EUR/ICP/HSR 347
0675A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ЛИДЕРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ДЕЙСТВИИ

Второе совещание главных медицинских сестер сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу и сестринских организаций стран Европы

Дебрецен, Венгрия
15-17 октября 1991 г.

1992 г.

Задача 26 ЗДВ/ЕРБ

РЕЗЮМЕ

Ввиду новых направлений, за которые высказались медсестры стран Европы на совещаниях ВОЗ в 80-х годах, а также нынешних изменений, которым подвергаются системы здравоохранения, программе Европейского регионального бюро ВОЗ по сестринскому делу, акушерству и социальной работе (САС) потребовалось определить общие направления и ориентацию всей ее будущей деятельности. Поэтому в Региональном бюро было созвано второе совещание главных медицинских сестер стран и представителей сотрудничающих центров ВОЗ и неправительственных организаций, имеющих отношение к сестринскому делу. Представители 26 государств - членов Европейского региона встретились в Дебрецене (Венгрия) для обсуждения актуальных вопросов сестринского дела в Регионе, для выявления как политики ВОЗ, так и планов действий по сестринскому делу и планов государств-членов, а также для оказания друг другу взаимопомощи. Участники совещания выявили пять тенденций, представляющих важность для сестринского дела, а именно: аспекты, связанные со стоимостью и затратами, результатами, реформой, децентрализацией и неудовлетворенностью, а также обсудили проблемы, стоящие перед системами здравоохранения, результаты выполнения директив Европейского сообщества, роль ВОЗ и предоставителей помощи как факторов изменений, а также четыре приоритетных вопроса. С учетом всех этих аспектов участники совещания рекомендовали программе САС и дальше продолжать выполнять три основные функции: содействовать информационному обмену, быть центром по развитию кадровых ресурсов и содействовать изменениям и реформам, а также, чтобы ВОЗ выделяла больше средств и ресурсов на эту деятельность.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Второе совещание главных правительственных медсестер и представителей сотрудничающих центров, а также отдельных неправительственных организаций, занимающихся сестринской деятельностью, проходило в г. Дебрецен, Венгрия. В работе совещания приняли участие 24 старшие медсестры и врачи, представляющие 23 государства-члена, 9 представителей уже созданных или намечаемых сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу, 11 представителей сестринских и связанных с сестринским делом неправительственных организаций, 6 наблюдателей и 4 сотрудника Европейского регионального бюро ВОЗ. В общей сложности так или иначе к совещанию были привлечены представители 26 европейских государств-членов. Рабочие документы и имена участников совещания приводятся в Приложениях 1 и 2, соответственно.

С приветственным словом к участникам обратились г-жа R. Sövényi, главный медицинский сотрудник Министерства социального обеспечения Венгрии, мэр г. Дебрецен, а также главный медицинский сотрудник области Хайду-Бихар, выступивший с кратким обзором актуальных вопросов охраны здоровья. От имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ к участникам обратились также д-р C. Sakellarides, директор Отдела служб здравоохранения Регионального бюро ВОЗ, а также г-жа J. Salvage, региональный советник по сестринскому делу, акушерству и социальной работе.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

В октябре 1986 г. консультативный комитет по региональной программе в области сестринского дела и акушерства рекомендовал Региональному бюро созвать совещание главных медицинских сестер стран и руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу для обсуждения

представляющих общий интерес вопросов и для выявления приоритетных направлений деятельности по данной программе.

В течение двух лет подготовки к первой Европейской конференции ВОЗ по сестринскому делу, проходившей в Вене в 1988 г., задачи по достижению здоровья для всех были рассмотрены 155 000 медсестер из 32 (в тот период) государств - членов Европейского региона. Ими было признано, что для реализации их потенциальных возможностей и вкладов в достижение здоровья для всех необходимо коренное преобразование всей сестринской практики, систем обучения, законодательства и научных исследований. В рекомендациях и в Венской декларации, принятой на конференции, медицинским сестрам предлагалось взять в свои руки инициативу по планированию программ, направленных на достижение вышеназванной цели.[a]

В качестве последующего мероприятия конференции в Линчёпинге было проведено первое совещание главных правительственных медсестер, руководителей сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу и представителей отдельных неправительственных организаций (1989 г., Швеция). Главной целью совещания было обсуждение вытекающих из задач в области сестринского дела и акушерства в Европе выводов. 54 участника смогли обменяться опытом и вынесли ряд рекомендаций в отношении региональной программы по сестринскому делу и акушерству. Ими было также рекомендовано проводить аналогичные совещания на регулярной основе не менее одного раза в два года.

С тех пор во многих европейских странах произошли исключительно серьезные изменения, и новые приоритеты здравоохранительной деятельности в странах потребовали внимания к себе со стороны всех отделений Регионального бюро, включая отделение сестринского дела, акушерства и

---

[a] Европейская конференция по сестринскому делу. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1989 г.

социальной работы (САС).[a] Совещание 1991 г. было созвано с целью обсуждения деятельности в государствах-членах и САС, а также для согласования новых необходимых направлений работы. Целями совещания было:

- обменяться информацией о мероприятиях, проведенных САС в странах и на межнациональном уровне начиная с 1989 г.;

- обсудить, что государства-члены ожидают от Регионального бюро в порядке помощи странам в удовлетворении их новых потребностей в области здравоохранения, имея в виду, в частности, страны Центральной и Восточной Европы, а также Турцию;

- обсудить кризисное положение, сложившееся в области найма и удержания медсестер, и выявить пути и способы преодоления этого кризиса;

- обсудить и спланировать вопросы развития службы сестринского дела и акушерства на районном и местном уровнях;

- договориться о путях и способах усиления сотрудничества между главными специалистами по сестринскому делу, руководителями сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу, неправительственными организациями и САС;

- разработать рекомендации на очередные четыре года шестилетнего плана САС.

---

[a] Отделение было названо САС в ходе Дебреценского совещания, однако вернулось к своему прежнему наименованию отделения по сестринскому делу и акушерству (СЕС) в 1992 г.

Данные задачи были подытожены нижеследующим образом: обсуждение положения, складывающегося в Европе, уточнение роли и политики ВОЗ, уточнение и выяснение планов действий по сестринскому делу в ВОЗ и государствах-членах и продолжение взаимной поддержки.

Разработка общего сценария

В целом ряде кратких выступлений были обрисованы общие контуры сестринской деятельности в Европе.

НЫНЕШНИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нынешние тенденции в службах и системах здравоохранения тесно связаны с более широкими и масштабными социально-экономическими и политическими изменениями. Коренные и частые изменения стали привычными особенностями всего образа жизни, требуя гибкости и высокой приспособляемости в личной и профессиональной жизни. Для людей, работающих в системах здравоохранения, это означает нахождение новых путей и способов регулирования изменений и умения к ним приспособиться, организации служб и планирования на будущее. Особую значимость при этом имеют затратно-стоимостные параметры, результаты, реформы, децентрализация и проявление недовольства.

Деятельность систем здравоохранения по всей Европе должна опираться на ограниченные и зачастую сокращающиеся бюджетные ресурсы. Демографические изменения, чрезмерные ожидания пользователей медико-санитарных услуг и их стремление к более активному участию, технологический прогресс и другие факторы ведут в своей совокупности к таким требованиям, которые службы часто не в состоянии удовлетворить, несмотря на общее повышение расходов на нужды здравоохранения за последние 20-30 лет. Кроме того, если расходы и издержки служб здравоохранения постоянно растут, то в целом же рост застыл на нулевом уровне.

С другой стороны, стоимостно-расходное бремя вызвало к жизни и стимулировало ряд весьма нелицеприятных суждений и мыслей относительно эффективности. Правительства и граждане хотят быть уверенными в том, что ресурсы - будь то из государственной казны или из собственного кошелька - затрачиваются разумным и эффективным образом. Эта тенденция способствует спорадическому, но вместе с тем значительному развитию клинической отчетности и других форм обеспечения качества.

Стремление к использованию денег для повышения эффективности ведет вновь к акцентированию результатов. Все более повышается осознание того, что результаты или конечные достижения являются не конечными показателями всего процесса, а всего лишь исходным пунктом планирования и предоставления медико-санитарных услуг. Критерием успешности службы здравоохранения должно быть не количество врачей или имеющихся больничных койко-мест, а прибавки и выигрыш в том, что касается здоровья отдельных лиц и населения в целом. Принятие государствами-членами международных и национальных задач в области охраны здоровья является весьма важным достижением, которое начинает подкрепляться положительными сдвигами в направлении реально достижимых субнациональных и местных целей, основанных на надлежащей оценке испытываемых потребностей.

Тем не менее упор, делаемый на достижение конкретных целей в области охраны здоровья, ведет к сомнениям относительно способности действующих систем здравоохранения обеспечивать желаемые результаты. В этом одна из движущих сил проявляющейся тенденции к реформам. Почти во всех странах Европейского региона обсуждается вопрос будущего служб здравоохранения и рассматриваются новшества в области политики и предоставления медико-санитарного обслуживания. Независимо оттого, какая философия положена в основу, потенциальная роль рыночных сил в области здравоохранения изучается и выявляется посредством того, что ставятся под сомнение устоявшиеся и давно ставшие традиционными представления о роли государственного/

общественного сектора. Реформа должна основываться на тщательном анализе нынешних условий и будущих потребностей в области здравоохранения. Простое же изменение структуры не позволит достичь желаемого эффекта; особенности и успех любой организации зависят от многих других факторов.

В некоторых странах бюджетно-организационный контроль делегируется на местный уровень, с предоставлением местным структурным подразделениям свободы установления своих собственных приоритетов и управления своими собственными делами. При этом ставится цель обеспечить лучшее, более четкое и соответствующее реагирование служб на местные потребности в области охраны здоровья. Тем не менее, хотя обеспечение большей свободы и гибкости в отношении экспериментирования являются желанными факторами, все же необходимо стремиться к сбалансированности между обеспечением гибкости и координацией планирования, с одной стороны, и экспериментированием и обеспечением соблюдения стандартов и нормативов. В некоторых случаях дробление и фрагментарность представляют собой угрозу для сдвигов и прогресса в направлении интегрированного планирования всеобъемлющих, комплексных служб, тогда как в других случаях контроль из единого центра просто подменяется местным контролем или возложением обязанности и ответственности без соответствующих правомочий. Анализ процесса определения политики на национальном уровне должен сопровождаться конкретной деятельностью на местном уровне, с обеспечением путей и способов, позволяющих использовать богатый опыт деятельности служб здравоохранения на местах при разработке и осуществлении политики.

И, наконец, успех или неуспех любой реформы в области здравоохранения зависит от работающих в рамках данной системы людей. Во всей Европе женщины оказывают почти всю прямую, требующую приложения непосредственных усилий медико-санитарную помощь, но делают они все это в условиях перегруженности работой, недооплаты и недооценки их услуг. Помимо примерно 5-миллионной армии медсестер

есть еще ведь и лечащие врачи, вспомогательные работники, оказывающие помощь на дому и врачи. Зарплата многих из них не обеспечивает им даже прожиточного минимума, и к тому же им приходится нести на себе тяжелое бремя домашних и семейных обязанностей.

И хотя такое положение не является само по себе новым, способы реагирования на него сейчас меняются. Многие медсестры и другие квалифицированные работники не хотят более мириться с этими условиями и бросают работу в медико-санитарном секторе. Чувства разочарования и утраты иллюзий привели также к трудностям в деле набора и комплектования кадров. Работники здравоохранения в странах Южной и Восточной Европы получают меньшую зарплату при более низком общем статусе, а те из них, чьи профессиональные знания и квалификация позволяют им поменять их сферу приложения, охотно принимаются на работу в других странах. Такой серьезный кризис доверия среди персонала здравоохранения может легко сказаться отрицательно на прогрессе в других областях и вопросах. Если все эти тенденции ставят сестринское дело перед новыми опасностями и возможностями самого различного рода, вышеназванная проблема является, возможно, самой серьезной по сравнению со всеми другими.

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Низкий уровень заработной платы и плохие условия труда, а также отсутствие мотивации и заинтересованности среди оказывающих медико-санитарную помощь лиц зачастую объясняются недостатками в организации системы здравоохранения и в управлении ею. В таких системах часто налицо дефицит гласности, открытости, а диктат центра в некоторых из них лишает людей всякой возможности выбора. В последнем случае планируемые ресурсы могут резко сокращаться, когда выдвигаются, в качестве приоритетных, требования и запросы других секторов или когда возникают неотложные проблемы общенационального характера.

К числу альтернативных систем относятся те, в которых службы здравоохранения финансируются за счет обязательных взносов, осуществляемых пользователями услуг, и уже мобилизующим всю систему фактором становится делаемый ими выбор, их предпочтения. Очевидным недостатком таких систем является то, что источником финансирования является население, и поэтому потребители, пользователи услуг являются вместе с тем и плательщиками. При иного рода системе медицинские услуги выбираются и предоставляются своего рода подрядчиками, представляющими потребителя. Эти примеры наводят на определенные вопросы, как-то: какими предоставителями медико-санитарных услуг должны предоставляться эти услуги и какие именно; чей голос должен звучать и выслушиваться в органах-"подрядчиках"; и, наконец, следует ли специально оговаривать, какие виды обслуживания не могут быть предоставлены данной системой.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СООБЩЕСТВА

Руководящие принципы в области сестринского дела в странах Европейского сообщества (ЕСо) действовали начиная с 1979 г., после чего подготовка сестринских кадров так или иначе была изменена почти в каждом из государств-членов. В будущем сестринская подготовка и обучение в странах, желающих стать членами ЕСо, должна будет удовлетворять конкретным критериям (таким как минимальный возраст абитуриентов-медиков). К числу других важных руководящих принципов относится положение о свободе передвижения профессиональных работников здравоохранения, хотя за качество услуг, предоставляемых медсестрами-эмигрантками, будет нести ответственность каждая из стран, а не ЕСо. Свобода передвижения пациентов станет возможной начиная с 1993 г.

Медсестрам необходимо добиться равного статуса с теми, кто в настоящее время оказывает медико-санитарные услуги на началах состязательности, конкуренции и обеспечить возможность выражать открыто свои мнения и взгляды

на всех уровнях их собственной национальной системы здравоохранения, а также на международном уровне через европейские организации и специализированные учреждения, такие как ЕСо. По этой причине в настоящее время в Брюсселе учреждается координационный пункт по сестринскому делу под эгидой Постоянного комитета профессиональных сестринских ассоциаций (ЕСо).

РОЛЬ ВОЗ И ПРЕДОСТАВИТЕЛЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ КАК СПОСОБСТВУЮЩИХ ПЕРЕМЕНАМ ФАКТОРОВ

Четыре основные роли ВОЗ в Европейском регионе изложены в материалах, касающихся вклада Региона в Восьмую общую программу работы (1990-1995 гг.). Они сводятся к следующему:

- лучшее ознакомление с накопленными и имеющимися знаниями
- активизация научных исследований
- каталитическая роль в странах в области достижения здоровья для всех
- содействие сотрудничеству и координации деятельности международных организаций.

Для проведения в жизнь множества изменений, требующихся в рамках политики здравоохранения, необходимы новые методы. В качестве содействующих изменениям факторов оказывающие медико-санитарную помощь должны выявлять все социальные действующие силы - политиков, профессиональных работников, пользователей услуг и т.д. - имеющие отношение к каждой ситуации, проявляя вместе с тем необходимую осторожность в том, что касается надлежащего установления или соблюдения сроков. Одним из принципов, с которым наиболее трудно согласиться многим категориям профессиональных работ-

ников здравоохранения, является передача права собственности и последующая трансформация их идей в пункты политической повестки дня.

Достижение желаемого изменения является чем-то подобным игре в змей и лестницы. К ступенькам такой лестницы относятся, в том числе, постановка цели, сориентированная на решение соответствующей задачи политика, подходящий язык переговоров, договоренность или согласование в отношении общих ожиданий и чаяний, а также в стимулировании участия. В рамках политики такие "лестницы" должны ставиться в положенные сроки и в положенном месте для содействия соответствующим группам социальных действующих лиц в осуществлении взаимодействия, в объединении и сплочении и в создании необходимого инструментария. Координация имеет при этом жизненно важное значение и должна включать решения о том, кто и что должен делать, а также обеспечивать соблюдение принятого сообща курса, направления.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Сотрудничающий центр ВОЗ по сестринскому делу при факультете сестринского дела Манчестерского университета, Соединенное Королевство, провел небольшое "дельфийское" обследование по ключевым вопросам сестринского дела в Европе. В результате предварительного анализа был выявлен целый ряд вопросов и проблем, считающихся важными и актуальными для медицинских сестер во всех странах-участницах, и участники Дебреценского совещания подтвердили правильность их выбора.

Важное место в перечне актуальных вопросов занимают определение критериев качества и обеспечения высокого уровня сестринского дела. Респонденты обследования определили эти вопросы в качестве подлежащих дальнейшему изучению на международном уровне. К числу высокоприоритетных относятся также сестринская подготовка и обучение;

большинство высказалось за изменение учебных планов и программ, с ориентацией на обеспечение здоровья для всех, и многие высказали пожелание, чтобы сестринская подготовка осуществлялась на базе университетов. В-третьих, постоянная нехватка квалифицированных медсестер является вызывающим большую озабоченность вопросом, требующим принятия срочных мер на международном уровне.

Несмотря на приводившиеся примеры межнационального сотрудничества в осуществлении ряда мероприятий и партнерские отношения и связи, результаты проведенного обследования свидетельствуют о необходимости того, чтобы международные специализированные учреждения и организации, такие как ВОЗ, ЕСо и Международный совет медсестер, повысили свою лидирующую роль и оказываемое ими содействие медсестрам, с тем чтобы последние могли осуществлять международное сотрудничество, выходя за пределы своих национальных границ.

РАБОТА ПРОГРАММЫ САС

Последние мероприятия в рамках программы САС привели к большему осознанию роли ВОЗ и движения за достижение здоровья для всех среди медсестер, способствовали повышению ожиданий и надежд на поддержку со стороны ВОЗ, усилили системные связи и объединение усилий (включая учреждение большего числа сотрудничающих центров), дачу советов и рекомендаций и поддержку, оказываемую государствам-членам. Кроме того, были подготовлены и изданы семь буклетов по сестринскому делу и здоровью для всех.

В настоящее время САС нуждается в советах и рекомендациях по обеспечению максимальной эффективности дальнейших действий и мероприятий в условиях, характеризующихся ограниченностью имеющихся средств. Множество рекомендаций уже сделано, но все еще требуют своей разработки вопросы стратегии, тактики и инфраструктуры. Испытывается необходимость постановки приоритетов, учитывая при этом

институционально-ведомственные рамки деятельности САС, а именно: отдел службы здравоохранения, в состав которого входят отделения, занимающиеся вопросами разработки политики, развития служб и образования/подготовки, эпидемиологии и научных исследований. Вторым фактором является особое влияние ВОЗ, оказываемое через осуществляемый ею выход непосредственно на глав правительств и других лидеров, а также через обеспечение доступа к медико-санитарной информации. Поэтому участникам было предложено конкретно указать, чего они хотят и чего ждут от САС, в частности, в течение двухгодичного периода 1992-1993 гг., а также подумать о том, каким образом они смогли бы повысить свою способность использовать ВОЗ непосредственно там, где они работают.

Путь вперед: выводы и рекомендации

В этих характеризующихся изменениями и преобразованиями условиях и учитывая ограниченность имеющихся у программы САС ресурсов, участники договорились о необходимости определить приоритетные направления дальнейшей деятельности, исходя из рекомендаций, которые были приняты на Линчёпингском совещании 1989 г. Участники предложили программе САС продолжать выполнение ее трех основных функций: катализатора информационного обмена, центра по вопросам развития людских/кадровых ресурсов и способствующего изменениям фактора.

СОДЕЙСТВИЕ ИНФОРМАЦИОННОМУ ОБМЕНУ

1. К числу актуальных проблем в области людских/кадровых ресурсов относятся: дефицит медсестер и других практических врачей, подготовка чрезмерного числа других специалистов, таких как врачи широкого профиля, чрезмерная специализация, несоответствие учебных планов и программ медико-санитарным потребностям населения, недостатки кадро-

вой подготовки и недостаточная оценка качества. Данные, которыми располагают ВОЗ и другие специализированные учреждения по вопросам распределения и использования рабочей силы, могут представить большой интерес и пользу для государств-членов, и программе САС следовало бы принять меры по облегчению доступа к таким данным.

2. Обмен информацией по деятельности в области сестринского дела, включая деятельность сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому делу и других сестринских организаций, следует усилить. Это могло бы помочь избежать ненужного параллелизма и дублирования усилий при проведении проектов и исследований, способствовать лучшему использованию ресурсов, позволит большему числу организаций выступать в качестве руководителей или менеджеров в отношении тех или иных конкретных видов деятельности, а также обеспечить дохождение информации до соответствующей аудитории. Для достижения этой цели САС надлежит:

- создать и поддерживать базу данных по сестринским проектам и исследованиям, используя при этом имеющиеся банки данных в сотрудничающих центрах по сестринскому делу и т.п.;

- выявить сотрудничающие центры, в которых разработаны демонстрационные проекты по таким областям, как практика, обучение/подготовка, руководящая роль и проведение исследований, а также обмен информацией по этим вопросам с главными правительственными медсестрами, неправительственными и межправительственными организациями, содействуя установлению и поддержанию связей между сотрудничающими центрами, занимающимися проведением аналогичных проектов;

- выявить по одному сотруднику в каждой из стран, возможно в должности главной медсестры на уровне министерства, в качестве посредника и координатора по вопросам обновления программы САС на регулярной основе с учетом новых данных и достижений в области сестринского дела;

- привлекать руководителей сестринского дела к более тесному сотрудничеству по разработке и развитию проектов, политики и мероприятий ВОЗ по сестринскому делу, тем самым повышая степень информированности и способствуя облегчению работы по сбору и распространению информации;

- рассмотреть вопрос о разработке метода оценки в связи с окончательным утверждением и подтверждением успешного завершения того или иного проекта или исследования;

- установить и поддерживать тесные связи с неправительственными и межправительственными организациями, сотрудничающими центрами и правительственными главными медицинскими сестрами путем проведения на регулярной основе совещаний, а также путем публикации материалов по вопросам, представляющим взаимный интерес; а также

- обмениваться информацией по происходящим в области здравоохранения изменениям путем издания на регулярной основе информационных листков или бюллетеней.

ЦЕНТР ПО РАЗВИТИЮ ЛЮДСКИХ/КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

3. Некоторые государства-члены испытывают особые нужды в таких областях, как подготовка/обучение медсестер, руководство/лидерская роль, обеспечение профессионального роста и обеспечение качества. САС следовало бы повышать свою роль как центра подготовки людских/кадровых ресурсов путем:

- выявления специалистов сестринского дела для содействия их коллегам в других странах;

- "породнения" соответствующих учреждений и обмен визитами студентов и факультетов из различных государств-членов;

- направления запросов в страны в ходе переходного периода об уточнении испытываемых ими потребностей и информировании о них; обращения также к другим государствам-членам с просьбой об оказании практической помощи.

4. Языковые трудности ограничивают участие медсестер в мероприятиях межнационального уровня. САС следовало бы изучить пути и способы содействия медсестрам, желающим выучить другой язык.

5. САС следовало бы осуществлять сотрудничество с другими подразделениями/отделениями Регионального бюро в содействии овладению медсестерами знаний по вопросам экономики здравоохранения.

СОДЕЙСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЯМ

6. Коренные изменения, происходящие в службах здравоохранения в государствах-членах, создают настроения замешательства и ведут к стрессам, особенно среди медсестринского персонала, составляющего большую часть людских резервов здравоохранения. Его заинтересованное участие или, наоборот, противодействие этим изменениям могут оказать весьма сильное влияние на здравоохранение. САС следует использовать уникальное положение и роль ВОЗ для содействия государствам-членам в разработке модели, позволяющей приспособиться к этим изменениям.

7. Многие медсестры испытывают затруднения в том, что касается доведения их мнений и взглядов до министров и правительственных должностных лиц. Большой авторитет Европейского регионального бюро ВОЗ и репутация, которую ему удалось снискать, могут помочь медсестрам в деле выхода на самый высокий уровень для выражения своих взглядов и чаяний. Для достижения этой цели участникам совещания в Дебрецене надлежит:

- стараться оказать воздействие на делегации своих стран, направляющиеся на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, ставя перед ними актуальные вопросы и проблемы медсестер и стремясь, где это возможно, к обеспечению участия медсестер в составе делегаций;

- требовать от министров здравоохранения (или от высокопоставленных должностных лиц соответствующего уровня) выступать с публичными заявлениями по поводу хода выполнения их странами резолюций ВОЗ; и

- требовать от САС организации совещаний руководителей сестринского дела каждые год-два для сравнения их взглядов и мнений по вопросам охраны здоровья и сестринского дела и представлять отчеты о ходе работы.

8. В ходе совещания часто затрагивался вопрос ограниченности людских и финансовых ресурсов САС. Данная проблема вызывает серьезнейшую озабоченность, учитывая множество испытываемых в большинстве государств - членов Региона неотложнейших и срочнейших потребностей в области сестринского дела/акушерства, особенно в странах Центральной и Восточной Европы. Далее, уровень финансирования программы САС и связанных с ней проектов не соответствует той важной роли, которую ВОЗ отводит деятельности медсестер и сестринскому делу как таковому, а также численности сестринского персонала в Регионе.

Для успешного проведения мероприятий, рекомендованных для проведения участниками Дебреценского совещания, необходимо выделение большей суммы средств на деятельность САС, сотрудничающих центров и на развитие сестринского дела в каждой из стран. Без обеспечения таких средств будут поставлены под угрозу срыва те благотворные усилия, вызванные к жизни в странах Европейского региона в связи с проведением Венской конференции.

Приложение 1

СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ[a]

EUR/ICP/HSR 334	Пятое совещание главных правительственных специалистов по сестринскому делу и сотрудничающих центров в свете задач ЗДВ по сестринскому делу/акушерству - выполнение решений и положений первой Европейской конференции по сестринскому делу (Вена, 1988 г.), Линчёпинг, Швеция, 18-21 октября 1989 г.
ICP/HSR 334	Выполнение рекомендаций первого совещания главных правительственных специалистов по сестринскому делу, Линчёпинг, Швеция, Октябрь 1989 г. Отчет о ходе работы

[a] Экземпляры документов можно будет получить в отделении сестринского дела и акушерства по адресу: WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Приложение 2

УЧАСТНИКИ

АЛБАНИЯ

Ms Barije Krifca
Sector of Foreign Relations, Ministry of Health, Tirana

БЕЛЬГИЯ

Mrs Anita Simoens-De Smet
Nursing Department, Ministry of Public Health, Brussels

ВЕНГРИЯ

Mrs Klara Sövényi
Chief Nursing Officer, Department of Preventive and Curative Care, Ministry of Welfare, Budapest

ГЕРМАНИЯ

Ms Barbara Schwochert
German Nurses' Association (DBfK), Frankfurt

ГРЕЦИЯ

Ms Chrysanthi Plati
Director of Nursing Services, Evangelismos Hospital, Athens

ДАНИЯ

Ms Karenlene Ravn
Chief Nursing Officer, National Board of Health, Copenhagen

ИЗРАИЛЬ

Dr Tamar Krulik
Chairperson, Department of Nursing, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

ИРЛАНДИЯ

Ms Kathleen Keane
Chief Education Officer, Nursing Board, Dublin

ИСЛАНДИЯ

Mrs Ingibjörg R. Magnusdottir
Chief Nursing Officer, Ministry of Health, Reykjavik

ИСПАНИЯ

Ms Pilar Alonso
Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid

ЛЮКСЕМБУРГ

Mr Guy Bosseler
Division de la médecine curative, Direction de la santé, Luxembourg

МАЛЬТА

Mrs Mary Magri
Administrative Nurse, St Luke's Hospital

НИДЕРЛАНДЫ

Mr William Zandbergen
Public Health Officer, Department of the Chief Medical Officer of Health, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk

ПОЛЬША

Ms Katarzyna Koronka
Chief of Nursing Unit, Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw

РУМЫНИЯ

Dr Bogdan Robacki
Deputy Director, Human Resources Department, Ministry of Health, Bucharest

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

Ms Denise Dennehy
Nursing Officer, Department of Health, London

Ms Anne A. Poole
Chief Nursing Officer, Department of Health, London

СССР

Д-р Галина Перфильева
Заведующая Центральным методическим кабинетом по сестринскому образованию, Министерство здравоохранения СССР, Москва

ФИНЛЯНДИЯ

Mrs Tyyne Martikainen
Senior Officer for Nursing, Department of Health and Social Welfare Services, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

ФРАНЦИЯ

Ms Michele Cals
Infirmière générale, Conseillère technique, Direction des Hôpitaux, Ministère des affaires sociales et de la solidarité, Paris

ЧЕХОСЛОВАКИЯ

Ms Blanka Misconiovà
Chief Nurse, Ministry of Health of the Czech Republic, Prague

ШВЕЦИЯ

Ms Eva Hellung-Strohl
Ombudsman, Swedish Association of Health Officers, Stockholm

ШВЕЙЦАРИЯ

Ms Marianne Weber
Infirmière-conseil, Croix-Rouge suisse, Service de la formation professionnelle, Berne

ЮГОСЛАВИЯ

Ms Maria Kodiyevic
President, Commission for Nursing, Belgrade

СОТРУДНИЧАЮЩИЕ ЦЕНТРЫ ВОЗ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ

Проф. Margaret F. Alexander
Head of Department, Health and Nursing Studies, Glasgow Polytechnic, Glasgow, United Kingdom

Г-жа Donatella Barberis
Centro Studi delle Professioni Infermieristiche (CESPI), Turin, Italy

Прооф. C. A. Butterworth
Queen's Nursing Institute, Manchester, United Kingdom

Г-жа Anne-Marie Elliautou
Director, WHO Collaborating Centre on Nursing, Hospices civils de Lyon, Lyon, France

Г-н David Forno
Centro Studi delle Professioni Infermieristiche (CESPI), Turin, Italy

Г-жа Rosemary Jenkins
Royal College of Midwives, Welsh Board, Swansea, Wales

Г-жа Randi Mortensen
Danish Institute for Health and Nursing Research, Copenhagen

Г-жа Majda Slajmer-Japelj
International Manager, WHO Collaborating Centre for Primary Health Care Nursing, Health Centre of Maribor, Slovenia

Г-жа Maija Sorvettula
Executive Director, Nursing Research Institute of Finland, Helsinki, Finland

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Ассоциация медсестер Венгрии

Г-жа Katalin Mucha
General Secretary, Budapest, Hungary

Г-жа Ibolya Nagy
Member, Budapest, Hungary

Международная конфедерация акушерок (МКА)

Г-жа Joan Walker
Secretary General, London, United Kingdom

Международный совет медсестер (МСМ)

Г-жа Constance Holleran
Director, Geneva, Switzerland

Лига обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Г-н Laszlo Vojth
Hungarian Red Cross, Budapest, Hungary

Федерация медсестер северных стран

Г-жа Kirsten Stallknecht
President, c/o Danish Nurses' Organization,
Copenhagen, Denmark

Проект НАДЕЖДА

Д-р Carolyn Kruger
Director for Nursing, Project HOPE Health Sciences
Education Center, Millwood, VA, USA

Г-жа Norma Tigerman
Nursing Department, International Division, Project HOPE Health Sciences Education Center, Millwood, VA, USA

Международное объединение общественных служб

Г-н Gerd Dielmann
OTV-Fortbildungsinstitut, Duisburg, Germany

Постоянный комитет профессиональных сестринских ассоциаций (ПМА)

Г-жа Sheila Quinn
President, c/o International Office, Royal College of Nursing, London, United Kingdom

Рабочая группа европейских исследователей сестринского дела (ВЕНР)

Г-жа Judith Clift
Nurse Researcher, Graz, Austria

НАБЛЮДАТЕЛИ

Д-р Maria Bàn
Group Leader, Education Department, Ministry of Welfare, Budapest, Hungary

Г-жа Katalin Dénes
Head Nurse, Szent-Györgyi Albert University, Szeged, Hungary

Г-жа Maria Kiss
President, Project HOPE Nursing Education Group, Budapest, Hungary

Г-жа Magdolgna Nosza
Teacher, Faculty of Health Sciences, Postgraduate Medical University, Budapest, Hungary

Г-жа Dolors Figuera Perello
Council of Work and Social Welfare, Andorra la Vella, Andorra

Д-р Maria Hok Salczer
General Director, Central Training Institute of Qualified Health Workers, Budapest, Hungary

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Д-р Constantino Sakellarides
Директор, Службы здравоохранения

Г-жа Jane Salvage
Региональный советник, Сестринское дело, акушерство и социальная работа (Председатель)

Г-жа Muriel Skeet
Временный консультант, Сестринское дело, акушерство и социальная работа (Докладчик)

Г-жа Jill Stanger
Помощник по вопросам программы, Сестринское дело, акушерство и социальная работа

Задача 26

Политика в отношении служб здравоохранения

К 2000 г. во всех государствах-членах должна быть разработана политика, обеспечивающая доступ всего населения к высококачественному медико-санитарному обслуживанию, основанному на первичной медико-санитарной помощи и поддерживаемому системами вторичного и третичного уровней.

Настоящий отчет издан Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако он может быть воспроизведен или переведен на любой другой язык при наличии соответствующего указания на источник.

ЛИДЕРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ДЕЙСТВИИ

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН