



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Авторы: Margrieta Langins
и
Liesbeth Borgermans**

**Повышение уровня
компетентности
медицинских
кадров в целях
организации
согласованного/
комплексного
предоставления
медицинских услуг**

РАБОЧИЙ ДОКУМЕНТ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Повышение уровня
компетентности медицинских
кадров в целях организации
согласованного/комплексного
предоставления медицинских
услуг**

РАБОЧИЙ ДОКУМЕНТ

Сентябрь 2015 г.

Авторы: Margrieta Langins и Liesbeth Borgermans

РЕФЕРАТ

В данном документе представлен перечень компетенций, которые следует развивать и закреплять медицинским работникам для реализации системы предоставления скоординированных/комплексных медицинских услуг. С этой целью в документе предлагается цикл процесса закрепления компетенций, определения стратегий, необходимых на уровне предоставления услуг, и выявления возможных инструментов реализации, а также дается описание благоприятствующих условий на уровне системы здравоохранения обзор функций и обязанностей основных заинтересованных сторон.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED
HEALTH MANPOWER
HEALTH PERSONNEL
HEALTH RESOURCES
HEALTH SERVICES

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe UN City,
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 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 имеют 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.

СОДЕРЖАНИЕ

Список рисунков	i
Список таблиц	i
Список сокращений	ii
Выражение благодарности	iii
Предисловие	iv
1. Введение	1
Методы	1
Медицинские работники и кадровые ресурсы здравоохранения	2
2. Компетенции медицинских работников	4
Определение понятия «компетенции»	4
Характеристики компетенций	6
Компетенции, необходимые для согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг	8
Компетенции пациентов	10
3. Цикл развития и закрепления компетенций	11
4. Стратегии и инструменты развития и закрепления компетенций на уровне учреждений здравоохранения	14
Прием на работу и вводный инструктаж на основе компетенций	14
Условия клинической практики, необходимые для закрепления компетенций	14
Непрерывное профессиональное развитие, основанное на компетенциях	15
Улучшение показателей работы на основе компетенций	15
Функции руководства, основанные на компетенциях	16
5. Стороны, заинтересованные в развитии и закреплении компетенций на уровне учреждений здравоохранения	17
6. Стратегии, инструменты закрепления компетенций и заинтересованные стороны на уровне системы	22
Разработка принципов, основанных на видении будущего	22
Трансформация моделей образования	22
Привлечение более широкого сообщества заинтересованных сторон	22
Усиление деятельности в области планирования и прогнозирования	23
Содействие развитию многопрофильного образования	23
Усиление роли регулирующих органов	23
Усиление роли профессиональных ассоциаций	24
Усиление механизмов ознакомления с потребностями пациентов	24
Библиография	29
Приложение 1: Инструменты, поддерживающие компетентностно-ориентированную среду клинической практики	32

Рисунки

Рисунок 1: Цикл закрепления компетенций.....	11
--	----

Таблицы

Таблица 1. Заинтересованные стороны – медицинские работники и кадровые ресурсы здравоохранения	2
Таблица 2. Определения понятия «компетенции»	5
Таблица 3. Кластеры компетенций, необходимых для согласованного/комплексного предоставления медицинской помощи.....	8
Таблица 4. Роль заинтересованных сторон на уровне учреждений здравоохранения в развитии и закреплении компетенций	19
Таблица 5. Стратегии и инструменты, используемые заинтересованными сторонами на уровне системы	25

Сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МР	Медицинские работники
НПР	Непрерывное профессиональное развитие
НПО	Непрерывное профессиональное образование
НМО	Непрерывное медицинское образование
ОБОР	Обучение без отрыва от работы
ОНПВЖ	Обучение на протяжении всей жизни
СКПМУ	Согласованное/комплексное предоставление медицинских услуг

Выражение благодарности

Сбор, предварительный анализ и подготовка результатов и фактов, представленных в данном отчете, был осуществлен Margrieta Langins (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Liesbeth Borgermans (Брюссельский свободный университет (VUB)). Последующий анализ и интерпретация результатов были выполнены Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Erica Barbazza (Европейское региональное бюро ВОЗ). Законченный проект отчета был подготовлен Margrieta Langins и окончательно отредактирован Juan Tello. Данная работа проделана Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ под руководством Hans Kluge.

Большую ценность для подготовки документа имели обсуждения с Galina Perfilieva (Европейское региональное бюро ВОЗ) и экспертные мнения следующих ведущих специалистов в данной области: David Benton (Международный совет медицинских сестер), Wienke Voerma (NIVEL), Peter Dieter (Европейская ассоциация медицинских вузов), Gilles Dusault (Universidade Nova de Lisboa), Oliver Groene (Лондонская школа гигиены и тропической медицины), Ellen Kuhlman (Университет Бата), Jan De Maeseneer (Гентский университет), Alexandre Lourenco (Министерство здравоохранения Португалии), Judith Shamian (Международный совет медицинских сестер) и Matthias Wismar (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Предисловие

В 2012 году государства-члены Европейского региона ВОЗ одобрили основы Европейской политики и стратегии «Здоровье-2020», признав, что укрепление системы здравоохранения является одной из четырех приоритетных областей деятельности в определении курса действий по реализации Регионом к 2020 году своего наивысшего потенциала здоровья (1).

Видение будущего, предложенное в основах политики «Здоровье-2020», предусматривает формирование системы здравоохранения, ориентированной на потребности людей. В этом процессе применяются те же принципы, которые впервые были обозначены в Программе «Здоровье для всех» и программе развития первичной медико-санитарной помощи, предполагающие смещение приоритетного внимания систем здравоохранения на такие области, как профилактика заболеваний, непрерывное улучшение качества и организация комплексного предоставления услуг.

Важность, придаваемая укреплению систем здравоохранения, также в положительной форме выражена на глобальном уровне в Двенадцатой общей программе работы на период 2014–2019 гг., в которой один из приоритетных технических кластеров специально посвящен организации предоставления комплексных услуг, о которой говорится во временной глобальной стратегии предоставления комплексных медицинских услуг, ориентированных на нужды людей (2).

В соответствии с этими приоритетами были дополнительно определены стратегические отправные точки на период 2015-2020 годов по двум приоритетным направлениям: 1) преобразование медицинских услуг для решения проблем здравоохранения в XXI веке и 2) достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения в Европе без разорительных платежей из собственного кармана (3).

В данном документе первая из этих приоритетных областей рассматривается более подробно, причем особое внимание уделяется предоставлению медицинских услуг. Документ следует читать в контексте разработки всеобъемлющей Региональной рамочной основы для действий по организации согласованного/комплексного предоставления услуг здравоохранения (СКПМУ). Рамочная основа для действий, опубликованная в конце 2013 года (4), направлена на оказание поддержки государствам-членам в преобразовании системы предоставления услуг здравоохранения на принципах ориентации на конечные результаты и практические действия и с учетом в первую очередь интересов укрепления систем здравоохранения при определении главных отправных точек для принятия мер.

Исходя из этого, в данном документе подробно обсуждается вопрос о кадрах медицинских работников, которые являются одним из ключевых факторов, позволяющих судить о функционировании системы предоставления медицинских услуг. В частности, в документе рассматриваются требования, предъявляемые к компетентным медицинским работникам для согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг, чтобы выработать необходимое понимание того,

какие процессы, инструменты и заинтересованные стороны должны быть вовлечены в повышение компетентности кадров медицинских работников.

1. Введение

Все более очевидным становится тот факт, что улучшения показателей здоровья населения и приверженности пациентов к лечению можно добиться, если уделять должное внимание пациентам, их семьям и сообществам (1-4). Практически помимо множества других трудностей, которые создает для пациентов медицинская помощь, им нужно ориентироваться в лабиринте услуг, выполнять планы медико-санитарной помощи, получать физическую и психическую поддержку, чтобы контролировать свои множественные заболевания, и делать правильный выбор среди сложных процессов диагностики и лечения. На переднем крае этих процессов медико-санитарной помощи находятся врачи, руководители здравоохранения и другие медицинские работники, которые хорошо знакомы с потребностями пациентов и реалиями функционирования системы (5-9). Их способность расшифровывать эти требования и надлежащим образом реагировать на них имеет фундаментальное значение для их работы с точки зрения компетенций. Таким образом, компетентные кадры медицинских работников являются ключевым системным фактором, способствующим организации СКПМУ.

В этом контексте данный рабочий документ ориентирован на то, чтобы дать рабочее определение компетенциям и их характеристикам, определить основные компетенции, благодаря которым возможна организация СКПМУ, показать, как формируются и закрепляются компетенции и описать стратегии, инструменты и заинтересованные стороны, необходимые для их закрепления.

Методы

Данная работа была подготовлена в контексте готовящейся к публикации Рамочной основы для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг в Европейском регионе ВОЗ.

Для определения набора компетенций, необходимых для СКПМУ, потребовалось несколько этапов. С февраля по апрель 2014 г. был проведен целевой обзор литературы о компетенциях, охвативший период с 2009 по 2014 гг., для чего использовались базы данных Medline, Embase, Cinahl и pre-Cinahl, Health Systems Evidence и Google Scholar. Поиск литературы в интернете включал различные комбинации следующих ключевых слов: *competencies*, *health workforce*, *health professionals*, *health services delivery* и *integrated care*. Были также дополнительно просмотрены списки библиографических источников, которые, по мнению авторов, были важны для анализа. Авторы не намеревались проводить систематизированный поиск литературы. Этот поиск был дополнен поиском вручную ключевых международных и национальных организаций, занимающихся определением и укреплением компетенций медицинских работников. В результате этого процесса был получен длинный перечень компетенций, приоритетность которых была определена исходя из их значимости для ожидаемых промежуточных результатов СКПМУ: приемлемости, полноты, согласованности и ориентированности на потребности людей.

Первоначальное группирование тех компетенций, которые были определены как необходимые для СКПМУ, было выполнено в апреле 2015 г. Компетенции, необходимые для СКПМУ были сгруппированы в 8 тематических кластеров, следуя такому же принципу группирования, который был использован другими

организациями. Затем эта первая кластеризация была представлена технической группе на внутриорганизационном семинаре в мае 2015 года. После обсуждения и проверки на согласованность кластеры были перегруппированы в 5 областей, которые отражают людей и их сообщества, услуги, системы и изменения.

Для выработки стратегий и инструментов для закрепления этих компетенций потребовалось проведение аналогичных действий, но несколько иного плана. Весной 2014 года десять международных и три собственных эксперта приняли участие в проведении телефонного полуструктурированного интервью продолжительностью 60-90-минут. Экспертам было предложено выразить свое мнение в отношении вопросов, целью которых было оценить текущее состояние знаний и опыта в сфере укрепления кадров медицинских работников для лучшего удовлетворения потребностей пациентов в Европейском регионе ВОЗ. Целью проведения интервью было установить функции государственных органов, учебных заведений, служб здравоохранения, профессиональных организаций, регулирующих органов и пациентов в определении необходимых компетенций медицинских работников и в обеспечении их соответствия потребностям пациентов.

Инструменты для укрепления компетенций медработников были определены в результате поиска в базах данных Medline, Embase, Cinahl и pre-Cinahl, Health Systems Evidence и Google Scholar в период с февраля по апрель 2014 г. Критериями для включения были рецензируемые исследования, систематизированные обзоры или мета-анализ, включая рандомизированные контролируемые испытания или наблюдательные исследования и исследования, описывающие вмешательства, проводимые среди групп пациентов с сахарным диабетом, ХОБЛ, нарушениями психического здоровья и ослабленных пожилых людей, имеющих или не имеющих мультипатологии. Поиск осуществлялся на основе номенклатуры ключевых слов в медицинских предметных рубриках Национальной медицинской библиотеки и текстовых слов, обозначающих формат процесса медико-санитарной помощи и дизайны исследований, соответствующие установленным критериям. В дополнении к электронному поиску также проводился поиск цитат вручную из основных оригинальных и обзорных статей.

Медицинские работники и кадровые ресурсы здравоохранения

В данном документе под «медицинскими работниками» понимается персонал системы здравоохранения, работающий непосредственно с пациентами и оказывающий адресные услуги пациентам и населению: это врачи, медицинские сестры, акушерки, фармацевты, вспомогательный медперсонал, общинные медицинские работники, менеджеры, а также специалисты профессий, смежных с медицинскими, и другие работники. Это определение не расходится с другими определениями, выработанными в рамках изучения понятия МР (6,7,8), а также соответствует более широкой характеристике кадровых ресурсов здравоохранения, данной ВОЗ (5). В таблице 1 приведен список профессий, включенных во всеобъемлющее определение кадровых ресурсов здравоохранения, а также подробная информация о подгруппе, относящейся к МР. Их следует отличать от консультантов по вопросам политики, научных работников, преподавателей в учреждениях начального медицинского образования, государственных служащих и профессиональных сотрудников или представителей, работающих в государственных и негосударственных учреждениях.

Таблица 1: Заинтересованные стороны – медицинские работники и кадровые ресурсы здравоохранения

Кадровые ресурсы здравоохранения	Медицинские работники
<ul style="list-style-type: none">• Медицинские работники• Специалисты министерств здравоохранения• Специалисты министерств образования, работающие в учебных заведениях, готовящих медицинских работников• Специалисты, работающие исключительно в регулирующих органах (включая регулирующие органы, которые занимаются образовательными учреждениями, специалистами и службами здравоохранения)• Специалисты обсерваторий кадровых ресурсов здравоохранения• Медицинские работники, работающие в государственных учреждениях/республиканских центрах• Преподаватели и педагоги-методисты учреждений начального медицинского образования• Научные работники	<ul style="list-style-type: none">• Менеджеры в сфере здравоохранения• Лидеры в лечебной работе• Методисты по повышению квалификации медработников• Бригады повышения качества• Лечащий персонал (врачи, помощники врача, сестринский персонал, санитары, медсестры высшей квалификации, патронажные медсестры, фельдшера, фармацевты, физиотерапевты, врачи-трудотерапевты, стоматологи и т.д)

2. Компетенции медицинских работников

Факты показывают, что меры, направленные на обеспечение соответствия знаний и навыков МР потребностям населения, помогают решить проблемы потенциальной нехватки и диспропорции в распределении МР, повышают производительность, удовлетворенность работой, облегчают наём и сохранение персонала и в целом способствуют улучшению качества медицинской помощи. Процесс обеспечения соответствия компетенций МР потребностям пациентов включает в себя не только обеспечение наличия МР, обладающих теоретическими знаниями и навыками для более грамотной и результативной работы (9,10,11). Это, скорее, предполагает, что МР должны быть способны применять эти знания и навыки на практике, то есть закреплять и развивать компетенции (10).

На сегодняшний день акцент на закреплении компетенций ограничивается начальным профессиональным образованием медицинских работников, то есть образованием на уровне колледжей и университетов, где происходит первоначальное ознакомление с необходимыми компетенциями. Такое понимание важности компетенций привело к определенному смещению ценностей: если раньше ценилось то, какое образование медработник получил в учебном заведении и какой у него диплом, то теперь ценится то, как он или она может помочь пациенту (7,15).

Определение понятия «компетенции»

Единого принятого определения понятия «компетенции» МР не существует. Слово *компетенция* происходит от латинского *competentia*, что означает «пригодность», «соответствие», что в свою очередь, происходит от слова *competere*: «быть подходящим», «быть пригодным для чего-то» – состав слова включает приставку *con-*, означающую «с» или «вместе с» и *petere*, что означает «стремиться к чему-то» или «требовать чего-либо». Компетенция определяется как «состояние способности» или «способность» и наличие «определенного спектра навыков, знаний или умений». В секторе здравоохранения «компетенции» - это стандарты, которые должны соблюдать МР в процессе предоставления медико-санитарных услуг. Таким образом, компетенции напрямую связаны с улучшением качества медицинской помощи и показателей здоровья. В таблице 2 приведены определения, найденные в литературе. Исходя из приведенных определений для целей данного документа компетенции МР будут определяться как *важные и необходимые комплексные действия, основанные на знаниях, объединяющие и мобилизующие знания, навыки и установки с имеющимися и доступными ресурсами для обеспечения безопасных и качественных результатов для пациентов и населения. Компетенции требуют определенного уровня социально-эмоционального интеллекта, причем их адаптивность зависит от степени их привычности и рациональности.*

Таблица 2: Определения понятия «компетенции»

Источник	Определение
ВОЗ: «Совместная работа на благо здоровья». Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.	Задачи, которым обучены медработники разного уровня, и которые они способны выполнять Навыки и опыт отбора персонала должны отражать как продукты системы образования, так и нетехнические качества (например, сострадание и мотивация), что необходимо для полноценного предоставления медицинских услуг.
ВОЗ ПАОЗ Основные компетенции для общественного здравоохранения: Региональная квалификационная структура для стран Северной и Южной Америки (Core competencies for public health: A regional framework for the Americas) ²	Умение грамотно выполнять определенную функцию. С операционной точки зрения это можно выразить степенью глубины (определяемой – реализуемой – усваиваемой), которая определяет базовый набор информации (знаний), навыков (знания того, как сделать) и психосоциальных установок (знание того, каким надо быть), а также опыта, необходимого для достижения заданного уровня возможностей и выполнения функции. Таким образом, компетенция указывает на способность сделать что-то хорошо (это можно оценить в сравнении с имеющимся стандартом), особенно способность, приобретаемую посредством опыта или обучения.
Квалификационная структура CanMED (Competency framework) ³ Epstein и Hundert (22)	Знания, навыки и способности, необходимые для достижения лучших исходов лечения пациентов Привычное и рациональное применение коммуникации, знаний, технических навыков, клинического рассуждения, эмоций, ценностей и размышления в повседневной практике в интересах отдельного лица и обслуживаемого населения.

¹ Скачивается по ссылке: <http://www.who.int/whr/2006/en/>

² Скачивается по ссылке: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23951&Itemid

³ Скачивается по ссылке:

[http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series IV_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_IV_e.pdf)

Характеристики компетенций

Для понимания компетенций МР важно выделить шесть ключевых характеристик.

Развитие и закрепление компетенций требуют времени

Компетенции имеют комплексный характер. Со временем специалисты перестают быть новичками в своих компетенциях и становятся экспертами. Модель братьев Дрейфус (*13*) описывает приобретение и развитие какой-либо компетенции как процесс прохождения через несколько уровней профессионального мастерства, начиная от уровня новичка и заканчивая уровнем эксперта. Benner (*14*) применяет эту модель к компетенции в области сестринского дела, перечисляя 5 уровней приобретения компетенции: новичок, начинающий с определенным опытом, компетентный специалист, опытный специалист и эксперт. Со временем медработник переходит с одного уровня компетентности на другой, а также отходит от использования абстрактных знаний к применению знаний на основе конкретного клинически ориентированного опыта. Эти сложные действия также требуют умения рассуждать и выносить суждения, что можно развить только благодаря опыту применения знаний и навыков в условиях практического взаимодействия с пациентами.

Компетенции служат критериями для найма, оценки и обучения персонала

Компетенции определяют содержание стандартов, по которым можно оценить качество работы МР (*15,16*). Компетенции должны быть выражены в положительной форме, независимо от того, регламентируются они или нет. Тогда медработники смогут осознать, что, начиная работать по своей специальности, они соглашаются развивать свои компетенции, чтобы считаться компетентными. В условиях клинической практики эти основные компетенции могут определять содержание должностных инструкций, критериев найма на работу, программ клинического обучения, мониторинга и оценки, служить основанием для аттестации сотрудников и их продвижения на руководящие должности.

Компетенции поддаются количественной оценке

Несмотря на комплексный характер компетенций, их оценки возможны, и для этого имеются соответствующие методики. Оценки должны быть направлены на повышение квалификации, а не на наказание за недостижение определенного уровня компетентности (*10*). Литература, в которой рассматриваются вопросы оценки владения компетенциями на уровне учреждений начального образования (*16, 17, 18*), а также литература, посвященная образованию взрослых, содержит ценную информацию о том, как нужно проводить такие оценки.

Компетенции должны быть адаптивными

Насколько важно стандартизировать компетенции, настолько же важно признавать необходимость их адаптивности (*19*). Определение компетенций имеет большое значение для установления стандартов и рамок практики, однако нечеткое определение может ухудшить результаты работы. Если определение компетенций слишком жесткое, то это может ограничивать возможность инноваций и препятствовать изменениям в клинической практике, когда в этом есть необходимость. Компетенции должны совершенствоваться в зависимости от изменяющегося характера потребностей пациентов и населения.

Компетенции – это не только владение клинико-техническими навыками

Компетенции не ограничиваются владением одними только медико-техническими навыками (9). Некоторые компетенции можно отнести скорее к разряду мягких, или личностных навыков, куда входит умение общаться, сотрудничать, работать в коллективе. От определения таких компетенций из разряда личностных навыков зависит выбор инструментов, необходимых для их укрепления. Например, компетенция общения может быть сосредоточена на тех средствах, которые, кроме всего прочего, помогают МР поддерживать свой профессиональный уровень, восприимчивость к культурным, политическим, бытовым и экономическим условиям и точкам зрения.

Компетенции объединяют МР

Компетенции позволяют отличать МР от других категорий специалистов (компетенции медработников отличаются от компетенций инженеров), но также позволяют различать профессиональные группы внутри одной профессии (компетенции медицинских сестер отличаются от компетенций фармацевтов). Однако некоторые компетенции могут объединять МР и облегчать взаимодействие между ними. Для выявления общего набора компетенций МР было начало несколько международных инициатив (20, 21). Внимание в этих инициативах было сосредоточено на качественной и социально ответственной медико-санитарной помощи. В данной статье мы хотим определить набор компетенций, необходимый для СКПМУ.

Компетенции, необходимые для согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг

Авторами было найдено несколько подборок информации о компетенциях МР, необходимых для программ по конкретным заболеваниям или вертикальных программ (по неинфекционным заболеваниям (7), сексуальному здоровью (23), психическому здоровью (16)), или о компетенциях, относящихся к определенным профессиям (24) или уровням медико-санитарной помощи (25). Однако СКПМУ требует уникальных компетенций, которые не могут ограничиваться какой-либо одной медицинской специальностью. Компетенции для СКПМУ должны давать МР возможность участвовать во всем непрерывном спектре медико-санитарных услуг с тем, чтобы они могли выполнять разнообразные функции, которые будут им поручены: заниматься профилактикой заболеваний и упреждающим ведением пациента, вести работу по ведению мультипатологий, работать в бригадах на разных уровнях оказания помощи, с представителями разных специальностей и секторов, защищать и отстаивать права уязвимых групп населения и обеспечивать справедливое предоставление услуг. Несмотря на растущее внимание, уделяемое СКПМУ (26), общепризнанный набор компетенций МР, необходимых для СКПМУ, пока отсутствует.

В настоящем документе дано описание пяти кластеров компетенций, необходимых для СКПМУ, которые обеспечивают основу для оценки качества работы МР. Эти кластеры имеют основополагающее значение для достижения необходимого уровня медико-санитарной помощи, которая оказывается в нужное время и в нужных объемах, основана на доказательной медицине, соответствует индивидуальным особенностям пациента, ориентирована на нужды населения, является комплексной, доступной, согласованной и преемственной. В таблице 3 перечислены кластеры, а также основные компетенции, соответствующие им. Такие компетенции, как умение работать в команде и непрерывное обучение, связаны с организацией работы поставщиков, а полноценная коммуникация и ориентированность персонала на потребности людей относятся к компетенциям, связанным с предоставлением услуг. И, наконец, защита интересов пациента – это компетенция, которая соответствует ценностям, присущим системе здравоохранения, в которой работает МР.

Таблица 3: Кластеры компетенций, необходимых для согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг

Кластеры компетенций	Основные компетенции
1. ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА Способность создавать благоприятные возможности для использования пациентами своих прав на получение наилучшего качества медицинского обслуживания и расширять права и возможности пациентов, чтобы они принимали активное участие в вопросах своего здоровья	<ul style="list-style-type: none">• Выступать в поддержку роли пациентов, членов их семей (при необходимости) в принятии решений, связанных с медицинским обслуживанием.• Ознакомление с правами пациентов на получение безопасной, высококачественной, доступной по стоимости медицинской и социальной помощи, ознакомление с правовыми инструментами: юридически закрепленные права/гражданские права, квази-юридические права, хартии о правах пациентов, совокупность конституционных прав пациентов, стратегии защиты прав потребителей.• Просвещать людей об их правах на медицинскую помощь и об их льготах• Поощрять и поддерживать широкое общественное участие в управлении условиями лечения: давать отзывы в отношении полученных услуг, выстраивать партнерские отношения, участвовать в политической пропаганде, способствовать развитию лидерства местных сообществ, собирать более качественные данные о социальных условиях и институциональных факторах, а также усиливать информационную работу в интересах справедливости в отношении здоровья.• Выступать в поддержку включения показателей здоровья пациентов в организационные стратегии, уделяя особое внимание уязвимым группам населения.• Понимать влияние различий в доступе и качестве медицинской помощи.

2. ПОЛНОЦЕННОЕ ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТАМИ

Способность быстро налаживать взаимопонимание с пациентами и их родственниками, сопереживать пациентам и быть отзывчивым, учитывая их субъективно воспринимаемые и объективные культурные особенности

- Демонстрировать умение активно и сочувственно слушать.
- Привлекать родственников пациентов и круг ухаживающих за пациентом лиц к оценке состояния его/ее здоровья и сообщению информации о здоровье пациента с согласия пациента.
- Передавать информацию без использования профессионального жаргона и каких-либо моральных оценок. В понятной форме доводить до сведения пациента варианты плана помощи.
- Использовать такой стиль общения, в котором наиболее полно и точно учитывается влияние состояния здоровья на способность пациента усваивать и понимать информацию.
- Добиваться полноты потока информации и обмена информацией между пациентом, родственниками (если необходимо) и соответствующими поставщиками помощи.
- Адаптировать услуги, включая использование методов работы в многопрофильной бригаде на доказательной основе, и уметь мобилизовать ресурсы в соответствии с языком, культурными нормами и индивидуальными предпочтениями пациентов и их родственников (в случае необходимости).
- Знакомить членов многопрофильной бригады с характеристиками и потребностями пациентов в медицинском обслуживании, особенностями их поведения в отношении собственного здоровья и взглядами различных групп населения, обслуживаемых в данном лечебном учреждении, на свои болезни и лечение.
- Проводить санитарное просвещение (предоставлять материалы), соответствующее стилю общения и грамотности пациентов, семьи (при необходимости) и повторять предоставленную информацию устно в ходе визитов пациентов.

3. РАБОТА В СОСТАВЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БРИГАДЫ

Способность выступать в качестве полноценного члена многопрофильной бригады, куда входят поставщики помощи, пациенты и их родственники, таким образом, чтобы это отражало понимание динамики работы бригады и групповых/бригадных процессов в выстраивании продуктивных рабочих отношений и было сосредоточено на достижении положительного исхода для здоровья пациента

- Четко определять и поддерживать роли и обязанности всех членов бригады, включая пациентов.
- Выражать свое профессиональное мнение и поощрять других членов бригады, включая пациентов, к выражению своего мнения и участию в принятии решений.
- Быстро и без каких-либо обид разрешать разногласия или конфликты.
- Проявлять практичность, гибкость и способность к адаптации в процессе работы с другими людьми, уделяя особое внимание достижению целей лечения, а не строгому соблюдению моделей лечения.
- Помогать пациентам и членам их семьи (при необходимости) получить доступ к необходимым ресурсам, включая специализированную медицинскую помощь, реабилитацию и социальные услуги, поддержку других пациентов, финансовую помощь и транспорт и другие ресурсы, и в дальнейшем отслеживать получение доступа, чтобы удостовериться в реальном установлении связи пациентов с такими ресурсами. Сюда входит организация доступа к услугам по ориентированию пациента в системе оказания помощи.
- Оказывать поддержку пациентам в рассмотрении возможности получения и предоставления доступа к дополнительным и альтернативным услугам, предназначенным для укрепления здоровья и хорошего самочувствия.
- Содействовать разнообразию поставщиков услуг, работающих в составе многопрофильных бригад.

4. МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ПОТРЕБНОСТИ ЛЮДЕЙ

Способность создавать условия для согласованного/комплексного предоставления услуг, ориентированных на потребности пациентов и их семей, на их ценности и предпочтения во всем непрерывном спектре помощи и на всех этапах жизни.

- Понимать, что эффективное планирование помощи требует неоднократного обсуждения с пациентом и другими участниками в течении продолжительного периода.
 - Оказывать своевременную и эффективную помощь пациентам, соответствующую их потребностям в лечении заболеваний и укреплении здоровья.
 - Выявлять мультипатологии и оценивать пациента на наличие когнитивных нарушений, проблем психического здоровья, включая рискованное, вредное или зависимое употребление психоактивных веществ и причинение вреда себе или другим лицам, жестокое обращение, невыполнение родительских обязанностей и семейное насилие.
 - Оценивать характер семьи пациента (при необходимости), получаемую им социальную поддержку и другие социально-экономические ресурсы, которые влияют на здоровье пациента.
 - Согласовывать и корректировать тип и интенсивность оказания услуг пациентам с их потребностями, обеспечивая своевременное предоставление помощи без ее дублирования.
 - Уравновешивать план помощи необходимыми био-психо- и социальными вмешательствами.
-

-
- Учитывать пожелания, убеждения и историю болезни пациента при составлении плана помощи, минимизируя при этом влияние предвзятых мнений поставщиков помощи относительно болезни и ее лечения, мешающих правильному восприятию этих высказанных потребностей.
 - Улаживать разногласия в связи с альтернативными и противоречивыми мнениями родственников пациента (при необходимости), помощников по уходу, друзей и членов многопрофильной бригады таким образом, чтобы все внимание было сосредоточено на здоровье пациента.
 - Применять целенаправленные меры по вовлечению пациентов и усилению их желания улучшить свое здоровье и придерживаться назначенного режима лечения (например, проводить мотивационные интервью, мотивационно-стимулирующую терапию).
 - Оценивать приверженность пациента к лечению без его осуждения.

5. НЕПРЕРЫВНОЕ ОБУЧЕНИЕ

Способность демонстрировать рефлексивную практику на основе наилучших имеющихся данных, а также оценивать и постоянно совершенствовать услуги, предоставляемые как самостоятельно, так и в составе многопрофильной бригады

- Участвовать в мероприятиях по практическому обучению и повышению квалификации, которые включают в себя изучение и оценку опыта пациента, доказательной базы и имеющихся ресурсов.
- Проводить регулярную оценку всего, с чем сталкиваются пациенты и их родственники (в случае необходимости), с точки зрения качества медицинского обслуживания и корректировки в предоставлении помощи, если это потребуется, включая оценку степени удовлетворенности пациентов и исходов медико-санитарной помощи, придерживаясь принципа "не искать виновных и никого не обвинять".
- Регулярно принимать участие в междисциплинарном обучении персонала.
- Регулярно принимать участие в непрерывном повышении квалификации.
- Внедрять и регулярно отслеживать соблюдение стандартов безопасности пациентов.
- Принимать участие в медицинском аудите для проверки, если возникнет такая необходимость, рациональности помощи и правильности выставления счетов пациенту и для выявления врачебных ошибок.
- Выявлять и использовать фактические данные для определения содержания практических действий и комплексной помощи.
- Участвовать в исследованиях и проводить их, когда это возможно, подчеркивая необходимость акцентировать внимание на том, с чем приходится сталкиваться пациенту.
- Вносить вклад в проведение мероприятий по обучению на практике и повышению качества практики с использованием фактических данных и результатов исследований, а также опыта конечных пользователей.
- Оптимизировать использование соответствующих технологий, включая платформы электронного здравоохранения, которые позволяют осуществлять оценку и организацию деятельности отдельно взятого медицинского работника, ведущего лечение, клинической практики и показателей функционирования системы в целом, касающихся процессов и исходов лечения, выписки электронных рецептов и электронного ведения медикаментозного лечения, электронных историй болезни, инструментов скрининга, оценки состояния здоровья и вмешательств на базе компьютерной технологии и интернета, а также приложений для телемедицины.

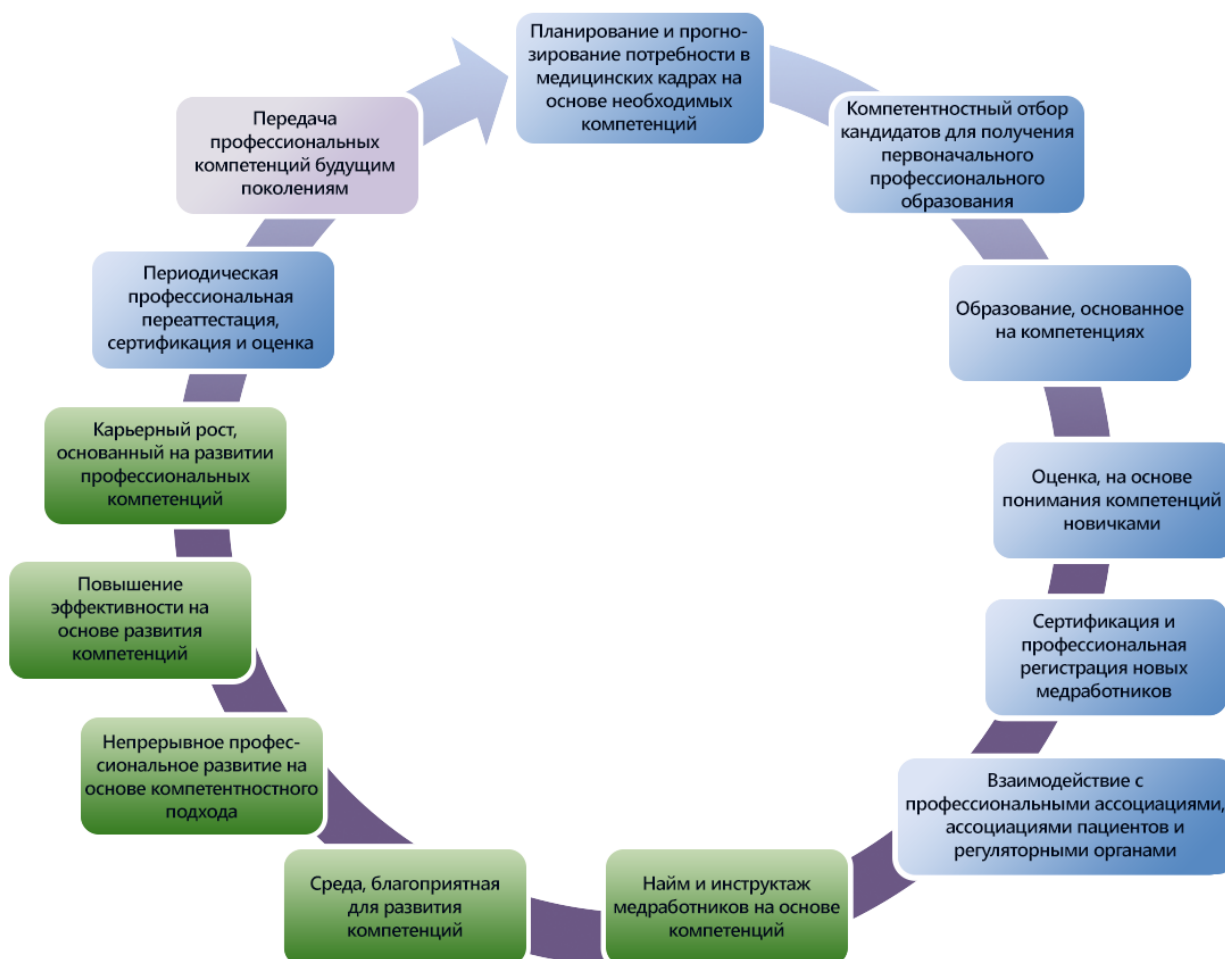
Компетенции пациентов

Можно также предположить, что население, пациенты и их семьи тоже будут овладевать компетенциями для СКПМУ. В частности, компетенции пациента предполагают принятие обоснованных решений, активное участие в определении плана помощи, соблюдение согласованной схемы лечения и, в целом, ответственность за собственное здоровье и благополучие. Кроме того, компетенции пациента включают способность предоставить обзор жалоб, обсуждать конкретные цели и проблемы, касающиеся здоровья, использовать информацию и налаживать отношения с поставщиками и многое другое. Компетенции МР дополняют и поддерживают развитие компетенций пациентов. При всем понимании важности компетенций пациента в данном документе они не рассматриваются.

3. Цикл развития и закрепления компетенций

Понимание того, как развиваются и закрепляются компетенции МР, дает «отправные точки» для повышения ответственности за эти компетенции. На рисунке 1 представлена последовательность различных этапов цикла закрепления компетенций, начиная с тех процессов, которые обычно инициируются системой здравоохранения (отмечено синим цветом), и заканчивая процессами, которые инициируются на уровне предоставления медицинских услуг (зеленый цвет). Ниже дано описание различий между этими процессами, соответствующими инструментами и заинтересованными сторонами.

Рис. 1: Цикл развития и закрепления компетенций



Этот «идеальный» цикл начинается с планирования и прогнозирования численности кадров здравоохранения, которые будут набираться в учреждения начального профессионального образования (колледжи, университеты и т. д.). Это делается министерством здравоохранения при участии и по согласованию с руководителями различных служб, органами, регулирующими деятельность медицинских работников, и профессиональными ассоциациями

в области здравоохранения, учреждениями начального образования и ассоциациями пациентов. Эти заинтересованные стороны играют важную роль, информируя о своих потребностях, ожиданиях и возможностях оказания помощи в принятии решений в отношении распределения ресурсов и квот.

В идеале на этом этапе лица, подающие заявления о приеме в эти учреждения начального профессионального образования, уже должны знать, какими компетенциями они как медработники должны будут владеть. После поступления, а также в процессе получения начального профессионального образования студенты более подробно знакомятся с компетенциями, которые им потребуется применять в лечебных учреждениях. Студенты учатся посредством абстракции и на лекциях, а также практикуются в лечебных учреждениях под наблюдением сертифицированных и практикующих медицинских работников (27). Однако эти компетенции будут закреплены только после того, как студенты будут допущены к практике. Тем не менее, на уровне начального профессионального образования можно оценивать уровень знания и понимания необходимых компетенций. Успешное прохождение этой оценки становится важным критерием для сертификации и возможности трудоустройства в различные службы системы здравоохранения.

Руководители служб здравоохранения прибегают к помощи органов, регулирующих деятельность медицинских работников, министерства здравоохранения и высших учебных заведений в подготовке медицинских работников на этапе начального образования и в их сертификации как специалистов, продемонстрировавших способность начинать практическую деятельность на уровне новичка. Эти процессы могут быть более ориентированными на компетенции, когда существуют механизмы общения руководителей служб с заинтересованными сторонами на уровне системы относительно необходимого набора компетенций. Для определения кандидатов, которые лучше всего смогут развивать необходимые компетенции, полезно использовать объявления о вакансиях, проводить начальную подготовку и занятия по профессиональной ориентации.

После приема на работу важно, чтобы медицинские работники имели возможность получать поддержку от руководства, коллег и самой структуры служб в закреплении своих компетенций на практике. По мере превращения в активного работника они корректируют и совершенствуют свои компетенции в соответствии со спецификой учреждения медицинской помощи, имеющимися ресурсами, новыми знаниями и навыками, потребностями пациентов и на базе обмена опытом с коллегами. Новые медработники вовлечены в естественный процесс наблюдения, применения знаний и навыков, а также анализа ситуаций, причем этот процесс происходит на всем протяжении профессионального развития. Этот естественный процесс наблюдения, применения знаний и размышления называется процессом обучения на протяжении всей жизни (ОМПВЖ).

Руководители служб здравоохранения играют важную роль в поддержании и развитии самых современных компетенций МР, следя за тем, чтобы закрепление компетенций происходило в их службах и соответствовало принципам ОМПВЖ. Основные принципы обучения на протяжении всей жизни предусматривают оказание поддержки медработникам в постоянной актуализации их знаний в соответствии с клиническими разработками и постоянный процесс критического размышления о том, успешна ли их практика, с помощью механизмов оценки и отзывов об их работе. По мере закрепления компетенций в соответствии с принципами ОМПВЖ знания и навыки медицинских работников движутся в непрерывном цикле от новичка до специалиста. Становясь экспертами, медработники могут выступать в роли наставников, становиться примером для подражания и подавать пример владения компетенциями молодым медицинским работникам и коллегам равного статуса. Таким образом, они играют очень важную роль в развитии компетенций, закрепляют культуру ОМПВЖ и становятся важными проводниками перемен в процессе инноваций и продвижения новых компетенций.

Цикл развития и закрепления компетенций дает исходные точки для определения подотчетности. Министерство здравоохранения отвечает за планирование и прогнозирование численности медицинских работников, которые будут допущены для работы в системе. Затем ответственность переходит на учреждения начального образования, где готовятся будущие МР. Органы, регулирующие деятельность медицинских работников, и профессиональные ассоциации определяют профессиональную тождественность, а также опыт и знания новоиспеченного медицинского работника путем аттестации и переаттестации. Руководители служб здравоохранения следят за тем, чтобы консолидация компетенций МР проходила в соответствии с принципами ОНПВЖ. Функции и сферы ответственности каждого заинтересованного лица более подробно рассматриваются в следующих разделах.

4. Стратегии и инструменты развития и закрепления компетенций на уровне учреждений здравоохранения

Компетенции МР закрепляются, когда медицинские работники приходят в лечебные учреждения для выполнения своих автономных и самостоятельных функций. В данном разделе рассматриваются стратегии и инструменты на уровне предоставления медицинских услуг.

Прием на работу и вводный инструктаж на основе компетенций

Компетенции определяют характер и профиль должности, ими руководствуются при найме новых сотрудников. Информация о компетенциях, необходимых для работы в данной должности, должна предоставляться потенциальным кандидатам.

Инструменты, которые помогают нанимать сотрудников и проводить с ними профессиональную ориентацию на основе компетенций, следующие:

- Должностные инструкции, включающие описание основных компетенций.
- Отборочная комиссия с участием пациентов и сотрудников для проведения собеседования с кандидатами по основным компетенциям.
- Многоформатные собеседования, включающие ролевые игры или описания сценариев, где рассматриваются необходимые компетенции. В таких собеседованиях могут принимать участие пациенты и представители разных профессий. После собеседования проводится обсуждение, где в ясной форме подчеркивается то, насколько выполнение данного задания требует использования ожидаемых компетенций.
- Многопрофильная ориентация по имеющимся средствам и ресурсам для развития многопрофильной культуры персонала.
- Перекрестное обучение новых сотрудников процедурам предоставления услуг в целях обеспечения многопрофильной культуры персонала.

Среда практики, необходимая для закрепления компетенций

Согласно полученным недавно данным, организация СКПМУ требует выделения необходимого времени, структур и ресурсов для проведения комплексных оценок состояния здоровья пациентов, выполнения планов медицинской помощи, ориентированной на потребности людей, просвещения пациентов, участия в консилиумах, а также выполнения конкретных функций и деятельности, таких как кураторство, клиническое руководство и проведение консультаций с заинтересованными сторонами (28). Кроме того, для обеспечения высокого уровня компетентности МР и качества помощи также важно создать позитивную среду практики, в которой проявляется забота о самих МР, поскольку им приходится выполнять эмоционально и физически трудную работу.

В Приложении 1 описаны полезные инструменты для создания положительной среды практики, необходимой для закрепления компетенций, которые включают следующее

- Многопрофильные и комплексные оценки состояния пациентов.
- Планы многопрофильной помощи.
- Протоколы совместной помощи для поставщиков медицинских услуг.
- Документы, описывающие скоординированный перевод пациента с одного уровня помощи на другой.
- Предоставление различных услуг разными поставщиками в одном месте.
- Электронный обмен данными.
- Приложения для телемониторинга и электронного здравоохранения.

- Общие реестры и/или методы отслеживания помощи.
- Меры поддержки неформальных помощников по уходу.
- Вспомогательные услуги, предоставляемые МР, касающиеся анонимного собеседования после оказания помощи и обращения за поддержкой от служб консультирования.

Непрерывное профессиональное развитие, основанное на компетенциях

С учетом того, что материал, изучаемый на уровне начального профессионального образования, часто устаревает в течение 10 лет практики, важно продолжать организованное и структурированное обучение после завершения начального образования, и это обучение должно опираться на последние научные данные и наработки в области предоставления медицинских услуг. Непрерывное профессиональное развитие (НПР) относится к возможностям обучения в течение всей профессиональной карьеры медицинского работника. Сюда входит непрерывное медицинское образование (НМО), непрерывное профессиональное образование (НПО) и обучение на базе лечебного учреждения без отрыва от работы (ОБОР). Термин НМО, как правило, используется для обозначения непрерывного профессионального образования врачей, тогда как НПО обозначает непрерывное профессиональное образование для других специалистов (29). ОБОР – это, как правило, краткосрочное обучение, которое проводится непосредственно в лечебном учреждении без отрыва от работы, в рабочее время медработника (29). Мероприятия по НПР должны быть максимально приближены к практическим реалиям МР, а не проводиться в учебных центрах (29). Этот процесс должен основываться на запросах, практике и возникающих проблемах, чтобы содействовать развитию способности медработников к размышлению и анализу, решению проблем, самостоятельному приобретению знаний и принятию профессиональной ответственности, причем в центре внимания должны находиться вопросы, с которыми приходится сталкиваться МР (21). Новые способы обретения знаний (ОБОР, интерактивное НПР) способствуют формированию междисциплинарных и межсекторальных бригад, заставляют лечащий персонал принимать участие в процессе планирования предоставления услуг, создавая благоприятные условия для СКПМУ. НПР является приоритетным направлением деятельности также и для Европейской комиссии (30, 31).

Полезные инструменты для организации НПР на основе компетенций включают следующие:

- Привлечение персонала к разработке и/или выбору приоритетов для НПР.
- Информационные стенды для персонала, где вывешиваются напоминания и размещаются учебные пособия.
- Привлечение профессиональных ассоциаций к созданию возможностей для НПР и ОБОР.
- Привлечение пациентов и ассоциаций пациентов к участию в мероприятиях по НПР в целях учета потребностей и ожиданий пациента.
- Планы обучения, разработанные совместно менеджерами/лидерами в лечебной работе и персоналом.
- Онлайн-тесты и курсы для прохождения сертификации.
- Непрерывное медицинское образование (НМО)
- Регулярное обучение без отрыва от работы, проводимое сотрудниками по актуальным темам в рабочее время.

Улучшение показателей работы на основе компетенций

Мониторинг и оценка показателей работы МР – это эффективный способ оценки качества услуг (29, 32). Оценка деятельности МР может осуществляться самими медработниками, их

коллегами равного статуса, наставниками, руководителями учреждения и пациентами, а также внешними органами (10).

Считается, что для улучшения показателей работы медработников на основе компетенций могут быть полезны следующие инструменты:

- Анкетирование пациентов для выявления степени их удовлетворенности или установка ящиков для жалоб и предложений.
- Сообщения о негативной реакции или анонимные сообщения о врачебных ошибках.
- Ежегодное проведение самооценки, которая позволяет определить сильные и слабые стороны с точки зрения компетенций.
- Совместные врачебные разборы.
- Ежегодная или периодическая аттестация.
- Оценки, отражающие результаты прошлых планов обучения и включающие разработку планов следующего этапа обучения.
- Клинический аудит.
- Наставничество.
- Коучинг.
- Ежегодная аттестация.
- Отчеты о возникновении побочных эффектов.
- Формы для жалоб и предложений пациентов.
- Структурированная оценка: тестирование либо в форме письменных экзаменов, либо в форме объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ).
- Внедрение клинических руководств и протоколов на доказательной основе для направления пациентов от одной услуги к другой.
- Регулярное проведение циклов PDSA¹ для совершенствования практики.

Функции руководства, основанные на компетенциях

Выдвижение отдельных лиц на руководящие должности, например, на должность старшего врача/медсестры, лидера в лечебной работе, менеджера или ведущего исполнителя играет важную роль в развитии и закреплении компетенций. Исследования показывают, что студенты хотят видеть в своих ролевых моделях такие качества (компетенции) как энтузиазм, сострадание, открытость, честность и хорошие отношения с пациентами (33). Эти ролевые модели могут дополнять роли других заинтересованных сторон, как указано в следующем разделе. Участие в приоритетных направлениях медицинского обслуживания, создание исключительного уровня доверия и налаживание отношений сотрудничества с коллегами равного статуса и лидерами пациентов готовит почву для перемен.

Для создания системы продвижения по службе на основе компетенций могут оказаться полезными следующие инструменты:

- Система передовиков/ролевых моделей, при которой некоторые коллеги выделяются как обладающие исключительными способностями и назначаются на роль наставников по различным компетенциям.
- Продвижение по служебной лестнице на основе компетенций, сопровождаемое финансовой компенсацией и повышением ответственности.
- Награждение почетными грамотами.
- Церемонии награждения.
- Публикации в СМИ.

¹ Циклы PDSA для тестирования изменений путем разработки плана для проверки изменения (Plan), выполнения теста (Do), наблюдения и извлечения уроков из последствий (Study) и определения того, какие изменения следует внести в тест (Act)

5. Стороны, заинтересованные в развитии и закреплении компетенций на уровне учреждений здравоохранения

В данном разделе описаны основные функции различных заинтересованных сторон на уровне учреждений здравоохранения, связанные с развитием и закреплением компетенций. Краткое описание этих функций приведено в таблице 4.

Руководители служб здравоохранения

В задачи руководителей служб здравоохранения входит осуществление контроля за деятельностью и обеспечение бесперебойного администрирования и руководства лечебными учреждениями. Руководители служб вырабатывают определенные навыки, относящиеся к выполнению их функций, и следят за обеспеченностью служб здравоохранения кадровыми, физическими и финансовыми ресурсами для развития и закрепления компетенций. Руководители также создают необходимые условия, чтобы помочь другим заинтересованным сторонам выполнять свои функции и обязанности.

Медицинские работники

Все медработники несут ответственность за развитие, а также активное и непрерывное совершенствование своих компетенций в соответствии с принципами ОНПВЖ. Это предполагает активное участие в найме и проведении вводного обучения новых медицинских работников, предоставление комментариев и отзывов относительно создания таких условий практики, которые будут благоприятствовать развитию их компетенции. Все они имеют моральную, если не юридическую обязанность выполнять предъявляемые к ним требования относительно НПР и активно участвовать в ОБОР, когда им это предлагается. МР активно участвуют в реализации планов повышения своей квалификации, позволяя конструктивно оценивать свою работу и проходить аттестацию.

Пациенты

Пациенты должны быть способны определять свои потребности и в конструктивной форме доводить их до сведения медработников. Пациенты должны обладать своими собственными, необходимыми им компетенциями, включая активную роль в приеме на работу МР, проведении вводного инструктажа и НПР, чтобы помочь МР лучше понимать, с чем сталкиваются пациенты и как они видят ситуацию. В случае, когда пациентами определяется область, требующая усовершенствования или развития, важно, чтобы эта информация была представлена пациентами напрямую, либо через организации пациентов или другие организации гражданского общества.

Семьи и неформальные помощники по уходу

Семьи пациентов и неформальные помощники по уходу лучше других понимают условия, в которых находятся пациенты, и их потребности и поэтому они находятся в более выгодном положении для выяснения компетенций, которыми должны владеть МР для оказания помощи, ориентированной на потребности пациента.

Ассоциации пациентов

Ассоциации пациентов обеспечивают организованное понимание и представление опыта взаимодействия пациентов с системой здравоохранения как потенциальные, нынешние и бывшие получатели медицинской помощи. Они несут ответственность за развитие и укрепление знаний и опыта своих "избирателей" в закреплении компетенций, необходимых для организации СКПМУ.

Лидеры в лечебной работе

Лидеры в лечебной работе - это медицинские работники, которые приняли на себя роль наставников для других МР на основании формального или неформального признания их владения какой-либо из компетенций или сразу всеми компетенциями. Лидеры в лечебной работе могут иметь любую медицинскую профессию (быть врачами, медсестрами, фармацевтами и т. д.). Лидеры в лечебной работе помогают своим подопечным в развитии и закреплении компетенций на собственном примере или при коллегиальной поддержке. Существуют различные инструменты, усиливающие способность лидеров в лечебной работе поддерживать своих коллег в развитии компетенций в рамках каждой из выявленных здесь стратегий. Лидеры в лечебной работе оказывают помощь конкурсным комиссиям, ориентируют новых сотрудников, дают конструктивные замечания и предложения в отношении работы своих коллег, определяют потребности группы в развитии и усовершенствовании профессионального мастерства и делятся своим опытом, помогая своим коллегам повысить качество работы.

Методисты по организации НПР

Методисты по организации НПР - это лица, в обязанность которых входит регулярный поиск ресурсов, создание и реализация возможностей для обучения в рамках НПР, включая такие виды обучения как НМО, НПО и ОБОР. Одновременное вовлечение представителей разных медицинских профессий в такое обучение является эффективным способом максимального использования преимуществ многопрофильной практики и оказания помощи различным медицинским работникам в понимании того, какая роль выполняется каждым из них в СКПМУ.

Группы специалистов, работающих над повышением качества

Группы по улучшению качества отвечают за систематический и регулярный мониторинг и оценку управленческих и лечебных процессов, знаний, навыков и компетенций, связанных с качеством медицинской помощи. В эту группу могут входить медицинские работники, ведущие лечебную работу, руководители и/или преподаватели. Такие группы, как правило, включают специалистов различного профиля и представителей разных профессий. Группы по улучшению качества периодически отчитываются перед всеми сотрудниками о сделанных ими выводах. Они работают в тесном сотрудничестве с менеджерами, лидерами в лечебной работе и методистами по организации НПР, чтобы способствовать развитию и закреплению компетенций в процессе НПР и помочь в найме на работу и проведении вводного обучения новых сотрудников.

Органы, регулирующие деятельность медицинских работников

Следует отличать органы, регулирующие деятельность медицинских работников, от профессиональных ассоциаций, поскольку они представляют интересы пациентов. Они формируют критерии, позволяющие специалисту начинать практику, и критерии качества функционирования и оценки жалоб пациентов. Органы, регулирующие деятельность медицинских работников, традиционно играют важную роль в непрерывном профессиональном развитии и обучении без отрыва от работы, давая необходимые знания и обучая медицинских работников для развития у них необходимых компетенций. Взаимодействие с органами, регулирующими деятельность медицинских кадров, является ценной возможностью обмениваться с медицинскими работниками, менеджерами и всеми заинтересованными сторонами основными трудностями и возможностями в деле совершенствования компетенций. Работа органов, регулирующих деятельность медицинских работников, более подробно рассматривается в разделе 6. Они могут давать рекомендации и оказывать

поддержку в разработке внутреннего трудового распорядка (34). При этом они представляют интересы населения.

Профессиональные ассоциации медицинских работников

Профессиональные ассоциации медицинских работников, в отличие от органов, регулирующих деятельность медицинских работников, представляют интересы медицинских работников и различных узких специалистов путем содействия в проведении исследований, обмене профессиональными знаниями и в сборе и предоставлении практического опыта и фактических данных. Профессиональные ассоциации поддерживают развитие и закрепление компетенций путем создания возможностей для НПР, проведения обучения без отрыва от работы и распространения соответствующей информации и новейших разработок в своей профессиональной области. Так же, как и органы, регулирующие деятельность медицинских работников, профессиональные ассоциации могут давать методические рекомендации относительно разработки внутреннего трудового распорядка и методических пособий. При этом они представляют интересы своей профессии. Например, Всемирной ассоциацией медицинских работников недавно были разработаны важные методические рекомендации для служб здравоохранения по созданию благоприятной среды для ведения практики (35).

Таблица 4: Роль заинтересованных сторон на уровне учреждений здравоохранения в развитии и закреплении компетенций

Заинтересованная сторона	Роль в развитии компетенций
Руководители учреждений	<ul style="list-style-type: none">• Контроль за надлежащим функционированием всех пяти стратегий закрепления компетенций.• Разработка должностных инструкций на основе компетенций для найма новых медработников.• Проведение вводного инструктажа (и/или обучения) для новых сотрудников.• Мобилизация ресурсов для закрепления компетенций: времени, финансовых средств, помещений.• Определение структуры образования в рамках НПР и необходимой инфраструктуры.• Аттестация сотрудников.• Ежегодный отчет перед руководителем о предоставлении услуг.• Осуществление контроля за практической реализацией законодательных требований.• Разработка структур планирования и мониторинга в масштабах всей службы, основанных на компетенциях, включая, концепцию развития службы и разработку стратегии.
Лечащий персонал (медицинские работники)	<ul style="list-style-type: none">• Оказание помощи в подборе и оценке потребностей новых сотрудников.• Активное участие в возможностях обучения, предоставляемых работодателем.• Активное вовлечение пациентов/населения в обсуждение вопросов улучшения услуг на индивидуальном уровне.• Формальное и неформальное взаимодействие с коллегами.• Участие в НПР, предоставляемом или поддерживаемом

Таблица 4: Роль заинтересованных сторон на уровне учреждений здравоохранения в развитии и закреплении компетенций

Заинтересованная сторона	Роль в развитии компетенций
	<p>работодателем.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Передача компетенций будущим МР в качестве наставника или коллеги равного статуса другим медработникам. • Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая разработку концепции и стратегии развития службы. • Оказание помощи в найме и обучении новых сотрудников.
Пациенты	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление отзывов и замечаний в отношении услуг до их получения, в процессе и после предоставления (определение потребностей). • Оказание помощи в найме и обучении новых сотрудников. • Активное участие в консультациях и составлении плана помощи. • Участие в разработке, реализации и оценке возможностей для НПР. • Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Родственники или круг обеспечивающих ухода и неформальных помощников по уходу	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление конструктивных комментариев и замечаний в отношении услуг до их получения, в процессе и после предоставления (определение потребностей). • Оказание помощи в найме и обучении новых сотрудников. • Активное участие в консультациях и составлении плана помощи. • Участие в разработке, реализации и оценке возможностей для НПР. • Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Ассоциации пациентов	<ul style="list-style-type: none"> • Оказание помощи пациентам в предоставлении отзывов о качестве услуг в конструктивной форме, свидетельствующей о развитии и закреплении компетенций. • Повседневное взаимодействие с медицинскими работниками в медицинском учреждении. • Предоставление методических рекомендаций, необходимых для развития НПР и механизмов обратной связи, используемых при оценке компетенций. • Участие в ежегодных обзорах функционирования всей службы. • Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Лидеры в лечебной работе	<ul style="list-style-type: none"> • Оказание помощи в отборе и обучении новых сотрудников. • Формальное и неформальное наставничество коллег. • Участие в мероприятиях по НПР для оптимизации своей роли лидера в лечебной работе. • Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Методисты по организации НПР	<ul style="list-style-type: none"> • Организация обучения без отрыва от работы, непрерывного профессионального образования и непрерывного медицинского образования на местах. • Определение учебных материалов, необходимых для развития компетенций и стратегий для НПР. • Разработка учебных материалов, актуальных для данной службы здравоохранения, в различных форматах для ежедневного или

Таблица 4: Роль заинтересованных сторон на уровне учреждений здравоохранения в развитии и закреплении компетенций

Заинтересованная сторона	Роль в развитии компетенций
	<p>периодического использования.</p> <ul style="list-style-type: none">• Повседневное содействие развитию компетенций среди персонала.• Оказание помощи при выборе новых сотрудников.• Поддержка МР клиническими руководствами и другими учебными материалами, необходимыми в повседневной работе.• Участие в проведении ежегодного обзора деятельности всей службы.• Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Группы по улучшению качества	<ul style="list-style-type: none">• Оценка соответствия качества услуг компетенциям медицинских работников.• Оказание помощи при выборе новых сотрудников.• Предоставление знаний и практического опыта для разработки клинических руководств и другой информации, необходимой в повседневной работе.• Предоставление знаний и практического опыта для методистов по организации НПР.• Участие в проведении ежегодного обзора деятельности всей службы• Внесение предложений и оказание помощи по осуществлению преобразований, основанных на потребностях в улучшении качества.• Участие в проведении ежегодного обзора деятельности службы• Участие в планировании и мониторинге работы всей службы, включая концепцию развития и стратегию службы.
Органы, регулирующие деятельность медицинских работников	<ul style="list-style-type: none">• Рассмотрение и оценка жалоб пациентов/населения.• Обеспечение профессионального саморегулирования и аккредитации услуг на основе компетенций.• Регулярное взаимодействие с медработниками в целях обеспечения знания ими стандартов, правил и компетенций, которыми они должны владеть.
Ассоциации медицинских работников	<ul style="list-style-type: none">• Обязанность разрабатывать клинические руководства.• Регулярное взаимодействие с медицинскими работниками на уровне учреждений здравоохранения.• Осуществление НПР или предоставление специальных знаний, необходимых для развития системы НПР или ОБОР.

6. Стратегии, инструменты закрепления компетенций и заинтересованные стороны на уровне системы

В данном разделе описаны стратегии и инструменты, благоприятствующие закреплению компетенций, и заинтересованные стороны на уровне системы.

Разработка принципов, основанных на видении будущего

Помимо прогнозирования и планирования необходимой численности будущих медицинских работников, руководители определяют концепцию развития услуг здравоохранения. Например, преобразование медицинских услуг в целях организации СКПМУ обеспечивает ориентацию на компетенции МР, которые необходимо усиливать и развивать. Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения также служат важной отправной точкой для определения ролей и обязанностей в области формирования и управления КРЗ (36, 37) и для создания систем оценки и мониторинга (38, 39).

Трансформация моделей образования

Глобальная независимая комиссия по образованию КРЗ, сопредседателем которой является Julio Frenk (9), подняла вопрос о необходимости пересмотра системы профессионального образования и отнесла устойчиво сохраняющиеся различия и несправедливость в отношении здоровья на счет устаревших и негибких стратегий образования. Комиссия призывает *всех медицинских работников, во всех странах получить такое образование, которое позволит им использовать свои знания, критически мыслить и придерживаться принципов этического поведения, чтобы быть компетентными работниками в системах здравоохранения, ориентированных на потребности пациентов и населения, и работать в коллективах, реагирующих на потребности на местном уровне и связанных друг с другом на глобальном уровне.* Комиссия определяет полноценное образование как последовательный трехступенчатый процесс, начинающийся с *познавательного («информативного»)* образования, которое предполагает приобретение знаний; за ним следует «формативное», или формирующее образование, при помощи которого студенты социализируются и сплачиваются вокруг ценностей своей работы/профессии; кульминацией процесса является желаемое в конечном итоге «трансформативное образование», которое готовит студентов к роли лидеров и мобилизации положительных ценностей, основанных на знаниях. Трансформативное образование требует дополнительных инвестиций в групповое, интегративное, проблемно-ориентированное обучение и обучение на основе местных реалий и образовательных ресурсов.

Тем не менее, по имеющимся данным, инвестиции в образование всегда незначительны в сравнении с той важной ролью, которую оно играет в подготовке компетентных медицинских кадров (40). Не менее важную роль играют регулирование и оценка возможностей получения образования и профессионального обучения.

Привлечение более широкого сообщества заинтересованных сторон

Ключевым способом устранения разрыва между трансформативным образованием и практикой является привлечение современных специалистов-практиков и лидеров из служб здравоохранения к участию в начальном профессиональном образовании будущих медицинских работников. В работах Hastings (12) и Carr и др. (41) показано, как такое участие может иметь место и уже имеет место в службах здравоохранения. Несмотря на появление большего количества фактов, подтверждающих улучшение показателей здоровья с ростом вовлеченности заинтересованных сторон на уровне предоставления услуг (41,42,43,44), было

бы желательно иметь еще больше фактических данных и продолжать улучшения на уровне систем (36).

Усиление деятельности в области планирования и прогнозирования

Базы данных МР могут содержать информацию о динамично меняющихся характеристиках медработников (образование, возраст и пол), статусе занятости и профессиональном составе МР (45). Существует несколько методологических проблем, препятствующих прогнозированию и планированию (46,47): отсутствие достоверной информации для определения исходной ситуации, доступ к информации о частном секторе, миграция и т. д. Учет изменений, которые происходят в секторе здравоохранения, и адаптация к ним в базах данных происходит медленно, что затрудняет проведение оценки в реальном времени и сравнение данных за различные периоды. Также для того, чтобы можно было оценить преобразования, необходимые для достижения СКПМУ, базы данных МР должны будут все в большей степени отражать, среди прочих важных компетенций, также процессы, организацию труда, взаимодействие между сотрудниками (48).

Содействие развитию многопрофильного образования

Согласно имеющимся данным, показатели здоровья улучшаются и возрастает удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, если поставщики медицинской помощи координируют свою помощь (49). Чтобы избежать фрагментации при оказании услуг, все поставщики медицинской помощи, такие как врачи, специалисты общественного здравоохранения, медсестры, акушерки, санитары, специалисты, работающие на уровне местного сообщества, фармацевты, работники, проводящие специализированные лечебные процедуры, социальные работники и многие другие должны работать сообща, ставя потребности людей в центр внимания своей деятельности. Учреждения начального профессионального образования могут способствовать развитию междисциплинарной культуры среди будущих медицинских работников (9), определяя стандарты оказания помощи бригадным методом, для чего в процессе начального теоретического и практического профессионального образования организуется многопрофильное обучение.

Усиление роли регулирующих органов

Регулирование деятельности медработников осуществляется в целях обеспечения защиты населения. Существуют как минимум три сферы, которые следует регулировать в целях содействия закреплению компетенций: медицинские работники, образование и НПР и услуги здравоохранения. Важным инструментом для достижения этой цели является аккредитация. Органы, регулирующие деятельность медицинских работников, например, осуществляют выдачу лицензий специалистам. Аккредитация учебных заведений и медицинских услуг осуществляется путем выдачи лицензий или сертификатов.

Органы, регулирующие деятельность медицинских работников

Саморегулирование обеспечивает качество медицинских работников, услуг и инициатив в области образования и обучения (10). Это способствует критическому осознанию медработниками своих достижений и расширяет их возможности. Саморегулирование предполагает, что правительство заключает соглашение с определенной профессиональной группой, которая берет на себя ответственность за формальное регулирование деятельности своих членов. Такое делегирование полномочий позволяет профессиональным организациям контролировать начало профессиональной деятельности, ее завершение и перееквалификацию медицинских работников. В Европейском регионе саморегулирующиеся профессиональные органы называются «коллегиями» или «палатами». Профессиональное саморегулирование дает

возможность правительству не инвестировать средства в приобретение знаний и опыта для мониторинга стандартов клинической практики и помощи. Предоставляя возможность профессионального саморегулирования, правительство перекладывает ответственность за мониторинг и оценку на самих специалистов данной профессии. Регулирующие органы ежегодно представляют в правительство отчетность и процедуру рассмотрения жалоб пациентов. Органы, регулирующие деятельность медицинских работников, при проведении оценок качества функционирования и лицензировании медицинских работников должны руководствоваться компетенциями.

Регламентирование начального профессионального образования и НПП

Регламентирование образования и профессиональной подготовки направлено на обеспечение соответствия начальных знаний и навыков определенному стандарту. Регулируя образование и профессиональную подготовку на основе компетенций, руководители способствуют приведению компетенций, необходимых на уровне оказания услуг, в соответствие с компетенциями, которые вырабатываются в процессе начального образования. Примером ассоциации, которой было подготовлено руководство по аккредитации учебных заведений на основе компетенций, является Всемирная федерация медицинского образования (WFME). В Европейском регионе стандарты образования и обучения могут определяться, а в некоторых случаях уже определяются положениями Болонской декларации и требованиями Европейской ассоциации гарантии качества в высшем образовании (ENQA). Эти международные процессы играют большую роль в дальнейшем обеспечении гармонизации стандартов учреждений начального профессионального образования во всех государствах-членах и освоения этих компетенций студентами, независимо от мобильности МР.

Регулирование медицинских услуг

Системы здравоохранения прибегают к помощи регулирующих органов, которые обеспечивают соответствие услуг заранее установленному стандарту. Кроме обеспечения соответствия стандартам, организация может присваивать звание учреждения профессионального совершенства тем учреждениям, которые демонстрируют образцовые услуги. При возрастающем внимании, уделяемом компетенциям МР, регулирующие органы могут использовать любой из этих методов для установления стандартов, способствующих закреплению компетенций, и поощрения за их соблюдение.

Усиление роли профессиональных ассоциаций

Профессиональные ассоциации выступают в защиту интересов медицинских работников, и поэтому они заинтересованы в оказании помощи МР в их практике, предоставляя им самые современные фактические данные. Профессиональные ассоциации могут разрабатывать образовательные программы для будущих медицинских работников и обучать уже работающих МР в соответствии с теми компетенциями, которые считаются важными для СКПМУ. Это следует делать при тесном сотрудничестве с учреждениями начального образования и руководителями служб здравоохранения, чтобы эта деятельность была актуальна для всех медицинских учреждений. Поддержка развития компетенций может осуществляться со стороны профессиональных ассоциаций путем включения членом ассоциаций в состав экзаменационной комиссии, групп по разработке учебных программ и в число преподавателей, а также путем участия в комиссиях по найму сотрудников.

Усиление механизмов ознакомления с потребностями пациентов

Ассоциациями пациентов поддерживаются компетенции, необходимые для СКПМУ, поскольку они озвучивают потребности и проблемы пациентов, их родственников и неформальных помощников по уходу, а также то, как эти люди оценивают полученное ими медицинское обслуживание. Ассоциации пациентов высказывают комментарии и замечания в отношении работы МР, поддерживают разработку учебных программ для медицинских

работников, устанавливают ориентиры для сравнения и показатели предоставления услуг. Ассоциации помогают пациентам ориентироваться в системе здравоохранения, выражать свои потребности и предпринимать необходимые действия в отношении лечения, методов и моделей предоставления помощи, использовать различные технические средства для контроля состояния собственного здоровья, обеспечивают обмен информацией и социальную поддержку не только пациентам, но и неформальным помощникам по уходу. Они также помогают в распространении соответствующих материалов и действуют согласованно и в партнерстве с органами, регулирующими деятельность медицинских работников, профессиональными ассоциациями, правительством, службами и учреждениями начального профессионального образования. Кроме того, ассоциации пациентов могут оказывать помощь в разработке компетенций, которыми должны владеть пациенты. Несмотря на эти важнейшие функции и роли, которые должны выполнять ассоциации пациентов, Форум европейских пациентов пришел к выводу, что организациям пациентов не хватает достаточного потенциала для представления всех потребностей пациентов и передачи их по адресу (50).

В таблице 5 представлен обзор инструментов по каждой из описанных выше стратегий заинтересованных сторон, которые на уровне системы поддерживают закрепление компетенций для СКПМУ.

Таблица 5: Стратегии и инструменты, используемые заинтересованными сторонами на уровне системы

Заинтересованная сторона	Стратегия	Инструменты
Министерство здравоохранения	Планирование КРЗ на основе компетенций	<ul style="list-style-type: none"> Участие в механизмах и мероприятиях по планированию и прогнозированию с точки зрения необходимости развития определенных компетенций². Создание информационных систем и обсерваторий для планирования, прогнозирования и мониторинга потребностей населения в отношении необходимых компетенций. Вовлечение заинтересованных сторон в процесс планирования и прогнозирования
	Концепции стратегического развития, сформированные с учетом СКПМУ	<ul style="list-style-type: none"> Разработка стратегии предоставления услуг здравоохранения. Разработка стратегии развития КРЗ. Вовлечение ассоциаций пациентов, учреждений начального профессионального образования, руководителей служб здравоохранения, профессиональных ассоциаций и регулирующих органов в разработку стратегий в области медицинских услуг и стратегий в отношении КРЗ.
	Достаточная обеспеченность финансовыми ресурсами для образования и обучения МР	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование с регулирующими органами, руководителями служб, ассоциациями пациентов, профессиональными ассоциациями и учебными заведениями по вопросам потребностей в образовании и обучении. Составление бюджета образования и обучения МР по согласованию со всеми заинтересованными сторонами.
Учебные заведения начального профессионального образования	Отбор абитуриентов на основе компетенций	<ul style="list-style-type: none"> Разработка критериев и инструментов отбора на основе необходимых компетенций в тесном сотрудничестве с руководителями служб, ассоциациями пациентов, профессиональными ассоциациями и коллегами.
	Компетентностно-ориентированные модели	<ul style="list-style-type: none"> Внедрение моделей трансформативного образования³.

Таблица 5: Стратегии и инструменты, используемые заинтересованными сторонами на уровне системы

Заинтересованная сторона	Стратегия	Инструменты
Учебные заведения начального профессионального образования	образования	<ul style="list-style-type: none"> • Внедрение перекрестного обучения медицинских работников путем использования возможностей междисциплинарного образования. • Вовлечение ассоциаций пациентов, служб здравоохранения, практикующих работников, профессиональных ассоциаций и регулирующих органов в разработку и осуществление начального профессионального образования.
	Оценка на основе компетенций (уровень новичков)	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка и внедрение разнообразных инструментов оценки, позволяющих выявить владение компетенциями на уровне новичков (22). • Привлечение ассоциаций пациентов, служб здравоохранения, практикующих специалистов, профессиональных ассоциаций и регулирующих органов к оценке владения компетенциями на уровне новичков.
	Сертификация медработников	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка, внедрение и/или аккредитация экзаменов на право получения диплома медицинского работника. • Разработка основных компетенций в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями, ассоциациями пациентов и руководителями служб. • Участие в диалогах по вопросам политики. • Предоставление этих стандартов сертификации в пользование общественности и работников здравоохранения.
Органы, регулирующие деятельность медицинских работников	Регистрация медицинских работников	<ul style="list-style-type: none"> • Ведение реестра медицинских работников. • Контроль за сроками действия лицензий. • Обеспечение соблюдения требований относительно НПП. • Доведение регистрационных требований до сведения общественности и МР.
	Переаттестация медработников	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка периодических экзаменов для переаттестации медицинских работников. • Доведение этих критериев переаттестации до сведения общественности и МР.
	Оценка профессиональной пригодности медработников	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка стратегии оценки компетенций рассматриваемой профессии в ходе консультаций с участием многих заинтересованных сторон для улучшения показателей здоровья. • Обсуждение мер дисциплинарного воздействия на медицинских работников при возникновении необходимости. • Официальное информирование общественности о проблемах безопасности, связанных с профессиональным поведением и стандартами медицинской помощи.
Органы, регламентирующие образование и обучение	Аккредитация учреждений начального профессионального образования в соответствии с желаемыми компетенциями	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержка и признание учебных заведений, которые соблюдают стандарты компетентности. • Взаимодействие со службами здравоохранения для обеспечения соответствия стандартов требованиям практики. • Проведение периодического мониторинга и оценок для обеспечения поддержания стандартов. • Стимулирование учебных заведений, поддерживающих развитие и закрепление компетенций.
	Аккредитация возможностей	<ul style="list-style-type: none"> • Утверждение и признание возможностей НПП как

Таблица 5: Стратегии и инструменты, используемые заинтересованными сторонами на уровне системы

Заинтересованная сторона	Стратегия	Инструменты
	НПР для подготовки МР в соответствии с компетенциями, необходимыми для СКПМУ	<ul style="list-style-type: none"> • соответствующих стандартам компетенций. • Взаимодействие с учреждениями здравоохранения для обеспечения соответствия стандартов потребностям практики. • Проведение периодического мониторинга и оценок для обеспечения поддержания стандартов. • Стимулирование возможностей НПР, помогающих поддерживать развитие и закрепление компетенций.
Органы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения	Аккредитация учреждений здравоохранения как способных поддерживать МР в развитии и закреплении компетенций	<ul style="list-style-type: none"> • Одобрение и признание учреждений, которые соблюдают стандарты развития и закрепления компетенций. • Взаимодействие с учреждениями здравоохранения для обеспечения соответствия стандартов потребностям практики. • Проведение периодического мониторинга и оценок для обеспечения поддержания стандартов. • Поощрение учреждений, поддерживающих развитие и закрепление компетенций .
	Выработка фактических данных и разработка клинических руководств	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка клинических руководств, касающихся формирования компетенций, необходимых для СКПМУ, по согласованию с учреждениями здравоохранения и учреждениями начального профессионального образования. • Разработка клинических руководств, которые включают принципы СКПМУ, но не ограничиваются ими. • Разработка доказательной базы для вклада медицинских работников в улучшение итоговых показателей здоровья населения. • Обмен этой информацией в рамках диалога по вопросам политики.
Ассоциации медработников	Укрепление системы начального профессионального образования и возможностей НПР	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие образовательных возможностей для будущих МР и обучения уже работающих МР в соответствии с компетенциями, которые считаются важными для предоставления услуг. • Содействие включению медработников в состав экзаменационных комиссий, разработчиков учебных программ и привлечение в качестве преподавателей в образовательные или учебные мероприятия, развивающие компетенции медработников.
	Представление профессиональных интересов	<ul style="list-style-type: none"> • Участие в диалогах по вопросам политики. • Развитие основных компетенций в тесном сотрудничестве с ассоциациями пациентов, профессиональными коллегиями и руководителями учреждений.
Ассоциации пациентов	Поддержка принятия клинических решений и действий медицинских работников на основе компетенций	<ul style="list-style-type: none"> • Выработка фактических данных и разработка руководств на основе передовой практики по компетенциям, необходимым для СКПМУ. • Предоставление методологической помощи и инструментов для подготовки медработников к оценке их компетенций. • Развитие основных компетенций в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями, профессиональными коллегиями и руководителями служб.

Таблица 5: Стратегии и инструменты, используемые заинтересованными сторонами на уровне системы

Заинтересованная сторона	Стратегия	Инструменты
		<ul style="list-style-type: none"> • Обмен этой информацией в рамках диалогов по вопросам политики. • Оказание помощи в определении показателей, касающихся услуг здравоохранения, которые должны контролироваться руководителями.
	Поддержка активного участия пациентов в предоставлении медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Определение и выработка аналитической информации, связанной с компетенциями пациентов. • Проведение разъяснительной работы с пациентами для информирования об их правах и обязанностях в предоставлении услуг. • Предоставление пациентам инструментов для укрепления их компетенций.
	Предоставление экспертных знаний, важных для формирования структуры систем здравоохранения и предоставления медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Организация информационных кампаний по защите интересов пациентов. • Формирование конструктивных механизмов для предоставления возможности пациентам давать свои отзывы в отношении структуры систем здравоохранения и формата предоставления медицинских услуг.

Библиография

1. Европейское региональное бюро ВОЗ. (2012 г.). Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.
2. WHO. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. Geneva: World Health Organization.
3. Европейское региональное бюро ВОЗ. (2015 г.). Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.
4. Европейское региональное бюро ВОЗ. (2013 г.). Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей в Европейском регионе ВОЗ: дорожная карта. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.
5. ВОЗ. (2006 г.). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
6. Mikkelsen-Lopez, I., Wyss, K., & de Savigny, D. (2011). An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights*, 11(13).
7. WHO. (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Geneva: World Health Organization.
(http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/, accessed January 15, 2014).
8. WHO PAHO. (2013). Core competencies for public health: A regional framework for the Americas. Washington: World Health Organization.
9. Frenk, J. Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D, Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Vol. 376: 1923-1958.
10. Merkur, S., Mladovsky, P., Mossialos, E, and McKee, M. (2008). *Policy Brief: Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practice?* Copenhagen: World Health Organization.
11. Horsley, T. Grimshaw, J. and Campbell, C. (2010). *Policy Brief: How to create conditions for adapting physician's skills to the new needs and lifelong learning?* Copenhagen: World Health Organization.
12. Hastings, S., Armitage G.,Mallinson, S., Jackson, K., Suter, E. 2014. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. *Health Services Research*. 14:479
13. Dreyfus S, Dreyfus H. 1980. A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. California University Berkeley Operations Research Centre [monograph on the Internet]. (accessed on February 3, 2015 from: <http://www.dtic.mil/dtic/index.html>)
14. Benner, P. 1982. From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*. 82 (3): 402-407.
15. Gruppen et al. (2012). The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Human resources for health*. 10 (43).
16. Hoge M.A., M.J.A., Laraia M., Pomerantz A., & Farley, T. (2014). Core Competencies for Integrated Behavioural Health and Primary Care. Washington, DC: SAMHSA - HRSA Centre for Integrated Health Solutions.

- (http://www.integration.samhsa.gov/workforce/Integration_Competencies_Final.pdf , accessed January 15, 2014)
17. Norcini JJ. (2005). Current perspectives in assessment: the assessment of performance at work. *Journal of Medical Education*. 39: 880-889.
 18. Norcini JJ, Burch V: Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical Teaching*. 29: 855-871.
 19. Nancarrow, S. (2015). Six principles to enhance health workforce flexibility. *Human Resources for Health*. 13 (9):1-12.
 20. Institute of Medicine.(2003). *Health Professions Education: A bridge to Quality*. Washington, DC: National Academies Press.
 21. Jungnickel, PW et al. (2009). Addressing Competences for the Future in the Professional Curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 73 (8): Article 156.
 22. Epstein and Hundert. 2001. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 287(2): 226 – 236.
 23. WHO. (2011). Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Geneva: World Health Organization.
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/ , accessed January 15, 2014)
 24. Frank JR, Snell L, et al. Draft CanMEDS 2015 Physician Competency Framework – Series I. (http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_IV_e.pdf Accessed on January 15, 2015)
 25. ICN (2012). *Reforming Primary Health Care: A nursing perspective*. Geneva: International Council of Nurse.
 26. DiGioia, A.M., 3rd, et al., *Integrating patient- and family-centered care with health policy: four proposed policy approaches*. Quality management in health care, 2013. 22(2): p. 137-45.
 26. WHO. 2013. Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: World Health Organization. (<http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order-and-download>, accessed January 15, 2014)
 27. NHS (2008). *Quality and service improvement tools for the NHS*. London: National Health Services.(http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/plan_do_study_act.html, accessed May 2015)
 28. Peck, C., McCall, M., McLaren, B. and Rotem, T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000 Vo. 320: 432-435.
 29. European Commission. (2008). *Green Paper On the European Workforce for Health*. Brussels: European Commission.
 30. European Union Health Programme (2015). Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Brussels: European Commission.
(http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/continuous_professional_development/index_en.html, accessed February 2015)
 31. Bluestone, J. , Johnson, P., Fullerton, J., Carr, C., Alderman, J. and BonTempo, J. (2013) Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. *Human Resources for Health*. 11(51): 1-26.
 32. Paice, E., S. Heard, and F. Moss, 2002. *How important are role models in making good doctors?* *BMJ*, 325(7366): p. 707-10
 33. Wiskow, C., Albrecht, T. and de Pietro, C. (2010). How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. Policy Brief. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies and Health Evidence Network.

34. WHPA. (2008). *Positive practice environments for health care professionals*. (http://www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf accessed April 10, 2015)
35. Dieleman, M. S. (2011). Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Human Resources for Health*, 1-10.
36. Kaplan, A. D. (2013). Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low and middle-income countries? *Human Resources for Health*, 1-12
37. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/200009/Handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-Eng.pdf?ua=1
38. WHO. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/ru/
39. WHO. (2011). *Transformative Scale Up of Health Professional Education*. Geneva: World Health Organization.
40. Carr, D., Howells, A., Chang, M., Hirji, N., and English, A. (2009). An Integrated Approach to Stakeholder Engagement. *Healthcare Quarterly*, 12: 62-70.
41. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.
42. Mallery, C., Ganachari, D., Fernandez, J., Smeeding, L., Robinson, S., Moon, M., Lavalley, D., Siegel, J. (2012). *Innovative Methods in Stakeholder Engagement: An Environmental Scan*. American Institutes for Research and Agency for Healthcare Research and Quality. (http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/tasks/sites/ehc/assets/File/CF_Innovation-in-Stakeholder-Engagement_LiteratureReview.pdf, Accessed May 12, 2015). <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/tools-andresources/how-to-get-involved-in-the-effective-health-care-program/>
43. Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., et al. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*.32: 223-231.
44. OECD. (2012). *New Skills for New Jobs in Health: Ensuring a Stable Health Workforce in the OECD*. Paris
45. Dal Poz, M.R., Kinfu, Y., Dräger, S. and Kunjumen, T. (2007). *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Geneva: World Health Organization.
46. Dubois, C.A., McKee, M., and Nolte, E. (2006). *Human Resources for Health in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open UP.
47. Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., and Padaiga, Z. (2010). *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Assessing future health workforce needs*. Policy Brief. Leuven: European Observatory on Health Systems and Policies and the Health Evidence Network.
48. Antonelli R, McAllister J, Popp J. Making care coordination a critical component of the pediatric health system: a multidisciplinary framework. US: The Commonwealth Fund; 2009.
49. WHO Europe (2015). Working together for better health outcomes in Europe: strategic health system strengthening priorities and areas for collaboration. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2015/05/partners-meeting-on-strategic-health-system-strengthening-priorities-and-areas-for-collaboration>, accessed May 24, 2015)

Приложение 1: Инструменты, поддерживающие компетентно-ориентированную среду клинической практики

Инструменты	Применение	Результаты
1. Многопрофильная и комплексная оценка	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Использование многоплановых, многопрофильных диагностических инструментов, предназначенных для сбора данных о медицинских, психосоциальных и функциональных возможностях и ограничениях пациентов. ▪ Подчеркивает функциональный статус и качество жизни 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Предупреждение повторной госпитализации. ▪ Понимание потребностей пациентов. ▪ Улучшение итоговых показателей здоровья.
2. План оказания многопрофильной помощи	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Междисциплинарное решение проблем. ▪ Разбор клинических случаев. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Повышение рациональности и действенности помощи. ▪ Улучшение итоговых показателей здоровья.
3. Протоколы совместного оказания помощи	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Распространение руководств по направлению к местным специалистам. ▪ Описывается, как могут быть распределены обязанности по совместному ведению пациента или назначению лекарственного средства между специалистом и врачом ПМСП. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Улучшение координации помощи. ▪ Облегчается планомерный перенос лечения индивидуального пациента с уровня вторичной медико-санитарной помощи на уровень общей врачебной практики. ▪ Улучшение итоговых показателей здоровья.
4. Документы, необходимые для обеспечения скоординированного перехода между уровнями и видами оказания помощи	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сверка лекарственных средств, принимаемых пациентом. ▪ Протокол выписки пациента. ▪ Стандартный выписной эпикриз. ▪ Использование электронных уведомлений о выписке. ▪ Доступ к выписному эпикризу через Интернет для врачей общей практики. ▪ Электронные инструменты, способствующие быстрому созданию понятного и структурированного медицинского заключения. ▪ Обучение пациентов. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Улучшение координации помощи. ▪ Улучшение итоговых показателей здоровья.
5. Документы по скоординированной помощи на дому и на уровне сообщества	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Домашний патронаж/постоянный контакт с пациентами. ▪ Отслеживание направлений. ▪ Своевременный осмотр пациента после выписки из стационара и регулярная работа с пациентом. ▪ Обучение пациентов. ▪ Привлечение медицинских работников – носителей разных культурных традиций для работы по профилактике хронических заболеваний и обучению пациентов 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Улучшение показателей здоровья.

Приложение 1: Инструменты, поддерживающие компетентно-ориентированную среду клинической практики

Инструменты	Применение	Результаты
	<p>самостоятельному ведению болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Межведомственные координационные комитеты или медперсонал, работающий на стыке секторов, вовлеченный в процесс совместного планирования услуг ▪ Официальное межведомственное соглашение о сотрудничестве. ▪ Единый план оказания помощи с описанием обязанностей всех учреждений. ▪ Принятие клинических руководств, основанных на доказательной медицине. ▪ Мероприятия по оказанию социальной поддержки. 	
6. Делегирование полномочий на основе компетенций	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Передача ответственности или полномочий другому лицу для осуществления конкретных видов деятельности. ▪ Подбор доз лекарственных средств в соответствии с протоколом. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Улучшение итоговых показателей здоровья.
7. Организация предоставления услуг в одном месте	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Организация предоставления разных услуг несколькими поставщиками в одном и том же месте. ▪ Порядок взаимодействия между поставщиками, включая использование контрактов, межведомственных соглашений и административно-финансовых услуг, таких как услуги персонала по приему и поддержке пациентов, выставление счетов и планирование приема пациентов. ▪ Использование общих менеджеров по ведению случаев или координаторов помощи, проведение общих консультаций, совместные разборы клинических случаев и параллельное лечение. ▪ Сохранение отдельных систем, но предоставление поставщикам доступа к медицинским документам друг друга, использование детальных форм направлений и ведение отдельной, но совместно используемой медицинской документации. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Улучшение координации помощи. ▪ Улучшение доступа пациентов к услугам (что важно в отношении «стигматизированных» услуг). ▪ Повышение уровня удовлетворенности пациентов. ▪ Повышение степени удовлетворенности всех поставщиков. ▪ Более положительное отношение пациентов к направлениям на получение услуг по охране психического здоровья. ▪ Расширение общения с другими поставщиками, работающими в том же месте. ▪ Повышение качества направлений (правильность выбора, своевременность, более высокий процент завершения).
8. Электронный обмен данными	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Обмен документами между компьютерами поставщиков медико- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Повышение приверженности к

Приложение 1: Инструменты, поддерживающие компетентно-ориентированную среду клинической практики

Инструменты	Применение	Результаты
9. Приложения для телемониторинга и электронного здравоохранения	<p data-bbox="549 450 788 477">санитарной помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 510 986 842">▪ Дистанционный сбор параметров с многокомпонентными данными с помощью периферийных устройств (включая артериальное давление, сердечный ритм, пульсоксиметрию, показания пиковой скорости выдоха, показания глюкометра, цифровую стетоскопию, ЭКГ-мониторинг), которые передаются медицинскому персоналу для анализа и интерпретации. <li data-bbox="496 846 986 936">▪ Использование коммуникационных технологий для дистанционного мониторинга состояния здоровья. <li data-bbox="496 940 986 967">▪ Личные медицинские карты. <li data-bbox="496 972 986 1451">▪ Телемониторинг может включать в себя видео-мониторинг в режиме реального времени, необходимый как для наблюдения за активностью, так и для имитации очного приема пациента. Видео можно использовать в целях обучения пациента и получения визуальной информации, такой как оценка общего внешнего вида, и для мониторинга ухода за ранами. Кроме того, можно использовать систему видеоконференции для устранения неполадок в работе оборудования и инструктажа (или переподготовки) по использованию оборудования. 	<p data-bbox="1059 450 1299 506">соблюдению планов лечения и помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1007 510 1380 537">▪ Снижение смертности. <li data-bbox="1007 542 1380 598">▪ Снижение числа случаев повторной госпитализации. <li data-bbox="1007 602 1380 692">▪ Сокращение обращений в отделения неотложной помощи. <li data-bbox="1007 696 1380 752">▪ Снижения числа случаев обострения. <li data-bbox="1007 757 1380 846">▪ Сокращение количества койко-дней при госпитализации. <li data-bbox="1007 851 1380 878">▪ Улучшение качества жизни. <li data-bbox="1007 882 1380 936">▪ Повышение уровня знаний о заболевании.
10. Общие регистры и/или методы отслеживания процесса помощи/состояния здоровья	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 1458 986 1514">▪ Единые протоколы обеспечения качества 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1007 1458 1380 1576">▪ Повышение степени приверженности к соблюдению планов лечения и помощи.
11. Организованные совещания, на которых пациенты участвуют в принятии решений	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 1644 986 1700">▪ Совместный контроль ведения консультации. <li data-bbox="496 1704 986 1794">▪ Решения о вмешательствах или ведении нарушений здоровья принимаются вместе с пациентом. <li data-bbox="496 1798 986 2033">▪ Акцент в процессе консультации на пациенте как целостной личности, имеющей индивидуальные предпочтения, помещенные в социальные контексты (в противоположность акценту на какой-либо части организма или на заболевании). 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1007 1644 1380 1700">▪ Улучшение оценки качества жизни. <li data-bbox="1007 1704 1380 1760">▪ Повышение уровня знаний о заболевании. <li data-bbox="1007 1765 1380 1854">▪ Согласованность оказываемой помощи с потребностями пациента. <li data-bbox="1007 1859 1380 1973">▪ Повышение степени приверженности к соблюдению планов лечения и помощи.

Приложение 1: Инструменты, поддерживающие компетентно-ориентированную среду клинической практики

Инструменты	Применение	Результаты
12. Методические пособия и материалы по просвещению пациентов/самостоятельному ведению болезни	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сопровождения бригад помощи. ▪ Сообщение информации, адаптированной к конкретному случаю, при очном приеме. ▪ Традиционные лекции. ▪ Дискуссии. ▪ Имитационные игры. ▪ Компьютерная техника. ▪ Письменный материал. ▪ Аудиовизуальные источники. ▪ Вербальное воспоминание. ▪ Проведение ролевых игр. ▪ Применение "легкочитаемых" информационных листовок. ▪ Просвещение с целью стимулирования самолечения. ▪ Поддержка по телефону как прямое взаимодействие между пациентом и медицинским работником либо в плановом порядке, либо в экстренных случаях для обсуждения симптоматики, инструктирования и научения. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Повышение санитарной грамотности и улучшение коммуникации. ▪ Снижение состояния тревожности. ▪ Повышение удовлетворенности.
13. Средства поддержки неформальных помощников по уходу	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Предоставление информации в качестве руководства или совета. ▪ Предоставление материальных средств (например, транспорта, денег или физической помощи). ▪ Эмоциональная поддержка, включающая вербальное и невербальное общение с выражением заботы и заинтересованности. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Снижение степени дистресса благодаря восстановлению чувства собственного достоинства и возможности выразить свои эмоции. ▪ Повышение субъективной оценки контроля над ситуацией благодаря снижению замешательства и предоставлению помощникам по уходу стратегий преодоления трудностей.
14. Услуги по поддержке МР	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Анонимные телефонные линии, позволяющие МР обращаться за советами по вопросам профессионального развития и самостоятельной организации своей работы. ▪ Сопровождения персонала. ▪ Субсидируемые услуги для МР по когнитивно-поведенческой терапии и охране психического здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Более широкое применение стратегий психосоциальной адаптации среди МР. ▪ Повышение уровня удовлетворенности и сохранения кадров МР. ▪ Повышение продуктивности.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика
Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл-почта:

contact@euro.who.int
Website: www.euro.who.int