

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 15

# Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду

Christiane Wiskow, Tit Albrecht и Carlo de Pietro



Европейская  
**обсерватория**   
по системам и политике здравоохранения

 **HEN** health  
Evidence  
network  
EVIDENCE FOR DECISION-MAKERS

Ключевые слова:

HEALTH PERSONNEL

PERSONNEL MANAGEMENT

JOB SATISFACTION

WORKPLACE – organization  
and administration – standards

Данный документ представляет собой очередной аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

---

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
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>.

---

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.

# Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду

## Содержание

	Страница
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Вопрос стратегического значения: неудовлетворительная рабочая среда отрицательно сказывается на обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами и на качестве помощи	1
Как можно описать привлекательную и благоприятную рабочую среду?	6
Что можно сделать для улучшения рабочей среды в секторе здравоохранения?	8
Улучшение охраны здоровья работников здравоохранения в целях обеспечения более безопасной рабочей среды	15
Соображения, касающиеся практической реализации	28
Резюме	31
Библиография	33
Приложения	40

## Авторы

**Christiane Wiskow**, независимый специалист по услугам здравоохранения, Швейцария

**Tit Albreht**, Centre for Health System Analyses, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Словения

**Carlo de Pietro**, Centre for Research on Health and Social Care Management, Bocconi University, Италия

## Редакция

Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Главный редактор  
Govin Permanand

### Соредакторы

Josep Figueras  
Manfred Huber  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

### Ответственные за выпуск

Kate Willows Frantzen  
Jonathan North  
Caroline White

### Приглашенные редакторы

Leen Meulenbergs  
Willy Palm  
Matthias Wismar

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за комментарии о данной публикации.

№: 15

ISSN 1998-4081

## Основные положения

### **Вопрос стратегического значения и общая ситуация: неудовлетворительная рабочая среда отрицательно сказывается на обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами и на качестве помощи**

- Перед руководителями высшего звена, формирующими политику здравоохранения, стоит сложная задача: обеспечить достаточное количество медицинских работников для удовлетворения растущего спроса на медико-санитарную помощь в условиях дефицита кадров здравоохранения, существующего сегодня и прогнозируемого в будущем.
- Рабочая среда представляет собой фактор, имеющий большое значение для найма медицинских работников и для сохранения медицинских кадров, а характеристики рабочей среды и прямо и косвенно влияют на качество оказываемой помощи. Поэтому меры по созданию благоприятной рабочей среды играют ключевую роль в обеспечении как достаточного количества кадров здравоохранения, так и высокого качества, продуктивности и мотивации этих кадров.
- Цель создания привлекательной и благоприятной рабочей среды заключается в том, чтобы заинтересовать людей в выборе и сохранении верности медицинской профессии, а также обеспечить условия, дающие возможность медицинским работникам продуктивно работать (чтобы добиться высокого качества медико-санитарных услуг).

### **Возможные стратегические подходы**

- Поскольку требующие решения вопросы, связанные с рабочей средой, включают целый комплекс аспектов, то и стратегические подходы к их решению должны быть многоплановыми, охватывать все необходимые сферы и уровни деятельности и предусматривать участие широкого круга партнеров. Для того, чтобы стратегии были логичными и последовательными, необходимо планировать стратегические действия на четырех уровнях: на международном/на уровне региона, на уровне страны, на уровне сектора и на местном/на уровне организации. Эффективные решения проблем вырабатываются исходя из конкретных условий, поэтому приоритет следует отдавать местному уровню и уровню отдельной организации. Остальные уровни создают законодательно-нормативную базу, определяют общие ориентиры и обеспечивают поддержку для выработки политики организаций и учреждений.

- То, что можно сделать для повышения качества рабочей среды, в которой трудятся медики, иллюстрируется двумя примерами: стратегические подходы, содействующие поддержанию здорового соотношения между семейной жизнью и работой, и усиление мер охраны здоровья трудящихся.
- Для того, чтобы подтолкнуть работодателей в секторе здравоохранения к принятию обязательств по созданию позитивной рабочей среды, можно было бы подумать о разработке программ оценки/аттестации организаций и учреждений с точки зрения условий труда.

### **Соображения, касающиеся практической реализации**

- Поскольку многие факторы, влияющие на рабочую среду, лежат за пределами сектора здравоохранения, необходимо наладить межсекторальное сотрудничество. В частности, нужно усилить сотрудничество в тех вопросах, где совпадают цели и задачи политики в области трудовых отношений и политики здравоохранения.
  - Важная роль здесь принадлежит социальному диалогу, который может помочь обеспечить устойчивую реализацию стратегических подходов в разных секторах с участием многих заинтересованных сторон.
-

## Реферат

### **Вопрос стратегического значения: неудовлетворительная рабочая среда отрицательно сказывается на обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами и на качестве помощи**

Европейские страны сталкиваются с общими трудностями в обеспечении здравоохранения грамотными и добросовестными работниками в условиях дефицита кадров, который существует сегодня и прогнозируется в будущем. Одним из многих факторов, определяющих обеспеченность медицинскими работниками и качество их работы, является рабочая среда, которая играет исключительно важную роль.

Ввиду ожидаемых в ближайшие десятилетия демографических перемен, на рынках труда будет обостряться борьба за способные и творческие кадры. В секторе здравоохранения вопросы найма и сохранения кадров медицинских работников являются приоритетными. Как свидетельствуют фактические данные, рабочая среда является фактором, имеющим большое значение для найма медицинских работников и для сохранения медицинских кадров.

Кроме того, рабочая среда может сказываться на качестве медицинской помощи. Характеристики среды влияют на функционирование организации в целом, степень удовлетворенности отдельных ее работников, соотношение между работой и семейной жизнью, возможность постоянного развития и организационную культуру. Неудовлетворительная рабочая среда является одной из причин совершения врачебных ошибок, стресса и синдрома выгорания, невыходов на работу без уважительных причин и высокой текучести кадров, что в свою очередь негативно сказывается на качестве помощи.

Привлекательной организации (учреждению) с благоприятными условиями труда можно дать следующее рабочее определение: это такая среда, которая привлекает людей к медицинским профессиям, стимулирует их желание оставаться в кадрах здравоохранения и дает им возможность эффективно выполнять свои профессиональные обязанности.

Для того, чтобы выработать логичные и последовательные стратегии обеспечения такой рабочей среды, которая позволяла бы привлекать и сохранять кадры медицинских работников, необходимо планировать стратегические меры на четырех уровнях: на международном/региональном уровне, на уровне страны, на уровне сектора и на местном/на уровне организации. Улучшение рабочей среды требует принятия мер, которые являются актуальными в конкретных условиях данной системы здравоохранения (и применимы в этих условиях). Эти меры также

должны соответствовать международным стандартам и в них должны учитываться усилия, предпринимаемые в направлении гармонизации на региональном уровне.

Эффективные решения проблем вырабатываются исходя из конкретных условий, поэтому приоритет следует отдавать местному и организационному уровню. Остальные уровни создают законодательно-нормативную базу, определяют общие ориентиры и обеспечивают поддержку для выработки политики организаций и учреждений.

### **Возможные стратегические подходы**

Одной из главных тенденций, которые наблюдаются среди работников здравоохранения, является активное стремление улучшить соотношение между работой и личной жизнью. Создание рабочей среды, не мешающей семейной жизни, является предметом особой озабоченности в секторе здравоохранения ввиду выраженного гендерного аспекта этого вопроса: большинство работников здравоохранения – женщины, и можно наблюдать растущую феминизацию традиционно "мужских" профессий. Условия работы, позволяющие устранять противоречия между семейными потребностями и служебной необходимостью, могут способствовать выравниванию возможностей трудоустройства и карьерного роста особенно теперь, когда семейные обязанности в значительной степени ложатся на плечи женщин. Не менее важным в секторе здравоохранения является и вопрос охраны материнства, который чрезвычайно актуален для его преимущественно женских кадров, учитывая их потенциальную подверженность рискам для здоровья, характерным для этого сектора занятости. Поэтому содействие усилиям по созданию в учреждениях и организациях возможности работать так, чтобы это не создавало проблем для семейной жизни, и усиление мер охраны здоровья работников – это именно те области, в которых можно проводить в жизнь согласованные стратегические подходы.

В качестве более конкретных стратегических мер здесь можно отметить введение гибкого графика работы, обеспечение специальной защиты от воздействия профессиональных рисков, гарантию занятости, выплату компенсации за снижение занятости, предоставление отпуска по беременности и родам/по уходу за ребенком и создание условий для ухода за ребенком. Во всех этих случаях требуется принятие мер в первую очередь на уровне отдельной организации, но при соответствующей поддержке на уровне национальной политики и законодательства.

Кроме того, работники здравоохранения ввиду характера своей работы подвержены воздействию широкого спектра факторов профессионального

риска: треть работников здравоохранения считают, что их здоровью угрожает риск, связанный с их работой. Поэтому крайне важно осуществлять стратегии, направленные на то, чтобы условия труда в секторе здравоохранения были максимально безопасными. Особую значимость для организаций и учреждений здравоохранения имеют такие факторы, как подверженность воздействию биологических рисков, включая инфекции вследствие травм, причиняемых порезами и уколами, и риски психосоциального порядка, в том числе стресс и насилие на работе. На уровне отдельной организации последствиями этих факторов являются невыходы на работу, снижение производительности труда, несчастные случаи и ошибки.

Имеется полное согласие в отношении того, что надежным средством обеспечения устойчивой охраны здоровья на уровне отдельной организации являются комплексные системы менеджмента безопасности и гигиены труда. Центральное место в таких системах занимают профилактика и устранение угроз для здоровья.

Если говорить о том, как можно помочь в решении вопросов, касающихся создания благоприятной рабочей среды, то перспективным подходом является разработка и принятие процессов и методик, позволяющих оценивать рабочую среду на уровне отдельно взятой организации, сравнивать разные условия работы, выявлять передовую практику и распространять ее на всю систему. В идеале такой подход совмещает в себе элементы, которые дают возможность повысить привлекательность организации для новых работников и сохранить имеющиеся кадры, и элементы гарантии качества, благодаря которым достигаются лучшие исходы для здоровья.

В частности, можно было бы подумать о внедрении программ оценки и аттестации организаций и учреждений. Поскольку некоторые из существующих программ могут иметь определенные недостатки, ограничивающие их применение в секторе здравоохранения (например, охватывают только одну профессиональную категорию работников, не учитывают аспекта качества оказываемой помощи или особо выделяют аспект укрепления здоровья в стационарных учреждениях), может быть целесообразно создать новую концептуальную основу для программ оценки и аттестации, которые могли бы применяться в секторе здравоохранения в разных странах Европы. Роль мер, принимаемых на уровне отдельной страны и на уровне сектора, заключается в том, чтобы стимулировать (у работников сектора здравоохранения) приверженность делу улучшения рабочей среды, например, поддерживая исследования с целью сравнения организаций по установленным критериям и программы признания лучших организаций.



## **Соображения, касающиеся практической реализации**

Многие факторы, влияющие на рабочую среду, лежат за пределами сектора здравоохранения. Поэтому для реализации стратегий, которые успешно решают задачу улучшения рабочей среды для кадров здравоохранения, абсолютно необходимым условием является межсекторальное сотрудничество. В частности, нужно усилить сотрудничество в тех вопросах, где совпадают цели и задачи политики в области трудовых отношений и политики здравоохранения. Руководители здравоохранения высшего звена должны добиваться того, чтобы на всех уровнях системы здравоохранения был обеспечен организационный и кадровый потенциал для решения вопросов трудовых отношений.

Важным средством достижения устойчивых улучшений в медицинском обслуживании является социальный диалог, который положительно ассоциирует с улучшением условий труда на уровне отдельных организаций. На европейском уровне создан Комитет по социальному диалогу в больничном секторе Европейского союза (ЕС), деятельность которого направлена на повышение качества найма и качества услуг в больничном секторе посредством конструктивного социального диалога. В целом ряде европейских стран необходимо укрепить потенциал социальных партнеров на уровне страны, секторов и организаций.

---

## Краткий аналитический обзор

### **Вопрос стратегического значения: неудовлетворительная рабочая среда отрицательно сказывается на обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами и на качестве помощи**

Европейские страны сталкиваются с общими трудностями в обеспечении здравоохранения грамотными и добросовестными работниками в условиях дефицита кадров, который существует сегодня и прогнозируется в будущем (1). Одним из многих факторов, определяющих обеспеченность медицинскими работниками и качество их работы, является рабочая среда, которая играет исключительно важную роль.

В предлагаемом кратком аналитическом обзоре рассматриваются стратегические подходы, которые можно принять для того, чтобы помочь в создании позитивной рабочей среды и тем самым улучшить положение дел с наймом на работу новых медицинских работников и сохранением имеющихся кадров и тем самым способствовать достижению высокого качества медико-санитарных услуг. Вопросы, связанные с рабочей средой, обычно касаются всех медицинских работников в службах здравоохранения всех типов (с теми или иными различиями в зависимости от особенностей профессиональных функций и места работы). Не отрицая важности этих вопросов для других профессиональных категорий в секторе здравоохранения, авторы данного аналитического обзора главное внимание уделили подходам, касающимся врачей и медицинских сестер, так как они представляют наиболее многочисленный отряд медицинских работников.

### ***Наем новых сотрудников и сохранение имеющихся кадров***

Наем новых медицинских работников и сохранение имеющихся кадров является приоритетной задачей в секторе здравоохранения. В частности, идущие во всем мире дискуссии по вопросам международной миграции медицинских работников вызвали повышенное внимание к изучению причин, по которым работники здравоохранения покидают свою профессию или сохраняют ей верность. Связанные с этим исследования показали, что важным фактором для найма и сохранения кадров медицинских работников является рабочая среда.

Основные мотивы для ухода, так называемые "выталкивающие факторы", связаны с рабочей средой; они включают низкую заработную плату, плохие условия труда, ограниченные возможности образования и карьеры, небезопасные места работы и недостаток ресурсов для эффективной работы. На решение поменять место работы также влияют элементы более широкой социально-экономической среды, такие как политическая

и экономическая нестабильность, влияние вируса иммунодефицита человека или вопросы безопасности. Медицинские работники переходят туда, где они могут найти лучшие условия для работы и жизни, поэтому зеркальным отражением "выталкивающих факторов" являются "притягивающие факторы", включающие в себя более высокую оплату труда, лучшую обеспеченность систем здравоохранения ресурсами и возможности профессионального развития (2,3).

Нехватка кадровых ресурсов здравоохранения стимулировала исследования детерминант раннего ухода из медицинской профессии и причин, объясняющих, почему молодые люди не избирают медицинскую карьеру. В сестринских профессиях особенно выражено недовольство уровнем оплаты труда (в некоторых европейских странах от 58 до 90%), однако еще более весомыми причинами принятия решения оставить профессию оказываются другие факторы, такие как низкий уровень уважения, ограниченность контроля над своим трудом и неудовлетворенность условиями труда. Что касается врачей, исследованием, проведенным в Германии, было установлено, что на уровень удовлетворенности работой прямое влияние оказывают возможность принимать решения, признание, гарантия занятости, непрерывное образование и взаимоотношения с коллегами (4).

Демографические изменения (старение населения и снижение доли молодых людей) во многих странах Европы (3,4) наводят на мысль о том, что на европейских рынках труда в предстоящие десятилетия возрастет конкурентная борьба за талантливых людей. Сектор здравоохранения является жизненно важной составляющей национальной экономики и представляет собой значительный рынок труда в Европе: занятость в секторе здравоохранения составляет 10% общей занятости (5). Медицинские работники могут успешно конкурировать на рынке труда и пользуются большим спросом. Более того, рынку труда в секторе здравоохранения придется конкурировать с другими нанимателями молодых людей, принимающих решения о выборе карьеры. Поскольку сектор здравоохранения не может изменить некоторые присущие ему неблагоприятные условия труда, такие как работа в ночную смену и работа по выходным и праздничным дням, ему придется предоставлять другие стимулы, побуждающие молодых людей рассматривать его как сферу приложения своих сил.

Привлечение большего числа молодых кандидатов важно еще и потому, что работники здравоохранения стареют вместе со всем населением. Отчасти это необходимо из-за различий в возрастных категориях населения, а отчасти из-за того, что в разные периоды численность студентов бывает разная (6). В конце 20 века в большинстве стран были

введены дополнительные ограничения приема на учебу по специальностям, связанным со здравоохранением. Эти факторы могут влиять на изменения внутри отдельных профессиональных групп и могут еще больше усложнить планирование кадровых ресурсов здравоохранения.

Службы здравоохранения также сталкиваются с парадоксальной проблемой, когда они вынуждены удовлетворять растущий спрос, имея сокращенные или ограниченные ресурсы. Переходные явления в демографической и эпидемиологической ситуации оказывают серьезное воздействие на развитие потребностей в услугах здравоохранения. Системы медико-санитарной помощи в основном все еще ориентированы на удовлетворение нужд и ожиданий, модели которых обычно наблюдаются у больных с острыми заболеваниями, для которых характерны замедленная реакция на лечение и трудности в материально-техническом обеспечении. Необходим альтернативный подход не только к интегрированию разных аспектов врачебной и медико-санитарной помощи, но и к налаживанию интеграции разных секторов, который соответствовал бы потребностям таких больных.

В настоящее время структура кадров здравоохранения в Европе не позволяет одновременно удовлетворять запросы и потребности в медицинских услугах и решать сложные задачи, обусловленные нынешними и прогнозируемыми (в краткосрочной перспективе) эпидемиологическими ситуациями. Видимо, необходимо будет принять во внимание следующие потребности: потребность в выработке новых навыков и умений (преимущественно в сестринской помощи) по обслуживанию пациентов с хроническими состояниями; потребность в специализации ключевых медицинских работников (врачей-терапевтов, медсестер, физиотерапевтов) для удовлетворения новых запросов и необходимость организации услуг по долговременному уходу (потребность в обеспечении кадровыми ресурсами и в навыках и умениях). Все это в свою очередь должно давать возможность проявлять больше гибкости в организации рабочего времени и, в частности, гибкости в отношении работы в разных условиях (например, в лечебницах, домах престарелых и инвалидов с медицинским обслуживанием).

В Европе примерно 70% бюджета здравоохранения выделяется на заработную плату и расходы, связанные с наймом персонала (7). Поэтому для многих реформ сектора здравоохранения характерен особый акцент на сдерживание расходов, что имеет прямые последствия для кадров здравоохранения, а именно: повышение неуверенности в сохранении работы (сопровождаящее более гибкую практику найма) и увеличение рабочей нагрузки (из-за сокращения штатов или из-за более высоких требований к качеству работы) (Неопубликованный документ ВОЗ, 2005 г.). Последними примерами реагирования на потерю государственного финансирования являются такие меры, как увеличение продолжительности

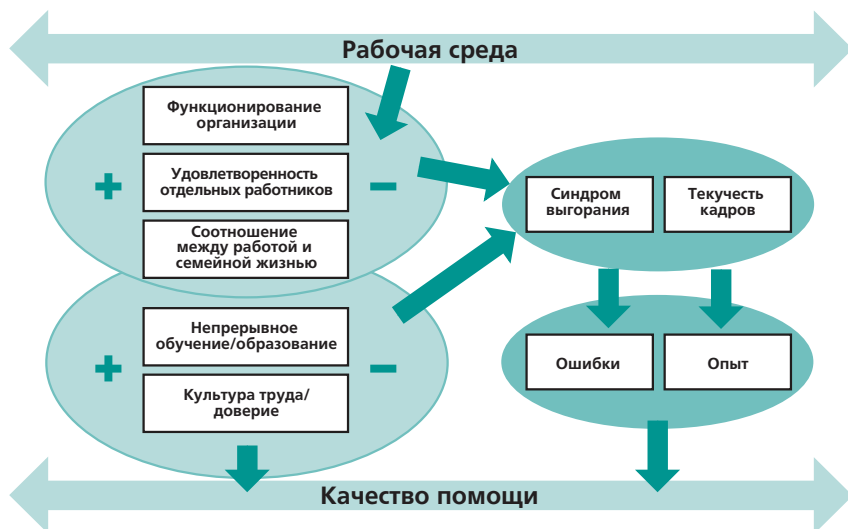
рабочего времени больничного персонала Эстонии, замораживание зарплаты в государственных больницах Болгарии и Венгрии и объявленные сокращения зарплаты в государственном секторе здравоохранения в Ирландии (ожидается уменьшение доходов у кадровых медсестер и акушерок среднего уровня на 14%) (8).

Расходы, связанные с улучшением рабочей среды, необходимо оценивать в сопоставлении с расходами, возникающими из-за текучести кадров, невыходов на работу и медицинских ошибок – из-за всего, что обусловлено неудовлетворительной рабочей средой. Подсчитано, что прямые и косвенные расходы из-за текучести кадров в расчете на одну медсестру составляют 16 600 долларов США в Австралии, 10 100 долларов США в Канаде, 10 200 долларов США в Новой Зеландии и 33 000 долларов в Соединенных Штатах Америки (4).

### Рабочая среда и качество оказания помощи

Общепризнано, что рабочая среда влияет на качество оказываемой помощи. Несмотря на то, что эта связь осознается интуитивно, для ее оценивания требуются поддающиеся измерению концепты и показатели. На рисунке 1 в виде приближенной модели иллюстрируются связи между некоторыми главными элементами, ассоциирующимися с проблемами рабочей среды и качеством оказания помощи. Хотя большинство имеющихся публикаций

Рис. 1. Связи между рабочей средой и качеством помощи



посвящено сестринской профессии, эти данные, видимо, относятся ко всем кадрам лечебно-профилактических учреждений.

Связи, показанные на рис. 1, демонстрируют основные зависимости, проанализированные в литературе. Однако подлинная динамика оказывается сложнее и включает разнообразные другие связи между элементами, показанными на рисунке. Например, существуют интуитивно осознаваемые связи между текучестью кадров и понятием доверия, а выгорание является предвестником текучести (9).

Кроме связи (признанной в литературе) между уровнями обеспеченности сестринскими кадрами и качеством оказания помощи (9, 10, 11, 12), характеристики рабочей среды влияют на такие параметры, как

- *функционирование организации*, например, способность систем внутренней коммуникации давать нужную информацию нужным людям в нужное время;
- *личная удовлетворенность*, например, поддержка медработников со стороны руководства и положительная оценка больными или обществом в целом;
- *соотношение между семейной жизнью и работой*, например, обеспеченность детскими садами и сокращение вызовов на работу;
- *повышение квалификации персонала (повышение профессионального и образовательного уровня)*, например, предоставление персоналу возможности посещать учебные курсы;
- *организационная культура*, например, создание атмосферы доверия как ключевого элемента эффективности работы и компетентное руководство;

и частично сами испытывают влияние этих параметров.

Первые три параметра оказывают влияние на различные аспекты качества помощи, которое проявляется в виде ошибок, истощения физических и духовных сил (выгорания) и текучести кадров. Все это было продемонстрировано в нескольких исследованиях, в которых качество оказания помощи обычно оценивалось с точки зрения смертности, невозможности спасти жизнь, повторной госпитализации, качества (субъективно воспринимаемого пациентами), удовлетворенности пациента, качества (по оценке медсестер), продолжительности пребывания в больнице и т.д. (13, 14, 15, 16). Можно также предположить и наличие положительного влияния на непрерывное повышение квалификации и (несмотря на более слабую доказательную базу) на атмосферу доверия.

## Как можно описать привлекательную и благоприятную рабочую среду?

Каких-либо общепринятых определений терминов "рабочая среда" или "условия труда" нет. Чаще всего оба эти термина используются как синонимы. Интуиция подсказывает, что "условия труда" относятся к вопросам, напрямую связанным с наймом и работой, а "рабочая среда", по-видимому, охватывает более широкое понятие и включает аспекты, влияющие на жизнь и работу. Кроме того, оба эти термина обычно охватывают совокупности элементов в разных сочетаниях, которые могут различаться по направленности акцентов и по масштабу. Аспектами, часто упоминаемыми в этой связи в литературе, являются условия найма (например, типы контрактов), вознаграждение (основная заработная плата и дополнительные выплаты), время работы, безопасность и гигиена труда, повышение квалификации (включая образование и обучение) и организация работы (в том числе подбор и расстановка кадров и разделение работ). Тем не менее, рабочую среду обычно можно определить как место, условия и воздействия окружения, в которых люди осуществляют тот или иной вид деятельности (17,18).

"Привлекательная и благоприятная рабочая среда" касается качественного аспекта работы. В этом отношении привлекательная и благоприятная рабочая среда может быть определена как среда, которая привлекает людей к медицинским профессиям, стимулирует их желание оставаться в кадрах здравоохранения и дает им возможность эффективно выполнять свои профессиональные обязанности. Цель обеспечения привлекательной рабочей среды состоит в том, чтобы создать стимулы для вхождения в медицинскую профессию (наем новых работников) и для продолжения работы в здравоохранении (сохранение имеющихся работников). Кроме того, в благоприятной рабочей среде создаются условия, позволяющие медицинским работникам качественно выполнять свои профессиональные обязанности, максимально используя свои знания, навыки и умения и имеющиеся ресурсы в целях предоставления высококачественных медицинских услуг. Именно в этом и заключается взаимосвязь между рабочей средой и качеством оказываемой помощи.

С 2000 года повышение качества труда является в ЕС составной частью Европейской социальной повестки дня и Европейских руководящих принципов в области занятости: иллюстрацией этого служит стратегический лозунг "больше рабочих мест лучшего качества" (19,20). С тех пор не прекращаются споры о том, что включает в себя выражение "качество труда" и как можно его измерить. Эти споры являются отражением изменений в социально-экономических реалиях и процессах, происходящих в мире труда (21).

На этом фоне в опубликованном недавно обзоре показателей качества была предложена общая модель качества труда (22). Авторы различают два основных аспекта: "качество работы" – материальные характеристики выполняемой задачи и среда, в которой эта задача выполняется, и "качество трудоустройства", обозначающее договорные отношения между нанимателем и работником. Оба эти аспекта влияют на общее качество рабочей среды или, как называли это авторы, "качество места работы". В таблице 1 указаны основные аспекты и элементы качества рабочей среды.

Что касается сектора здравоохранения, то здесь для описания качества труда можно использовать разные подходы. При этих подходах данный вопрос может рассматриваться с разных точек зрения в зависимости от тех концепций, на основании которых они возникли; например, в случае концепции "больниц-магнитов" основное внимание уделяется аспектам, имеющим особое значение с точки зрения специалистов сестринского дела.

В кампании "Рабочая среда для позитивной практики", которую совместно начали всемирные ассоциации медицинских работников в 2008 г., было дано описание характеристик рабочей среды, которая гарантирует здоровье, безопасность и благополучие персонала и одновременно с этим способствует достижению высокого качества помощи больным (23). Эти характеристики главным образом отражают элементы качества рабочей среды, описанные выше, но при этом дополнены такими элементами, как профессиональное признание, эффективные методы управления, справедливое распределение рабочей нагрузки и безопасные уровни кадрового обеспечения.

**Таблица 1. Качество рабочей среды: аспекты и элементы**

Аспект	Элементы
Качество трудоустройства	Зарботная плата Тип контракта Продолжительность рабочего времени, включая графики работы и соотношение между семейной жизнью и работой Социальные льготы Участие в жизни организации Повышение квалификации (обучение и развитие профессиональных умений и навыков)
Качество труда	Возможность работать самостоятельно Организация работы (включая распределение рабочей нагрузки и укомплектованность кадрами) Организационная культура и доверие Безопасность и гигиена Темп работы Социальная среда на работе

*Источник:* адаптировано из модели качества места работы по Muñoz de Bustillo et al. (22).



## **Что можно сделать для улучшения рабочей среды в секторе здравоохранения?**

### *Общая основа: комплексные подходы к обеспечению логичной и последовательной политики*

Для улучшения рабочей среды должны быть приняты меры, которые имеют прямое отношение к конкретным условиям данной системы здравоохранения и применимы в этих условиях, но при этом согласуются с международными нормами и учитывают соответствующие усилия по гармонизации, предпринимаемые на региональном уровне. Поэтому действия стратегического характера должны рассматриваться на четырех уровнях – на международном/региональном уровне, на уровне страны, на уровне сектора и на местном/на уровне организации – чтобы обеспечить логичность и последовательность политики и повысить устойчивость вмешательств в долгосрочной перспективе.

Стратегии и инструменты, предназначенные для улучшения рабочей среды, существуют в виде нормативов, законов, постановлений и рамочных соглашений. Средства принуждения к применению установленных нормативов качества помощи и защиты прав трудящихся являются международные стандарты, а также региональное и национальное законодательство. Однако одних нормативов и законодательства недостаточно для решения связанных с рабочей средой проблем привлечения и сохранения кадров медработников. Например, в том, что касается охраны и гигиены труда, Европейская комиссия отметила недостатки в применении законодательства Европейского сообщества, особенно в секторах повышенного риска и в отношении уязвимых категорий работников (24). Поскольку многие нормативные инструменты международного и национального уровня по своему предметному охвату носят общий характер, задача на уровне сектора состоит в том, чтобы выделить те нормативы и стратегии, которые относятся к данному сектору, и адаптировать их к специфике рабочей среды в здравоохранении.

Учитывая темпы социально-экономических перемен и технического прогресса и то значительное влияние, которое они оказывают на условия найма и труда, предпринимаемые стратегические меры постоянно должны отражать возникающие трудности. Что же касается воплощения стратегий в практику и своевременной адаптации принимаемых мер к тенденциям и переменам в реалиях трудовой деятельности, эта задача должна решаться на уровне отдельной организации. Эффективные решения всегда привязаны к конкретным условиям, поэтому и приоритет должен отдаваться местному уровню и уровню отдельной организации, а остальные уровни создают законодательно-нормативную базу, определяют общие ориентиры

и обеспечивают поддержку для выработки политики организаций и учреждений. На уровне отдельной организации ведется мониторинг тенденций и готовится информация для других уровней о возникающих новых проблемах, требующих принятия мер на других уровнях. На рисунке 2 приведены примеры мер вмешательства и вопросов, касающихся каждого из четырех уровней.

**Рис.2. Уровни стратегий и мер вмешательства**



Проблем, касающихся рабочей среды, великое множество, и есть много разнообразных стратегий реагирования на них. Одним из очевидных вариантов стратегического подхода, которые обычно подвергаются обсуждению, является улучшение оплаты труда. Однако одним повышением зарплаты этих проблем не решить, поскольку есть еще более важные факторы (4). Собственно говоря, факторы, влияющие на рабочую среду, являются многоплановыми и часто связаны между собой, поэтому и стратегии должны предусматривать разные комбинации мер вмешательства – возможно, в том числе и меры, касающиеся вознаграждения – и могут подразумевать одновременные действия на разных стратегических уровнях. Во врезке 1 показаны два примера стратегий на национальном уровне, которые направлены на улучшение обеспеченности сестринскими кадрами.

В данном разделе подробно рассматриваются два стратегических подхода, направленных на решение конкретных проблем, связанных с рабочей средой. Главное внимание в нем уделяется отдельным примерам проблем, иллюстрирующим возможности на прагматичном уровне, т.е. в плане обеспечения разумного соотношения между работой и семейной жизнью и гигиены труда и безопасности на работе.

### **Врезка 1. Примеры стратегий, осуществляемых на национальном уровне в целях улучшения условий для найма и сохранения сестринских кадров**

#### *Чешская Республика*

Для преодоления серьезного дефицита кадров медицинских сестер в Чешской Республике в 2008 г. была принята программа "стабилизационных мер". В число этих мер входят:

- финансовые меры – перевод медсестер в категории работников с более высокими ставками заработной платы и улучшение системы льгот в лечебно-профилактических учреждениях;
- повышение квалификации – улучшение доступа к субсидируемому государством образованию в целях получения квалификации медицинской сестры-специалиста; поддержка современных программ непрерывного повышения квалификации;
- профессиональная автономия – проведение переговоров и изменение законодательства с целью расширения сферы компетенции медицинских сестер;
- соотношение между семейной жизнью и работой – поддержка в целях облегчения возвращения из отпуска по беременности и родам, в том числе предоставление детских дневных стационаров, гибкий график работы и оформление на работу на полставки;
- данные о кадровых ресурсах – мониторинг численности кадровых ресурсов и студентов с помощью реестра медицинских работников.

К 2009 г. дефицит был уменьшен наполовину, отчасти в результате принятых мер, но также, вероятно, и вследствие экономической ситуации (рост безработицы).

#### *Бельгия*

В 2008 году в целях повышения привлекательности сестринской профессии и качества оказываемой помощи был принят четырехлетний национальный план, для осуществления которого была выделена значительная сумма государственных инвестиций. В настоящее время осуществляется ряд мероприятий в следующих четырех главных направлениях:

- Принимаются меры по облегчению рабочей нагрузки медсестер и снижению уровня стресса (за счет увеличения численности персонала, поддержки в повышении уровня вспомогательных умений и навыков и обеспечения системами информационной технологии для облегчения канцелярской работы).
- Создаются условия для повышения квалификации (увеличение числа программ непрерывного профессионального обучения, программ специализации и введение магистерских степеней).
- Меняется система оплаты труда (выплачиваются премии за работу в выходные и праздничные дни, в позднее и ночное время, повышена оплата за признанные специальности и за исполнение медсестрами административных должностей).
- Принимаются меры по обеспечению общественного признания и привлечению к участию в процессе принятия решений (путем поддержки представительства медицинских сестер в органах здравоохранения и профессиональных организациях).

*Источники:* выступления национальных экспертов на встрече в рамках Диалогов по вопросам политики, г. Лувен, апрель 2010 г. (не опубликованы); Safrankova A., Di Cara V., Чешская Республика; Lardennois M., Бельгия).

Стремление к моделям разумного соотношения между работой и семейной жизнью представляет собой одну из главных тенденций, наблюдаемых в литературе, и было замечено, что стратегии, благоприятствующие семейной жизни, способствуют сохранению кадров медицинских работников (25). Проблемы безопасности и гигиены труда относятся к числу основных причин, по которым люди рано уходят из медицинской профессии, и могут приводить к значительным издержкам, связанным с болезнью, невыходами на работу и текучестью кадров. Эти два примера относятся ко всем профессиональным категориям, местам и условиям работы и показывают низкопороговую точку начала действий по решению указанных проблем и имеющиеся для этого возможности на уровне отдельной организации.

### *Содействие созданию на работе условий, благоприятствующих семейной жизни, в целях улучшения рабочей среды*

Особенностью кадров здравоохранения является большой процент женщин. Помимо сестринского дела – профессии, в которой традиционно доминировали женщины, сегодня и в других профессиях, например, среди врачей, наблюдается растущая феминизация кадров (рис.3).

**Рис.3. Процент врачей-женщин в общей численности врачей в некоторых странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, 1990 и 2004 гг.**



Источник: Organization for Economic Co-operation and Development, 2008 (health data for 2007).

<sup>1</sup> данные за 1991 г.; <sup>2</sup> данные за 1992 г.; <sup>3</sup> данные за 1993 г. (4).

В большинстве европейских стран женщины составляют большинство студентов врачебных специальностей: например, на долю женщин приходится 70% поступающих в медицинские учебные заведения в Соединенном Королевстве и 59,5% выпускников в Бельгии (26,27). Это является результатом выравнивания возможностей в выборе профессии. Однако такой поворот в ситуации создает и новые проблемы, поскольку теперь необходимо учитывать специфические потребности, возникающие на работе у женщин и мужчин. Более того, женщины отличаются от мужчин по модели трудового участия в составе кадров здравоохранения. Врачи-женщины обычно меньше времени находятся на работе, оставляют практику полностью (или продолжают практику менее активно), особенно в детородном возрасте, и чаще досрочно выходят на пенсию (28).

Поскольку на женщинах лежит основная часть семейных обязанностей, они в своем карьерном росте нередко сталкиваются с большим количеством препятствий, чем их коллеги-мужчины. Часто это подтверждается тем фактом, что от того, кто стремится сделать карьеру, ожидается, что он или она будет больше времени находиться на работе, не будет пропускать работу по различным семейным обстоятельствам и так далее. Подобные установки могут ставить работников, имеющих семейные обязанности, особенно женщин, в весьма невыгодное положение. Поэтому для того, чтобы не допускать дискриминации в отношении медработников-женщин, особенно на первых этапах их карьеры, необходимо придерживаться подхода, ориентированного на создание равных возможностей для всех. Противоречие между долгом службы и семейным долгом также затрагивает и мужчин, когда они вместе с супругами растят детей и выполняют другие семейные обязанности. Требования перемен в сторону более справедливых и гендерно-сбалансированных условий работы усиливаются, и не только потому, что растет число женщин, стремящихся делать успешную карьеру, но и потому, что многие из них сегодня принимают на себя функции управления.

Особое место в этом контексте занимают вопросы материнства. Рабочая среда должна принимать беременность как совершенно нормальное событие в карьере медработника-женщины, и на работе должны быть созданы все условия для обеспечения потребностей беременных женщин. Только такая организационная культура может обеспечить среду, в которой медработники-женщины будут чувствовать, что они равны своим коллегам-мужчинам, выполняющим такую же работу, и что у них есть стимул к тому, чтобы сочетать свою семейную жизнь и работу. Помощь в удовлетворении этих потребностей может стать важным стимулом для молодых людей, желающих посвятить себя деятельности на поприще здравоохранения.

Если же противоречие между служебными требованиями и обязанностями семейной жизни урегулировано не будет, это может привести к таким отрицательным последствиям, как стресс и синдром эмоционального выгорания (29), рост числа невыходов на работу, вынужденное увольнение с работы ради выполнения семейных обязанностей и снижение интереса к медицинской профессии среди молодежи, выбирающей карьеру. Подобное развитие ситуации уже описывалось в литературе и встречается почти во всех странах Европы, особенно когда непринятие мер к примирению интересов семейной жизни и профессиональной деятельности приводит к потере работы (30).

Основываясь на существующих правовых инструментах, позитивных подходах и положительном опыте, можно выработать различные меры вмешательства на каждом из четырех уровней:

#### *На международном уровне*

Имеются различные международные конвенции, которые служат основой и источником норм для стратегий, направленных на создание в учреждениях и организациях условий, благоприятствующих семейной жизни. Помимо всевозможных конвенций об охране материнства, Конвенция Международной организации труда 1981 г. о трудящихся с семейными обязанностями предусматривает равные возможности и равное обращение для женщин и мужчин, имеющих семейные обязанности. Эту конвенцию ратифицировал целый ряд европейских государств (31). На уровне ЕС в руководящих принципах политики государств-членов в области занятости 2008 года предлагается, например, применять эталоны для сравнения нормативных положений об уходе за детьми на уровне стран, чтобы содействовать урегулированию противоречий между работой и семейной жизнью (20).

#### *На национальном уровне*

В разных странах охрана материнства организуется по-разному, но самые важные аспекты политики социального государства в отношении беременности включают гарантированность рабочего места, охрану здоровья на рабочем месте, отпуск по беременности и родам и денежную компенсацию за сокращение занятости на работе (32). Нормативными документами может предусматриваться установление гибкого рабочего времени, возможность сокращения продолжительности рабочего дня, ограничение на работу в ночную смену, уменьшение подверженности опасным условиям труда и охрана здоровья беременных женщин на рабочем месте. Во врезке 2 приводится пример того, как национальное законодательство может влиять на гендерное равенство в контексте материнства и отцовства.

## **Врезка 2. Разумное соотношение между семейной жизнью и работой и равные возможности**

В Исландии – стране, где уровень участия женщин в трудовой деятельности составляет 90% и высок уровень рождаемости – в 2000 г. было принято новое законодательство, согласно которому система предоставления отпусков по беременности и родам матерям и по уходу за ребенком матерям и отцам организована таким образом, чтобы обеспечить гендерное равенство. При рождении или усыновлении (удочерении) ребенка оба родителя имеют право на трехмесячный оплачиваемый отпуск без права передачи отпуска другому родителю. В случае, если один из родителей решит не пользоваться этим отпуском, отпуск пропадает. Оба родителя имеют совместное право на дополнительный трехмесячный отпуск, оплачиваемый в размере 80% заработной платы, который они могут разделить между собой и использовать его гибко. Через три года после введения новой системы число мужчин, использующих свое право на отпуск по уходу за ребенком, значительно увеличилось (первые три месяца отпуска по уходу за ребенком используют 92% отцов).

*Источники:* выступление национального эксперта на встрече в рамках Диалогов по вопросам политики, г. Лувен, апрель 2010 г. (не опубликовано); Министерство социального обеспечения и социальной защиты (33).

### *На уровне сектора здравоохранения*

Положения нормативных документов должны быть адаптированы к специфическим потребностям учреждений и организаций здравоохранения таким образом, чтобы предоставлялась поддержка тем организациям, которые стремятся реализовать стратегии, благоприятствующие семейной жизни. Например, в правилах сертификации организаций-поставщиков медико-санитарной помощи можно предусмотреть дополнительные требования, касающиеся создания на работе условий, благоприятствующих семейной жизни, такие как наличие стимулов к поиску решений, облегчающих прием на работу родителей с маленькими детьми.

### *На уровне отдельной организации*

На уровне отдельной организации меры по охране материнства могут охватывать:

- переход от обычной нагрузки на работе к облегченному труду без прерывания трудовых отношений во всех случаях, когда это необходимо и требуется в связи с беременностью;
- обеспечение безопасности на рабочих местах, чтобы минимизировать подверженность воздействию вредных веществ и тем самым уменьшить угрозу как для матери, так и для ребенка;
- разрешение работать по гибкому графику.

Административные меры, способствующие разумному соотношению между семейной жизнью и работой, могут включать:

- предоставление родителям отпуска в связи с рождением ребенка;

- предоставление отпуска в связи с болезнью ребенка;
- право на сокращенный рабочий день в течение некоторого периода времени;
- помощь в оплате услуг детского дошкольного учреждения или предоставление таких услуг.

Во врезке 3 приведены примеры стратегий, благоприятствующих семейной жизни, из практики различных больниц в Германии.

### **Врезка 3. Элементы стратегий, благоприятствующих семейной жизни, в больницах в Германии**

В протестантской больнице "Лютерхаус" в г. Эссен была внедрена система, предусматривающая 50 различных моделей неполной занятости. В их число входят:

- частичная занятость на определенных условиях (на 15–93% полной ставки);
- разделение работы, особенно на управленческих должностях;
- координация графиков дежурств членов семейных пар, работающих в разных отделениях;
- создание счетов рабочего времени (прибавление и вычитание часов работы);
- гибкое рабочее время с установлением основной части рабочего дня таким образом, чтобы она соответствовала интересам семьи.

В университетской больнице "Шарите" в Берлине введена должность "представителя отцов", который консультирует мужчин по вопросам разумного соотношения между семейной жизнью и работой.

В медицинском университете в г. Ганновер предусмотрено материальное поощрение кафедр, которые стимулируют возвращение на работу врачей-женщин в течение одного года после начала отпуска по уходу за ребенком.

"Северо-западная больница Зандербуш" в г. Занде входит в сеть "Семья как фактор успеха" и привлекает квалифицированных специалистов к себе на работу в удаленном районе тем, что в ней организовано "отделение по обслуживанию семьи и детей" и оказывается поддержка в решении проблемы ухода за детьми, в том числе дается возможность сотрудникам выполнять часть своих служебных обязанностей на дому.

*Источники: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009 (34); Müller B, 2005 (35).*

## **Улучшение охраны здоровья работников здравоохранения в целях обеспечения более безопасной рабочей среды**

Труд медицинских работников сопряжен с опасностью: сектор здравоохранения характеризуется, в частности, как один из секторов, в которых опасно работать (36). В 2000 г. каждый третий медицинский и социальный работник (32%) в ЕС в его тогдашнем составе считал, что он/она подвергает свое здоровье риску, связанному с работой (37), а в 2005 г. почти 40% медицинских работников в ЕС (27 стран) считали, что работа оказывает негативное воздействие на их здоровье (38).



Медицинские работники вследствие характера своей работы подвергаются воздействию широкого спектра профессиональных рисков для здоровья, таких как:

- биологические риски, например, инфекции, вызываемые порезами или укусами или иными контактами с возбудителями болезни;
- химические риски, например, дезинфицирующие средства или некоторые типы лекарственных препаратов;
- физические риски, например, ионизирующее излучение;
- эргономические риски, создаваемые необходимостью физического манипулирования пациентами или продолжительного стояния и ходьбы;
- психосоциальные риски, такие как стресс, насилие и посменная работа (39).

Не умаляя важности других опасных факторов, таких как эргономические риски (40,37), в данном обзоре мы уделяем главное внимание двум категориям рисков, которые вызывают особую тревогу – биологическим и психосоциальным рискам.

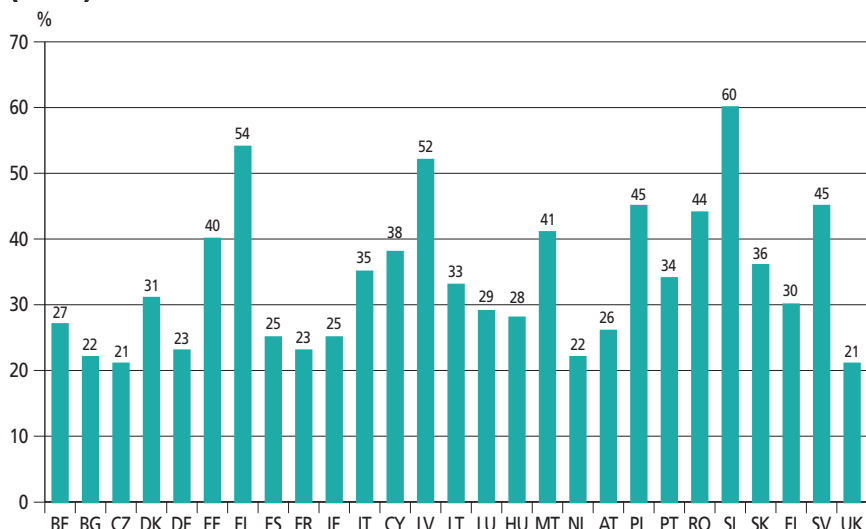
В секторе здравоохранения подверженность биологическим рискам существенно выше, чем в среднем по другим секторам работы по найму в ЕС (38), при этом особенно касаются медицинских работников следующие проблемы:

- Потенциальный риск представляют вновь возникающие инфекционные заболевания и инфекционные заболевания с лекарственной устойчивостью возбудителя, такие как туберкулез или малярия.
- Вновь возникающие инфекции представляют угрозу в тех случаях, когда неизвестны пути их передачи и когда защитные средства не обеспечивают адекватной защиты (41): например, вспышка ТОРС (тяжелого острого респираторного синдрома), во время которой до 50% зарегистрированных случаев составляли медицинские работники (42).
- Травмы могут быть получены в результате неосторожного обращения с зараженными отходами, в частности, с использованными иглами и другими острыми колющими и режущими предметами. Подсчитано, что каждый год в Европе происходит один миллион травм в результате обращения с иглами и другими острыми предметами, и каждая из них может быть путем передачи более 20 опасных гемотрансмиссивных возбудителей болезни, включая гепатит В, гепатит С и вирус иммунодефицита человека. Группу наибольшего риска составляют

медицинские сестры и врачи. Однако нельзя забывать и о других сотрудниках, которым приходится иметь дело с отходами, например, вспомогательный персонал, уборщицы и работники прачечных (43). Исследованием, проведенным в Германии, было установлено, что ежегодно в больницах происходит 500 тысяч травм острыми предметами; в Соединенном Королевстве, согласно оценкам, происходит 100 тысяч таких происшествий в год. Шотландская национальная служба здравоохранения подсчитала издержки, связанные с травмами, причиняемыми острыми медицинскими инструментами: в расчете на один случай они составляют от нескольких тысяч евро (на постэкспозиционную профилактику) до одного миллиона евро (при травме, приведшей к передаче опасного гемотрансмиссивного вируса) (44).

У работников здравоохранения по сравнению с работниками во всех других секторах особенно высока подверженность психосоциальным рискам. В 2005 г. сектор здравоохранения фигурировал в числе первых в списке секторов с наиболее высокой распространенностью стресса на работе (28,5% против 22% среди всех работающих в ЕС). В ЕС по крайней мере каждый пятый работник здравоохранения и образования сообщил о наличии стресса в связи с работой, причем наиболее высокие показатели отмечены в Словении, Греции и Латвии (соответственно 60, 54 и 52 процента; см. рис.4).

**Рис. 4. Уровни стресса у работников здравоохранения и образования, по странам (2005 г.)**



Источник: European Agency for Occupational Safety and Health, 2009 (45).

По определению Европейского агентства безопасности труда и охраны здоровья на рабочем месте, люди испытывают связанный с работой стресс, когда требования, предъявляемые рабочей средой, превышают способность работников выполнить (или контролировать) их. Постоянный или сильный стресс на работе может приводить к появлению таких симптомов, как хроническая усталость, истощение физических и моральных сил (выгорание), депрессия, бессонница, ощущение страха, головные боли, нервные потрясения, язва желудка и аллергия (46). Кроме того, он ассоциирует с сердечно-сосудистыми заболеваниями и заболеваниями костно-мышечной системы и иммунологическими нарушениями (45). На уровне отдельной организации последствия стресса включают невыходы на работу, высокую текучесть кадров, снижение производительности труда, несчастные случаи и ошибки (47).

Особенности работы, которые более всего способствуют стрессу, в основном касаются того, как организована работа (например, продолжительный рабочий день и неритмичность работы, высокая нагрузка, сжатые сроки, отсутствие контроля, неуверенность в сохранении должности). Например, в Швейцарии треть врачей первичного звена медико-санитарной помощи в ходе репрезентативного обследования сообщили о том, что испытывают чрезмерный стресс вследствие общей нагрузки, повышенных ожиданий пациентов, трудности поддержания правильного соотношения между профессиональной и личной жизнью, экономических ограничений в ведении практики, неуверенности в результатах медицинской помощи и сложных отношений на работе (48). По одной из моделей, уровни стресса снижаются, когда работников поддерживают их коллеги и начальники, но повышаются, когда социальная поддержка отсутствует (45,46).

Стресс на работе также может быть следствием организационных изменений – например, социально-экономических преобразований – в контексте сектора здравоохранения. В Болгарии было проведено исследование, в ходе которого изучался стресс на работе в условиях переходного периода, когда неодинаковые темпы осуществления финансовых реформ приводили к конфликтам между организациями здравоохранения, спровоцированным различиями в заработной плате медицинских работников. После отмены целого ряда бесплатных услуг возникла напряженность в отношениях между больными и медицинским персоналом (49).

В исследованиях подчеркивается, что среди всех секторов трудовой деятельности в 27 государствах-членах ЕС самый высокий уровень инцидентов, связанных с насилием и оскорблениями на работе, отмечается в секторе здравоохранения (15,2%). Было показано, что у работников здравоохранения вероятность подвергнуться

угрозе физического насилия в восемь раз выше, чем у работников обрабатывающей промышленности (38). Наиболее уязвимыми в этом отношении медицинскими работниками являются сотрудники служб скорой помощи, медицинские сестры и врачи. В секторе здравоохранения широко распространены все общепризнанные факторы риска, в том числе и такие как работа с населением, работа с людьми, находящимися в патологическом состоянии, и работа в одиночку. Большинство актов агрессивного поведения, которым подвергаются медицинские работники, совершаются больными, а психологическое насилие ассоциирует с начальством и коллегами. Как показано в обзоре нескольких ситуационных исследований в отдельных странах, психологическое насилие распространено больше, чем физическое (50). Например, в Португалии в результате обследования, проведенного в одном из поликлинических комплексов и в крупной больнице, было установлено, что словесным оскорблениям подвергались, соответственно, 51% и 27% персонала, травле и коллективному психологическому террору – 23% и 16%, тогда как физическое насилие в обоих учреждениях было ограничено тремя процентами.

Как подтверждают ситуационные исследования в нескольких странах, негативный эффект у пострадавших сотрудников проявляется в виде симптомов посттравматического стресса, таких как неприятные воспоминания и тревожные мысли и склонность к сверхбдительности. На уровне отдельной организации этот эффект аналогичен эффекту стресса и приводит к невыходам на работу, высокой текучести кадров и снижению производительности труда (50).

### *Стратегические меры по решению проблем гигиены труда*

Охрана здоровья работников на производстве является если не моральной, то во всяком случае юридической обязанностью работодателя. У работников в связи с этим также есть обязанности – соблюдать технику безопасности и следить за своим здоровьем в пределах своих возможностей. Существует единое мнение о том, что надежным способом обеспечения постоянной и систематической охраны здоровья на уровне отдельной организации является создание комплексных систем охраны труда и техники безопасности. Центральное место в такой системе занимают меры по предупреждению факторов риска для здоровья или борьбе с ними на основе широко применяемой иерархии приоритетов: устранение риска, борьба с риском, минимизация риска и предоставление средств защиты (51).

Хотя приоритет следует отдавать мерам, принимаемым на уровне отдельной организации, для поощрения инициатив на уровне отдельных стран важны также международные и региональные стратегии. В 2007 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию о Глобальном плане

действий Всемирной организации здравоохранения по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг., в котором предусматривается принятие конкретных программ по гигиене и безопасности труда медицинских работников (52). Что касается работников здравоохранения, собственная программа работы ВОЗ на 2009–2012 гг. предусматривает меры в шести областях, включающих:

- предупреждение травм, полученных от уколов иглами/при использовании других колющих и режущих медицинских инструментов
- травмы костно-мышечной системы/эргономика
- стресс/организация труда
- риски, связанные с фармацевтическими препаратами
- респираторные риски
- распространение методик оценки риска/управления рисками и информации.

Примеры проектов, инициированных в соответствии с этой программой в Европейском регионе, приведены в таблице 2.

**Таблица 2. Проекты ВОЗ в области гигиены труда медицинских работников в Европе, 2009–2012 гг. (53)**

Проекты	Страны
<p><i>Страны с переходной экономикой: как содействовать охране здоровья работающих в организациях здравоохранения</i></p> <p>Главная цель: повысить информированность и уровень знаний и навыков медицинских работников в области борьбы со стрессом, связанным с работой.</p>	<p>Хорватия, Македония, Черногория, Сербия</p>
<p><i>Как сохранить трудоспособность и качество жизни медицинских работников</i></p> <p>Главная цель: подготовить руководящий документ, содержащий целый ряд примеров успешных инициатив, предпринятых министерством здравоохранения и социального обеспечения Хорватии с целью повышения работоспособности и качества жизни медицинских работников.</p>	<p>Хорватия</p>
<p><i>Оценка подверженности воздействию противоопухолевых веществ среди персонала аптек и больниц</i></p> <p>Цель: исследование безопасности условий труда, связанного с обращением с противоопухолевыми веществами в процессе приготовления лекарственных средств или их применения в больницах.</p>	<p>Германия</p>

Инициативы, предпринятые для устранения недостатков в профилактике травм колющими и режущими предметами, являются примером деятельности медицинских профессиональных объединений по защите прав и интересов медработников, направленной на то, чтобы оказать влияние на политику на европейском уровне. После проведения информационно-пропагандистской кампании начался процесс консультаций, который привел к проведению переговоров и подписанию Рамочного соглашения о предотвращении травм, получаемых работниками сектора медицины и здравоохранения при использовании колющих и режущих медицинских инструментов. Соглашение было подписано европейскими социальными партнерами – Европейской ассоциацией медицинских учреждений и предприятий здравоохранения (HOSPEEM) и Европейской федерацией профсоюзов общественного обслуживания (ЕФПОО). Учитывая недавно принятое Европейской комиссией предложение о Директиве Совета, можно ожидать, что Рамочному соглашению будет придан юридический статус и оно будет иметь обязательную силу для государств-членов (54,55). На рисунке 5 приводится хронология появления этого будущего закона ЕС.

**Рис. 5. Инициатива и процесс информационно-пропагандистской деятельности, направленной на принятие общеевропейских обязательных мер по защите от травм, получаемых при обращении с иглами и другими колющими и режущими медицинскими инструментами**



Источник: по материалам De Raeve, 2010 (56) и EU Issue Tracker, 2009 (54).

ВОЗ высказывает мнение о том, что наиболее действенным способом снижения травматизма от уколов иглами является сочетание мер на основе иерархии борьбы с рисками. Стержневыми элементами являются использование более безопасных инструментов, регулярное обучение и инструктирование сотрудников и внедрение безопасных методов работы (57). Соответственно и в Рамочном соглашении рекомендуется применять на рабочих местах комплексный подход, включающий оценку рисков, предупреждение рисков, обучение персонала, информирование, повышение уровня осведомленности и мониторинг. Как оценка, так и предупреждение рисков должны охватывать следующие области: технологию, организацию труда, условия работы, уровень квалификации, связанные с работой психосоциальные факторы и влияние факторов на рабочую среду. Кроме того, Рамочным соглашением предусматривается вакцинация работников здравоохранения в соответствии с практикой, существующей в стране (58).

Меры вмешательства, предпринимаемые в отношении всей совокупности психосоциальных факторов риска и их причин, можно разбить на следующие три категории:

- Меры на уровне отдельной организации направлены на снижение риска стресса путем улучшения организационной структуры, инфраструктуры или технологических процессов.
- Меры на стыке между уровнем организации и уровнем отдельного работника могут включать улучшение взаимоотношений между коллегами на работе или повышение квалификации отдельных работников с тем, чтобы им было легче адаптироваться к мерам, принимаемым в отношении рабочей среды в целях оптимизации профессиональной автономии.
- Меры на уровне отдельного работника направлены на снижение стресса и риска заболевания у тех, у кого уже возникли симптомы, путем укрепления способности справляться со стрессом (45).

Во врезке 4 приводится пример программы, предназначенной для предупреждения синдрома эмоционального выгорания у персонала больницы.

Во многих системах насилие и оскорбления по-прежнему воспринимаются медицинскими работниками как обычные издержки профессии. Поэтому необходимыми первыми шагами по пути профилактики насилия и защиты персонала являются повышение осведомленности и признание насилия как фактора риска в учреждении или организации здравоохранения. При достижении общего понимания этого явления нужно учитывать специфику социального и культурного контекста рабочей среды, а также гендерные аспекты. Любой подход к борьбе с насилием на работе должен быть комплексным, строиться на участии всех заинтересованных сторон,

учитывать культурные и гендерные аспекты, быть свободным от какой бы то ни было дискриминации и быть систематическим.

### **Врезка 4. "Берегите себя" – программа профилактики синдрома эмоционального выгорания методом групповых занятий в Нидерландах**

Проект "Берегите себя" был осуществлен в 1997–1998 гг. с целью профилактики синдрома выгорания среди медработников, оказывающих помощь онкологическим больным. Для этого в проекте применялась групповая методика борьбы со стрессом. Программа состояла из шести занятий под руководством консультантов по три часа каждое, по одному занятию в месяц.

На первом занятии определялись главные проблемы, на решении которых необходимо сосредоточить усилия. В ходе последующего тренинга формировались небольшие группы для решения проблем, которые коллективно составляли, реализовывали, оценивали и корректировали планы действий по адаптации к наиболее важным факторам стресса на работе. Консультанты также проводили обучение общим навыкам коммуникации и взаимодействия, а участники занятий выступали исполнителями собственных замыслов под руководством консультантов, действовавших в качестве "наставников".

В число проблем, которые поднимались чаще всего, входили проблемы адаптации к повышенным эмоциональным требованиям во взаимоотношениях с онкологическими больными и проблемы коммуникации между представителями разных специальностей.

Результаты качественной оценки показали, что участники занятий считают принятый метод чрезвычайно информативным и полезным для выявления и установления приоритетности факторов стресса на работе и для составления и оценки планов действий по преодолению этих факторов. Больше всего в этих занятиях участникам понравилось создание сети поддержки (социальной) среди коллег.

*Источник: European Agency for Occupational Safety and Health, 2002 (59).*

Основные направления действий включают предупреждение насилия на работе и борьбу с ним и устранение и ослабление его последствий с упором на оказание поддержки работникам, пострадавшим от насилия (60). Как подчеркивается во врезке 5, инициативы по проведению исследований могут повысить уровень осведомленности и стать катализатором процессов разработки новой политики.

### **Врезка 5. От недостатка осведомленности к выработке мер в рамках национального коллективного договора**

В рамках Совместной программы МОТ/МСМС/ВОЗ/ИОО (в которой участвуют Международная организация труда, Международный совет медицинских сестер, ВОЗ и "Интернационал общественного обслуживания") по борьбе с насилием на работе в секторе здравоохранения в 2001 г. было проведено первое в Болгарии



### **Врезка 5. От недостатка осведомленности к выработке мер в рамках национального коллективного договора (продолжение)**

обследование, которое показало, что работники здравоохранения и население не осведомлены о существовании такой проблемы. Как показали результаты, значение этой проблемы серьезно недооценивалось, и она воспринималась всего лишь как одна из тягот, возникающих в повседневной жизни людей, и как проявление стресса, обусловленного отрицательными последствиями тогдашних реформ в Болгарии.

В 2003 г. был проведен общенациональный трехсторонний семинар, организаторами которого выступили Федерация профсоюзов работников здравоохранения, входящая в Конфедерацию независимых профсоюзов Болгарии, и Медицинская федерация Конфедерации труда "Подкрепа". На семинаре были обсуждены основные итоги странового исследования и состоялась презентация болгарской версии Рамочного руководства МОТ/МСМС/ВОЗ/ИОО по вопросам насилия на работе. Участники приняли план действий на 2003–2005 гг. и обязались продолжать работу и по истечении этого периода.

Одним из важнейших достижений на национальном уровне было включение проблемы насилия на работе в коллективный договор сектора здравоохранения на 2004 г. Другие мероприятия были направлены на повышение уровня осведомленности, укрепление кадрового потенциала и профилактику насилия и включали проведение семинаров по мерам безопасности, порядку регистрации фактов насилия и поддержке потерпевших.

*Источник: Kocalov, 2006 (61).*

### ***Стимулирование нанимателей к решению проблем рабочей среды посредством оценки и сертификации учреждений и организаций***

Третий стратегический подход (на сей раз это подход, сосредоточенный на различных аспектах процесса решения проблем рабочей среды, а именно, на том, как это может происходить на уровне отдельной организации) предполагает внедрение программ оценки и сертификации учреждений и организаций. Такие программы могут служить стимулом, побуждающим нанимателей к принятию и поддержке концепции позитивной рабочей среды. А действия на уровне страны и на уровне сектора в данном случае могут быть направлены на то, чтобы создать общую методическую основу и обеспечить политическую и финансовую поддержку. Этот подход можно проиллюстрировать с помощью следующих двух примеров. Первый пример связан с инициативами по классификации учреждений и организаций в соответствии с качеством рабочей среды, при которых составляются списки самых лучших компаний. Например, такие списки составляет консалтинговая фирма "Грейт плейс ту уорк институт" (Great Place to Work Institute). Второй пример – Сеть больниц, способствующих укреплению здоровья – иллюстрирует комплексный подход, при котором создаются возможности для самооценки.

### *Модель "Прекрасное место работы" (Great Place To Work®)*

Модель "Прекрасное место работы" представляет собой метод оценки и оптимизации организационной культуры, разработанный американской консалтинговой фирмой "Грейт плейс ту уорк институт". Эта фирма проводит анкетирование среди сотрудников и интервью с руководством компаний с целью оценки существующей в компаниях организационной культуры. Оценка на две трети основывается на ответах сотрудников.

Филиал фирмы в Германии совместно с министерством труда и другими партнерами ежегодно проводит обследование учреждений и организаций в секторе здравоохранения с целью их оценки и сравнения с эталонными образцами. Охваченные обследованием учреждения здравоохранения классифицируются по качеству рабочей среды, и лучшие из них получают сертификат "Лучший наниматель в секторе здравоохранения" (Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen). В обследовании организационной культуры 2010 г. приняли участие шестьдесят три организации здравоохранения. Результаты этого обследования показывают, что самыми важными для сотрудников вопросами являются здоровье и благополучие, признание и разумное соотношение между работой и личной жизнью, а оплата труда – это один из ключевых элементов, но все же менее важный (Great Place to Work Institute Germany, неопубликованный документ, 2010 г.).

Данная модель строится на убеждении в том, что организационная культура – это решающий фактор производительности труда в компании. При таком ценностно-ориентированном подходе особый акцент делается на доверии как на стержневой составляющей позитивной рабочей среды. Доверительные отношения на работе, особенно между руководством и сотрудниками, имеют решающее значение для успешной деятельности компании. В число ценностей входят надежность, уважение, справедливость, гордость и коллективизм. При таком подходе позитивная рабочая среда характеризуется доверием к руководству организации, чувством гордости за свой труд и сотрудничеством с другими людьми на работе.

Эта модель может применяться ко всем отраслям, но в первую очередь к обрабатывающей промышленности, к предприятиям в сфере информации и коммуникации и к финансовым учреждениям. К сильным сторонам модели относятся следующие особенности:

- Ее ключевая концепция/ключевой элемент – доверие – имеет фундаментальное значение для рабочей среды, которая характеризуется асимметричностью информации и наличием специалистов с высшим образованием (например, организации здравоохранения).
- Анкетирование проводить легко, но оно не предполагает самооценки, поскольку обследование и оценка выполняются консалтинговой фирмой.

Недостатком модели является то, что она никак не увязывается с качеством или исходами медико-санитарной помощи для больных. Однако некоторые учреждения здравоохранения прибегают к оценке как к дополнительному инструменту в сочетании с обычной системой управления качеством, иногда также чередуя оценку с обследованиями удовлетворенности пациентов.

Во врезке 6 описывается принятая в Соединенных Штатах Америки модель "больницы-магнита", которая имеет целью улучшение рабочей среды для медицинских сестер.

*Сеть больниц, способствующих укреплению здоровья*

Укрепление здоровья – один из основных аспектов качества услуг, оказываемых в больницах, стоящий в одном ряду с безопасностью больных и эффективностью лечения. С ростом распространенности хронических заболеваний предоставление услуг по укреплению здоровья стало важным фактором достижения стабильно хорошего здоровья, хорошего качества жизни и производительности труда. Поэтому в концепции "больницы, способствующие укреплению здоровья" сочетаются конкретные вопросы обеспечения качества помощи и аспекты здоровой рабочей среды в больницах.

Задачи этой Сети, деятельность которой координируется

Европейским региональным бюро ВОЗ, состоят в том, чтобы:

- изменить культуру оказания помощи в больницах в сторону улучшения взаимодействия между специалистами различного профиля, прозрачности в принятии решений и активного участия больных, персонала и партнеров;
- оценить эффективность деятельности по укреплению здоровья в учреждениях здравоохранения и создать базу фактических данных в этой области;
- внедрить стандарты и показатели укрепления здоровья в существующие системы управления качеством на уровне отдельных больниц и на уровне всей страны (67).

В области обеспечения качества имеется руководство по самооценке, в котором сформулированы пять стандартов и связанные с ними показатели (68). Что же касается рабочей среды, то, согласно одному из стандартов, требуется, чтобы "руководство больницы создало условия для ее развития как места работы, благоприятствующего здоровью"

### **Врезка 6. "Больницы-магниты" и программа "Признание больниц-магнитов"**

Впервые концепция "больницы-магнита" была разработана в 80-е годы прошлого столетия Американской академией сестринского дела в Соединенных Штатах Америки (62). Первоначально в центре внимания было выявление методов работы с кадровыми ресурсами и характеристик организации, позволяющих некоторым больницам притягивать к себе и сохранять работников в условиях острого дефицита кадров (см. Приложение 1). Основные признаки "больниц-магнитов" включают в себя вложение денег в повышение квалификации кадров, управление качеством и наделение руководителей низшего звена возможностью осуществлять функции среднего руководящего персонала, а также хорошие отношения между медсестрами и врачами (63). Характеристики "магнетизма" в обобщенном виде выражены в "Показателе качества рабочей среды медсестер", который оценивается с помощью вопросников, заполняемых медсестрами (64). Эта идея разрабатывалась в течение нескольких десятилетий подряд путем научных исследований и осуществления добровольной программы аккредитации больниц – "Программы признания больниц-магнитов", которую проводит Американский центр аттестации медсестер (филиал Американской ассоциации медицинских сестер") (63).

Организационные характеристики "больниц-магнитов" с точки зрения среды, в которой работают медицинские сестры, охватывают участие медсестер в делах больницы, наличие руководящих документов по сестринскому делу как основы обеспечения качества помощи (например, письменных планов сестринской помощи, отвечающих современным требованиям, для всех больных), возможность у медсестры осуществлять управленческие функции, руководство работой медсестер и оказание им поддержки, обеспеченность достаточными кадрами и ресурсами и товарищеские отношения между медсестрами и врачами (65). Несмотря на некоторый недостаток ясности в результатах исследований и наличие некоторых фактических данных, противоречащих здравому смыслу (15), для больниц общего профиля, обладающих организационными признаками "магнетизма", характерны более низкие показатели смертности (13), более низкие показатели смертности в течение 30 дней после операции, меньшее число осложнений и более низкий показатель "невозможности спасти жизнь" (смерть после осложнения) (14)). Внедрение концепции "больниц-магнитов" также позволяет снизить вероятность синдрома выгорания и минимизировать текучесть кадров и оказывает положительное влияние на качество помощи (66).

К основным недостаткам этой программы относится то, что она ориентирована на сестринскую профессию, осуществляется почти исключительно в Соединенных Штатах Америки (из 344 аккредитованных больниц 340 находятся в США; <http://www.nursecredentialing.org/MagnetOrg/searchmagnet.cfm>) и что фактические данные о ее воздействии на качество помощи иногда бывают неубедительны. Первая больница, получившая статус "больницы-магнита" за пределами Соединенных Штатов Америки, была в Англии, но этот статус не был поддержан Национальной службой здравоохранения Соединенного Королевства и был аннулирован. В Западной Европе на сегодняшний день нет ни одной "больницы-магнита".

(см. Приложение 2). Это включает:

- разработку и реализацию здоровых и безопасных условий работы;
- разработку и реализацию комплексной стратегии работы с кадрами, которая включает обучение сотрудников и выработку у них навыков укрепления здоровья;
- наличие установленных методов и порядка формирования и поддержания осведомленности сотрудников в вопросах охраны и укрепления здоровья.

Для оценки рабочей среды в руководстве предлагаются дополнительные показатели, такие как:

- количество баллов, выведенное в результате обследования условий работы, с которыми сталкиваются сотрудники;
- процент кратковременного отсутствия на работе;
- показатель травматизма, связанного с работой;
- количество баллов по шкале синдрома выгорания.

Эти стандарты и показатели имеют большое значение для улучшения рабочей среды, а в сочетании со стандартами и показателями исходов помощи больным они являются элементами более широкой функции больниц по укреплению здоровья. Эта система норм и принципов создавалась в течение более десяти лет, и теперь она может служить реальной базой для сравнительной оценки европейских больниц и служб здравоохранения по эталонным показателям и основой для их дальнейшего организационного развития.

У этих двух примеров программ аккредитации, предназначенных для улучшения рабочей среды, есть свои особенные преимущества и недостатки. Возможно, было бы целесообразно рассмотреть вопрос о том, не следует ли выработать некую общую систему для оценки рабочей среды и аттестации организаций в секторе здравоохранения. Такая система могла бы строиться на указанных выше элементах качества условий труда в сочетании с нормативами качества медицинской помощи.

### **Соображения, касающиеся практической реализации**

Нередко вопросы, касающиеся условий труда, входят в компетенцию министерств труда и связанных с ними органов, таких как инспекции труда. Поэтому для внедрения и сохранения в долгосрочной перспективе эффективных подходов к улучшению рабочей среды в секторе

здравоохранения чрезвычайно важно налаживать межведомственное сотрудничество. Оно не везде очевидно. Создание привлекательной и благоприятной рабочей среды сопряжено с большими трудностями, и не только потому, что нужно учитывать и решать весьма сложные вопросы, но и потому, что практическая реализация должна происходить на стыке политики здравоохранения и политики в сфере труда с участием многих заинтересованных сторон, которые не всегда говорят на одном языке. Обычно в стратегиях в трудовой сфере не учитываются специфические потребности того или иного сектора, например, сектора здравоохранения, поэтому положения соответствующих нормативно-законодательных документов должны быть адаптированы к особенностям сектора здравоохранения. В то же время во многих странах можно наблюдать недостаток осведомленности и систематических знаний о проблемах трудовых отношений в секторе здравоохранения. Руководители здравоохранения высшего звена должны принять меры к тому, чтобы на всех уровнях системы здравоохранения был обеспечен потенциал, позволяющий систематически заниматься вопросами трудовых отношений. Более того, для осуществления стратегических мер в трудовой сфере необходимо вовлечение основных социальных партнеров. В этой связи один из подходов касается концепции социального диалога.

Социальный диалог – это средство достижения стабильных улучшений в службах здравоохранения, включая улучшение рабочей среды, поскольку он направлен на вовлечение ключевых партнеров. Социальный диалог в службах здравоохранения определяется как проведение всевозможных переговоров и консультаций, начиная с обмена информацией между представителями государственных органов, нанимателей и работников по вопросам, представляющим взаимный интерес и имеющим отношение к экономической и социальной политике (69). Для социального диалога требуются сильные и независимые социальные партнеры, но в секторе здравоохранения целого ряда стран таких партнеров нет (70).

В ЕС существуют давние традиции социального диалога, однако в секторе здравоохранения он поддерживался не всегда, и это, возможно, является отражением того обстоятельства, что этот чрезвычайно раздробленный сектор трудно организовать. На уровне ЕС создание Комитета по социальному диалогу в больничном секторе было официально оформлено в сентябре 2006 г. Перед Комитетом была поставлена задача добиваться улучшения условий найма и качества оказываемых услуг в больничном секторе, и его деятельность по решению вопросов, представляющих интерес как для нанимателей, так и для работников, оказалась успешной. Признанными социальными партнерами являются NOSPEEM и ЕФПОО.

Имеющиеся фактические данные подтверждают, что социальный диалог положительно ассоциирует с улучшением условий работы на уровне отдельной организации (21). Тем не менее, на фоне различных традиций трудовых отношений в Европе существуют большие различия между странами в роли социального диалога относительно условий работы. Например, в странах Северной и Западной Европы (Швеция, Германия, Австрия) переговоры об условиях коллективного договора проводятся главным образом на уровне сектора, в странах Центральной и Восточной Европы (например, в Чешской Республике) – на уровне компаний, а в странах Южной Европы (например, в Испании, Франции) может быть и так и так. В южных странах стиль переговоров характеризуется ориентацией на конфликт, в центральных и восточных странах он отличается уступчивостью, в северных и западных странах – стремлением к интегрированию интересов. В одних странах трудовые отношения построены на социальном партнерстве, в других странах существуют режимы с большей степенью государственного регулирования, поляризации или раздробленности. Все эти особенности и определяют практику и сферу социального диалога и его влияние на условия работы на уровне предприятия.

Важность процессов социального диалога для руководства организации и для ее работников подтверждает целый ряд ситуационных исследований, проведенных в различных учреждениях здравоохранения в разных странах. Руководство в первую очередь заинтересовано в улучшении рабочей среды для того, чтобы добиться высокого качества помощи и повысить конкурентоспособность – для этого не обойтись без квалифицированных кадров с высокой степенью мотивации к труду. Для представителей медицинских работников участие в социальном диалоге и переговорах об условиях коллективного договора дает возможность противостоять ухудшению условий работы с точки зрения индивидуального работника. Как показывают уроки этих ситуационных исследований, есть несколько факторов, благодаря которым социальный диалог может быть успешным:

- организационная культура вовлечения широкого круга участников в процесс принятия решений, построенный на принципе сотрудничества;
- взаимное доверие между заинтересованными сторонами;
- придание диалогу законного статуса и обязательный характер его результатов;
- наличие определенных приоритетов, целей и задач;
- активное вовлечение представителей работников и их компетентность.

Конкретные достижения в плане улучшения условий работы охватывают широкий спектр вопросов: улучшение гигиены труда и техники безопасности, оптимизацию графика рабочего времени, введение процедуры посредничества в конфликтных ситуациях и инициативы по предоставлению социальной поддержки, курс на создание на работе условий, благоприятствующих семейной жизни, и улучшение общения между людьми (21).

## Резюме

В данном аналитическом обзоре рассмотрен вопрос о том, почему для руководителей высшего звена важно обеспечить медицинским работникам хорошую рабочую среду, и изучены возможные варианты создания привлекательной, благоприятной, позитивной рабочей среды. Важной особенностью является то, что в нем отмечено большое значение рабочей среды для найма и сохранения кадров медицинских работников, а также для качества оказываемой ими помощи.

На пути создания благоприятной рабочей среды возникает множество трудностей, которые можно преодолеть с помощью различных стратегий. Наряду с разнообразием европейских систем здравоохранения и социально-экономических условий в странах это затрудняет выработку готового перечня применимых на практике стратегических мер. Однако можно предложить примерную схему действий, построенную на следующих основополагающих принципах:

- Какая бы проблема ни была выделена в качестве первоочередной, важно продумать для ее решения такие стратегии, которые можно осуществлять на разных уровнях, чтобы принятый подход был логически последовательным и мог сохраняться в течение длительного времени. Для улучшения рабочей среды должны быть приняты меры, которые имеют прямое отношение к конкретным условиям данной системы здравоохранения и применимы в этих условиях, но при этом соответствуют международным нормам и учитывают усилия по гармонизации, предпринимаемые на региональном уровне. Эффективные решения всегда привязаны к конкретным условиям, поэтому приоритет должен отдаваться местному уровню и уровню отдельной организации.
- Стратегические меры следует разрабатывать таким образом, чтобы в них было два аспекта: один аспект должен касаться содержания (какие проблемы необходимо решать), а другой – процесса (каким образом необходимо решать проблемы).
- Многие факторы, воздействующие на рабочую среду медицинских работников, лежат вне сферы влияния руководителей сектора



здравоохранения. Поэтому главным условием выработки действенных стратегических мер, которые могут поддерживаться в течение длительного времени, является межсекторальное сотрудничество и социальный диалог.

Цель состоит в том, чтобы создать такую рабочую среду, которая привлекала бы людей к медицинским профессиям, стимулировала бы их желание оставаться в кадрах здравоохранения и давала бы им возможность эффективно выполнять свои профессиональные обязанности.

## Библиография

1. Европейское региональное бюро ВОЗ. *Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе*. (Доклад, представленный Региональному комитету, Пятьдесят седьмая сессия, Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.; EUR/RC57/9 + EUR/RC57/Conf.Doc./3; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/74543/RC57\\_rdoc09.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74543/RC57_rdoc09.pdf), по состоянию на 3 января 2011 г.).
2. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
3. Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected SEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva, International Labour Office, 2006.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. *The looming crisis in the health workforce- how can OECD countries respond?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
5. Европейское региональное бюро ВОЗ. *Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ*. (Доклад, представленный Региональному комитету, Пятьдесят девятая сессия, Копенгаген, Дания, 14–17 сентября 2009 г.; EUR/RC59/9 + EUR/RC59/Conf.Doc./3; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/66990/RC59\\_rdoc09.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/66990/RC59_rdoc09.pdf), по состоянию на 3 января 2011 г.).
6. Wells JS, Norman LJ. The 'greying' of Europe – reflections on the state of nursing and nurse education in Europe. *Nurse Education Today*, 2009, 29(8):811–815.
7. Commission of the European Communities. *Green Paper on the European Workforce for Health (COM(2008) 725 final)*. Brussels, Commission of the European Communities, 2008 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf) , accessed 16 July 2010).
8. International Labour Office. *The sectoral dimension of the ILO's work – update of sectoral aspects regarding the global economic crisis: tourism, public services, education and health (GB.307/STM/1; ILO Governing Body 307th Session, March 2010)*. Geneva, International Labour Office, 2010 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_123768.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_123768.pdf), accessed 10 April 2010).
9. Aiken LH et al. 2002, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2002, 288(16):1987–1993.

10. Needleman J et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346(22):1715–1722.
11. Rafferty AM et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44(2):175–182.
12. Dawson J. *Does the experience of staff working in the NHS link to the patient experience of care? An analysis of links between the 2007 acute trust inpatient and NHS staff surveys*. Birmingham, Aston School of Business, 2009.
13. Aiken LH, Smith H, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 1994, 32(8):771–787.
14. Friese CR et al. Nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 2008, 43:1145–1163.
15. Tourangeau AE et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(1):32–44.
16. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*, 2003, 47(1):142–152.
17. *Macmillan Dictionary* (<http://www.macmillandictionary.com>, accessed 16 June 2010).
18. *Compact Oxford English Dictionary* (<http://www.askoxford.com>, accessed 16 June 2010).
19. Commission of the European Communities. *Employment and social policies: a framework for investing in quality. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (COM(2001) 313 final, 20 June 2001)*. Brussels, Commission of the European Communities, 2001.
20. Council of the European Union. Guidelines for the employment policies of the Member States (integrated guidelines 17–24). In: *Council Decision on guidelines for the employment policies of the Member States. Legislative Acts and other Instruments (10614/2/08 REV 2)*. Brussels, Council of the European Union, 2008 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st10/st10614-re02.en08.pdf>, accessed 2 July 2010).
21. Voss E. *Working conditions and social dialogue – national frameworks, empirical findings and experience of good practice at enterprise level in six European countries (Draft Report)*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009 (<http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/confworkcond09/draftreport.pdf>, accessed 8 April 2010).

22. Muñoz de Bustillo M et al. *Indicators of job quality in the European Union*. Brussels, European Parliament, 2009 (<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>, accessed 17 April 2010).
23. Positive Practice Campaign. *Positive practice environments for health care professionals [factsheet]*. Geneva, International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association, 2008.
24. Commission of the European Communities. *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007–2012 on health and safety at work*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (21.2.2007, COM (2007) 62 final). Brussels, Commission of the European Communities, 2007.
25. WHO. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention; Geneva, 2–4 February 2009. Geneva, WHO, 2009* ([http://www.who.int/hrh/migration/background\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf), accessed 20 April 2010).
26. ВОЗ. *Совместная работа на благо здоровья (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.)*. Женева, ВОЗ, 2006 г.
27. Roberfroid D et al. *Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges*. Health Services Research (HSR). Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2008.
28. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries (OECD Health Working Paper, No. 21)*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
29. Hansen N, Sverke M, Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *Nursing Studies*, 2009, 46(1):96–107.
30. Lombardo E, Sangiuliano M. 'Gender and employment' in the Italian policy debates: the construction of 'non employed' gendered subjects. *Women's Studies International Forum*, 2009, 32(6):445–452.
31. International Labour Organization. ILOLEX Database (<http://www.ilo.org/ilolex/>, accessed 14 June 2010).

32. Peus C. *Work–family balance: the case of Germany* (WPC #0025). Cambridge (Massachusetts), MIT Workplace Center, Sloane School of Management, 2006 (<http://web.mit.edu/workplacecenter/docs/wpc0025.pdf>, accessed 19 July 2010).
33. Ministry of Social Affairs and Social Security. *Act on Maternity/Paternity Leave and Parental Leave, No. 95/2000*. Reykjavik, Ministry of Social Affairs and Social Security, 2000 (<http://eng.felagsmalaraduneyti.is/legislation/nr/3697>, accessed 20 July 2010).
34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Aus der Praxis für die Praxis*. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009.
35. Müller B. *Good solutions in nursing and care. Models of good practice of healthy and quality-promoting work design of nursing and care jobs in hospitals, inpatient care facilities and home care services*. Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005.
36. Commission of the European Communities. *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007–2012 on health and safety at work*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (21.2.2007, COM (2007) 62 final). Brussels, Commission of the European Communities, 2007.
37. Gunnarsdottir S, Rafferty AM. Enhancing working conditions. In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe* [Chapter 9]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
38. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. *Fourth European working conditions survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007 (<http://www.eurofound.europa.eu>, accessed 22 March 2010).
39. European Agency on Safety and Health at Work (OSHA). *Health and safety of healthcare staff* (<http://osha.europa.eu/en/sector/healthcare>, accessed 4 April 2010).
40. Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work (Nurses Early Exit Study (NEXT) Scientific Report)*. Wuppertal, University of Wuppertal, 2005 (<http://www.next-study.net>, accessed 11 July 2010).

41. International Labour Organization. *2010 World Day for Safety and Health at Work: emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work* [booklet]. Geneva, International Labour Office, 2010 ([http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang--en/docName--WCMS\\_123653/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang--en/docName--WCMS_123653/index.htm), accessed 15 April 2010).
42. Wiskow C. *The impact of SARS on health personnel*. (Sectoral Working Paper, No. 206.) Geneva, International Labour Office, 2003.
43. European Parliament, Committee on Employment and Social Affairs. *Report with recommendations to the Commission on protecting European healthcare workers from blood borne infections due to needlestick injuries (2006/2015(INI))*. European Parliament, A6-0137/2006, final, 25.4, 2006.
44. PCN, EUROFEDOP, EDTNA/ERCA, IAPO, EUCOMED, EOM, EMA resolution calling for EU action to prevent medical sharps injuries: *Protecting European healthcare workers from medical sharps injury* (RTB, April 2004 Discussion Document), 2004. (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EuHealthcareWorkers.pdf> , accessed 11 April 2010).
45. European Agency for Occupational Safety and Health. *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2009 (European Risk Observatory Report, EN 9; <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory>, accessed 8 April 2010).
46. Di Martino V. *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health/publ.htm>, accessed 13 April 2010).
47. European Agency for Occupational Safety and Health. *Stress – definition and symptoms*. [http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index\\_html/definitions\\_and\\_causes](http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index_html/definitions_and_causes), accessed 16 July 2010).
48. Goehring C et al. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey (<http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2005/07/smw-10841.pdf>, accessed 16 July 2010). *Swiss Medical Weekly*, 2005, 135:101–108.
49. Hristov Z et al. *Work stress in the context of transition. A case study of education, health and public administration in Bulgaria*. (Report No. 26). Budapest, International Labour Office, Subregional Office for Central and Eastern Europe, 2003.

50. Di Martino V. *Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study—Synthesis report*. ILO/ICN/WHO/ICN Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/index2.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/index2.html), accessed 15 April 2010).

51. International Labour Office. *Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001*. Geneva, International Labour Office, 2001.

52. ВОЗ, Резолюция WHA60.26 "Здоровье работающих: глобальный план действий. Женева, Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (пункт 12.13 повестки дня, 23 мая 2007 г., A60/VR/11, пункт 9; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/R/reso-60-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/R/reso-60-ru.pdf), по состоянию на 3 января 2011 г.).

53. WHO. *Work plan of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health for the period 2009–2012: Compendium*. Geneva: WHO, 2009 ([http://www.who.int/occupational\\_health/cc\\_compendium.pdf](http://www.who.int/occupational_health/cc_compendium.pdf), accessed 19 July 2010).

54. EU Issue Tracker. *Sharp objects in health care. EU Issue Tracker – the regulatory radar*, 14 December 2009; <http://www.euissuetracker.com/en/focus/Pages/Sharp-Objects-in-Health-Care.aspx>, accessed 10 April 2010).

55. European Parliament. *Motion for a Resolution pursuant to Rule 84(3) of the Rules of Procedure by Liz Lynne, Pervenche Berès on behalf of the Committee on Employment and Social Affairs on the proposal for a Council directive implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU (COM(2009)0577)*. European Parliament 2009–2014, Session Document B7-0063/2010, 1.2.2010 (RE\803453EN.doc; PE432.911v01-00). Strasbourg, European Parliament, 2010.

56. De Raeve, P. *Sharps injuries – stepping up to the challenge in Europe*. Brussels, European Federation of Nurses Associations, 2010 ([http://www.efnweb.org/version1/en/networks\\_articles.html](http://www.efnweb.org/version1/en/networks_articles.html), accessed 6 April 2010).

57. WHO. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. Geneva, WHO, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf), accessed 2 July 2010).

58. HOSPEEM and EPSU. *Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and health care sector*. Brussels, HOSPEEM and EPSU, 2009 (<http://www.epsu.org/a/5581>, accessed 4 April 2010).

59. European Agency for Safety and Health at Work. *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
60. ILO/ICN/WHO/PSI. *Framework Guidelines on addressing workplace violence in the health sector*. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, International Labour Office, 2002.
61. Kokalov I. *Tackling violence at work in the health sector – unions make a difference in Bulgaria (Focus on Health, No. 1, August 2006)*. Public Services International, 2006 (<http://www.world-psi.org>, accessed 19 April 2010).
62. McClure M et al. *Magnet hospitals; attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, American Academy of Nursing, 1983.
63. Aiken LH et al. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(2):3330–3337.
64. Aiken LH, Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: the revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 2000, 49(3):146–153.
65. Lake ET. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 2002, 25(3):176–188.
66. O'Brien-Pallas L, Tomblin Murphy G, Shamias J. *Final Report: Understanding the Costs and Outcomes of Nurses' Turnover in Canadian Hospitals*. Toronto, University of Toronto, Nursing Health Services Research Unit, 2008. (<http://www.hhrchair.ch/research.cfm>, accessed 16 July 2010)
67. WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals Network (HPH). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>, accessed 4 June 2010).
68. Groene O, ed. 2006, *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:47–50.
69. International Labour Office. Social Dialogue in the health services: a tool for practical guidance. Geneva, International Labour Office, Sectoral Activities Programme, 2004.
70. EPSU and HOSPEEM. *Strengthening social dialogue in the hospital sector in the new Member States and candidate countries*. EPSU and HOSPEEM, 2007 (<http://www.hospitalsocialdialogue.eu>, last update 9 July 2007).



## Приложения

### Приложение 1. "Больницы-магниты" и 14 "сил притяжения"

В результате первоначального исследования, проведенного в 1983 г., было выделено 14 признаков, которыми отличаются организации, способные привлекать новых медицинских сестер и сохранять имеющиеся сестринские кадры. Эти признаки получили название "силы притяжения в определении Американского центра аттестации медсестер" и стали концептуальной основой процесса оценки больниц перед присвоением им статуса "больницы-магнита".

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | Качество руководства сестринской службой | Знающие, сильные лидеры из числа медицинских сестер, готовые при необходимости идти на риск, придерживаются в повседневной практике сестринской службы ясно сформулированной, стратегически ориентированной и дальновидной философии. От руководителей сестринской службы на всех уровнях организации исходит твердая решимость активно защищать и поддерживать интересы персонала и больных. (Результаты высокого качества руководства наглядно проявляются в практике работы медицинских сестер с больными).                               |
| 2 | Организационная структура                | Организационная структура в целом плоская, а не иерархическая, с преобладанием децентрализованного принятия решений. Организационная структура динамична, чутко реагирует на изменения. В структуре комитетов организации явно просматривается сильное представительство сестринского персонала. Руководители сестринской службы входят в состав администрации всей организации. Главная медсестра обычно подчиняется напрямую директору организации. В организации существует действующая и продуктивная система коллективного руководства. |
| 3 | Стиль руководства                        | Медицинская организация и руководители сестринской службы создают среду, благоприятствующую участию всех заинтересованных лиц в управлении организацией. Поощряется и ценится высказывание мнений и пожеланий сотрудников на всех уровнях организации, и эти мнения и пожелания учитываются в принимаемых решениях. Медицинские сестры, занимающие руководящие должности, заметны, доступны и настроены на реальное общение с сотрудниками.  |

4	Кадровая политика и программы работы с кадрами	Заработная плата и дополнительные пособия на достойном уровне. Применяются творческие и гибкие подходы к подбору и расстановке кадров, способствующие поддержанию безопасной и здоровой рабочей среды. Кадровая политика разрабатывается при непосредственном участии медсестер, работающих с больными. Существуют большие возможности для профессионального роста по административной и по лечебной линии. Кадровая политика и программы работы с кадрами благоприятствуют высокому уровню профессионализма в сестринской практике, разумному соотношению личной жизни и работы и высокому качеству оказываемой помощи.
5	Профессиональные модели помощи	Существуют модели помощи, при которых медсестры наделяются ответственностью за предоставление непосредственной помощи больным и соответствующими полномочиями для этого. Медсестры отвечают за свою собственную практику, а также за координацию оказываемой помощи. Модели помощи (т.е. первичной сестринской помощи, ведения больного, ориентации на семью, участковой системы, целостной помощи) обеспечивают непрерывность всего цикла. В этих моделях учитываются индивидуальные потребности больных и обеспечивается наличие квалифицированных медсестер и достаточных ресурсов для достижения желаемого исхода.
6	Качество помощи	Качество является системной движущей силой в сестринском деле и во всей деятельности организации. Медсестры, занимающие руководящие должности, отвечают за создание такой среды, которая оказывает положительное влияние на исходы лечения больного. Среди медсестер распространено убеждение в том, что они оказывают больным помощь высокого качества.
7	Повышение качества	В организации имеются структуры и процессы, предназначенные для оценки качества, и программы повышения качества помощи и услуг, оказываемых организацией.

8	Возможность консультироваться с экспертами и наличие ресурсов	Медицинская организация предоставляет достаточные ресурсы, поддержку и возможности для консультаций со специалистами, в частности, с медсестрами, практикующими на более высоком уровне. Кроме этого, организация содействует участию медсестер в профессиональных объединениях и в общении с другими коллегами в сообществе.
9	Самостоятельность	Самостоятельная сестринская помощь – это способность медсестры оценивать необходимость сестринской помощи и осуществлять сестринские действия сообразно с потребностями больного в помощи, исходя из своей компетентности, профессионального опыта и знаний. Предполагается, что медсестра будет действовать самостоятельно, с соблюдением профессиональных стандартов. Предполагается способность к самостоятельным суждениям в контексте междисциплинарного и многопрофильного подхода к оказанию помощи больному/лицу, проживающему в лечебном учреждении/клиенту.
10	Местное сообщество и медицинская организация	Установлены отношения со всеми типами лечебно-профилактических учреждений и другими организациями, обслуживающими местное сообщество, в целях налаживания прочных партнерских связей, способствующих улучшению исходов помощи клиентам и укреплению здоровья в обслуживаемом сообществе.
11	Медсестры в роли преподавателей	Профессиональные медсестры участвуют в образовательной деятельности в своей организации и в местном сообществе. Организация приветствует приход учащихся из различных академических программ и поддерживает их; договорные отношения являются взаимовыгодными. Существует программа повышения квалификации и наставничества для руководителей практики из числа сотрудников, которые работают с учащимися всех уровней (студентами, выпускниками учебных заведений, опытными медсестрами и т.д.). Сотрудники на всех должностях выступают в качестве преподавателей и руководителей практики для учащихся из самых разных академических программ. Существует программа просвещения больных, направленная на удовлетворение разнообразных потребностей больных во всех ситуациях оказания помощи, которые могут возникать в организации.

12	Имидж сестринского дела	Услуги, предоставляемые медсестрами, оцениваются другими сотрудниками бригады медицинской помощи как чрезвычайно важные. Медсестры воспринимаются как неотъемлемое условие способности медицинской организации оказывать помощь больным. Сестринская помощь оказывает реальное влияние на процессы, происходящие во всей системе.
13	Междисциплинарные отношения	Большое значение придается рабочим отношениям на принципах сотрудничества внутри одной специальности и между разными специальностями. Взаимное уважение строится на исходной посылке, согласно которой все члены бригады медицинской помощи вносят важный и значимый вклад в достижение результатов лечения. Предусмотрены стратегии урегулирования конфликтов, которые успешно применяются, когда в этом возникает необходимость.
14	Повышение квалификации	Медицинская организация высоко ценит и поддерживает рост сотрудников как личностей и как специалистов и повышение их квалификации. Кроме общей установки на качество и учебы на рабочем месте (см. п. 11 "Медсестры в роли преподавателей"), большое внимание уделяется услугам карьерного роста. В организации осуществляются программы, содействующие формальному образованию, профессиональной аттестации и карьерному росту. Оказывается содействие повышению клинической и управленческой квалификации/развитию навыков лидерства на основе выработки необходимой компетентности, предоставляются необходимые кадровые и денежные ресурсы для всех программ повышения квалификации.

Источник:

<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/ForcesofMagnetism.aspx>  
(accessed 8 April 2010).

## **Приложение 2. Сеть больниц и служб здравоохранения, способствующих укреплению здоровья – стандарты самооценки**

### *Стандарт 4: содействие здоровым условиям на работе*

Руководство создает условия для развития больницы как здорового места работы.

#### *Цель*

Содействовать созданию здоровых и безопасных условий на работе и оказывать поддержку действиям сотрудников, направленным на укрепление здоровья.

#### **Подстандарт 4.1**

Организация обеспечивает разработку и реализацию здоровых и безопасных условий работы.

- 4.1.1 Условия работы соответствуют национальным/региональным директивам и показателям (доказательство: например, признаны национальные и международные (ЕС) нормативные документы).
- 4.1.2 Сотрудники соблюдают требования гигиены и безопасности труда, выявлены все факторы риска на рабочем месте (доказательство: например, проверить данные о производственном травматизме).

#### **Подстандарт 4.2**

Организация обеспечивает разработку и реализацию комплексной стратегии работы с кадрами, которая включает обучение сотрудников и выработку у них навыков укрепления здоровья.

- 4.2.1 Новые сотрудники проходят вводный инструктаж по политике укрепления здоровья, проводимой в больнице (доказательство: например, провести собеседования с новыми сотрудниками).
- 4.2.2 Сотрудники всех отделений знакомы с содержанием политики укрепления здоровья, проводимой в больнице (доказательство: например, ежегодная оценка качества выполнения сотрудниками своих профессиональных обязанностей или участие сотрудников в программе укрепления здоровья).
- 4.2.3 В организации имеется система оценки качества выполнения профессиональных обязанностей и непрерывного повышения квалификации, включая навыки укрепления здоровья (доказательство: например, документальное подтверждение путем проверки личных дел сотрудников или проведение собеседования).

- 4.2.4 Рабочие инструкции (методики и руководства) разрабатываются многопрофильными группами специалистов (доказательство: например, проверить наличие методик, спросить у сотрудников).
- 4.2.5 Сотрудники принимают участие в выработке политики больницы, аудитах и проверках (доказательство: спросить у сотрудников, проверить протоколы заседаний рабочих групп на предмет участия в них представителей персонала).

#### Подстандарт 4.3

Организация обеспечивает наличие методов и порядка формирования и поддержания осведомленности сотрудников в вопросах охраны и укрепления здоровья.

- 4.3.1 Стратегии формирования осведомленности в вопросах охраны и укрепления здоровья доступны для сотрудников (доказательство: например, проверить наличие стратегий в отношении курения, употребления алкоголя, психоактивных веществ и физической активности).
- 4.3.2 Предлагаются программы помощи в прекращении курения (доказательство: например, проверить наличие программ).
- 4.3.3 Проводятся ежегодные обследования сотрудников, включающие оценку индивидуального поведения, знаний об услугах/стратегиях в поддержку укрепления здоровья и пользы разъяснительных семинаров (доказательство: проверить вопросники, использованные для проведения обследования, и результаты обследования сотрудников).

*Источник:* Groene O, ed. 2006, *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:47–50.

## Совместные аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?  
*David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke*
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?  
*Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse*
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?  
*Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham*
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?  
*Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte*
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?  
*Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran*
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?  
*Debbie Singh*
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?  
*James Buchan*
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?  
*Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede*
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?  
*Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee*
10. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?  
*Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee*
11. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?  
*Jose-Luis Fernandez, Julien Forde, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosova, David McDaid*
12. Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?  
*Sarah Payne*
13. Каким образом телездоровое охранение может помочь в предоставлении интегрированной помощи?  
*Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid*
14. Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования.  
*Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell*
15. Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду.  
*Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro*

---

Европейская обсерватория осуществляет собственную программу издания кратких аналитических обзоров (см. <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policy-briefs/joint-hen-obs-policy-briefs>).

СФДЗ публикует сводные доклады и краткие изложения принципов (имеются на <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17.  
Факс: +45 39 17 18 18.  
Электронный адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Данный "Краткий аналитический обзор" был подготовлен для конференции "Инвестирование в кадровые ресурсы здравоохранения Европы завтрашнего дня: возможности для инноваций и сотрудничества" (Ла-Юль, 9–10 сентября 2010 г.), которая была организована в рамках председательства Бельгии в ЕС.

Настоящая публикация представляет собой один из серии кратких аналитических обзоров, совместно издаваемых Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Эта серия предназначена в первую очередь для руководителей высшего звена, которым нужны идеи для принятия на их основе практических мер. Поэтому в ней рассматриваются вопросы следующего характера: представляет ли собой то или иное явление проблему и почему, что известно о вероятных последствиях принятия тех или иных стратегий для решения данной проблемы и как при должном учете соображений, касающихся реализации политических решений, можно получить из этих стратегий реально осуществимые варианты политики.

В этой серии используются материалы сводных докладов СФДЗ и кратких аналитических обзоров Обсерватории, а основой для подготовки публикаций являются построенные на строго научном методе обзор и анализ имеющихся научных данных и оценка их актуальности для условий Европейского региона. Цель кратких аналитических обзоров состоит не в том, чтобы указать идеальные модели или рекомендуемые подходы. Цель этой серии заключается в том, чтобы через синтез ключевых научных данных и их интерпретацию с точки зрения значимости для стратегического курса выработать и донести до читателя определенные идеи в отношении возможных вариантов стратегических решений.

**Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)** Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen> СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

**Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения** – это партнерство, которое обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.