



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

**Улучшать здоровье, повышать качество жизни:  
дети и подростки с ограниченными  
интеллектуальными возможностями и их семьи**

**Бухарест, Румыния, 26–27 ноября 2010 г.**

EUR/51298/17/PP/8

5 октября 2010 г.

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Наращивать кадровый потенциал и  
укреплять профессиональную  
приверженность**

В Европейской декларации "Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей" изложены десять приоритетных направлений деятельности для обеспечения здоровой и полноценной жизни для таких детей и их семей.

Цель данного документа – представить соответствующие исходные сведения и предложить ряд практических шагов по реализации приоритета № 8: "Наращивать кадровый потенциал и укреплять профессиональную приверженность".

*"Благополучие детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями в значительной степени зависит от знаний, навыков, отношения и приверженности персонала, работающего на всех уровнях и во всех секторах".*

**Секретариат Конференции**

## **Выражение признательности**

Мы с благодарностью отмечаем ценную помощь в подготовке данного документа, оказанную Jane Anthony, а также вклад, внесенный следующими специалистами (перечислены в алфавитном порядке): Geert Van Hove, Jane McCarthy, Georgette Mulheir.

### **© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеются место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## **Формулировка приоритета**

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (WHO, 2000) определены четыре ключевые функции систем здравоохранения. Одной из этих важнейших функций является "формирование кадровых и физических ресурсов, необходимых для предоставления услуг". Также в этом докладе дано определение "кадровым ресурсам здравоохранения" (КРЗ) как совокупности людей, занимающихся охраной, защитой и улучшением здоровья населения. Справедливое обеспечение услугами здравоохранения является одним из основных прав человека; эти услуги должны быть доступными и инклюзивными для всех без исключения. Следовательно, работники здравоохранения должны уметь реагировать как на общие для всех, так и на особые нужды детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями. Для этого всем работникам здравоохранения потребуются навыки, знания, средства и мотивация.

## **Анализ ситуации и основные задачи**

При формировании и поддержании в рабочем состоянии качественных кадровых ресурсов, преданных интересам всех детей, включая детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, приходится сталкиваться с множеством проблем. Так сложилось, что реформы сектора здравоохранения часто не принимают во внимание важнейший ресурс - рабочую силу (Martineau and Buchan, 2000). Европейские страны, которые уже провели реформу, отмечали, что качество услуг, предоставляемых в новых службах, организованных на базе местных сообществ, отчасти зависит от широкомасштабных совместных усилий по найму, перераспределению и подготовке кадровых ресурсов (Mulheir and Browne, 2007). Удовлетворенность работой является одним из главных условий поддержания высокого качества кадровых ресурсов, и усилия по повышению мотивации имеют исключительное значение.

## **Ценности и подготовка**

Первостепенное внимание при разработке любой программы по подготовке персонала необходимо уделять вопросам соблюдения и укрепления прав детей с ограниченными возможностями и их семей. Эти права подтверждены в Европейской декларации "Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей" и закреплены многочисленными европейскими и международными конвенциями, в том числе Конвенцией о правах инвалидов (United Nations, 2006), Конвенцией о правах ребенка (UNODK, 1990), Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов (United Nations, 1993) и Международным биллем о правах человека, который включает Всеобщую декларацию прав человека, два пакта (о гражданских и политических правах и экономических, социальных и культурных правах) и два факультативных протокола. Основным предметом рассмотрения - право каждого человека на активное и полноценное участие в жизни сообщества, свободное от насмешек, дискриминации и предрассудков, при обеспечении тех же возможностей, которыми обладает любой другой член общества (European Association of Intellectual Disability Medicine, 2003).

Необходимо, чтобы этот важнейший принцип лежал в основе всех учебных модулей по подготовке персонала, и его нужно активно пропагандировать. Он должен проходить красной нитью через все компоненты любой программы обучения. Труднее всего – превратить всеобщую веру в права человека во всеобщую приверженность их соблюдению. Это требует не просто формального упоминания конкретного права человека во всех программах обучения и подготовки, а достижения результатов, которые можно измерить, и наличия прав, которые можно наглядно продемонстрировать, не ограничиваясь заявлениями о правах человека в принципе. Michael (2008) установил, что недостаточная подготовка по вопросам, связанным с интеллектуальными нарушениями, приводит к негативному отношению к людям с ограниченными интеллектуальными возможностями и неспособности уважать их достоинство; это, в конечном счете, отрицательно сказывается на качестве предоставляемой им медицинской помощи.

Практические права - это права, которыми в действительности обладают и пользуются группы людей и отдельные индивидуумы независимо от формальной приверженности, заявленной правительством (UNDP, 2006 г.).

## **Мотивация персонала**

Основываясь на фактических данных и полагаясь на интуицию, можно сделать заключение о том, что улучшение условий труда ведет к повышению мотивации персонала и улучшению результатов его деятельности (Rechel et al., 2006 г.). Стратегии мотивации могут отличаться в зависимости от обязанностей работников и условий их работы, но необходимо ценить всех работников, предоставлять им условия и ресурсы для выполнения своих профессиональных обязанностей и возможности для карьерного роста. Хотя оплата труда является только одним из факторов, влияющим на выполнение персоналом своих обязанностей, заработная плата, которая воспринимается как справедливая и по заслугам оценивающая их профессиональную роль и навыки, с большой долей вероятности повысит мотивацию и приверженность работников.

Сложности, связанные с мотивацией и наймом высококвалифицированного персонала, могут усугубляться в начале любого процесса реформирования социальных служб и служб здравоохранения. Персонал должен понимать суть запланированных реформ и то, как они его коснутся; это особенно важно в ситуациях, когда профессиональная роль персонала, скорее всего, изменится, например при деинституционализации. Определенного сопротивления можно ожидать при внедрении любой новой стратегии, но если доверять персоналу, предоставляя ему правдивую информацию о происходящем и о том, чего следует ожидать, можно в значительной степени снизить уровень опасений или сопротивления, вызываемых реформой (см. ниже пример Албании). Mulheir and Browne (2007) рекомендовали, как свести к минимуму естественное сопротивление персонала происходящим изменениям и дать им возможность стать "проводниками" перемен (дополнительная информация представлена ниже, в разделе "Ресурсы"). Авторы обращают наше внимание на следующее:

Естественная для всех людей боязнь перемен обостряется для персонала страхом перед безработицей и, следовательно, возможным социальным ущербом для них самих и их семей. Это особенно касается сельских районов,

где специализированное стационарное учреждение может являться одним из основных работодателей в поселке и окружающей его местности... Это одна из причин, почему необходимо приложить максимум усилий для перевода как можно большего числа работников в новые службы. Однако обеспокоенность судьбой работников не должна играть определяющую роль при принятии решений о структуре кадров и географическом положении новых служб. При планировании служб важно не забывать, что первостепенное значение имеют потребности детей, а потребности работников, хотя и важны, но все же вторичны.

Необходимо регулярно собирать и изучать статистические данные по кадровым ресурсам, включая их потенциал и результаты деятельности (Global Health Workforce Alliance, 2008). Возможности карьерного роста, заработную плату и занимаемую должность следует четко увязать с результатами работы. Важно иметь возможность применять дисциплинарные меры, если персонал не выполняет свои обязанности надлежащим образом. Во многих случаях это может потребовать деполитизации кадровой политики. Это означает, отсутствие политического влияния или контроля при назначении, увольнении или исполнении своих обязанностей на любом должностном уровне (см. второй пример из Румынии далее). Политика, позволяющая работникам сообщать о нарушениях, дает персоналу возможность привлечь внимание к неправильным или наносящим ущерб методам.

### **Мультидисциплинарные бригады**

Для обеспечения качества работы систем здравоохранения необходима взаимосвязь между многочисленными профессиональными группами (Rechel et al., 2006). Это включает определение специфических ролей и текущих потребностей в обучении и подготовке для педиатров, врачей общей практики, медсестер, среднего медицинского персонала, работающего на базе местных сообществ, школьных медицинских работников, стоматологов, учителей и вспомогательного школьного персонала, физиотерапевтов, оккупационных терапевтов, логопедов-дефектологов, а также детских и подростковых психиатров. Особенно важно обеспечить непрерывное обучение персонала. В него должно входить базовое образование, повышение квалификации на рабочем месте и повышение квалификации и образовательного уровня на протяжении всей жизни. Разработка систематизированных и координированных программ обучения представляет собой один из необходимых шагов по обеспечению надлежащей подготовки персонала.

Для предоставления качественной медицинской помощи детям с ограниченными интеллектуальными возможностями обязательным условием является наличие мультидисциплинарных бригад и систем обмена информацией. Необходимо поддерживать усилия семей, направленных на обеспечение своих детей услугами, предоставляемыми службами, относящимся к различным секторам, а работники здравоохранения должны иметь возможность связаться со службами, где ребенок наблюдался ранее, и иметь доступ к истории болезни каждого ребенка (см. ниже первый пример из Румынии).

## Учебные программы

Проведенное в Соединенном Королевстве независимое исследование, посвященное изучению доступности медицинской помощи для людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, показало, что медицинские работники общего профиля не могут обеспечить надлежащую помощь лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями. Они не обладают достаточными знаниями ни о том, как оказывать помощь этой группе пациентов в целом, ни о частых осложнениях состояния здоровья, которые у них наблюдаются (Michael, 2008). В свою очередь, респонденты, участвующие в обследовании, проведенном ВОЗ, сообщили, что в их странах учебные планы подготовки среднего медперсонала и врачей включали лишь незначительное количество модулей по оказанию помощи лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями (WHO, 2009)

При разработке учебных программ важно сначала определить, что, по вашему мнению, должен знать и уметь медицинский персонал. Скорее всего, это будет достаточно универсальный набор основных принципов и навыков, которые необходимы всем работникам. Но при этом необходимо обеспечить соответствие содержания программ культурному контексту и включить дополнительные, специфические для каждой специальности компоненты. Понятно, что навыки, которыми должна обладать медсестра, учитель или психиатр будут в значительной степени различаться, но обеспечение согласованности основных программ позволит улучшить сотрудничество и координацию работы в мультидисциплинарных бригадах. Основная программа обучения, скорее всего, будет охватывать следующие компоненты, но, безусловно, не ограничится ими:

- позитивное отношение: убежденность в том, что фундаментальные права человека распространяются на всех детей и подростков, а также вера в то, что все дети способны к обучению и приобретению навыков, которые могут и будут приносить пользу обществу;
- понимание того, что является "ограниченными интеллектуальными возможностями" (ОИ), а также, что ими не является;
- в зависимости от профессиональной роли, приобретение базовых знаний о развитии ребенка, об основных этапах его развития (истораживающих признаках нарушений), а также о методиках скрининга и экспертизы;
- коммуникативные стратегии для общения с детьми с ОИ;
- стратегии по расширению прав и полномочий детей с ОИ и их семей для привлечения их к участию в принятии решений;
- понимание проблем поведения детей с ОИ и умение справляться с ними;
- умение предоставить практическую, просветительскую и эмоциональную поддержку семьям;
- знание медицинских осложнений, риск развития которых выше у людей с ОИ.

Кроме основных вышеперечисленных вопросов необходимо акцентировать внимание на важности проведения вмешательств на ранних стадиях и предоставлять навыки и инструменты, необходимые для оказания поддержки

ребенку при его переходе к взрослой жизни, как в сфере образования, так и в профессиональной деятельности. В любой программе обучения и подготовки, как до начала, так и во время трудовой деятельности, следует учитывать принцип интеграции вопросов связанных с инвалидностью. Это значит, что специфические потребности и права людей с ограниченными интеллектуальными возможностями должны обсуждаться и учитываться во всех модулях для обучения уже имеющихся и будущих кадровых ресурсов здравоохранения. Понятно, что одним работникам здравоохранения потребуется больше специальных знаний, чем другим, поэтому отдельный обучающий модуль, посвященный конкретно потребностям людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, сам по себе недостаточен. Более того, Michael (2008) рекомендует, чтобы люди с ограниченными интеллектуальными возможностями и члены их семей участвовали в разработке и проведении любых программ обучения (см. также Thacker et al., 2007, Owen et al., 2004).

В рамках проекта Pomona (Pomona Project, 2008) в 14 европейских странах проведен обзор существующих программ обучения и подготовки работников здравоохранения, посвященных здоровью и потребностям в отношении здоровья людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. В результате выявлены значительные различия в содержании и объеме этих элементов учебных планов даже между программами подготовки различных специалистов внутри одной страны. Например в Соединенном Королевстве, на момент проведения обследования в программы обучения в ординатуре врачей общей практики, на которых, прежде всего, ложится ответственность за здоровье людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, не требовалось включать вопросы, связанные с интеллектуальными нарушениями. Пример успешной практики продемонстрирован в Словении, где обязательная программа интернатуры по педиатрии включает вопросы, связанные с оказанием помощи лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями (Pomona Project, 2008).

В Европейском манифесте по базовым стандартам оказания медицинской помощи лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями (European Association of Intellectual Disability Medicine, 2004) подчеркивается, что все работники здравоохранения, занимающиеся практической работой, должны обладать более широкими знаниями по вопросам интеллектуальных нарушений и часто возникающих при этом осложнений для здоровья; в манифесте также говорится о необходимости более четко определить роли и специализацию персонала и улучшить координацию и сотрудничество в рамках всего спектра общих и специализированных служб.

... необходимо уделять особое внимание лицам с комплексными и тяжелыми нарушениями, у которых часто наблюдаются другие медицинские проблемы, например, нарушения зрения и слуха, церебральный паралич, эпилепсия и проблемы, связанные с питанием. Иногда возникающие у них проблемы со здоровьем требуют привлечения специально обученных медсестер и совместной работы медицинских профессионалов, психотерапевтов и врачей...

В программах подготовки персонала необходимо уделять внимание тому, как распознавать проблемы со здоровьем, которые могут сопровождать интеллектуальные нарушения, и как реагировать на них. У лиц с ограниченными



интеллектуальными возможностями выше риск бедности и развития таких сопутствующих заболеваний, как нарушения зрения и слуха, церебральный паралич, эпилепсии, а также проблем, связанных с неполноценным питанием, приемом пищи и плохим состоянием полости рта (European Association of Intellectual Disability Medicine, 2004; MENCAP, 2004). У людей с ограниченными интеллектуальными возможностями состояние здоровья часто хуже, чем у других людей. Они находятся в ситуации, которая неблагоприятна вдвойне из-за того, что им часто труднее получить доступ к качественной медицинской помощи, даже когда их медицинские нужды не связаны с их ограниченными интеллектуальными возможностями (Michael, 2008). Обмен студентами и практикующими медицинскими работниками между службами, специализирующимися на интеллектуальных нарушениях, и службами общего профиля может быть одним из способов усовершенствования обучения наилучшим методам работы с детьми и подростками с ограниченными интеллектуальными возможностями в рамках сектора здравоохранения. Этого можно достичь, например, обеспечивая участникам обмена возможность изучения успешных примеров ранних вмешательств (Romona Project, 2008).

## **Пути решения поставленных задач и примеры успешной практики**

### **Албания: Привлечение персонала к проведению реформы. Повышение приверженности, ослабление сопротивления**

Крайне важно (и в интересах детей), чтобы персонал, затронутый реформой, не ставил ее под угрозу своим сопротивлением или неспособностью обеспечить стабильность предоставления медицинской помощи во время переходных периодов. Пример успешной практики продемонстрировала Албания, где в городе Дурресе правительство решило закрыть специализированное стационарное учреждение для детей младшего возраста, в котором проживало около 50 детей в возрасте от 0 до 5 лет. Примерно 30% детей в этом специализированном учреждении имели ограниченные интеллектуальные возможности, и до реформы эти дети были бы переведены из учреждения для детей младшего возраста в другое крупное стационарное учреждение для детей-инвалидов, где результаты в отношении здоровья и развития были очень плохими.

Понятно, что для замены учреждения для детей младшего возраста было необходимо организовать службы на базе семей и местных сообществ, и что это повлекло бы за собой частичное, но не полное перераспределение персонала этого специализированного учреждения. Многих работников волновало их будущее, так как высокий уровень безработицы и недостаток квалификации оставлял им мало шансов найти подобную работу. Для того чтобы снизить противодействие работников реформе, они были оповещены о ней заранее, их информировали обо всех происходивших изменениях на всем ее протяжении; им также были предоставлены права и полномочия для участия в процессе реформирования. Потребовалось достаточно много времени для того, чтобы своевременная, открытая и честная информация уменьшила обеспокоенность персонала.



Сотрудникам сообщили, что у них будет возможность подать заявление об устройстве на работу в новые службы, но гарантий, что они получат эту работу, не было. Также было чрезвычайно важно, что сотрудников заверили в том, что процесс отбора персонала будет честным и прозрачным и будет проводиться внешней независимой комиссией, члены которой будут основывать свои решения не только на квалификации работников, но и на аттестации их работы. Персонал учреждения призвали принять участие в процессе деинституционализации на всех его этапах, что давало работникам возможность продемонстрировать их способности, приверженность и навыки, а также могло помочь определить их пригодность для возможного перераспределения. Уверенность в том, что процесс найма будет справедливым, позволила многим работникам вздохнуть с облегчением и стала мотивацией, которая была необходима, чтобы продолжать оказывать повседневную помощь детям в соответствии со своими обязанностями.

Благодаря тому, что персонал был обучен методикам проведения оценки состояния пациентов, он мог под наблюдением специалистов проводить первичную и текущую оценку состояния детей для распределения их по новым службам. Работники принимали активное участие в разработке индивидуальных планов размещения и помощи для каждого ребенка. Непосредственным результатом этого участия стало реальное улучшение качества повседневного ухода за детьми в этом специализированном учреждении, поскольку сотрудники больше узнали о потребностях детей, а важная роль персонала в обеспечении этих потребностей получила подтверждение. После этого персонал принимал участие в переводе детей в их новые места проживания. Когда работники переезжали вместе с детьми, например, в небольшой дом группового проживания, это способствовало укреплению отношений между ними и конкретными детьми, что положительно сказывалось на состоянии детей. Очень важно отметить, что когда детей переводили в новые места проживания в сопровождении сотрудников, которых они знали, это существенно облегчало процесс перевода, и в поведении детей было отмечено лишь незначительные отклонения.

Привлечение персонала к разработке планов по переводу детей и оказанию им помощи также помогло стимулировать и привлечь тех работников, которые не переводились на работу в новые службы. Даже на последних стадиях закрытия учреждения, когда уже было понятно, кто из работников подлежит сокращению (примерно 15%), общий уровень оказания помощи детям не снизился. Сокращенные работники сообщили, что хотя они и были расстроены и волновались за свое будущее, они понимали, что происходившие изменения шли на пользу детям.

Сопrotивление процессу реформирования стало еще слабее благодаря возможностям, которые предоставила работникам неправительственная организация (НПО), принимавшая участие в программе. НПО обеспечила переподготовку всех работников, переходящих в новые службы, а также предоставила небольшие гранты на переподготовку и выходное пособие в размере годовой зарплаты всем работникам, попавшим под сокращение. Это показательный пример того, какую пользу может принести детям сотрудничество заинтересованных сторон при проведении реформы.

### **Бельгия: Работать вместе. Мультидисциплинарные бригады и родители, осуществляющие адвокацию**

Бельгийский врач-терапевт, который стал отцом новорожденного сына с синдромом Дауна, заметил, что коллеги-медики, которые общались с его сыном, не были осведомлены о специфических медицинских проблемах, распространенных у детей с синдромом Дауна. Вместе с ассоциацией родителей детей с синдромом Дауна из фламандской части Бельгии он разработал "Удостоверение ребенка с синдромом Дауна". В этом буклете обсуждаются медицинские риски, связанные с синдромом Дауна, и дается обзор медицинских обследований, которые необходимо провести в определенные периоды жизни ребенка. Родители получают буклет, которые берут с собой на каждую встречу с медицинским работником. Кроме того, ассоциация родителей детей с синдромом Дауна проводит обсуждение этого буклета с медицинскими работниками (особенно с педиатрами). Родители также обмениваются информацией об этом проекте и буклете в качестве приглашенных лекторов для студентов медицинских факультетов фламандских университетов.

Ассоциация родителей с успехом отстаивала необходимость организации поликлиник для детей с синдромом Дауна или бригад медицинских специалистов в университетских больницах. Эти бригады проводят совместные консультации, во время которых они вместе осматривают детей и работают как мультидисциплинарная бригада специалистов. Таким образом, врачи имеют возможность постоянно повышать свою квалификацию.

### **Румыния: Найм и переподготовка персонала в период проведения реформы. Работники становятся патронатными опекунами**

При проведении реформы детских специализированных стационарных учреждений многие из тех, кто принимает участие в этом процессе, часто обеспокоены вопросом, как процесс реформирования скажется на персонале учреждения. Переподготовка и перераспределение персонала там, где это возможно, имеет решающее значение для развития навыков, необходимых кадровым ресурсам любого профиля. При реализации некоторых программ деинституционализации в странах Центральной и Восточной Европы успешно проводилась переподготовка персонала учреждений для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, позволявшая им стать профильными профессиональными патронатными опекунами для таких детей. Исключительно успешный пример продемонстрирован в одном из специализированных стационарных учреждений Румынии, подлежавшему закрытию.

Сначала персонал выказывал нежелание работать в качестве патронатных опекунов. В этом районе не было традиций патроната, и персонал был обеспокоен уровнем ответственности, которая будет ложиться на них при обеспечении опеки над уязвимым ребенком у себя дома. Их обеспокоенность обострялась тем фактом, что большинство детей, по общему убеждению, имели ограниченные интеллектуальные возможности. В соответствии с принятой в это время практикой, в Румынии считалось, что дети с нарушениями "больны" и нуждаются в круглосуточной медицинской помощи, поэтому многие полагали, что этим детям лучше находиться и получать помощь в стационарном учреждении. Однако

небольшая группа работников (10 из примерно 100 человек) согласилась стать патронатными родителями. В течение нескольких недель 10 детей были помещены к патронатным опекунам, которые раньше работали в этом специализированном учреждении. Физическое и интеллектуальное развитие детей значительно улучшилось, и стало понятно, что многие из "нарушений" были в реальности результатом их помещения в стационарное учреждение. Другие работники учреждения все больше убеждались в том, что дети с ограниченными возможностями могут получать более качественную помощь в семейной среде. Их приглашали посетить своих бывших коллег дома, чтобы они могли увидеть, что такое патронат на самом деле. В результате еще 50 работников решили стать профессиональными патронатными опекунами. Это позволило полностью закрыть стационарное учреждение, где они раньше работали.

Во время проведения последующего мониторинга и оценки один из патронатных опекунов, который раньше работал в учреждении, отметил: "Я ненавижу работу с детьми в учреждении. Это было очень тяжело, атмосфера была угнетающей, поэтому дети меня раздражали. Теперь я люблю свою работу – так приятно видеть, как день ото дня благодаря моим усилиям дети растут и развиваются".

### **Румыния: стабильность руководства высшего звена**

Одна из основных проблем при реформировании предоставления услуг детям и их семьям в странах Центральной и Восточной Европы - недостаток стабильности и преемственности в управлении социальными службами и службами здравоохранения. Во многих странах персоналу, непосредственно занятому в сфере предоставления услуг, приходится сталкиваться с проблемами, когда в результате политических выборов часто меняются руководители высшего звена; как следствие этого меняются сами системы и имеющиеся ожидания. Это не способствует преемственности в руководстве службами, а в сочетании с серьезным реформированием этих служб может препятствовать прогрессу или (в худшем случае) свести на нет достигнутые результаты. Очевидно, что при планировании реформы и развития кадровых ресурсов необходимо уделять особое внимание подготовке и удержанию менеджеров высшего и среднего звена. Люди, занимающие руководящие посты в сфере здравоохранения, образования или социальных услуг, должны не только иметь подготовку и квалификацию в соответствующей области, но и обладать способностью к руководству и управлению службами. Когда руководящие посты не связаны с политическими выборами, можно сохранять стабильность и преемственность в интересах детей, что в наибольшей степени соответствует их интересам. Это также возможно, когда, при необходимости, следует полностью возложить на персонал высшего звена ответственность за возглавляемые им службы и обеспечить невозможность получения и сохранения постов руководителями, если они не обладают необходимыми для этого навыками и знаниями и не добиваются реальных результатов.

Примером того, как стабильность и преемственность управления может положительно сказываться на положении детей, находящихся в учреждениях постоянного проживания, служит один из административных округов Румынии, где руководитель социальных служб занимает свой пост с 1997 г. Его организаторские и управленческие навыки обеспечили повышение стабильности

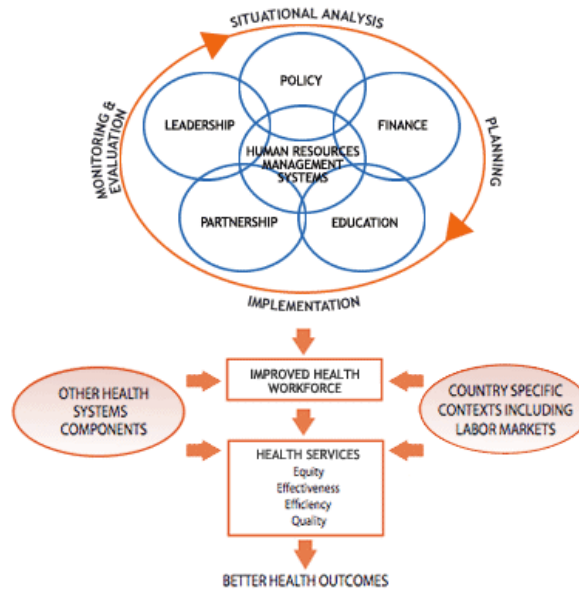
управления среди руководителей среднего звена, что позволило добиться постоянства в предоставлении услуг в периоды таких значительных изменений и серьезных потрясений, как частая смена политического руководства, национальная реформа учреждений постоянного проживания и вступление Румынии в Европейский Союз. Под его руководством в округе был разработан разнообразный и широкий спектр комплексных услуг, которые позволили уменьшить число детей, проживающих в специализированных учреждениях с 5000 до менее 400. Высокий уровень стабильности и профессионализма в управлении службами в этом округе также позволил организовать предоставление высокоспециализированных услуг в то время, когда другие округа до сих пор переживают сложности с предоставлением базовых. Например, в 2008 г. в округе на базе местного сообщества была организована служба охраны здоровья и поддержки для детей с аутизмом. В Румынии существуют и другие подобные службы, но они обычно организованы, управляются и финансируются НПО, которым иногда проще поддерживать преемственность и стабильность персонала. Кроме того, благодаря знаниям и уважению, которые директор приобрел, занимая свой пост много лет, ему удалось убедить местные власти предоставить финансирование для программы постоянного повышения квалификации персонала, которая начала работать в округе намного раньше, чем правительство страны сделало ее прохождением обязательным требованием.

## **Ресурсы**

### **Рамки действий по кадровым ресурсам здравоохранения**

В проекте Capacity Project Агентства США по международному развитию обозначены три компонента, имеющих первостепенное значение для укрепления потенциала кадровых ресурсов, а именно: планирование, развитие и поддержка (USAID, 2009). Каждый из этих компонентов является существенным, и их рассмотрение в отрыве друг от друга вряд ли приведет к устойчивому наращиванию потенциала кадровых ресурсов здравоохранения.

В рамках проекта Capacity Project разработана стратегия "Рамки действий по кадровым ресурсам здравоохранения", которая «предназначена для оказания поддержки правительствам и руководителям в области здравоохранения в разработке и реализации стратегий по достижению эффективных и устойчивых кадровых ресурсов. Используя комплексный подход, стратегия "Рамки действий" поможет ... решить в числе прочих такие проблемы, как нехватка персонала, его неравномерное распределение, пробелы в навыках и знаниях, низкий уровень удержания персонала и его слабая мотивация». Полностью описание стратегии "Рамки действий", инструментарий в онлайн-режиме и информационные ресурсы для поддержки ее реализации можно найти на сайте <http://www.capacityproject.org/framework/>.

**Рисунок 1: Рамки действий по КРЗ**

(Перевод текста в рисунке приведен ниже – читать сверху вниз и слева направо)

Ситуационный анализ  
 Планирование  
 Реализация  
 Мониторинг и оценка

Стратегия  
 Финансы  
 Образование  
 Партнерство  
 Управление

Системы управления кадровыми ресурсами

Другие компоненты системы здравоохранения

Совершенствование кадровых ресурсов здравоохранения

Специфические условия стран, включая рынки труда

Службы здравоохранения  
 Справедливость  
 Эффективность  
 Рентабельность  
 Качество

Улучшение результатов в отношении здоровья

## **Инструмент для определения потребностей в ресурсах**

Инструмент для определения потребностей в ресурсах - это удобный инструмент в формате Excel, который позволяет странам рассчитать детализированные затраты, связанные с увеличением кадрового потенциала. Инструмент был успешно использован в национальных пилотных проектах для того, чтобы:

- предварительно рассчитать и определить, какие ресурсы понадобятся для выполнения их планов в отношении кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ);
- проанализировать финансовую выполнимость планов;
- смоделировать сценарии "что будет, если";
- облегчить мониторинг выполнения планов по расширению масштаба;
- способствовать разработке компонента информационных систем управления кадровыми ресурсами, относящегося к расчетам издержек и финансированию.

Инструмент для определения потребностей в ресурсах был разработан Целевой рабочей группой по финансированию Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения (GHWА) в сотрудничестве с Всемирным банком. Набор инструментов и инструкции по использованию опубликованы на сайте <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/ftfproducts/en/index.html>

## **Пособие по деинституционализации**

Пособие под названием "Деинституционализация и трансформация служб по оказанию помощи детям: руководство по надлежащей практике" (Mulheir and Browne, 2007) – это всеобъемлющее руководство для стран, которые стремятся перевести предоставление помощи из специализированных учреждений постоянного проживания в инклюзивные, организованные на базе местных сообществ альтернативные службы. После обсуждения значения термина "специализированное учреждение", в пособии дано описание прогресса, достигнутого в Европе к настоящему моменту, изложены ценности и принципы, лежащие в основе процесса реформирования, и перечислены его 10 этапов. Каждый этап подробно объясняется и сопровождается прагматическими рекомендациями, "как это сделать на практике", а также описаниями конкретных случаев и примеров. Этапы процесса реформирования следующие:

1. повышение осведомленности о деинституционализации;
2. управление процессом деинституционализации;
3. проведение анализа на уровне страны/региона;
4. анализ на уровне специализированного учреждения и проведение экспертизы состояния каждого ребенка;
5. разработка структуры альтернативных служб;
6. планирование перевода ресурсов;

7. подготовка и перевод детей;
8. подготовка и перевод персонала;
9. материально-техническое обеспечение трансформации служб;
10. мониторинг и оценка.

Этап 8 – подготовка и перевод персонала - особенно актуален для укрепления потенциала и повышения приверженности кадровых ресурсов

### **Здоровье и инвалидность: Партнерства в действии**

"Здоровье и инвалидность: Партнерства в действии" – это электронный учебно-методический модуль для преподавания и изучения вопросов, связанных с состоянием здоровья при инвалидности, который выпущен Центром по вопросам здоровья при нарушениях развития при Университете Монаш (штат Виктория, Австралия). Этот модуль был выпущен благодаря сотрудничеству между представителями различных специальностей; его цель - улучшение здоровья людей с инвалидностью, являющейся результатом пороков развития, и повышение качества предоставляемой им медицинской помощи.

Учебно-методический модуль, состоящий из шести видео-историй на компакт-дисках, руководства по обучению и информационной базы, сфокусирован на двух темах: (а) здоровье при инвалидности: изучение состояния здоровья людей с инвалидностью в результате пороков развития, в том числе людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, церебральным параличом и расстройства аутистического спектра; (б) межпрофессиональное образование и совместная практическая работа специалистов разного профиля: создание условий для межпрофессионального обучения и основы для понимания значения и важности совместной деятельности.

Электронный учебно-методический модуль и несколько полезных справочных материалов можно найти на сайте <http://www.cddh.monash.org>

### **Ограниченные интеллектуальные возможности и здоровье**

"Ограниченные интеллектуальные возможности и здоровье" – это сайт, разработанный и регулярно обновляемый Лондонским университетом Сент-Джордж для студентов и специалистов в области медицины, сестринского дела и в других областях здравоохранения. Информация находится в свободном доступе на сайте <http://www.intellectualdisability.info>.

### **Библиография<sup>1</sup>**

European Association of Intellectual Disability Medicine (2003). *European manifesto on basic standards of health care for people with intellectual disabilities*. Rotterdam, European Association of Intellectual Disability Medicine, (<http://www.mamh.net/Manifesto/Manifesto.htm>).

<sup>1</sup> Информация по всем сайтам дана по состоянию на 6 октября 2010 г.



Global Health Workforce Alliance (2009). *Financing and economic aspects of health workforce scale-up and improvement: Framework paper*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/entity/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/frameworkpaper.pdf>).

Global Health Workforce Alliance. (2009). *What countries can do now: Twenty-nine actions to scale-up and improve the health workforce*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/entity/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/actionpaper.pdf>).

Martineau T, Buchan J (2000). Human resources and the success of health sector reform. *Human Resources for Health Development Journal*, 4(3):174-183.

MENCAP (2004). *Treat me right! Better health care for people with a learning disability*. London, MENCAP (<http://www.mencap.org.uk/displaypagedoc.asp?id=316>).

Michael J (2008). *Health care for all: Report of the independent inquiry into access to health care for people with learning disabilities*. London, Department of Health ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_099255](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_099255)).

Mulheir G, Browne K (2007). *De-institutionalisation and transforming children's services: A guide to good practice*. Brussels, European Commission Directorate-General for Justice and Home Affairs in collaboration with the WHO Regional Office for Europe and the University of Birmingham, United Kingdom ([http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation\\_Manual\\_-\\_Daphne\\_Prog\\_et\\_al.pdf](http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation_Manual_-_Daphne_Prog_et_al.pdf)).

United Nations (1989). *Конвенция о правах ребенка*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1989 (<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>).

Owen K et al. (2004). *A new kind of trainer: How to develop the training role for people with learning disabilities*. London, Gaskell and St George's Hospital Medical School.

Pomona Project (2008). *Health indicators for people with intellectual disability: Using an indicator set. Final report*. Dublin, University College ([http://www.pomonaproject.org/action1\\_2004\\_frep\\_14\\_en.pdf](http://www.pomonaproject.org/action1_2004_frep_14_en.pdf))

Rechel B et al. (eds.) (2006). *The health care workforce in Europe: Learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/91475/E89156.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf)).

Thacker A et al. (2007). How (and why) to employ simulated patients with intellectual disabilities. *The Clinical Teacher* 4(1):15–20.

UNDP (2006). *Indicators for human rights based approaches to development in UNDP programming: a user's guide*. New York, UNDP ([http://www.undp.org/oslocentre/docs/HR\\_guides\\_HRBA\\_Indicators.pdf](http://www.undp.org/oslocentre/docs/HR_guides_HRBA_Indicators.pdf)).

United Nations (1993). *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>).

United Nations (2006). *Конвенция о правах инвалидов*. Нью-Йорк. Организация Объединенных Наций (<http://www.un.org/russian/documen/convents/disability.html>)

USAID (2009). *Planning, developing and supporting the health workforce. Results and lessons learned from the Capacity Project, 2004-2009*. Chapel Hill, NC, USAID ([http://www.capacityproject.org/images/stories/capacity\\_project\\_final\\_report.pdf](http://www.capacityproject.org/images/stories/capacity_project_final_report.pdf)).

WHO (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева: ВОЗ (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).

WHO (2007). *Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities 2007*. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas\\_id\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf)).