% - повышенный показатель
- 81% - 100% - высокий показатель.

