



ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 COPENHAGEN Ø
DENMARK
Тел.: +45 39 17 17 17
ТЕЛЕФАКС: +45 39 17 18 18
ТЕЛЕКС: 12000
E-MAIL: POSTMASTER@WHO.DK
WEB SITE: HTTP://WWW.WHO.DK

e. 58454

EUR/ICP/DLVR 02 01 03
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ
E58454R

ЧЕТВЕРТОЕ СОВЕЩАНИЕ ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВЫХ НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ

Отчет о совещании ВОЗ

Ташкент, Узбекистан
1-3 октября 1997 г.

ЗАДАЧА 30

КОММУНАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ НУЖДАМИ И ПОТРЕБНОСТЯМИ

К 2000 г. во всех государствах-членах люди, нуждающиеся в долгосрочном медицинском обслуживании и поддержке, должны иметь доступ к соответствующим высококачественным службам.

РЕЗЮМЕ

Как часть более широкого процесса изменений, службы здравоохранения призваны решать основополагающие задачи сдерживания расходов и издержек, тогда как все возрастающие требования в отношении качества и выбора, важные демографические и социальные факторы и – не в последнюю очередь – непрерывный технологический и научный прогресс воздействуют на особенности этого процесса. Главной задачей профессиональных медицинских сестер является понимание существа, проявлений и последствий переходного процесса и знание путей и способов увеличения и вклада в рамках реформирующихся служб здравоохранения при одновременном возрождении духа Алма-Атинской декларации (1978 г.) и Венской декларации (1988 г.). К целям четвертого совещания ВОЗ главных медицинских сестер министерств здравоохранения новых независимых государств (НИГ), сложившихся на территории бывшего Советского Союза, относилось достижение более лучшего понимания существа и процессов реформы в этой части Европейского региона и их возможных последствий для сестринского дела; выявление изменений, которые необходимы для выполнения медсестрами новых профессиональных ролей; а также рассмотрение основной проблематики своей дальнейшей жизнедеятельности. И, разумеется, совещание предоставило возможность повысить уровень знаний и расширить видение медсестрами своей роли и места в деле реформирования здравоохранения в Европе, наряду с усилением системно-сетевых связей и контактов между руководителями и лидерами сестринского дела в НИГ.

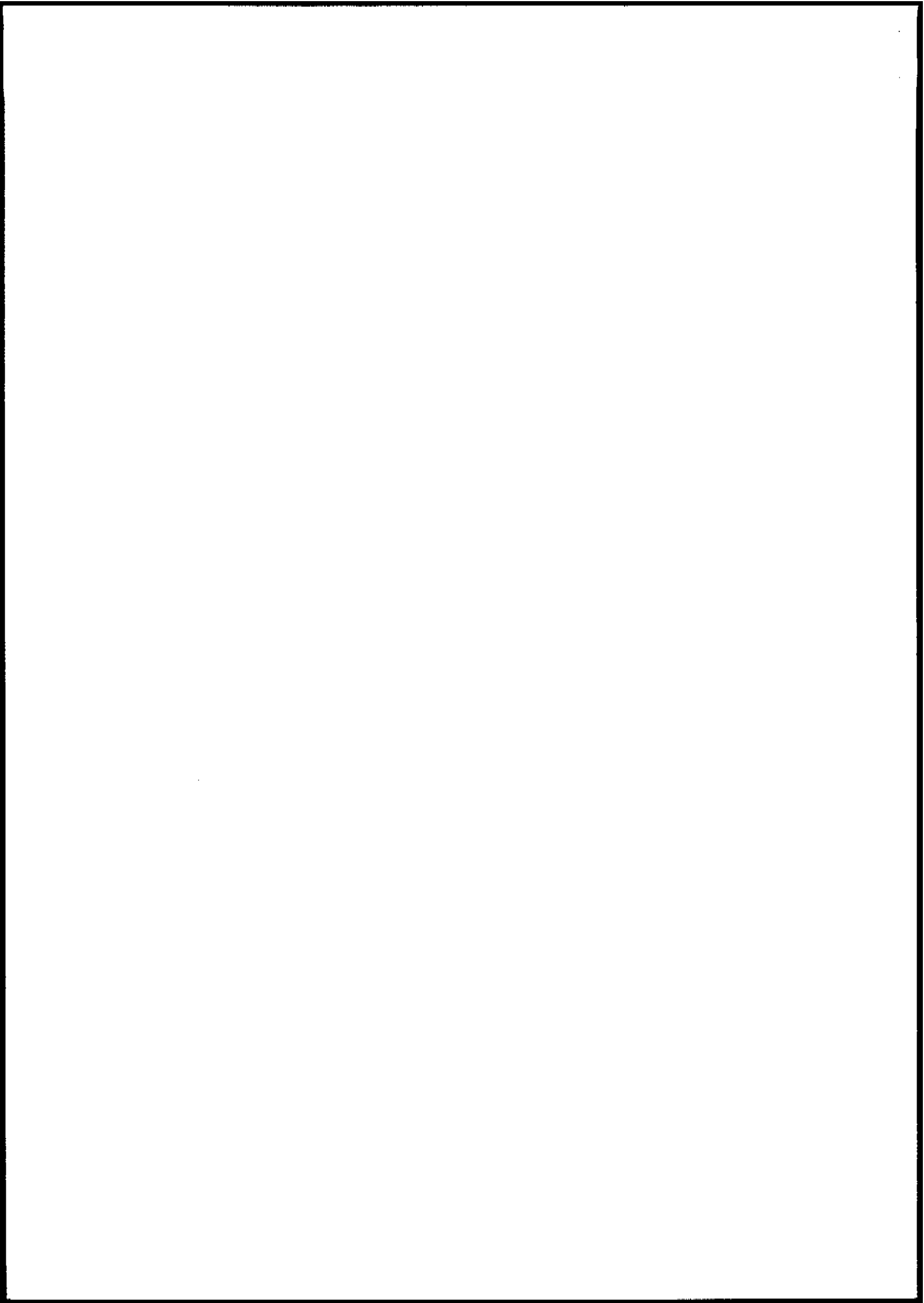
© Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: *Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода.* Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.



СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
1. Введение.....	1
Цели совещания.....	2
Ожидаемые результаты совещания.....	3
2. Обзор реформ здравоохранения в Европе и результатов европейской конференции ВОЗ по реформам в области здравоохранения.....	3
3. Последствия реформ здравоохранения для сестринского дела.....	4
4. Сестринское дело в условиях реформирования служб здравоохранения в новых независимых государствах: доклады по странам.....	5
Стратегия реформ.....	5
Встречающиеся при решении задач препятствия.....	6
Новые функции и роль медсестер.....	7
Требования для обеспечения новой роли главных медицинских сестер минздравов..	7
5. Подготовка к будущему.....	7
Нацеленность на первичную медико-санитарную помощь и коммунально-общинное обслуживание (участковые или патронажные медсестры).....	7
Качество помощи.....	8
Медсестринские ассоциации.....	9
6. Выводы и рекомендации.....	9
Приложение 1 Список участников.....	11
Приложение 2 Программа работы.....	13
Приложение 3 Учебные материалы по сестринскому делу.....	15
Приложение 4 Занятие по навыкам составления докладов/отчетов.....	17
Приложение 5 Люблянская хартия по реформированию здравоохранения.....	18
Приложение 6 Сессия по ассоциациям медсестер стран.....	23



1. ВВЕДЕНИЕ

Реформы происходят во всем мире, в Европейском регионе и не в меньшей степени в новых независимых государствах (ННГ) бывшего Советского Союза. Они оказывают воздействие на политическую, экономическую и социальную обстановку на национальном, региональном и местном уровнях. Службы здравоохранения в рамках более широкого процесса изменений также испытывают на себе воздействие политики реформ, которая требует результативной и эффективной практики, для того чтобы сдерживать расходы и по-прежнему отвечать важным демографическим и социальным изменениям и возросшим потребностям пациентов в отношении выбора и повышения качества медицинской помощи.

Одной из важнейших задач профессии медицинской сестры сегодня является понимание значения этого переходного процесса и обеспечение максимального вклада в деятельность реформированных служб здравоохранения.

Медицинским сестрам в ННГ следует обеспечивать, чтобы их практика учитывала принципы реформированных систем обслуживания, которые потребуют от них новых знаний и навыков, а также различных подходов к работе. Появятся возможности для новых ролей, которые медицинские сестры смогут играть в multidisciplinary условиях (например, семейная практика, "бригады" общественного здравоохранения) по мере того, как реформа будет продвигать медицинскую помощь от ориентированного на тяжелые случаи подхода вторичного уровня в сторону уровня первичной помощи, предоставляя потребителям больше ответственности и выбора в отношении оказываемой им медицинской помощи.

Являясь специалистами переднего края и часто находясь в непосредственной близости к общине, медицинские сестры могут играть ключевую роль в обеспечении сбалансированной помощи, включая укрепление здоровья и предупреждение болезни. Необходимо разработать стратегию для ориентированной на результаты и опирающейся на реальную действительность практику, а также укрепить законодательство, касающееся медицинских сестер для предоставления им статуса и самостоятельности, чтобы, в случае необходимости, они могли являться ответственными членами multidisciplinary бригады или независимыми специалистами медико-санитарной помощи в рамках реформированных служб здравоохранения.

Проходившее в апреле 1996 г. в Рейкьявике совещание ВОЗ главных медицинских сестер министерств здравоохранения стран Европы предоставило благоприятную возможность рассмотреть последствия для сестринского дела реформы, осуществляемой в настоящее время в здравоохранении, и для разработки стратегий распространения информации и повышения осознания и понимания того вклада, который ожидается со стороны медсестер. На совещании было составлено заявление. Четвертое совещание ВОЗ главных медицинских сестер министерств здравоохранения новых независимых государств было создано Европейским региональным бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Узбекистана, и на нем ставилась общая цель обеспечения более лучшего понимания существа и усилий по ее реализации главных медсестер минздравов русскоговорящих стран в этом "подрегионе" Европы.

Первого–третьего октября 1997 г. в Ташкенте состоялось совещание, проходившее при участии представителей 12 европейских государств-членов ВОЗ, 15 наблюдателей из Узбекистана, одного наблюдателя из Соединенного Королевства и двух сотрудников ЕРБ ВОЗ (см. Приложение 1). Настоящим выражается признательность Департаменту здравоохранения Соединенного Королевства за финансовую поддержку для проведения данного мероприятия.

На открытии совещания д-р Р. Султанов, первый заместитель министра здравоохранения Узбекистана, приветствовал главных медсестер минздравов в связи с их пребыванием в Узбекистане. Он рассказал о повышении роли и о новаторских методах сестринского дела в Узбекистане и в ННГ и указал на необходимость увеличения вклада медсестер в дело реформирования служб здравоохранения.

Д-р А. Гадаев, зав. отделом профессионального обучения и развития кадров здравоохранения Министерства здравоохранения, приветствовал также участников и привел ряд примеров изменений в области медсестринского образования в стране.

От имени медсестер Узбекистана участников совещания приветствовала также г-жа Р. Салихаджаева, главная медицинская сестра Министерства здравоохранения Узбекистана.

От имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ д-ра J.E. Asvall главных медицинских сестер минздравов приветствовала г-жа Ainna Fawcett-Henesy, и.о. регионального советника по сестринскому делу в ЕРБ ВОЗ. Тепло встреченная всеми присутствующими она приступила к исполнению председательских функций, тогда как сопредседателем на совещании стала г-жа Р. Салихаджаева. Г-жа Галина Перфильева (Российская Федерация) была объявлена в качестве Составителя отчета. Предварительная программа была одобрена затем всеми участниками и участницами (см. Приложение 2).

Цели совещания

1. Предоставление главным медсестрам минздравов ННГ возможностей для обсуждения нижеследующих вопросов:
 - пути и способы увеличения вклада профессиональных медсестер в реформирование служб здравоохранения в духе Алма-Атинской декларации (1978 г.) и Венской декларации (1988 г.). Предметом особого внимания должен был стать вклад медсестер в первичную медико-санитарную помощь и в систему медсестринского обслуживания на коммунально-общинном уровне (участковые и патронажные медсестры);
 - пути и способы обеспечения нацеленности сестринской практики на конечные результаты, основываясь на наилучших имеющихся образцах и методах и опираясь на надлежащие учебные планы и программы, учитывающие новые и новаторские системы сестринского обслуживания. При этом особо акцентируется важность постоянного повышения качества сестринской помощи в условиях реформированных служб здравоохранения;
 - изменения, которые могут потребоваться в работе профессиональных медсестер для удовлетворения новых требований, запросов и чаяний. Более обстоятельное обсуждение вопросов, связанных с усилением потенциала медсестринских ассоциаций и объединений для удовлетворения новых требований.

2. Обеспечение возможностей для выявления изменений, которые необходимо осуществить в области законодательства, образования и просвещения, набора и удержания кадров для разработки новых ролей.
3. Рассмотрение содержания учебных материалов по сестринскому делу (ЛИМОН) в свете требования дальнейшего развития на страновом уровне (подробные данные о специальном заседании приводятся в Приложении 3).
4. Повышение умений и навыков письменной коммуникации и контактирования главных медсестер минздравов (об умениях и навыках написания/составления отчетов и докладов см. данные о специальном заседании в Приложении 4).
5. Усиление сети руководителей и организаторов сестринского дела в ННГ и углубление знаний и расширение видения перспектив, связанных с ролью и функциями медсестры в системах здравоохранения ННГ.

Ожидаемые результаты совещания

1. Обмен опытом по сестринскому делу в условиях нынешних реформ здравоохранения в ННГ и повышение таким образом уровня знаний и перспектив видения и понимания роли медсестры в условиях реформирования служб.
 2. Достижение выводов и вынесение рекомендаций о возможных последствиях для сестринского дела реформ в области здравоохранения, осуществляемых в настоящее время в ННГ, и согласование стратегий дальнейшей деятельности и развития.
 3. Усиление сети главных медсестер минздравов ННГ.
 4. Содействие тому, чтобы главные медсестры минздравов обоснованно и с верой в собственные силы и возможности занимались просветительской деятельностью и пропагандой по сестринскому делу.
 5. Усиление участия главных медсестер минздравов в дальнейшем развертывании деятельности по проекту ЛИМОН в своих странах.
- 2. ОБЗОР РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЕВРОПЕЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ВОЗ ПО РЕФОРМАМ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Демографические и социальные тенденции и общее уменьшение валового национального продукта во многих европейских странах вызвали спад в экономике, как заявила д-р Ainna Fawcett-Hepesy. Целый ряд этих стран сталкиваются с проблемами безработицы, бедности, отсутствия жилья, миграции и социальной отверженности. В то же время наблюдается повышение спроса широких масс населения на все более лучшие высококачественные виды обслуживания и услуги, тогда как попытки удовлетворить такие требования наталкиваются на уменьшение бюджетных расходов и инвестиций на цели охраны здоровья.

К числу главных проблем, с которыми сталкиваются страны Европы в настоящее время, относятся: сердечно-сосудистые заболевания, внешние причины смерти (несчастные случаи, убийства и самоубийства), появление и распространение вновь таких инфекционных болезней, как туберкулез, дифтерия, полиомиелит, пандемия СПИДа/ВИЧ и – не в последнюю очередь – смертность в раннем детском возрасте.

Проводя реформы здравоохранения, приходится решать эти задачи и проблемы, особенно организационные, финансовые и связанные с аспектами непосредственного обслуживания (предоставление услуг).

Основная деятельность сектора здравоохранения направлена поэтому на преодоление все более частых и массовых проявлений несправедливости и неравенства в вопросах здравоохранения и получаемых выигрышей и преимуществ для здоровья, недостаточной эффективности с точки зрения затрат и результатов, неэффективности предоставляемых услуг, качества, возможностей выбора и участия и, наконец, ответственности и подотчетности профессиональных работников здравоохранения.

На Европейской конференции ВОЗ по реформам в области здравоохранения (Любляна, 17–20 июня 1996 г.) была принята Хартия (см. Приложение 5) с изложением принципов и стратегий реформирования здравоохранения в странах Европы.

Как наибольший “отдельный” отряд профессиональных работников, работающих “на передних рубежах” здравоохранения, медсестры могут внести значительный вклад в осуществление реформ здравоохранения. Они должны быть готовы к тому, чтобы играть роль воспитателей и просветителей, коммуникаторов, лиц, оказывающих помощь, содействие, предоставляющих возможности и координаторов. Существенным условием является обеспечение надлежащей гибкости и способность быстро реагировать для разработки соответствующих механизмов и показателей. Необходимо эффективное руководство, сильные профессиональные организации, обоснованная политика в области образования и просвещения и обеспечение основывающихся на данных исследований, материалов и подтверждений примеров эффективных мер вмешательства, мероприятий, вклада медсестер и более совершенных путей и способов сбора и использования соответствующих данных для целей мониторинга и оценки.

3. ПОСЛЕДСТВИЯ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

В рамках работы данной сессии была предпринята попытка продемонстрировать последствия реформирования служб здравоохранения для сестринского дела на примере двух стран СНГ, а именно Грузии и Кыргызстана. Главная медсестра Министерства здравоохранения Грузии г-жа Лия Мамаладзе остановилась в своем важном выступлении на основных задачах, планах и проблемах в своей деятельности. Она подчеркнула необходимость изменения характера деятельности Министерства здравоохранения для решения ключевых задач реформы сестринского дела в Грузии. Вместе с группой руководителей сестринского дела г-жа Мамаладзе разработала проект национального плана действий, получивший административную и политическую поддержку со стороны министра здравоохранения.

Необходимость разработки законодательств по сестринскому делу была признана в качестве ключевого элемента. Тем не менее, значительным препятствием для успешного продвижения в этой области продолжает оставаться нынешняя политическая и экономическая нестабильность в стране.

Опытом Республики Кыргызстан поделилась г-жа Тамара Сактанова, остановившаяся на основных вехах деятельности по реформированию сестринского дела в стране. Обращенный к медсестрам призыв внести положительный вклад в реформы здравоохранения в Кыргызстане был согласован на всех уровнях системы здравоохранения и осуществляется в рамках стратегии МАНАС по реформированию

здравоохранения, а именно по проекту "Сестринское дело и акушерство-2000". Этот проект включает пять основных областей преобразований, а именно, по вопросам руководства, образования и просвещения, практики научных исследований и законодательства. В каждой области ставятся свои собственные задачи и устанавливаются стратегии. Проект был обсужден и утвержден в ходе конференции по сестринскому делу в Кыргызстане, проводившейся в сентябре 1997 г.

Кроме того, г-жа Сактанова указала на основные проблемы, препятствующие усовершенствованию сестринского обслуживания в Кыргызстане, а именно: отсутствие необходимых ресурсов, недочеты в области руководства, отсутствие или недостаток надлежащей информации, а также высококвалифицированных преподавателей и менеджеров по сестринскому делу. Кроме того, налицо неэффективное использование медсестринского персонала, недостатки в области профессиональной подготовки и обучения, сопротивление изменениям и устаревшее законодательство.

После основных выступлений были проведены обсуждения и краткие выступления с предоставлением слова каждому участнику. В выступлениях главных медсестер минздравов так или иначе затрагивались следующие три аспекта:

- а) недавние изменения в сестринской практике
- б) задачи медсестер в условиях реформы здравоохранения
- в) три основных препятствия, мешающих медсестрам решать стоящие перед ними задачи.

4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НОВЫХ НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВАХ: ДОКЛАДЫ ПО СТРАНАМ

Предметом особого внимания в деятельности медсестер в условиях реформирования здравоохранения должны быть, как явствовало из выступлений, нижеследующие принципы и стратегии реформы здравоохранения:

- обеспечение справедливости (Кыргызстан)
- обеспечение доступности (Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан)
- качество сестринской помощи (Кыргызстан, Грузия, Молдова, Российская Федерация)
- распределение сфер ответственности при медицинском обслуживании (Кыргызстан)
- вопросы этики (Российская Федерация, Узбекистан)
- эффективное использование ресурсов (Кыргызстан, Украина).

Стратегия реформ

Нижеследующие области и мероприятия приводились как требующие повышенного внимания в нынешней деятельности медсестер в плане их вклада в осуществляемые в СНГ реформы:

- Первичная медико-санитарная помощь/медико-санитарное обслуживание на коммунально-общинном уровне
 - активизация деятельности по укреплению здоровья и профилактике болезней;

- бригадно-групповая работа в том, что касается внедряемых в последнее время методов охраны здоровья семьи (это было характерно для всех представленных на совещании стран)
- подход, ориентированный на охрану здоровья (Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Узбекистан)
- межсекторальное сотрудничество с социальными службами (Беларусь, Российская Федерация)
- нацеленность на уязвимые контингенты и группы (Узбекистан, Азербайджан, Российская Федерация)

К числу препятствий по расширению роли медсестер в ПМСП относится отсутствие законодательства для поддержки деятельности по решению новых задач, а также недостаточные оценочные возможности на коммунально-общинном уровне со стороны самих медсестер.

- **Качество помощи**
 - новые стандарты сестринской практики (Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация)
 - лицензирование (Армения, Российская Федерация, Украина)
 - система сертификации (Российская Федерация)
- **Образование/просвещение**
 - переориентация учебных планов и программ на первичную медико-санитарную помощь (это было характерно для всех представленных стран)
 - национальные стандарты/нормативы образования и обучения (все страны)
 - основные изменения в сроках обучения (все страны)
 - многоуровневая система обслуживания (Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Украина, Узбекистан)
 - университетская программа с предоставлением степени магистра по сестринскому образованию и сестринскому менеджменту (Беларусь, Российская Федерация, Украина)
 - государственная система непрерывного образования и привлечение сестринских ассоциаций/объединений к непрерывному образованию/обучению старших медсестер (для всех представленных стран).

Представители Армении и Республики Молдова не смогли разработать этот аспект реформ в своих странах из-за отсутствия необходимых учебных материалов. Отсутствовала информация о содержании новых учебных программ по сестринскому делу, составленных в этих странах, по принципам реформирования здравоохранения и социально-медицинской помощи.

Встречающиеся при решении задач препятствия

- Не все медсестры хотят изменений и преобразований (Кыргызстан, Российская Федерация, Украина)

- Высокая численность врачей, процентная доля которых выше, чем медсестер (это характерно для всех представленных стран)
- Отсутствие законодательства и необходимость общей основы законодательства по сестринскому делу в ННГ в том, что касается практических аспектов внедрения новых учебно-образовательных программ и планов (характерно для всех представленных стран)
- Разрыв между образованием (теорией) и практикой (характерно для всех представленных стран)
- Отсутствие конкретных инвестиций министерств здравоохранения для обеспечения постов и должностей главных медсестер минздравов. Следует, однако, отметить большее привлечение профессиональных медсестер министерством к процессу принятия решений (это характерно для всех представленных стран).

Новые функции и роль медсестер

- Учреждение постов/должностей заместителей главных врачей, отвечающих за сестринское обслуживание (Кыргызстан, Узбекистан)
- Специалисты сестринского дела на внутриобластном уровне, отвечающие за сестринские службы (Кыргызстан, Узбекистан)
- Медсестры по борьбе с инфекциями (Кыргызстан, Узбекистан)
- Координационный совет по сестринскому делу при министерствах здравоохранения (Российская Федерация, Узбекистан)

Требования для обеспечения новой роли главных медицинских сестер минздравов

- Группа/бригада медсестер как ключевое звено для разработки стратегии реформы (Грузия)
- Необходимость коммуникации и поддержания контактов с министром здравоохранения и участие в процессах принятия решения (касается всех представленных стран)
- Необходимость полной ставки заработной платы (касается всех представленных стран)
- Надлежащее образование (Кыргызстан)
- Улучшение методов коммуникации/связей, установление сетевых контактов и информационного обеспечения сестринского дела в стране (Армения, Казахстан)
- Политическая стабильность (Армения, Беларусь, Республика Молдова, Украина)

5. ПОДГОТОВКА К БУДУЩЕМУ

Нацеленность на первичную медико-санитарную помощь и коммунально-общинное обслуживание (участковые или патронажные медсестры)

В свете ориентации на первичную медико-санитарную помощь как часть реформирования служб здравоохранения в настоящее время осуществляются структурные

изменения в Беларуси, Кыргызстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Узбекистане. Одним из примеров этого являются программы рационализации стационарного обслуживания, при которых участники требуют более лучшего управления в перспективе для обеспечения создания надлежащей инфраструктуры ПМСП. Необходимо рассмотреть возможные альтернативы обслуживанию в условиях стационара (госпитализации), включая медсестринское обслуживание в домах престарелых (или инвалидов с медицинским обслуживанием), а именно для той категории престарелых, которые прежде получали экстренную или долгосрочную помощь в больницах. Участники совещания отмечали также недостаточное развитие нынешних служб коммунального сестринского обслуживания и подчеркивали необходимость развития в параллельном направлении практики охраны здоровья семьи.

Получившие надлежащую квалификацию участковые/патронажные медсестры могут стать весьма эффективным, с точки зрения затрат и результатов, ресурсом деятельности по реформированию здравоохранения. При этом необходимо рассмотреть инвестирование на эту категорию вместо использования врачей нецелесообразным в долгосрочной перспективе образом. Новаторское использование фельдшерской модели в Армении и Республике Молдова является примером расширения функциональной роли участковых/патронажных медсестер (обслуживания на коммунально-общинном уровне).

В связи с появлением новых рыночных механизмов, позволяющих широкому кругу лиц, занимающихся медицинским обслуживанием, конкурировать, стремясь получить контракты на обслуживание на дому, таким поставителем медицинских услуг может стать медсестринское объединение (ассоциация). Более того, происходит приватизация медсестринских служб. Для этого потребуются создание механизмов обеспечения надлежащего качества, чтобы гарантировать поддержание высококачественного обслуживания.

Было признано важным отметить тяжелое бремя, которому подвергаются неформальные поставители помощи на коммунально-общинном уровне и против чего могла бы помочь поддержка со стороны профессиональных ("уставных") учреждений здравоохранения и социального обеспечения и вспомоществования.

Был сделан вывод о необходимости выявления для лиц медсестринской профессии нового круга обязанностей и сфер компетенции, чтобы можно было удовлетворять меняющиеся потребности населения. Медсестрам в будущем придется выступать в более самостоятельных ролях и им потребуется такое образование и обучение, которые бы позволяли им функционировать "безопасно", эффективно и со значительной степенью независимости – в принятии решений и работая самостоятельно с большим кругом обслуживаемых групп населения, с предоставлением им самых основных, "первостепенных" услуг, зачастую в условиях отсутствия или не прибегая к врачебной помощи.

Качество помощи

Сдерживание расходов является в настоящее время одной из важнейших целей правительственных органов и учреждений. Медсестры – точно так же, как и клиницисты, и врачи вообще, должны прилагать максимум усилий для использования как можно более эффективным образом имеющихся скудных ресурсов. Медсестры должны оценивать свою текущую практику и стремиться делать то, что нужно, и делать это правильным образом. Они должны быть в состоянии показать, что их меры вмешательства являются

необходимыми. Практика, основывающаяся на проверенных данных, важна с точки зрения эффективности сестринского дела, однако не менее важным является стремление к обеспечению как можно более высококачественного обслуживания. Из-за недостаточности обратной связи и информации, получаемых профессиональными работниками в ходе их повседневной практики, имеют место значительные расхождения и разноречивость. Профессиональным работникам необходимо разработать клинические показатели, осуществлять сбор информации и направлять эту информацию обратно туда, откуда она получена. Только в этом случае мы можем наблюдать и констатировать происходящие в нашей практике улучшения.

Качество медицинского обслуживания в двадцать первом столетии приобретет совершенно новую значимость. Медицинское обслуживание должно быть доступно для населения Европы и приемлемо для каждого человека независимо от его платежеспособности. Это обслуживание должно быть всеобъемлющим, непрерывным и координироваться на первичном, вторичном (специализированном) и третичном (высокоспециализированном) уровнях.

Медсестринские ассоциации

В последние несколько лет сестры начали организовываться путем создания профессиональных организаций в новых независимых государствах. К числу причин этого относится срочная необходимость улучшения статуса медицинских сестер и восприятия сестринского дела, отношения к нему как к особой, "самодовлеющей" профессии. Ознакомление с примерами за рубежом, где медсестры путем более лучшей организации могли повлиять на свое место и роль в системе здравоохранения, повысить свой авторитет и престиж в обществе, оказывает свое положительное влияние. Одним из интересных примеров этого было давление, оказанное главными медсестрами минздравов с целью учреждения ассоциации медсестер для содействия развитию сестринского дела в стране. Во многих случаях главные медсестры минздравов занимают ключевые позиции в этих ассоциациях. Это признано приемлемым в переходный период, когда руководство (лидерство) должно осуществляться отдельно, но при совместной работе в обеих структурах. Эти медицинские ассоциации стремятся играть ключевую роль в деле преобразования медсестринской практики. Многими медсестринскими ассоциациями уже проявлена большая заинтересованность к тому, чтобы подключиться к деятельности ВОЗ в области общественного здравоохранения через недавно основанный ею Европейский форум национальных ассоциаций медсестер и акушерок (см. подробные данные о специальной сессии по медсестринским ассоциациям стран совместно с совещанием в Приложении б).

6. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Медсестры ННГ отдают себе полностью отчет в той фактической и потенциальной роли, которую они играют и призваны играть в реформируемых системах здравоохранения своих стран.

Для обеспечения им возможности играть эту расширенную роль и учиться на ошибках других стран необходимо, в частности, рассмотреть нижеследующие факторы, а именно:

- *законодательство*: для функционирования безопасным и компетентным образом необходимы изменения законодательного характера.

- *образование*: необходимо продолжить подготовку к выполнению новых ролей и функций, с необходимостью разработки круга обязанностей/сферы компетенции для медсестер, занятых в различных областях медико-санитарного обслуживания, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи. Для обеспечения должного уровня компетентности необходимы готовность и стремление к тому, чтобы учиться на протяжении всей своей жизни.
- *первичная медико-санитарная помощь*: если переход на обслуживание типа ПМСП представляется соответствующим и эффективным, необходимо обеспечить непрерывность оказания помощи. Роль фельдшера должна быть сохранена и еще более укреплена для содействия развитию всеобъемлющего “холистического” медсестринского обслуживания на коммунально-общинном уровне. Особое внимание должно уделяться развитию служб, представляющих собой альтернативу обслуживанию в условиях стационара уязвимых групп населения, особенно пожилых и престарелых. Необходимо обеспечить отсутствие какого бы то ни было водораздела между здравоохранением и социальным обеспечением и вспомоществованием.
- *структуры и качество помощи*: обслуживание должно осуществляться с помощью бригадно-группового подхода, с соответствующей организацией финансового обеспечения. Качество медсестринского обслуживания должно стать основным принципом реформ здравоохранения. Стандарты и нормативы обслуживания и сестринской практики должны обеспечиваться как в условиях поликлиник и на коммунально-общинном уровне, так и в условиях стационаров. Важную роль должны будут играть усилия, направленные на дальнейшее развитие лицензирования. Кроме того, уделяется большее внимание этическому кодексу медсестринского обслуживания. Что касается лицензирования, то оно важно для поддержки и обеспечения надлежащего уровня качества.
- *медсестринские ассоциации*: медсестринские ассоциации следует развивать, стимулировать и поощрять как ключевые факторы преобразований и содействия реформированию сестринского дела в каждой из стран.
- *влияние на условия практики в реформируемых службах здравоохранения*: необходимо всемерно содействовать назначению главных медсестер минздрава для руководства медсестринским персоналом в ходе реформ. Существенную роль при этом будет играть установление и поддержание сетевых связей и контактов с медсестринскими ассоциациями и объединениями, так как они могут выступить в роли факторов и “агентов” изменений и преобразований. Кроме того, рекомендуется поддержание Конвенции МОТ по сестринскому делу и условиям практики. Необходимо широкое ознакомление с принципами независимой, самостоятельной практики для содействия самостоятельности в своем поведении и независимости профессиональных медсестер.

Приложение 1

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные советники/консультанты

Г-жа Norah Casey, Chief Editor, Nursing Standart, RCN Publishing Company, Nursing Standard House

Д-р Татьяна Чернышенко, заместитель директора, координация, образование и руководство медсестринским образованием, Министерство здравоохранения, Киев, Украина

Г-жа Салмат М. Гусейнова, Министерство здравоохранения, Азербайджан

Г-жа Д.Т. Искандарян, главная медсестра, Министерство здравоохранения Армении

Г-жа Anne Jarvie, Chief Nursing Officer, Scottish Home and Health Department, St Andrew's House, Rm 125, Regent Road, Edinburgh, EH1 3DE

Г-жа Валентина Кондратович, заместитель директора, методический центр среднего медицинского образования, Минск, Беларусь

Г-жа Velka Lukic, President, Macedonian Association of Nurses, Technicians and Midwivws, Clinic for Nervous Mental Diseases, Faculty of Medicine, Skopje, The Former Yugoslav Republic of Macedonia

Г-жа Лия Мамаладзе, главная медсестра, Министерство здравоохранения, Тбилиси, Грузия

Г-жа Anna Maslin, Nursing Officer, Department of Health: London; United Kingdom

Г-жа Камала Новрузова, главная медсестра, Министерство здравоохранения, Баку, Азербайджан

Г-жа Рахима Орифова, главная медсестра, Министерство здравоохранения, Душанбе, Таджикистан

Профессор Г.М. Перфильева (*Составитель отчета*), руководитель сотрудничающего центра ВОЗ по сестринскому делу и акушерству, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Факультет сестринского дела, Москва, Российская Федерация

Г-жа Жумабике Ромашова, главная медсестра минздрава, с/о Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алма-Аты, Казахстан

Г-жа Тамара Сактанова, главная медсестра и президент ассоциации медсестер Кыргызстана, Министерство здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

Г-жа Рихсиниса Салихаджаева (*Заместитель председателя*), главная медсестра, Министерство здравоохранения, Ташкент, Узбекистан

Г-жа Barbara Schwochert, Head, WHO collaborating centre for nursing, DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (German Nurses' Association), Eschborn, Germany

Г-жа Majda Slajmer-Japeli, international manager, WHO collaborating centre for primary health care, Health centre of Maribor, Maribor, Slovenia

Г-жа Елена Стемповская, главная медсестра, Министерство здравоохранения, Кишинев, Республика Молдова

Г-жа Гурсунхан Умарова, директор, Республиканский колледж по сестринскому делу имени Ахунбабаева, Ташкент, Узбекистан

Наблюдатели

Г-жа Мажида Гафурова, главная медсестра, Научно-исследовательский институт акушерства, Ташкент, Узбекистан

Г-жа Хусния Махмудова, главная медсестра физиотерапевтической клиники, Ташкент, Узбекистан

Г-жа Табарова, медсестра, Первая городская больница, Ташкент, Узбекистан

Г-жа Такухон Тургунбаева, главная медсестра, Первая клиника Ташкентского медицинского института, Ташкент, Узбекистан

Всемирная организация здравоохранения

Г-жа Aínná Fawcett-Henesy (*Председатель*), региональный советник, сестринское дело и акушерство

Г-жа Sheila Grimes Schmidt, помощник по программе, сестринское дело и акушерство

Приложение 2

ПРОГРАММА РАБОТЫ

Среда, 1 октября	
08.00–09.00	Регистрация участников
09.00	Церемония открытия <ul style="list-style-type: none"> • министр здравоохранения Узбекистана • Рихсиниса Салихаджаева, главная медсестра министерства здравоохранения Узбекистана • <i>Anna Fawcett-Henesy, ЕРБ ВОЗ</i>
09.30	Организационное (вступительное) заседание <i>(Anna Fawcett-Henesy, ЕРБ ВОЗ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • предыстория вопроса и цели совещания • утверждение повестки дня и программы работы • объявление Председателя, Заместителя председателя и Составителя отчета
10.00	Общий обзор реформ здравоохранения в Европе и результатов Европейской конференции ВОЗ по реформам в области здравоохранения <i>(Anna Fawcett-Henesy, ЕРБ/ВОЗ)</i>
11.30	Последствия реформ здравоохранения для сестринского дела (затем обсуждение) <ul style="list-style-type: none"> • выступление представителя Грузии (<i>Лия Мамаладзе, главная медсестра министерства здравоохранения Грузии</i>) • выступление представителя Кыргызстана (<i>Тамара Сактанова, главная медсестра министерства здравоохранения Кыргызстана</i>)
14.00	Введение к работе группы: доклады по странам
14.15–17.00	Работа группы: доклады по странам
Четверг, 2 октября	
08.30	Пленарное заседание – результаты работы первого дня <i>(Докладчики: Anna Maslin, Соединенное Королевство; Галина Перфильева, Российская Федерация)</i>
09.30	Введение к работе параллельных семинаров <i>(Anna Fawcett-Henesy, ЕРБ/ВОЗ)</i>

09.45	<p>Семинары:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка к будущему – акцент на первичную медико-санитарную помощь и сестринское дело на коммунально-общинном уровне (ведущая: <i>Majda Slajmer-Japelj, Словения</i>) 2. Качество помощи (ведущая: <i>Ainna Fawcett-Henesy, ЕРБ ВОЗ</i>) 3. Формулирование целей сестринского дела – семинар для привития навыков подготовки доклада/отчета (ведущая: <i>Norah Casey, Соединенное Королевство</i>) 4. Организация – акцент на повышение потенциала профессиональных организаций медсестер (ведущая: <i>Barbara Schochert, Германия</i>)
11.30	Пленарное заседание: отчеты докладчиков семинаров
14.00–16.30	<ul style="list-style-type: none"> • “Объединение составных частей” (выступление и последующая дискуссия) • Выступление на тему “Вклад сестринского дела в реформы здравоохранения в новых независимых государствах” (Председатель)
Пятница, 3 октября	
09.00	<p>СЕМИНАР (В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ ДНЯ)*</p> <p>Увязывание теории с практикой – акцент на содержании проекта ЛИМОН (Учебные материалы по сестринскому делу) (ведущая: <i>Majda Slajmer-Japelj, Словения</i>)</p> <p>* Дальнейшие детали программы</p>
12.00	Заккрытие совещания

Приложение 3

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ (ведущая: Majda Slajmer-Japeli)

РЕЗЮМЕ

Данное заседание было проведено с целью:

1. Рассмотрения положения с учебными материалами по сестринскому делу (проект ЛИМОН) и с материалами в странах-участницах;
2. Обсуждения возможностей развития системы медсестринского обслуживания в рамках первичной медико-санитарной помощи;
3. Проведения устной оценки.

Проект ЛИМОН

В большинстве представленных на мероприятии стран все еще пользуются русским переводом пакета материалов по проекту ЛИМОН. Перевод был адаптирован с учетом специфики Узбекистана и послужит основой для новых учебных планов и программ. Поскольку главные медсестры минздравов или их представители в большинстве стран не были информированы о материалах по проекту ЛИМОН, у них не было возможности поддержать эту деятельность. После этого были представлены материалы и была достигнута договоренность об обеспечении поддержки и участия главных медсестер минздравов.

Сестринские службы в системе ПМСП

Важнейший результат данной сессии заключался в согласии участников с тем, что всегда имеется возможность для улучшения медсестринского обслуживания в странах. По мнению участников, для первичной медико-санитарной помощи не требуется слишком дорогое оборудование для обеспечения хорошего лечения и ухода. Главное – это профессиональные знания, ориентация на здоровье и его охрану и интегрированная профилактика с учетом конкретных потребностей местного населения.

Для стимулирования обсуждения были поставлены нижеследующие вопросы:

- а) работают ли в вашей местности профессиональные работники здравоохранения (например, медсестры, фельдшера)?
- б) есть ли у вас избыток медсестер в условиях новой организации стационаров/больниц?
- в) какой вид служб здравоохранения на коммунально-общинном уровне представляется вам необходимым, предпочтительным (например, медсестринское обслуживание на уровне семей или др.)?

- г) есть ли у вас какая-либо форма обслуживания больных на дому? Что необходимо сделать или что вызывает острые проблемы (например, в связи с ежедневными контактами между различными членами групп медработников; непрофессиональной поддержкой при оказании помощи на дому)?
- д) если бы вы приступали к организации службы сестринского ухода на коммунально-общинном уровне/на уровне семьи, то можно ли бы было обучить фельдшеров выполнять эти задачи и функции? Какое дополнительное обучение потребовалось бы для них?
- е) продолжается ли деятельность по подготовке и обучению фельдшеров в вашей стране? Если да, то могли ли бы вы представить учебную программу для подготовки/обучения фельдшеров?

Участники предпочли взять эти вопросы с собой в страны и направить ответы в письменном виде в отделение сестринского дела и акушерства ЕРБ ВОЗ. Из обсуждений явствовало, что медсестры и фельдшера, по-видимому, уже работают с местным населением (в местных общинах). Во всех представленных странах есть учреждения и кадры, в которых могла бы проводиться профессиональная переориентация и мотивация работников ПМСП. По-видимому, избытка медсестринских кадров пока нет, так как реформа больничной службы пока еще осуществлена не полностью. В большинстве стран испытывается нехватка специалистов по вопросам охраны здоровья семьи, включая уход на дому и социальные службы. Отсутствует бригадно-групповой подход в медицинских службах коммунально-общинного уровня и в программах по медико-санитарной подготовке и обучению.

Оценка

Участники выразили свое удовлетворение возможностью сравнивать процессы, происходящие в сестринском деле в различных представленных на совещании странах. Они полагали, что состязательность, конкуренция в положительном смысле между странами предоставила бы им большие возможности для достижения целей.

Были сделаны нижеследующие выводы:

1. Отделению ЕРБ ВОЗ по сестринскому делу и акушерству следовало бы приложить усилия к тому, чтобы повлиять на министерства здравоохранения таким образом, чтобы была введена должность главной медицинской сестры минздрава. Кроме того, отделению следовало бы предоставить в распоряжение министерств описание служебных задач и функций главной медицинской сестры.
2. Необходимо пересмотреть потребности в рамках сестринского дела в том, что касается расширения ориентации на ПМСП в учебных планах и программах (в соответствии с принципами, принятыми в других странах Европейского региона, и с особым учетом конкретных здравоохраненческих потребностей отдельных стран)
3. Отделению ЕРБ ВОЗ по сестринскому делу и акушерству следует разработать новые руководства по вопросам сестринского образования и обучения и предоставить их в распоряжение главных медсестер минздравов для усовершенствования и повышения уровня сестринского образования и обучения в странах.
4. Было бы весьма целесообразно предоставить главным медсестрам минздравов из стран с аналогичными исходными условиями и процессами в области здравоохранения и сестринского дела возможность встречаться на совещаниях, так как это позволяет им учиться друг у друга и разрабатывать совместно планы на будущее.

Приложение 4

ЗАНЯТИЕ ПО НАВЫКАМ СОСТАВЛЕНИЯ ДОКЛАДОВ/ОТЧЕТОВ
(ведущая: Norah Casey)

РЕЗЮМЕ

В соответствии с запросом сети главных медсестер минздравов ННГ было организовано специальное занятие (сессия) в ходе совещания, с тем чтобы помочь им усовершенствовать свои коммуникационные навыки и, в частности, навыки письма и составления отчетов и материалов, касающихся их ключевой роли как лидеров сестринского дела в своих странах.

Работа группы была сосредоточена на разработке и привитии нижеследующих умений и навыков:

- редактирование и осмысление основной сути информации
- внешнее оформление и обеспечение ясности и четкости докладов и отчетов, с тем чтобы сделать их более привлекательными
- творческое и точное лаконичное изложение (написание).

По методике интерактивного взаимодействия (подхода взаимодействия) участникам было предложено поупражняться в точности и лаконичности устного и письменного общения, надлежащей грамматике и пунктуации, с краткими рекомендациями о том, как следует начинать действовать. Одна из основных целей занятия была привитие уверенности в собственных силах и возможностях применительно к письменному изложению и составлению материалов. Отдельные упражнения включали составление сводного доклада/отчета из 500 слов, чтобы привить навыки подсчета слов, расположения материала, структуры и оглавления "в порядке соподчиненности". Дополнительно к материалам по публичным выступлениям или работе со средствами массовой информации была роздана вспомогательная документация.

И, наконец, участницам было предложено заполнить форму с изложением своих биографических и иных данных (*curriculum vitae*) как часть процесса обучения.

Несмотря на трудности, обусловленные языковыми различиями, главные медсестры минздравов ННГ сочли занятия важными, полезными для выполнения ими своих функций и требовавшими большой отдачи и мобилизации с их стороны.

Приложение 5

ЛЮБЛЯНСКАЯ ХАРТИЯ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 19 ИЮНЯ 1996 Г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. При подготовке данной Хартии преследовалась цель сформулировать комплекс принципов, которые либо уже являются неотъемлемым элементом нынешних систем здравоохранения, либо способны улучшить медицинское обслуживание во всех государствах-членах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения. Эти принципы основаны на опыте стран, осуществляющих реформы здравоохранения, а также на европейских задачах достижения здоровья для всех и прежде всего на задачах, относящихся к системам здравоохранения.
2. В основу Хартии положен принцип, в соответствии с которым первой и важнейшей задачей здравоохранения является улучшение здоровья и качества жизни населения, а реформы здравоохранения рассматриваются в ней с учетом конкретных особенностей Европейского региона.
3. Улучшение состояния здоровья населения – это показатель развития общества. Хотя службы здравоохранения и имеют большое значение, они, однако, не являются единственным сектором, оказывающим влияние на благополучие людей; другие секторы также имеют большое влияние на здоровье населения и должны нести за него соответствующую ответственность. Именно поэтому межсекторальный (межведомственный) подход должен быть одной из важнейших характеристик реформы здравоохранения.
4. *Осознавая все вышеуказанное, мы, министры здравоохранения или их представители из европейских государств-членов ВОЗ (участники Люблянской конференции), настоящим обязуемся содействовать развитию и соблюдению нижеследующих принципов и призываем всех граждан и настоятельно побуждаем все правительства, учреждения и общины вместе с нами приложить усилия для выполнения этой задачи. Мы также предлагаем Европейскому региональному бюро ВОЗ предпринять действия, необходимые для того, чтобы государства-члены могли реализовать эти принципы¹.*

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ

5. В условиях Европейского региона системы здравоохранения должны быть:
 - 5.1 Основаны на этических ценностях

¹ Этот документ не имеет юридической силы.

Реформы здравоохранения должны основываться на таких принципах, как поддержание достоинства человека, справедливость, солидарность и профессиональная этика.

5.2 Нацелены на улучшение здоровья

При проведении любой крупной реформы здравоохранения следует поставить четкие цели оздоровления населения. Охрана и укрепление здоровья должны быть одним из основных приоритетов всего общества.

5.3 Направлены на удовлетворение нужд населения

При проведении реформы здравоохранения следует стремиться к удовлетворению потребностей граждан, учитывая при этом – в рамках демократического процесса – их ожидания относительно уровня здоровья и медицинской помощи. Реформы должны обеспечить, чтобы мнение (голос) и выбор граждан имели решающее влияние на то, как организованы и функционируют службы здравоохранения. Граждане также должны взять на себя долю ответственности за свое здоровье.

5.4 Нацелены на улучшение качества

Любая реформа здравоохранения должна иметь в качестве своей цели (а также включать четко разработанную стратегию достижения этой цели) непрерывное улучшение качества медицинской помощи, а также повышение ее эффективности.

5.5 Основаны на надежной системе финансирования

Системы здравоохранения должны получать достаточное финансирование, позволяющее на устойчивой основе обеспечивать медицинским обслуживанием всех граждан, что предполагает всеобщий охват населения и равный доступ всех людей к необходимой помощи. Это, в свою очередь, требует рационального и эффективного использования ресурсов здравоохранения. Для обеспечения принципа социальной солидарности правительствам следует играть ключевую роль в регулировании системы финансирования служб здравоохранения.

5.6 Ориентированы на первичную медико-санитарную помощь

В результате проведения реформ, основанных на концепции главенства первичной медико-санитарной помощи, службы здравоохранения на всех уровнях должны быть в состоянии выполнять свои функции по охране и укреплению здоровья, улучшению качества жизни, профилактике и лечению болезней, реабилитации больных и оказанию медико-санитарной помощи людям, испытывающим страдания, и безнадежным больным. Реформы должны усилить механизмы совместного принятия решений пациентами и производителями медицинских услуг (медработниками/ЛПУ) и содействовать предоставлению всесторонней, непрерывной и последовательной медико-санитарной помощи с учетом культурных особенностей того или иного общества.

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

6. Следующие принципы являются ключевыми для эффективного управления процессом преобразований:
 - 6.1 **Разработка и развитие политики здравоохранения**
 - 6.1.1 Реформирование здравоохранения должно протекать как один из неотъемлемых компонентов общей политики достижения здоровья для всех, которая проводится с учетом конкретных социально-экономических условий каждой страны. Процесс выработки и развития этой политики должен быть основан на широком согласии как можно большего числа общественных сил и групп.
 - 6.1.2 Серьезные стратегические, управленческие и технические решения относительно развития системы здравоохранения должны быть основаны на документированных данных, когда они имеются. Реформы должны на постоянной основе подвергаться соответствующему мониторингу и оценке открытым для общественности образом.
 - 6.1.3 Правительствам следует выносить на общественное обсуждение вопросы, касающиеся ценностей различных аспектов здравоохранения, а также обеспечивать справедливое распределение ресурсов и доступ всего населения к службам здравоохранения. Правительствам следует также принять соответствующие законодательные и регулирующие меры. Во всех случаях, когда использование рыночных механизмов предоставления медицинских услуг является уместным, они должны способствовать развитию конкуренции в отношении таких аспектов, как обеспечение качества и рационального использования недостаточных ресурсов.
 - 6.2 **Уделение большего внимания мнению (голосу) и выбору граждан**
 - 6.2.1 Мнение и выбор граждан должны оказывать столь же значительное воздействие на развитие служб здравоохранения, как и решения, принимаемые на других уровнях принятия экономических, управленческих и профессиональных решений.
 - 6.2.2 Должен быть обеспечен надлежащий учет мнений граждан относительно таких вопросов, как содержание медицинской помощи, предоставление медицинских услуг на договорной основе, качество взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, регулирование очередей, рассмотрение жалоб и принятие по ним соответствующих мер.
 - 6.2.3 Реализация права выбора, а также других прав пациентов возможна лишь на основе проведения всеобъемлющей, правильной и своевременной информационной и просветительской работы, что, в свою очередь, указывает на то, что пациенты должны иметь доступ к проверенной общественными органами информации об эффективности работы служб здравоохранения.

6.3 Реорганизация системы оказания медицинской помощи

- 6.3.1 Необходимо обеспечить более тесную координацию усилий, предпринимаемых официальными службами здравоохранения, с одной стороны, и деятельности, проводимой на уровне самопомощи, медико-санитарной помощи внутри семьи и других видов неформальной помощи, а также работы ряда социальных институтов, с другой стороны. Для этой цели необходимо иметь как сеть постоянных контактов, так и соответствующие информационные системы и системы направления пациентов в другие звенья здравоохранения.
- 6.3.2 Имеется потребность в хорошо разработанных стратегиях, позволяющих сместить акцент с неотложной больничной помощи на первичную медико-санитарную помощь, в том числе на уровне общины, дневные стационары и оказание медицинской помощи на дому, там где это необходимо.
- 6.3.3 Региональные сети медицинских служб должны быть укреплены, если они являются более эффективными с точки зрения затрат, позволяют обеспечить более быстрое и адекватное реагирование в случае медицинских экстренных ситуаций и способствуют развитию сотрудничества между больницами и с первичными звеньями здравоохранения.
- 6.3.4 Для непрерывного повышения качества медицинской помощи необходимы информационные системы, основанные на использовании выбранных показателей качества, которые могут быть определены на основе данных о повседневной работе, а затем в обработанном виде направлены обратно конкретному врачу, медсестре или иному работнику здравоохранения.

6.4 Изменение характера использования людских ресурсов

- 6.4.1 В рамках служб здравоохранения большее внимание необходимо уделять вопросам определения и развития категорий профессиональных работников здравоохранения, которые могут войти в состав многопрофильных бригад будущих систем здравоохранения.
- 6.4.2 Имеется необходимость в более широком подходе к базовой подготовке, специализации и непрерывному обучению работников здравоохранения, которые не должны ограничиваться вопросами традиционной лечебной помощи. В программу подготовки должны обязательно входить такие темы, как обеспечение качества медицинской помощи, профилактика болезней и укрепление здоровья.
- 6.4.3 Следует внедрить надлежащие стимулы, которые будут поощрять работников здравоохранения более внимательно относиться к таким вопросам как качество, стоимость и конечные результаты медицинской помощи. Профессиональные организации медицинских работников и финансирующие организации должны тесно сотрудничать с органами здравоохранения, чтобы способствовать достижению этой цели.

6.5 Совершенствование механизмов управления

6.5.1 Для достижения желаемого уровня здоровья населения в рамках системы общественного здравоохранения необходимо разработать комплекс соответствующих административно-управленческих механизмов и инфраструктур.

6.5.2 Отдельные учреждения здравоохранения должны иметь максимально возможную самостоятельность в управлении своими ресурсами при условии соблюдения принципов, обеспечивающих функционирование справедливой и эффективной системы оказания медицинской помощи.

6.5.3 Необходимо всемерно содействовать развитию управленческого звена, поощряя способности отдельных лиц возглавлять работу, проводить переговоры и поддерживать контакты, а также создавая соответствующие структуры, позволяющие оказывать населению медицинскую помощь более эффективным и рациональным образом.

6.6 Обучение на основе опыта

6.6.1 Необходимо поощрять обмен опытом проведения реформ здравоохранения и поддержания реформаторских инициатив на национальном и межгосударственном уровнях.

6.6.2 Деятельность в этом направлении должна быть основана на достоверных данных и знаниях о реформах здравоохранения и проводиться с должным учетом особенностей оказания медицинской помощи в странах с различными культурными, национальными и социально-экономическими условиями.

Приложение 6

СЕССИЯ ПО АССОЦИАЦИЯМ МЕДСЕСТЕР СТРАН
(ведущая: Barbara Schwochert)

РЕЗЮМЕ

Наибольшими властными полномочиями и правомочиями располагает главная медсестра минздрава страны, опирающаяся на поддержку и содействие со стороны ассоциации медсестер своей страны. И наоборот, главная медицинская сестра минздрава является своего рода связующим звеном между сестринской профессией и лицами, разрабатывающими и принимающими основополагающие решения. Такое сочетание является взаимовыгодным для медсестер в масштабах всей страны.

Данная сессия по национальным сестринским ассоциациям проводилась с учетом возникновения множества новых медсестринских ассоциаций в новых независимых государствах. Она была направлена на повышение потенциальных возможностей профессиональных ассоциаций медицинских сестер. Внимание участников было обращено еще раз на основное назначение национальной сестринской ассоциации, а именно: повышение статуса и самоуважения медицинских сестер и улучшение услуг и ухода, предоставляемых лицами этой профессии. К числу областей, в которых такая ассоциация может оказывать свое влияние на сестринское дело, относятся:

- активное привлечение и участие, в сотрудничестве с образовательными и просветительными учреждениями, в развитии системы профессионального обучения и подготовки на додипломном и последипломном уровнях, а также по вопросам содействия повышению уровней и стандартов образования;
- обеспечение того, чтобы изменения в профессии основывались на данных результатов исследований и были эффективными; ассоциация должна стремиться к достижению этой цели в тесном взаимодействии с существующими научно-исследовательскими учреждениями и институтами по сестринскому делу; в случае отсутствия такого института или учреждения ассоциация может взять на себя решение этой задачи, и если она не относится формально, официально к сфере компетенции главной медицинской сестры минздрава страны;
- распространение среди членов информации с целью повышения качества практической работы и обучения, включая соответствующие самым последним требованиям исследования в данной области; это может быть сделано с помощью профессионального журнала наряду с сотрудничеством и с привлечением средств массовой информации;
- разработка кодекса этики для профессиональных медсестер в стране; в Германии, например, национальная медсестринская ассоциация пошла дальше и создала многопрофильную (многопрофессиональную) комиссию по этике, включающую юриста, богослова и врача, а также других специалистов здравоохранения;
- дача рекомендаций по сестринскому делу предпринимателям, желающим создать агентства по сестринскому делу (еще один пример деятельности медсестринской ассоциации Германии. N.B.: услуги этих агентств доступны для всего населения, и

компенсация сестринских услуг осуществляется через системы медицинского страхования);

- улучшение условий труда медсестер (например, укомплектование персоналом, зарплата и жалование).

В ходе групповой работы участникам сессии/занятия было предложено ответить на следующие вопросы:

1. Какие шаги необходимо предпринять для учреждения национальной сестринской ассоциации, и какие виды услуг может предложить та или иная ассоциация?
2. Каковы цели и круг обязанностей ассоциации?
3. Каким образом ассоциация привлекает своих членов?
4. Кто входит в состав членов ассоциации?
5. С какими организациями/группами должна сотрудничать ассоциация?
6. Каковы основные профессиональные потребности медсестер и сестринского дела вообще в вашей стране?
7. В чем должна заключаться роль главной медсестры минздрава в отношении ассоциации?

Ответы участников на эти вопросы подытожены ниже по категориям для удобства ознакомления.

Вопрос 1: Какие шаги необходимо предпринять для учреждения национальной сестринской ассоциации, и какие виды услуг может предложить та или иная ассоциация?

- Главной медсестре минздрава надлежит сформировать группу/команду профессиональных работников, преследующих/разделяющих те же цели.
- Начать с местных групп и региональных групп по интересам либо групп для руководства, которые позднее могут войти в состав ассоциации страны (этот процесс может идти в обратном направлении для обеспечения создания ассоциаций на местном уровне).
- Обращение за консультациями и рекомендациями к юристам.
- Обращение за советами и рекомендациями к международному совету медсестер.

Вопрос 2: Каковы цели и круг обязанностей ассоциации?

Ассоциации надлежит:

- представлять интересы медсестер
- действовать в качестве группы политического давления
- улучшать условия труда
- повышать уровень профессиональной подготовки и образования
- улучшать стандарты и нормативы практики
- совершенствовать практику сестринского дела

- разрабатывать и развивать законодательство по сестринской практике и образованию
- проводить исследования по сестринскому делу
- совершенствовать умения и навыки медсестер
- обеспечивать качество ухода и помощи
- разрабатывать краткосрочную стратегию.

Вопрос 3: Каким образом ассоциация привлекает своих членов?

Медсестринские службы должны предусматривать предоставление:

- возможностей для профессионального образования и обучения
- консультирования по правовым вопросам
- рекомендаций в связи с потерей работы или в связи с проблемами, связанными с занятостью
- профессиональных программ посещений и обмена как внутри страны, так и на международном уровне.

Вопрос 4: Кто входит в состав членов ассоциации?

- юрисконсульт (консультант по правовым вопросам) в каждой стране
- обычными членами должны быть медсестры и акушерки
- дополнительными членами могли бы быть другие категории работников здравоохранения.

Вопрос 5: С какими организациями/группами должна сотрудничать ассоциация?

- профсоюзами
- медицинскими ассоциациями
- объединениями других профессиональных работников здравоохранения
- международными организациями
- Европейским форумом национальных ассоциацией по сестринскому делу и акушерству и ВОЗ.

Вопрос 6: Каковы основные профессиональные потребности медсестер и сестринского дела вообще в вашей стране?

- профессиональная квалификация
- новые знания, касающиеся профессиональных умений и навыков
- этические аспекты сестринского дела.

Вопрос 7: В чем должна заключаться роль главной медсестры минздрава в отношении ассоциации?

- главная медсестра минздрава должна сотрудничать с руководителями ассоциации с целью совершенствования сестринской практики.

- главная медсестра минздрава должна владеть информацией и обсуждать с ассоциацией предложения по разработке политики и стратегии развития сестринского дела.

Следует отметить явное подтверждение и свидетельство того, что медицинские сестры в ННГ начали организовываться в медсестринские ассоциации. Им потребуются советы и рекомендации по вопросам лидерства и руководства со стороны таких организаций, как Международный совет медсестер, с тем чтобы повысить свои потенциальные возможности и направить свою энергию в правильное русло. ВОЗ надлежит и впредь поддерживать деятельность в интересах как сети главных медсестер минздравов, так и национальных медсестринских ассоциаций.