



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Техническая справка по вопросам укрепления сестринских и акушерских кадров в целях улучшения показателей здравоохранения

Что известно о расширении сестринских
функций: фактические данные
и уроки для внедрения



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Техническая справка по вопросам укрепления сестринских и акушерских кадров в целях улучшения показателей здравоохранения

Что известно о расширении сестринских
функций: фактические данные
и уроки для внедрения

РЕФЕРАТ

Во время пандемии COVID-19 руководители, определяющие политику, и широкая общественность признали важный вклад сестринских работников в борьбу с пандемией и непростые условия, в которых им приходилось работать. В результате в Европе и в мире повысилось внимание к стратегической роли сестринских кадров. Высшее сестринское образование способствует обеспечению безопасности пациентов и улучшению результатов для пациентов, групп населения и систем здравоохранения. Расширение сестринских функций определено в качестве одного из эффективных кадровых решений в области здравоохранения,

которое позволяет улучшить доступ к медицинским услугам для недостаточно обслуживаемых и проживающих на отдаленных территориях групп населения и решить проблему нехватки персонала в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, способствуя тем самым достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. В настоящей технической справке основное внимание уделено изложению механизмов, с помощью которых государства-члены Европейского региона расширяют сестринские функции, и описаны возможные пути содействия процессам реализации соответствующих программ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

NURSING
HEALTH WORKFORCE
DELIVERY OF HEALTH CARE
HEALTHCARE FINANCING
HEALTH CARE REFORM

Номер документа: WHO/EURO:2024-8323-48095-72962

© ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 2024 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке **«Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: what is known about advancing roles for nurses: evidence and lessons for implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023».**

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<https://www.wipo.int/amc/ru/mediation/rules/index.html>).

Образец библиографической ссылки. Техническая справка по вопросам укрепления сестринских и акушерских кадров в целях улучшения показателей здравоохранения: что известно о расширении сестринских функций: фактические данные и уроки для внедрения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2024. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP).

Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование.

По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Все фото: ©ВОЗ

Дизайн: jakob h.

Содержание

Выражение благодарности	iv
Сокращения	v
Общие сведения	1
Предназначение настоящей технической справки	1
Ситуация в Европейском регионе ВОЗ	2
Термины и определения	6
Как эволюционировали и внедрялись в практику функции сестринских работников в Европе и в мире?	9
Что известно о расширении сестринских функций применительно к результатам для здравоохранения?	9
Способно ли расширение сестринских функций уменьшить нехватку поставщиков медицинских услуг и улучшить доступ для пациентов и населения в целом?	10
Какую пользу расширение сестринских функций может принести для первичной медико-санитарной помощи?	10
Как расширение сестринских функций может улучшить показатели укрепления здоровья и профилактики болезней?	12
Как расширение сестринских функций может улучшить оказание помощи в условиях стационара?	13
Каковы необходимые рычаги для расширения сестринских функций?	15
Четкое видение и направление, основанные на потребностях пациента	16
Образование, соответствующее своему предназначению	17
Многопрофильная командная рабочая среда	18
Оценка и мониторинг базы фактических данных	19
Создание возможностей для карьерного роста	19
Нормативное регулирование и законодательство: поддержка процессов планирования и внедрения расширенных сестринских функций	20
Механизмы оплаты труда и финансирования расширенных функций	24
Дальнейшие шаги	26
Библиография	28

Выражение благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность всем экспертам и национальным координаторам, которые внесли вклад в подготовку настоящей технической справки.

Разработку концепции документа и общее руководство его подготовкой осуществила Margrieta Langins, Европейское региональное бюро ВОЗ. Синтез фактических данных выполнили и воплотили в текст Claudia B. Maier, Школа общественного здравоохранения Билефельдского университета и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Alba Llop-Gironés, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Margrieta Langins, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Стратегическое и техническое руководство разработкой публикации осуществили Natasha Azzopardi-Muscat, Отдел страновых стратегий и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Tomas Zarata, Кадровые ресурсы здравоохранения и предоставление услуг, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Следующие эксперты в области сестринского и акушерского дела внесли вклад в разработку содержания, структуры и формата публикации: Amelia Latu Afuhaamango Tuipulotu, главный специалист по сестринскому делу, штаб-квартира ВОЗ; Carey McCarthy, Департамент по кадровым ресурсам здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ; Andrew Scanlon, Страновой офис ВОЗ в Украине; Karen Greene, Офис главного специалиста по сестринскому делу, Департамент здравоохранения Ирландии; John Unsworth, Кафедра сестринского и акушерского дела и охраны здоровья, Факультет здравоохранения и естественных наук, Университет Нортумбрии.

Сокращения

ГГССАД	главный государственный специалист по сестринскому и акушерскому делу
ЕС	Европейский союз
ИМТ	индекс массы тела
МСРП	медицинская сестра расширенной практики
ПМС	практикующая медицинская сестра
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
СКСД	специалист в области клинического сестринского дела (медицинская сестра с высшим образованием)
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких

Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA74.15 призвала государства-члены:

- максимально увеличить вклад медицинских сестер и акушерок в работу служб по предоставлению услуг, добиваясь того, чтобы нормативные положения, регулирующие их деятельность, соответствовали современным требованиям и позволяли медицинским сестрам и акушеркам в полной мере реализовать свои возможности в ходе работы и чтобы организация их труда обеспечивала достойную занятость, справедливое вознаграждение и условия работы, включая предоставление отпусков, обеспечение гендерного равенства и баланса, охрану труда и соответствующих прав, охрану психического здоровья и предупреждение насилия и притеснений, в том числе сексуальных домогательств и неправомерного обращения;
- принимать меры к тому, чтобы медицинские сестры и акушерки пользовались содействием и защитой, имели мотивацию, достаточную поддержку, подготовку и возможности для безопасного и эффективного участия в работе своих учреждений, а также устранять факторы, мешающие выполнению ими своих обязанностей, включая препятствия для обеспечения гендерного равенства, и снижать угрожающий им риск насилия и домогательств;
- обеспечивать для полноценного удовлетворения потребностей системы здравоохранения формирование у медицинских сестер и акушерок достаточных навыков и профессионализма благодаря расширению образования с учетом текущих и будущих медико-санитарных потребностей населения.

Общие сведения

В Европе и на глобальном уровне уделяется все большее внимание вопросам политики в отношении кадровых ресурсов для сестринского дела (ВОЗ, 2020), о чем свидетельствует консенсус, который был достигнут на недавно прошедшем Региональном совещании высокого уровня по кадровым ресурсам медико-санитарных и социальных работников в Европе и воплотился в Бухарестской декларации (ЕРБ ВОЗ, 2023а). Этому событию предшествовал выход в свет основополагающего доклада «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать» (ЕРБ ВОЗ, 2023b). Руководители и широкая общественность признали важный вклад сестринских работников в борьбу с пандемией COVID-19 и те непростые условия, в которых им приходилось работать (Rosa et al., 2020; Buchan et al., 2022). В результате наблюдается рост глобального интереса к повышению роли сестринских работников. Многие страны расширили функции медсестер (часто в ответ на нехватку персонала и пробелы в предоставлении услуг) для укрепления мер профилактики, удовлетворения более сложных и разнообразных потребностей пациентов или для оказания помощи более целостным образом, ориентированным на нужды пациента. Эти сдвиги, в дополнение к расширенным возможностям карьерного роста в клинической области могут оказать позитивное влияние на удержание сестринских кадров и привлекательность профессии медицинской сестры (ВОЗ, 2020).

Исследования показывают, что высшее сестринское образование повышает безопасность пациентов и улучшает как клинические исходы, так и показатели деятельности систем здравоохранения (Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2017; WHO, 2016). Расширение сестринских функций определено в качестве одного из эффективных кадровых решений в области здравоохранения, которое повысит доступность медицинской помощи для недостаточно обслуживаемых и географически удаленных групп населения и решит проблему нехватки персонала в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, способствуя тем самым достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОЗ, 2020). Убедительные фактические данные свидетельствуют о том, что при надлежащем обучении персонала расширение сестринских функций эффективно обеспечивает качественную медицинскую помощь и улучшает показатели удовлетворенности пациентов (Laurant et al., 2018; Maier et al., 2017).

Предназначение настоящей технической справки

Основное внимание в этом документе уделяется расширению функций сестринских работников. Он базируется на результатах аналитического обзора литературы (вставка 1). В справке изложена суть расширения функций, приводятся различные определения и связанные с ними концепции. Представлены фактические данные для директивных органов, и собрана имеющаяся информация по конечным результатам в трех ключевых областях, имеющих отношение к Европейской программе работы на 2020–2025 гг.: Совместные действия в интересах улучшения здоровья (ЕРБ ВОЗ, 2021) – укрепление здоровья, первичная медико-санитарная помощь и стационарная помощь. Освещены возможные меры, направленные на расширение сестринских функций, и описаны примеры из практики ряда стран Европейского региона ВОЗ.

Признавая важнейший вклад профессий медсестер и акушерок в деятельность систем здравоохранения, охрану здоровья населения и в работу по достижению Целей в области устойчивого развития и всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также в ответ на резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 74.15, авторы данной технической справки поставили перед собой следующие цели:

Вставка 1. Разработка и основное содержание технической справки

В основу технической справки легли результаты всестороннего поиска литературы по вопросам эффективности работы медицинских сестер с расширенными функциями и деятельности стран в этом направлении в Европейском регионе ВОЗ, а также итоги консультаций с членами Европейского центра ВОЗ по главному государственному специалистам сестринского дела. Проанализированы ключевые систематические обзоры и научные исследования по вопросам эффективности оказания медицинской помощи, доступа к услугам здравоохранения и реализации соответствующих стратегий. Основное внимание уделяется аспектам нормативного регулирования политики, образования и финансирования / моделей оплаты.

- поддержать руководящие органы стран в их усилиях, направленных на укрепление сестринской профессии на национальном уровне в соответствии с вышеупомянутой резолюцией;
- дать описание трех типов расширения сестринских функций;
- представить фактические данные о позитивных эффектах для пациентов, сообществ, медсестер и систем здравоохранения;
- дать обзор фактических данных о практическом внедрении функций медицинской сестры расширенной практики;
- представить убедительные примеры из стран Европейского региона ВОЗ о том, как разрабатывать, планировать и осуществлять организационные меры по расширению сестринских функций.

Ознакомившись с данной технической справкой, руководители здравоохранения, в том числе главные государственные специалисты по сестринскому

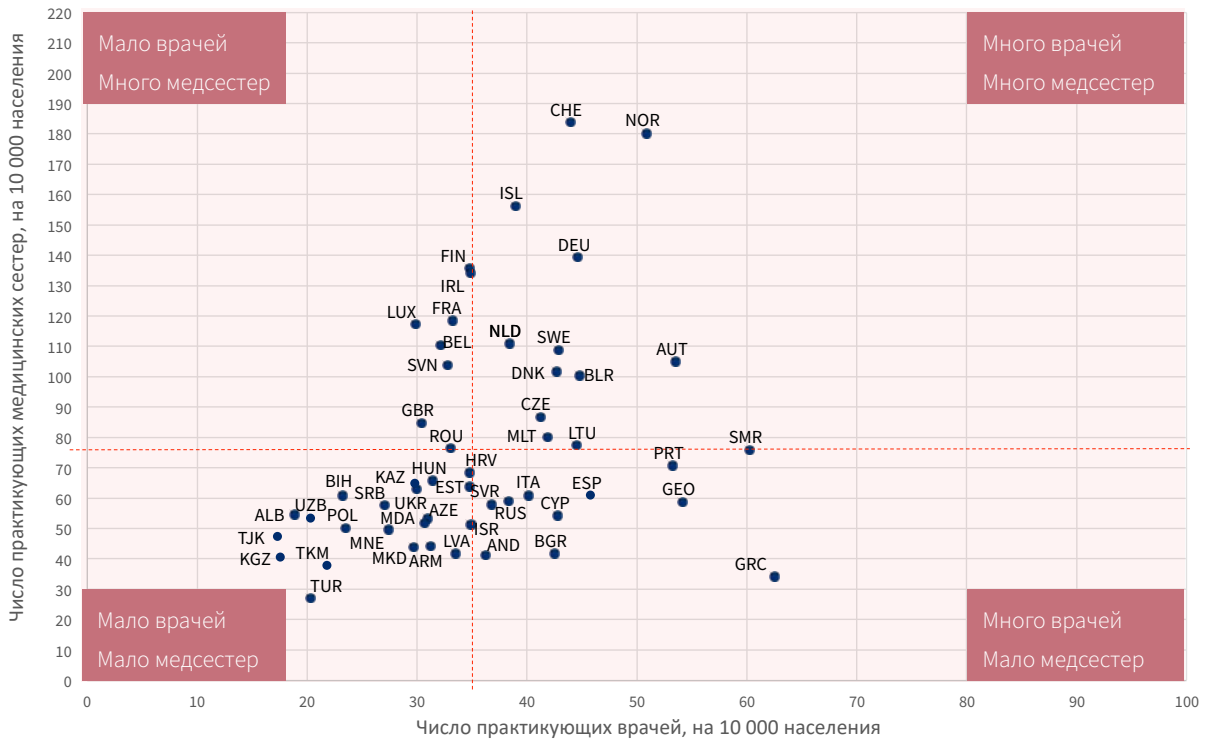
и акушерскому делу (ГГССАД) и/или другие руководители сестринского и акушерского дела старшего звена получат возможность:

- определить показатели эффективности медицинской помощи, которые можно улучшить путем расширения сестринских функций;
- установить, каким образом расширение сестринских функций позволяет повысить уровень мотивации и привлекательности профессии сестринского работника;
- наметить ряд стратегических рычагов для реализации мер, направленных на расширение сестринских функций.

Ситуация в Европейском регионе ВОЗ

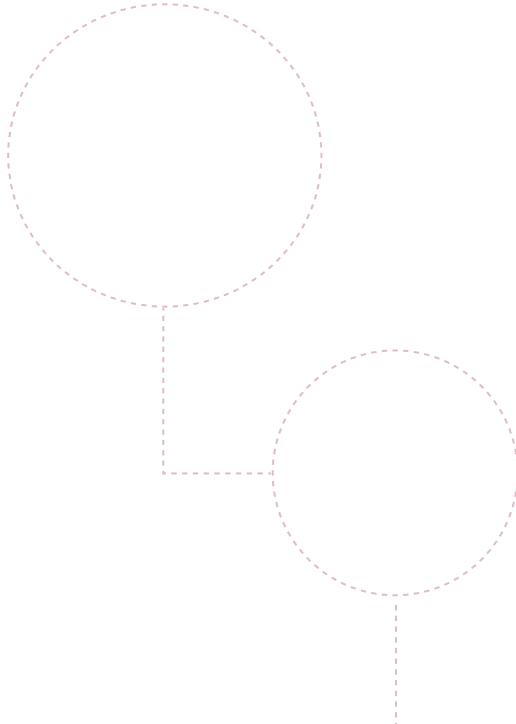
Расширение сестринских функций определено в качестве одного из эффективных кадровых решений в области здравоохранения, которое повысит доступность медицинской помощи для недостаточно обслуживаемых и географически удаленных групп населения и решит проблему нехватки персонала в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В Европейском регионе ВОЗ между странами существуют различия в уровнях обеспеченности населения врачебными и сестринскими кадрами. Более пристальный взгляд на значения этого показателя позволяет выделить четыре различные группы стран (рис. 1). Например, по сравнению со средним значением для Европейского региона ВОЗ, страны Центральной Азии и Юго-Восточной Европы характеризуются низкой численностью врачей и медсестер на душу населения, в то время как в странах на юго-западе Региона отмечаются относительно низкая численность медсестер и высокая – врачей. Подобные различия могут существовать и внутри страны, где кадровый дефицит может быть более острым в сельских и недостаточно обслуживаемых районах, или отмечается дефицит врачей в службах первичной медико-санитарной помощи и долговременного ухода с их относительным избытком на уровне специализированной помощи. В условиях, характеризующихся нехваткой медицинских работников, медсестры обладают потенциалом для более полного обеспечения справедливого доступа населения к услугам медицинской помощи.

Рисунок 1. Число практикующих врачей и медсестер на 10 000 населения в Европейском регионе ВОЗ, за последний год с наличием данных



ALB – Албания; AND – Андорра; ARM – Армения; AUT – Австрия; AZE – Азербайджан; BLR – Беларусь; BEL – Бельгия; BIH – Босния и Герцеговина; BGR – Болгария; HRV – Хорватия; CYP – Кипр; CZE – Чехия; DNK – Дания; EST – Эстония; FIN – Финляндия; FRA – Франция; GEO – Грузия; DEU – Германия; GRC – Греция; HUN – Венгрия; ISL – Исландия; IRL – Ирландия; ISR – Израиль; ITA – Италия; KAZ – Казахстан; KGZ – Кыргызстан; LVA – Латвия; LTU – Литва; LUX – Люксембург; MLT – Мальта; MCO – Монако; MNE – Черногория; NLD – Нидерланды (Королевство); MKD – Северная Македония; NOR – Норвегия; POL – Польша; PRT – Португалия; MDA – Республика Молдова; ROU – Румыния; RUS – Российская Федерация; SMR – Сан-Марино; SRB – Сербия; SVK – Словакия; SVN – Словения; ESP – Испания; SWE – Швеция; CHE – Швейцария; TJK – Таджикистан; TUR – Турция; TKM – Туркменистан; UKR – Украина; GBR – Соединенное Королевство; UZB – Узбекистан.

Источник: Информационный портал ВОЗ с данными Национальных систем учета кадров здравоохранения, дополненный сведениями, недавно представленными странами в Евростат, ОЭСР и ВОЗ в рамках совместного сбора данных по немонетарной статистике здравоохранения. Для тех немногих стран, где отсутствуют данные о численности практикующих медицинских и социальных работников, используется число профессионально активных лиц или имеющих лицензию на практику. По большинству стран данные приведены за 2019–2020 гг. (ЕРБ ВОЗ, 2021).



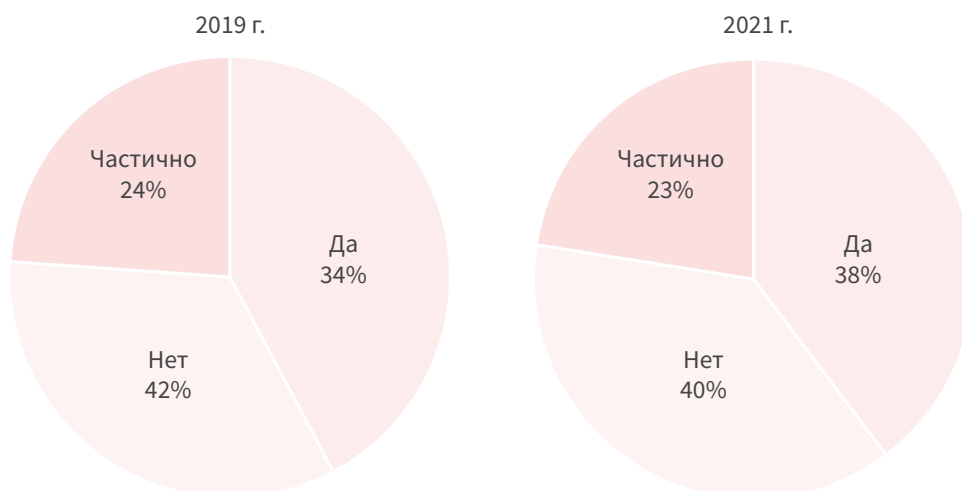
Создание благоприятных условий для осуществления стратегий, принятых странами во время пандемии COVID-19 для защиты, удержания и переобучения медицинских и социальных работников, потребовало оперативного внесения изменений в политику, механизмы регулирования, финансирование и методы работы (Ziemann et al., 2023). В Европейском регионе ВОЗ изменилась доля стран, сообщивших в ВОЗ о расширении сестринских функций¹ (рис. 2). Так, до пандемии этот показатель составлял лишь 34%, что было существенно ниже по сравнению со среднемировым значением в 53%. В 2021 г. ситуация изменилась в положительную сторону: доля стран, где были расширены сестринские функции, выросла почти до 40%.

На рисунке 3 приведены данные о соотношении численности врачей и медсестер в различных странах Европейского региона ВОЗ. Широкая вариабельность показателя, рассчитываемого как число медсестер, приходящееся на одного врача в Европейском регионе ВОЗ, например от 0,6 в Греции до 4,3 в Швейцарии, обуславливает различную конфигурацию набора навыков и моделей оказания медицинской помощи. Принципы, лежащие в основе перехода к более диверсифицированной профессионально-квалификационной структуре кадров:

- ни один отдельно взятый медицинский работник не может удовлетворить все потребности конкретного пациента или группы населения; команда, объединяющая специалистов различного профиля, позволяет предоставлять услуги более гибким образом;
- в мультидисциплинарных командах уделяется пристальное внимание вопросам совместного принятия решений, устранению дублирования функций, четкой и активной коммуникации и рациональному управлению рабочими процессами.

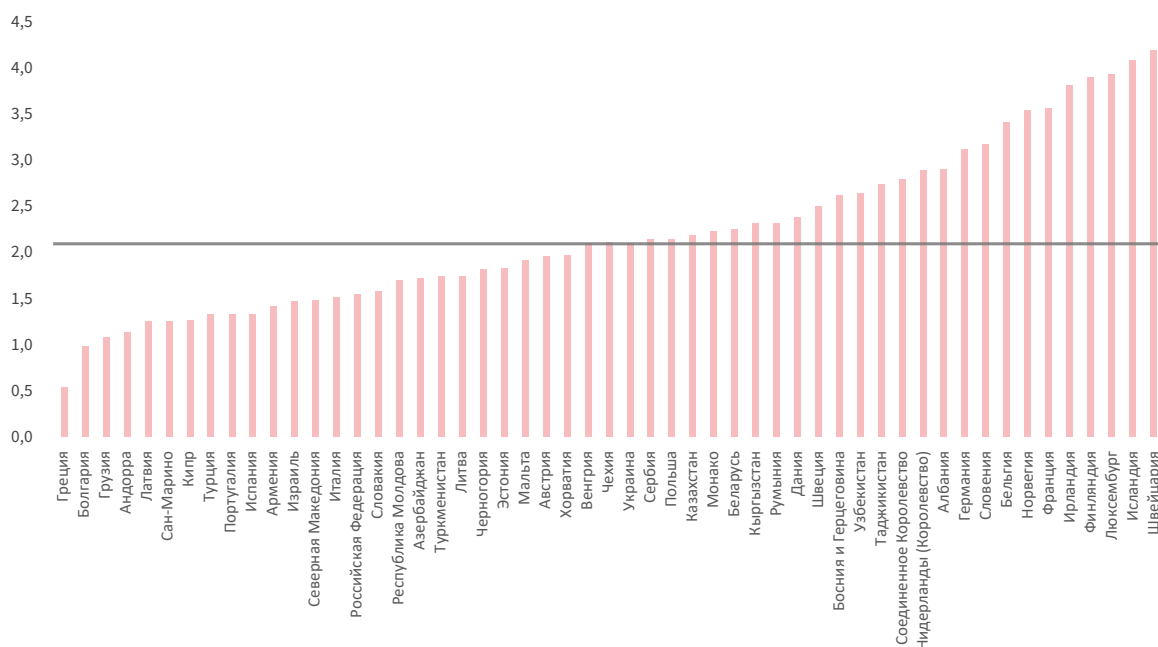
¹ Этот показатель оценивается по ответам на следующие вопросы: 1) Существует ли общепринятое определение понятия «практикующая медсестра»? 2) Существуют ли общепринятые определения других категорий сестринских работников, выполняющих расширенные функции? 3) Имеются ли формальные требования в отношении профессиональной подготовки, квалификации, опыта, сертификации/регистрации и др., для того чтобы стать практикующей медсестрой или медсестрой расширенной практики другой категории?; 4) Существуют ли специальные/местные методы обучения медсестер на рабочем месте для приобретения конкретных навыков, позволяющих перейти на должность с расширенными функциями? (ВОЗ, 2018).

Рисунок 2. Наличие расширенных сестринских функций в Европейском регионе ВОЗ (2019 и 2021 гг.)



Источник: Информационный портал ВОЗ с данными Национальных систем учета кадров здравоохранения, специальный показатель состояния сестринского дела в мире. Последние имеющиеся данные, представленные в 2019 и 2021 гг. (ВОЗ, 2020).

Рисунок 3. Соотношение численности врачей и медицинских сестер (число медицинских сестер, приходящееся на одного врача) в странах Европейского региона ВОЗ, за последний год с наличием данных



Источник: Информационный портал ВОЗ с данными Национальных систем учета кадров здравоохранения, дополненный сведениями, недавно представленными странами в Евростат, ОЭСР и ВОЗ в рамках совместного сбора данных по немонетарной статистике здравоохранения. Для тех немногих стран, где отсутствуют данные о численности практикующих медицинских и социальных работников, используется число профессионально активных лиц или имеющих лицензию на практику. По большинству стран данные приведены за 2019–2020 гг. (ЕРБ ВОЗ, 2021). Черная линия отражает среднее число медсестер, приходящееся на одного врача.

Термины и определения

В Европейском регионе должностные характеристики сестринских работников значительно различаются по таким параметрам, как профессиональная квалификация, компетенции и выполняемые функции. Тем не менее существует ряд международных определений. На глобальном уровне, в принятой Международной организацией труда в 2008 г. Международной стандартной классификации занятий (ISCO-08) выделены такие категории, как «медицинские сестры профессионального уровня» [professional nurses] и «медицинские сестры ассоциированного профессионального уровня» [associate professional nurses] (ILO, 2008). К ним относятся медсестры общего профиля [general nurses], прошедшие подготовку в программах бакалавриата, специализации на уровне пост-бакалавриата или магистратуры по конкретной специальности или по расширенной практике, получившие докторскую степень в области сестринского дела – практико-ориентированную степень доктора сестринской практики [Doctor of Nursing Practice] либо научно-ориентированную степень доктора философии [Doctor of Philosophy] (ВОЗ, 2020).

Расширенные сестринские функции значительно различаются во всем мире и в Европейском регионе ВОЗ (Maier & Aiken, 2016; International Council of Nurses, 2020; Wheeler et al., 2022). В таблице 1 описаны три основные категории медицинских сестер с расширенными функциями, которые в наиболее общем плане отражают процессы развития сестринских функций в Европейском регионе ВОЗ.

Увеличение сферы деятельности медсестер за счет расширения их функций в большинстве случаев означает предоставление им официального права быть первым контактным лицом для пациентов, выполнять (определенные) тесты/процедуры/обследования, выдавать направления к специалистам и нести ответственность за определенный контингент пациентов. Менее распространено разрешение самостоятельно ставить диагноз, а также назначать (определенные) лекарства, лечебные вмешательства и диагностические исследования (Maier, 2019; Maier & Aiken, 2016).

Сочетание конкретных компетенций в значительной степени зависит от страновых условий, в том числе от различий в строгости защиты от необоснованного применения профессионального титула «медсестра» [nurse] в разных странах. Сфера практической деятельности в соответствии с данными компетенциями, также меняется с течением времени по мере изменения систем здравоохранения и медико-санитарных потребностей населения. Хотя уровень образования или сфера практики не всегда соответствуют уровню медицинской сестры расширенной практики (МСРП) [advanced practice nurse], эти показатели, как правило, выше, по сравнению с другими странами.

Специализированная медицинская сестра [specialist nurse] имеет действующую лицензию медсестры общего профиля и успешно завершила образовательную программу, соответствующую предписанному стандарту для специализированной сестринской практики. Медсестры этой категории уполномочены работать в рамках определенной сферы практики в конкретной области сестринского дела (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2020).

В некоторых странах существует более давняя традиция значительного расширения сестринских функций, что приводит к высокому уровню развития расширенной клинической практики. Примерами в Европейском регионе являются Ирландия, Нидерланды (Королевство), Соединенное Королевство и Финляндия (Maier & Aiken, 2016; Wheeler et al., 2022). В этих странах практикующие медсестры (ПМС), специалисты в области клинического сестринского дела (СКСД) или работники других категорий, выполняющие функции МСРП, обладают компетенциями и официальным разрешением (юридическим и нормативным) для осуществления значительно расширенной сферы практики (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017) (табл. 2). Выполнение функций МСРП требует наличия, помимо клинических компетенций, также навыков лидерства, продвинутого образования, а также расширенных компетенций в области клинического обследования или осуществления научной работы (International Council of Nurses, 2020). Степени магистра и доктора отражают более высокий уровень образования (в области физиологии, анатомии, фармакологии, семейной медицины и др.), по сравнению со знаниями, полученными в результате работы в определенной клинической области или обучения в рамках конкретной дисциплины. Специалист со степенью магистра или выше (которая также включает углубленное клиническое обучение) готовит медсестер к самостоятельной практике.

Таблица 1. Типология расширенных сестринских функций в Европейском регионе ВОЗ

Тип расширенных функций ^a	Сфера практики	Образование	Нормативно-правовое регулирование
Медицинская сестра расширенной практики (МСРП) ^b	МСРП (например, практикующая медсестра, специалист в области клинического сестринского дела) обладает экспертными знаниями, расширенными клиническими компетенциями и комплексными навыками принятия решений в рамках расширенной сферы клинической практики ^c , разрешенной на национальном или региональном уровне.	Академическая степень не ниже магистра. Четкие требования по додипломной подготовке и практическое обучение.	Регистрируется перечень квалификационных требований по сестринской профессии, требуется получение лицензии на выполнение расширенных сестринских функций от соответствующего регулирующего ведомства.
Специализированная медицинская сестра ^d	Специализированная медсестра обладает широким спектром навыков и компетенций по конкретной специальности, сфера практики ^e нередко расширена и признается на национальном или региональном уровне. По каким направлениям, с какой целью и чьим решением расширена сфера практики – во многом зависит от местных условий.	Диплом о прохождении курса последипломного образования или степень магистра по конкретной специальности.	Специализация медсестры признается путем регистрации в соответствующем органе.
Медицинская сестра общей практики с дополнительной подготовкой ^a	Медсестра общего профиля с дополнительной подготовкой уполномочена выполнять определенный набор функций в той или иной области, не обязательно развитой на национальном или региональном уровне, что в значительной степени зависит от контекста и условий конкретного учреждения.	Дополнительная подготовка на уровне последипломного образования или с получением степени бакалавра наук в области сестринского дела.	Регистрация в качестве профессиональной медсестры, иногда дополнительное разрешение от соответствующего органа на выполнение набора определенных функций.
Медсестра общего профиля с дополнительной подготовкой ^a	Медсестра общего профиля с дополнительной подготовкой уполномочена выполнять определенный набор функций в той или иной области, не обязательно развитой на национальном или региональном уровне, что в значительной степени зависит от контекста и условий конкретного учреждения.	Дополнительная подготовка на уровне последипломного образования или с получением степени бакалавра наук в области сестринского дела.	Регистрация в качестве профессиональной медсестры, иногда дополнительное разрешение от соответствующего органа на выполнение набора определенных функций.

^a Включение научной работы в спектр расширенных сестринских функций может предусматривать: участие медсестер в разработке и применении методов научно обоснованной практики; поддержку научных разработок; инициирование новых исследований. Приобрести такие компетенции можно в рамках получения докторской степени в области сестринского дела: практико-ориентированной степени доктора сестринской практики либо научно-ориентированной степени доктора философии.

^b Применяются также следующие категории: практикующая медицинская сестра (ПМС), практикующая медсестра расширенной практики (advanced nurse practitioner, Соединенное Королевство), медсестра-консультант (nurse consultant, Соединенное Королевство), специалист по сестринскому делу (Нидерланды (Королевство)), специалист в области клинического сестринского дела (СКСД).

^c Право самостоятельно назначать (определенные) лекарства, осуществлять диагностику / проводить углубленную оценку состояния здоровья, назначать медицинские анализы и обследования, принимать решения о лечении; ответственность за определенный контингент пациентов; выполнение функции первого контакта пациента с медицинским учреждением, право направлять пациентов в другие структуры оказания медицинской помощи.

^d Другие должностные категории: медсестра-акушерка с расширенными функциями, медсестра-анестезист с расширенными функциями.

^e Другие должностные категории: семейная медсестра, медсестра-референт.

Источник: адаптировано из Adams et al. (2017), Maier et al. (2017), International Council of Nurses (2020) и WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2020).

Таблица 2. Общие характеристики процессов расширения сестринских функций

Программы базового обучения и профессиональной подготовки	Сфера практики	Научная работа	Лидерство	Нормативно-правовое регулирование
<p>Доступ к следующим типам программ сестринского образования и профессиональной подготовки, которые формируют у медицинских сестер необходимые компетенции для предоставления высококачественных, комплексных услуг, ориентированных на нужды людей:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диплом или степень бакалавра сестринского дела с формированием компетенций по выбранной специальности; • последипломное образование: степень магистра по выбранной специальности или по расширенной практике; • доктор сестринской практики или научно-ориентированный доктор философии. <p>В некоторых странах совместные образовательные программы могут представлять собой важный механизм карьерного роста.</p>	<p>Возможно выполнение следующих функций:</p> <ul style="list-style-type: none"> • профилактика заболеваний; • укрепление здоровья; • лечебная работа; • реабилитация и паллиативная помощь; • управление, выполнение назначенной функции при наличии достаточных полномочий в конкретной области сестринского дела. <p>Полномочия могут распространяться на следующие процессы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностика; • назначение лекарств; • назначение диагностических исследований и/или лечебных вмешательств; • направление пациентов в другие службы и/или к специалистам; • госпитализация и/или выписка пациентов из стационара, в частности с направлением в другие учреждения. 	<p>Способность руководить исследованиями или инициировать их (степень магистра или доктора философии соответственно), необходимая для разработки действий, основанных на фактических данных, при принятии на себя руководящих функций на академическом уровне или при оказании медицинской помощи.</p>	<p>Лидерские качества включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • степень автономии, позволяющую принимать самостоятельные решения в пределах сферы практики и осуществлять действия в соответствии с этими решениями – это неотъемлемо связано с полномочиями на практику и может включать такие процессы, как планирование, координация, практическая реализация и оценка эффективности действий; • способность предоставлять профессиональные консультации и поддержку в составе многопрофильной команды; • внесение вклада в передачу знаний в области практики, участие в программах непрерывного профессионального развития и академических курсах. 	<p>Могут потребоваться следующие механизмы регулирования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • официальное признание должностных титулов; • законодательство для присвоения титула и защиты от его необоснованного применения; • первичная и повторная сертификация; • система аккредитации; • наставничество/кураторство. <p>Расширение сестринских функций требует особого внимания к регулированию рабочего времени, условий труда и заработной платы.</p>

Как эволюционировали и внедрялись в практику функции сестринских работников в Европе и в мире?

В масштабах Региона существуют значительные различия в уровне и масштабах внедрения расширенных сестринских функций, начиная от планов учредить должности специализированных медсестер и заканчивая пилотными проектами полного общенационального внедрения МСРП (International Council of Nurses, 2020). Большинство стран Европейского союза (ЕС) находятся на ранней стадии внедрения программ учебной подготовки МСРП и некоторых элементов расширенной клинической деятельности медсестер, при этом сфера практики варьируется в широких пределах. Поскольку в Европейском регионе ВОЗ большинство стран, не входящих в ЕС, пока не имеют программ бакалавриата, в них осуществляется, в лучшем случае, подготовка специализированных медсестер. Концепция МСРП развивается, хотя и находится на ранних стадиях практического осуществления, в следующих странах: Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Мальта, Норвегия, Польша, Португалия, Словения, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017; International Council of Nurses, 2020).

Расширение сестринских функций требует изменений в области образования, сферы практики, научных исследований, лидерства и нормативно-правового регулирования.

Во всех случаях расширение сестринских функций предполагает сосредоточение усилий на оптимизации и корректировке учебных программ, сферы практики, научных исследований, лидерства и нормативно-правового регулирования (табл. 2).

Степень самостоятельности и независимости работы медсестер в условиях расширенной

сферы практики также варьируется по странам: от полной автономии без каких-либо законодательных требований в отношении надзора до соблюдения жестких правил внешнего контроля, например со стороны врачебного персонала (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017). Некоторым странам удалось заметно ускорить процесс повышения уровня автономии на основе оценки получаемых результатов (см. вставку 12), в то время как в других – видную роль в эволюции функций медсестер сыграли прочные традиции сестринской науки и надежная основа профессиональных и академических программ, в которых приоритетное внимание уделяется оценке сестринского дела, исследованиям и развитию компетенций (см. вставку 9).

Что известно о расширении сестринских функций применительно к результатам для здравоохранения?

В то время как страны находятся на разных этапах расширения сестринских функций, в этой области за последние три десятилетия значительно вырос общий объем исследований и фактических данных. Руководители различных уровней желают знать, приводит ли введение новых функций в работу медсестер к улучшению показателей демографии или здоровья населения, и если да, то как эффективно внедрить эти новые функции в системы здравоохранения и клиническую практику.

Способно ли расширение сестринских функций уменьшить нехватку поставщиков медицинских услуг и улучшить доступ для пациентов и населения в целом?

Исследования показывают, что расширение сестринских функций играет важную роль в улучшении доступа к услугам, особенно в сельских или других недостаточно обслуживаемых регионах страны.

В ряде стран мира с высоким уровнем дохода, в том числе в таких, как Австралия, Канада, Новая Зеландия и Соединенные Штаты, многие медсестры категории МСРП работают в сельской местности или уделяют особое внимание этническим меньшинствам или другим малообеспеченным группам населения. Это имеет решающее значение для улучшения доступа к медицинской помощи в недостаточно обслуживаемых регионах и для соответствующих групп населения (Maier et al., 2017). В Соединенных Штатах, первой стране мира, которая ввела в середине 1960-х годов должностную категорию МСРП, таких медсестер больше на рабочих местах в сельской местности, чем в городах, и,

МСРП, скорее всего, будут работать в сельской местности и восполнять пробелы в оказании помощи малообеспеченным группам населения.

как было показано, они заполняют пробелы в услугах или численности медицинских работников для малообеспеченных групп населения (Maier et al., 2017; Xue et al., 2019). По результатам одного из исследований, в период с 2010 по 2016 г. темпы роста численности МСРП, работающих в сельской местности или районах с низким уровнем

дохода, были выше, чем среди врачей (Xue et al., 2019).

Должности МСРП чаще используются в странах с низкими показателями численности врачей на душу населения или в странах с дефицитом врачебных кадров, например в сельских районах и на недостаточно обслуживаемых территориях (ВОЗ, 2020). Это указывает на способность гибкого реагирования сестринского персонала на имеющуюся в стране общую кадровую ситуацию в области здравоохранения. Расширение функций и повышение профессиональной автономии медсестер были предложены в качестве стратегического ответа на проблему нехватки врачей (ВОЗ, 2020).

В Европейском регионе имеются примеры стран, в которых расширение сестринских функций позволило улучшить доступ к услугам и в большей мере распространено в сельских и малообеспеченных районах или в условиях нехватки медицинских работников. К таким странам относятся, в частности, Нидерланды (Королевство), Соединенное Королевство (Англия) и Финляндия (Maier et al., 2017; Hooks & Walker, 2020). В Нидерландах (Королевство) практикующие медсестры оказывают помощь за пределами рабочих часов или в других условиях, которые не очень привлекательны для врачей и других поставщиков медицинских услуг (van der Biezen et al., 2016). В ряде других стран должности МСРП были впервые внедрены в сельских или неблагополучных районах с высокой долей малообеспеченных в социально-экономическом отношении или этнически разнообразных групп населения (Maier et al., 2017).

Какую пользу расширение сестринских функций может принести для первичной медико-санитарной помощи?

Расширение сестринских функций может способствовать улучшению широкого спектра услуг здравоохранения на уровне первичной помощи. Сестры расширенной практики нередко выступают в качестве первого контактного лица при оказании первичной медико-санитарной помощи или в других условиях на уровне местных сообществ (Maier et al., 2016; Maier et al., 2017).

В многочисленных систематических обзорах продемонстрировано, что МСРП оказывают эффективную и высококачественную медицинскую помощь, по крайней мере с равными результатами по сравнению с врачами или бригадами без МСРП (Newhouse et al., 2011; Kilpatrick et al., 2014; Martin-

Misener et al., 2015; Swan et al., 2015; Tsiachristas et al., 2015; Maier et al., 2017). В большинстве обзоров сравнивались исходы, связанные с конкретным заболеванием (параметры, связанные с диабетом, показатели артериального давления, уровень липидов или индекс массы тела (ИМТ)) для пациентов, наблюдаемых специализированными медсестрами или МСРП, и наблюдаемых врачами в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (Newhouse et al., 2011;

Kilpatrick et al., 2014; Swan et al., 2015) (вставка 2). Среди пациентов, получавших помощь от медсестер с расширенными функциями, уровень удовлетворенности был выше в сравнении с оказанием врачебной помощи (Swan et al., 2015; Tsiachristas et al., 2015).

Растущее число обзоров показывает сходные результаты по большинству клинических исходов и улучшенные показатели удовлетворенности пациентов (Maier et al., 2017; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Martinez-Gonzalez et al., 2015a; Laurant et al., 2018). По данным одного из Кокрейновских обзоров, у пациентов в группе первичной медицинской помощи, возглавляемой медсестрами, степень улучшения показателей артериального давления была выше, чем у пациентов, которым оказывали помощь врачи. В этом обзоре было продемонстрировано повышение уровня удовлетворенности пациентов и качества жизни в условиях оказания сестринской помощи, однако фактических данных о затратах и использовании ресурсов было недостаточно (Laurant et al., 2018). Метаанализ обзоров инноваций в квалификационно-кадровой структуре оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью продемонстрировал улучшение клинических исходов

По данным солидных исследований, МСРП обеспечивают эффективную и высококачественную медицинскую помощь, по крайней мере с такими же результатами, как у врачей или в бригадах без МСРП.

Вставка 2. Метаанализ систематических обзоров деятельности медсестер, выполняющих расширенные функции в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и соответствующих клинических показателей

Обзор работы медсестер, выполняющих расширенные функции в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, был основан на семи андомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) и трех других работах, выполненных в Нидерландах (Королевство), Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки, с участием 10 911 пациентов. Обзор показал, что оказание помощи силами сестринского персонала с расширенными функциями приводит к таким же или лучшим клиническим результатам (в том числе для пациентов с сахарным диабетом, гипертонией / сердечно-сосудистыми заболеваниями и астмой) и к повышению удовлетворенности пациентов, по сравнению с результатами врачебной помощи (Swan et al., 2015).

По данным обзора МСРП, основанного на 11 РКИ в контексте амбулаторной помощи, работа МСРП в качестве заместителей врачей (так называемая

альтернативная модель) привела к улучшению качества медицинской помощи по большинству показателей результатов и к снижению средних затрат на консультацию по сравнению с лечением, предоставляемым врачом, но фактические данные о затратах были ограниченными (основаны только на двух исследованиях). МСРП, выполняющие дополнительные функции, показали улучшенные результаты по сравнению с врачами, при ограниченном количестве данных о затратах (Martin-Misener et al., 2015).

В одном обзоре деятельности МСРП, основанном на 11 РКИ и наблюдении за 2147 пациентами в условиях амбулаторной помощи, сравнивались две модели оказания медицинской помощи: МСРП вместо врачей (альтернативная модель) и МСРП в дополнение к врачам (комплементарная модель). Было установлено, что по результатам лечения пациентов альтернативная модель была столь же эффективна, как и комплементарная. При этом были получены ограниченные свидетельства снижения затрат в альтернативной модели и аналогичные или улучшенные клинические показатели в комплементарной модели (Kilpatrick et al., 2014).

Обзор функций МСРП показал, что результаты лечения пациентов улучшались, когда помощь оказывалась силами ПМС или сертифицированных медсестер-акушеров (самостоятельно или в группах с врачами) по сравнению с лечением только врачами (Newhouse et al., 2011).

Медсестры с расширенными функциями предоставляют эффективные и высококачественные услуги в сфере первичной медико-санитарной помощи, в частности пациентам с хроническими заболеваниями. Эти услуги, при наличии у медсестер соответствующей подготовки, вполне сравнимы с оказанием врачебной помощи.

легких (ХОБЛ). Эти услуги, при наличии у медсестер соответствующей подготовки, вполне сравнимы с оказанием врачебной помощи. Было также показано, что работа МСРП способствует повышению удовлетворенности пациентов, хотя литературы о затратах и использовании ресурсов недостаточно для того, чтобы делать окончательные выводы.

у пациентов, получающих помощь от медсестер с расширенными функциями (Winkelmann et al., 2022).

В ряде систематических обзоров продемонстрировано, что медсестры с расширенными функциями предоставляют эффективные и высококачественные услуги в сфере первичной медико-санитарной помощи, в частности пациентам с хроническими заболеваниями, такими как диабет, артериальная гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь

Как расширение сестринских функций может улучшить показатели укрепления здоровья и профилактики болезней?

Расширение сестринских функций, включающее профилактику и укрепление здоровья, может значительно повысить качество профилактических услуг для отдельных лиц и групп населения (ВОЗ, 2020). Многие страны Региона включили осуществление расширенных профилактических вмешательств в качестве важного направления работы медсестер общего профиля, специализированных медсестер и МСРП. В ряде стран также повысилась роль сестринских работников в расширении масштабов мер, направленных на укрепление здоровья населения. Примерами могут служить медицинские сестры-специалисты общественного здравоохранения в Ирландии и Соединенном Королевстве. В Нидерландах (Королевство) МСРП (специалисты сестринского дела) могут получать специализацию по профилактической помощи, а в Финляндии медицинские сестры, назначающие лекарства, могут оказывать помощь пациентам с основными хроническими заболеваниями, выписывать рецепты на определенные препараты и уделять особое внимание вторичной и третичной профилактике (Maier et al., 2017). В ряде стран, включая Бельгию, Венгрию, Германию, Италию, Казахстан, Литву, Польшу и Словению, расширены функции медсестер путем дополнительного обучения для предоставления консультаций по вопросам образа жизни, укрепления здоровья, программ скрининга, поддержки соблюдения медицинских назначений и просвещения отдельных пациентов или групп (Maier et al., 2017).

Масштабы интеграции профилактики и укрепления здоровья в сфере расширения сестринских функций растут, однако в этой области имеется меньше фактических данных о результатах, чем в отношении помощи при острых и хронических состояниях (Laurant et al., 2018). Во вставке 3 приведены фактические данные о проведении скрининга силами медсестер с расширенными функциями.

Систематический обзор деятельности (школьных) медсестер, занимающихся вопросами здорового веса и профилактики ожирения у детей в школах, показал значительное снижение ИМТ у детей (Schroeder et al., 2016). Проводимые мероприятия включали физкультурные занятия под руководством медсестер, просветительную работу среди учащихся, персонала и родителей, мотивационные собеседования и просвещение по вопросам здорового питания. Доказали свою эффективность рекомендации по образу жизни и консультирование, проводимые медсестрами для отдельных школьников (с факторами риска или имеющимися заболеваниями). В большинстве исследований была выявлена корреляция инициативных сестринских вмешательств (индивидуальных консультаций), направленных

на изменение индивидуального образа жизни для снижения веса или профилактики ожирения, с улучшением соответствующих показателей, например со снижением массы тела (Petit Francis et al., 2017; Sargent et al., 2012; van Dillen, Hiddink, 2014). Было показано, что медсестры чаще обсуждают физическую активность и диету с пациентами, чем врачи общей практики, и при этом удовлетворенность пациентов, как правило, была выше (van Dillen, Hiddink, 2014).

Фактические данные показывают, что работа школьных медицинских сестер, направленная на профилактику ожирения среди школьников, привела к значительному снижению индекса массы тела у детей.

Обзор по вопросам передачи медсестрам части врачебных функций, касающихся вторичной профилактики, показал, что оказание сестринской помощи пациентам с недифференцированными заболеваниями или специфическими хроническими состояниями не отличалось от врачебной помощи по 84% изученных исходов, однако в остальных случаях оказание помощи под руководством медсестры позволяло улучшить показатели профилактики осложнений у пациентов с сахарным диабетом, поскольку такая помощь, в частности, снижала выраженность факторов риска сердечно-сосудистых нарушений (Martinez-Gonzalez, Tandjung et al., 2015). Обзор охватывал всех медсестер независимо от уровня образования, однако в большинстве включенных исследований услуги предоставлялись силами МСРП. Во вставке 4 приведен пример внедрения действующей под руководством МСРП «виртуальной стационарной палаты» для людей, живущих с ХОБЛ, в Ирландии.

Вставка 3. Сестринские работники с расширенными функциями и скрининг на наличие заболеваний

Фактические данные о результатах работы медсестер с расширенными функциями в области скрининга на заболевания остаются ограниченными. В одном из обзоров оценивалась эффективность медсестер в выполнении эндоскопии для выявления колоректального рака (Joseph et al., 2015), а в другом – в проведении скрининга на рак кожи (Loescher et al., 2011).

В целом, качество и безопасность эндоскопии, самостоятельно проводимой сестринским персоналом, были сравнимы с соответствующими показателями для аналогичных вмешательств, выполняемых врачами. Медсестры выявляли полипы с той же частотой, что и врачи-

эндоскописты, при этом медсестры значительно чаще, чем врачи, выявляли аденомы. Осложнений не было в обеих группах медицинских работников, удовлетворенность пациентов была выше в группе медсестер (Joseph et al., 2015).

Что касается проведения скрининга на рак кожи, опытные медсестры продемонстрировали высокую чувствительность в отношении выявления злокачественных новообразований. Степень уверенности медсестер с расширенными функциями в проведении кожных обследований варьировалась, и сообщалось о наличии препятствий, причем более высокий уровень образовательной подготовки коррелировал с развитием навыков. Это свидетельствует о том, что уровень и продолжительность обучения играют решающую роль в подготовке медсестер к выполнению ими расширенных функций (Loescher et al., 2011).

Как расширение сестринских функций может улучшить оказание помощи в условиях стационара?

Во многих странах в Европейском регионе в больничных учреждениях введены должности с расширенными функциями, часто требующими узкоспециализированных знаний. В некоторых странах, в том числе в Австрии, Германии и Швейцарии, такое расширение функций было введено в узкоспециализированных больницах раньше, чем в системе первичной медико-санитарной помощи (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017). Во вставке 5 приведен пример внедрения функций МСРП на уровне больниц в Швейцарии.

Увеличение числа медсестер с расширенными функциями в больничных отделениях привело к снижению эмоционального выгорания среди сестринского персонала, к повышению удовлетворенности работой и улучшению показателей удержания кадров.

коек, в сравнении с менее одной должности МСРП) сокращает частоту повторных госпитализаций и среднюю продолжительность пребывания в стационаре, а также снижает смертность. И пациенты, и медсестры, отмечали улучшение качества помощи и повышение уровня безопасности пациентов. Расширение сестринских функций в больничных отделениях также снизило уровень эмоционального выгорания среди другого сестринского персонала, повысило степень удовлетворенности работой и

Было показано, что повышение роли медсестер в больницах и других учреждениях для оказания помощи при острых нарушениях здоровья связано с сокращением продолжительности пребывания в стационаре и затрат на оказание помощи госпитализированным пациентам (Newhouse et al., 2011). В работе Aiken et al. (2021) показано, что расширение сестринских функций в больницах (три и более МСРП на 100

Вставка 4. Внедрение действующей под руководством МСРП «виртуальной стационарной палаты» для людей, живущих с ХОБЛ, в Ирландии

Antoinette Dohert, Kelly Mofflin, Karen Greene и Rachel Kenna

Внедрение концепции МСРП в Ирландии было поддержано Департаментом здравоохранения Ирландии в 2019 г. в соответствии с Политикой по подготовке выпускников на должности практикующих медсестер и практикующих акушеров для оказания полного цикла медицинской помощи: от первичной углубленной оценки состояния здоровья и медицинских потребностей отдельных лиц вплоть до завершения процесса оказания помощи или направления для последующего лечения. Равным образом, самостоятельное назначение лекарств является одной из ключевых функций МСРП, которая способствует оказанию полноценной медицинской помощи.

Департамент здравоохранения в статье «Тестирование и результаты проверки концепции интегрированной виртуальной сестринской палаты» (Office of the Chief Nurse, 2021) продемонстрировал, что оказание медицинской помощи в формате виртуальной сестринской палаты (ВСП) приносит пользу в лечении

хронических заболеваний и обеспечении ухода за пожилыми людьми, а также поддерживает переход от стационарного оказания помощи при острых состояниях к предоставлению услуг здравоохранения на уровне местного сообщества. ВСП – это подход к оказанию помощи под руководством сестринского персонала, центральное место в котором занимает поддержка интеграции медицинской помощи, что способствует плавному переходу от стационарных к общинным услугам и обеспечивается четкой структурой управления для обеспечения безопасности пациентов.

Было показано, что использование ВСП при хронических состояниях, таких как ХОБЛ, приносит пользу системе здравоохранения: во всех 18 случаях выявленных обострений у пациентов, поступивших в ВСП, удалось избежать госпитализации. Было подсчитано, что средняя стоимость лечения одного пациента снизилась в среднем с 19 384,00 евро до 3 376,44 евро. Кроме того, важно, что пациенты оставались дома и получали качественную медицинскую помощь от клинического работника, который смог помочь пациенту понять свое состояние и управлять им.

С точки зрения политики, важнейшей поддержкой для развития кадров МСРП служили следующие факторы: управление; клинический надзор; контакты с другими медицинскими работниками, выполняющими функции МСРП; помощь медсестрам в формировании навыков МСРП; учреждение нескольких должностей МСРП на одной территории, так чтобы они могли поддерживать друг друга (коллегиальная взаимопомощь).

Вставка 5. Внедрение должностей МСРП на уровне больниц в Швейцарии

Sabine Valenta, Franziska Züñiga, Manuela Eicher и Sabina De Geest

В Швейцарии за последние два десятилетия МСРП стали неотъемлемой частью системы оказания медицинской помощи в различных учреждениях. Основным фактором развития концепции МСРП было изменение образования / учебных программ в сочетании с инновациями в клинической практике (например, такими как инновационные модели интегрированного предоставления услуг, сестринские амбулаторные учреждения), профильными исследованиями, кадровыми проблемами (такими как нехватка врачей первичного звена) и нормативно-правовыми и директивными мерами (De Geest S et al. 2008). В 2000 г. Институт сестринских наук (INS) Базельского университета ввел в действие программу магистра наук в области сестринского дела, благодаря чему этот университет стал первым швейцарским образовательным учреждением, предлагающим обучение МСРП. Учебная программа INS стала катализатором для дальнейшего развития программ МСРП (например, в Лозаннском университете в 2006 г. и в Университетах прикладных наук Берна, Санкт-Галлена, Цюриха и Лугано). Программы МСРП изначально были сосредоточены на обучении СКСД, но также получили распространение программы подготовки ПМС,

например в Лозаннском университете, который стал первопроходцем в разработке учебной программы ПМС, отражающей самые высокие международные стандарты (Schwendimann R et al., 2019; Schober M, 2016).

Клинические карьерные пути для выполнения функций МСРП традиционно формировались главным образом в больничных условиях. Проведенный в Швейцарии в 2022 г. опрос среди выпускников магистратуры по сестринскому делу показал, что более 60% швейцарских МСРП работают в качестве СКСД в стационарах (например, в отделениях общего профиля, отделениях интенсивной терапии и специализированных отделениях, таких как педиатрия, онкология и др.); при этом 8% практикуют в учреждениях долговременного ухода и 6% – в системе оказания помощи на дому (Schweizer et al., 2022). Из-за нехватки врачей первичного звена и разработки инновационных моделей оказания первичной медико-санитарной помощи МСРП также успешно заняли важное место в практике общего профиля. Подводя итог, можно отметить, что развитие МСРП стало результатом взаимодействия различных факторов, наиболее заметным из которых было образование. Хотя большинство МСРП работают в качестве СКСД в больничных условиях, около 14% работают в учреждениях долговременного ухода и помощи на дому (Schweizer et al., 2022). УБРАТЬ!!! ПОВТОР И хотя подход МСРП «набирает обороты», его развитие ограничено законодательными пробелами, особенно в отношении возмещения расходов и разрешенных видов деятельности.

улучшило показатели удержания кадров (Aiken et al., 2021). Среди примеров сестринских должностей с расширенными функциями можно отметить такие категории, как специалист по ожогам, медсестра-акушерка с расширенными функциями, медсестра-анестезист с расширенными функциями, медсестра интенсивной терапии, медсестра – специалист по психическому здоровью.

Каковы необходимые рычаги для расширения сестринских функций?

Расширение сестринских функций было определено как кадровая инновация (Maier et al., 2017; Christensen et al., 2000; Maier et al., 2022). Решение этой задачи является чрезвычайно сложным процессом, при этом ни один рычаг не является более важным, чем другие (см. вставку 6). Практически во всех странах эта работа требует длительных усилий и сопряжена с преодолением ряда противоречий. Тем не менее имеется ряд факторов, играющих решающую роль в эффективном осуществлении стратегических преобразований. В их число входят такие элементы, как четкое видение развития сестринских функций, а также реформирование учебной подготовки, нормативного регулирования, политики и механизмов финансирования для поддержки внедрения новых функций в систему повседневного оказания помощи (вставка 7). Обеспечение устойчивости результатов вмешательства также требует проведения оценки эффективности вновь введенной функции.

Четкое видение и направление, основанные на потребностях пациента

Расширение сестринских функций первоначально имело тенденцию к развитию в регионах и учреждениях, где ощущалась нехватка врачей или других медицинских работников, а также в учреждениях со значительными неудовлетворенными потребностями пациентов или населения. Такая картина свойственна многим странам и регионам (de Geest et al., 2008; Maier et al., 2017). Поэтому один из необходимых первых шагов к обеспечению того, чтобы расширение сестринских функций и сферы практики медсестер полностью отвечало нуждам пациентов, – это определение оптимальных параметров сестринской работы, направленной на восполнение неудовлетворенных потребностей и устранение дефицита медицинских работников.

Вставка 6. Улучшение доступа к медицинской помощи для населения, проживающего в сельской местности и недостаточно обслуживаемых районах Финляндии

Johanna Heikkilä

В Финляндии введены три вида МСРП: медицинские сестры, назначающие лекарства, СКСД и ПМС. Медицинские сестры, назначающие лекарства, ведут пациентов с острыми инфекциями и направляют их к врачу, а также назначают антибиотики по мере необходимости. Сестринские работники этой категории также могут продлевать врачебные рецепты и консультировать пациентов по вопросам здорового образа жизни. Они могут также самостоятельно назначать контрацептивные средства. ПМС работают как в системе ПМСП, так и в специализированных больницах и самостоятельно ведут пациентов. Должности СКСД создаются в основном в специализированных больницах.

С 2002 г. Министерство социальных дел и здравоохранения Финляндии признает вышеперечисленные категории МСРП в своих национальных стратегиях, государственных грантах и законодательстве. Данная конфигурация начала внедряться в 2002 г. посредством «Национального проекта по обеспечению будущего здравоохранения», целью которого было обеспечение доступа к медицинской помощи и укомплектования персоналом, а также реформирование определенных операционных моделей.

В контексте внедрения функций МСРП одним из главных приоритетов парламента Финляндии было повышение квалификации работников. В 2010 г. парламент принял поправку, разрешающую медсестрам выписывать рецепты (Акт 433/2010), а правительство оговорило детали последипломного образования (Декрет 1089/2010). Национальный перечень лекарственных средств (Декрет 1088/2010), регламентируемый Министерством социальных дел и здравоохранения и Национальным надзорным органом в области социального обеспечения и

здравоохранения, предоставляет медицинским сестрам, сестринским работникам общественного здравоохранения и акушеркам ограниченное право назначать лекарства после получения степени магистра при условии получения одобрения со стороны главного врача учреждения. С 2019 г. список патологических состояний и лекарств увеличился, а расходы на образование покрываются государством.

В качестве стимула для развития подхода МСРП было введено в действие образование на уровне магистра. Вначале была создана программа подготовки медсестер, назначающих лекарства, которая включала 45 кредитных баллов ECTS, а к 2006 г. в Университетах прикладных наук (UAS) была введена в действие первая образовательная программа ПМС, рассчитанная в общей сложности на 90 баллов ECTS. В 2020 г. основные компетенции для дипломных программ UAS по подготовке ПМС были признаны эффективными. В настоящее время ряд университетов также предлагают магистерскую программу МСРП (120 баллов ECTS).

В настоящее время в Финляндии среди 72 000 зарегистрированных медсестер насчитывается 684 медсестры, назначающих лекарства, примерно 100 СКСД и, возможно, 300-400 ПМС.

В 2016 г. Финская ассоциация медсестер опубликовала доклад, описывающий состояние расширенной сестринской практики в Финляндии, с видением будущего и отдельным освещением функций ПМС и СКСД. В 2021 г. была создана экспертная группа для мониторинга и оценки имеющихся МСРП, а также для уточнения вопросов регулирования и защиты от неправомерного использования должностных титулов ПМС и СКСД (APN expert working group of the Finnish Nurses Association, 2020).

Благодаря предпринятым мерам в Финляндии были достигнуты следующие позитивные результаты: 1) общее понимание функций МСРП на уровне Министерства здравоохранения, медицинских служб, образовательных учреждений и ассоциации медсестер; 2) четкая дифференциация профилей компетенций каждой функции МСРП для поддержки качества и целенаправленности образования; 3) консенсус в отношении профессиональных титулов и/или лицензирования, что облегчает планирование и анализ кадровых ресурсов.

Вставка 7. Видение и мандат на расширение сестринских функций

Развитие функций МСРП требует соблюдения следующих условий:

- 1) четкое концептуальное видение и мандат на развитие функций МСРП и (возможно) проведение реформ под руководством главных специалистов по сестринскому делу (или других руководителей сестринского дела), работающих с министерствами здравоохранения, национальными ассоциациями медсестер, заинтересованными сторонами и общественными энтузиастами развития МСРП;
- 2) разработка функций МСРП в соответствии с потребностями населения, с обеспечением необходимой гибкости на региональном и местном уровнях;
- 3) внедрение концепции МСРП как часть интегрированных стратегий по формированию квалификационно-кадровой структуры и развитию кадровых ресурсов здравоохранения;
- 4) наличие фактических данных для поддержки процесса разработки и осуществления политики;
- 5) вовлечение всех заинтересованных сторон уже на ранних этапах процесса и взаимодействие с ними на основе гибкости и разрешения возникающих проблем, а также готовность взять на себя посредническую роль для преодоления препятствий со стороны заинтересованных сторон.

В некоторых регионах расширение сестринских функций осуществляется от случая к случаю, с ограниченной формализацией или нормативным регулированием изменений. На ранних этапах сообщалось о многочисленных препятствиях для медсестер, работающих в условиях расширенных функций (de Geest et al., 2008; Maier et al., 2017). Начальные стадии внедрения нередко носят разовый характер, однако наступает момент, когда директивным органам, ГГССАД, лидерам сестринского дела, практикующим врачам и ключевым руководителям необходимо решить, должны ли расширенные функции оставаться ограниченными определенными регионами и внедряться на разовой основе или развиваться далее, чтобы стать более формализованными и распространяться в масштабах всей страны.

В этом процессе учитывается ряд принципов. В их число входит наличие концептуального видения и мандата на расширение, встроенных в более широкую кадровую политику здравоохранения. При этом министры здравоохранения и ГГССАД (или другие ключевые руководители сестринского дела в контексте страны) берут на себя руководящую роль и направляют процесс разработки и осуществления политики в тесном сотрудничестве с заинтересованными сторонами в области сестринского дела, исследователями, специалистами по планированию трудовых ресурсов здравоохранения, профессиональными ассоциациями, соответствующими министерствами (образования, финансов) и другими заинтересованными сторонами.

Важным элементом процесса преобразования сферы сестринской практики является обеспечение всех необходимых условий для того, чтобы медсестры с расширенными функциями обладали навыками и компетенциями, требуемыми для удовлетворения конкретных нужд пациентов и населения. Процессы обучения варьируются в широких пределах между сообществами, учреждениями и регионами. Кроме того, при любых обсуждениях по вопросам развития сестринских функций и их последующего практического внедрения следует учитывать потребности сельских и недостаточно обслуживаемых регионов, а также (уязвимых) групп пациентов и населения, которые в недостаточной степени пользуются услугами или нуждаются в комплексной помощи. Проводимая политика должна играть активную роль в поддержке развития функций, обеспечивая при этом региональную и местную гибкость.

Образование, соответствующее своему предназначению

Одним из важных первоначальных движущих факторов развития новых сестринских функций стали реформы сестринского образования, будь то совершенствование программ на уровне диплома, бакалавриата или магистратуры (de Geest et al., 2008; Maier et al., 2017; Maier et al., 2022). В ряде стран начат процесс внедрения широкого спектра образовательных стратегий, направленных на то, чтобы

снабдить медсестер дополнительными навыками, опытом и знаниями, в сочетании с организацией кураторства для закрепления приобретаемых компетенций. Профессиональные организации и академические институты обычно определяют наставничество как необходимое требование для сдачи сертификационного экзамена или получения лицензии (Maier et al., 2017; Maier et al., 2022). При всех условиях на внедрение новых сестринских функций, основанных на образовании и профессиональной подготовке, и на их последующую интеграцию в сферу практики влияют, среди прочих факторов, политика и финансирование здравоохранения, характер конкретных организаций и состав команд (Maier et al., 2017; Maier et al., 2022). Если не учитывать регулирование и сосредоточение внимания на клинических преимуществах нового уровня образования, неизбежно возникают барьеры, включая возражения против «необоснованного» употребления термина «медицинская сестра» (защита титула) и требования о введении аккредитации для выполнения данных функций (Wheeler et al., 2022).

В то время как в большинстве стран мира минимальным образовательным стандартом для практики МСРП является степень магистра (см. табл. 1), что признано на международном уровне для расширенной практики (International Council of Nurses, 2020), некоторые страны также допускают образование на уровне бакалавра – отдельно либо совместно с программами магистратуры по подготовке МСРП (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017). Такая практика может стать временным решением в рамках переходного процесса, однако для стран, стремящихся обеспечить полную автономию и независимость медицинских сестер, лучше всего подойдет внедрение программ МСРП на уровне магистратуры (International Council of Nurses, 2020).

Большинство стран с внедренными функциями ПМС или аналогичными функциями МСРП (например, Австралия, Ирландия, Канада, Нидерланды (Королевство), Новая Зеландия, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты и Финляндия) установили минимальные нормативы или ввели некоторую форму гармонизации магистерских программ МСРП в отношении, например, зачетных кредитов Европейской системы перевода и накопления кредитных баллов, продолжительности учебного курса и/или числа клинических часов (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017).

Страны, которые внедрили в сферу практики МСРП или других групп медсестер право назначать лекарства, обычно регулируют данную функцию и устанавливают минимальные стандарты образования (вставка 8), хотя последние значительно варьируются (Maier, 2019). Учебные программы также включают широкий спектр дополнительных элементов, таких как навыки совместной работы, лидерство, менеджмент и исследования в области сестринского дела (International Council of Nurses, 2020).

Другие расширенные функции, хотя и не квалифицируемые магистерским образованием, реализуются с помощью дополнительного четко целенаправленного обучения на базе учебного учреждения.

По-прежнему необходимо понимание того, как образование и практика влияют друг на друга и как они связаны с качеством медицинской помощи и доступом к услугам. Также требуется больше фактических данных о взаимосвязи образовательных и других стратегий, чтобы обеспечить планирование новых функций, соответствующее обучение медсестер и внедрение расширенной сестринской практики.

Многопрофильная коллективная рабочая среда

Было показано, что расширение сестринских функций играет важную роль в координации и интеграции медицинской помощи, часто для пациентов с хроническими заболеваниями (Maier et al., 2017; Winkelmann et al., 2022). Медсестры, выполняющие расширенные функции, в том числе МСРП, во многих странах работают в составе многопрофильных команд; поэтому их компетенции, навыки, обязанности и сферу практики следует рассматривать как часть комплексного развития квалификационно-кадровой структуры (Maier et al., 2022).

Вставка 8. Расширение доступа населения Польши к услугам медицинской помощи посредством сестринского назначения лекарств

Dorota Kilańska, Anna Kliš и Aneta Trzcińska

В 2011 г. департамент сестринского дела и акушерства Министерства здравоохранения Польши по просьбе правительства страны представил предложение, направленное на повышение доступности рецептурных препаратов для пациентов.

В 2016 г. статья 15а принятого Акта о профессиях медсестры и акушерки позволила министру здравоохранения наделить эти категории работников новыми полномочиями. Одной из мер, принятых в 2016 г., было предоставление медсестрам возможности самостоятельно назначать лекарства. Акт позволяет специализированным медсестрам,

окончившим двухлетний специальный курс последипломного обучения, назначать 274 наименования лекарственных препаратов без врачебного контроля, но при соблюдении ряда условий (Kilańska, 2022). Сестринские работники могут выписывать рецепты, если они прошли специализированный курс по назначению лекарств и оформлению рецептов в дополнение к наличию следующих свидетельств: диплом, подтверждающий прохождение магистратуры по сестринскому делу или акушерству (для самостоятельного назначения лекарств); диплом, подтверждающий завершение первого цикла обучения по сестринскому делу или акушерству (для выписывания рецептов по указанию врача);

Ассортимент лекарств, рецепты на которые медсестры могут выдавать или продлевать, не включает контрацептивы, пищевые продукты для диетических целей и все психотропные вещества, список которых утверждается Министерством здравоохранения. Рецепты на приобретение устройств медицинского назначения можно только продлевать.

Увязка программ с межпрофессиональным образованием и повышением квалификации является важным элементом поддержки сотрудничества с другими специалистами здравоохранения. Межпрофессиональные навыки и компетенции имеют решающее значение для адекватного функционирования мультипрофессиональных команд, направленного на оказание помощи растущему числу пациентов с хроническими заболеваниями и со сложными и множественными медицинскими потребностями.

Оценка и мониторинг базы фактических данных

Директивным органам и лицам, принимающим ключевые решения, для ведения дискуссий и реализации стратегических процессов применительно к расширению сестринских функций необходимо иметь достаточный объем соответствующих фактических данных. Примером стран, в которых фактические данные о деятельности МСРП использовались при обсуждении и принятии объективно обоснованных стратегических решений, являются Нидерланды (Королевство) и Финляндия (Maier et al., 2017).

Привлечение соответствующих заинтересованных сторон на ранней стадии процесса имеет решающее значение, однако многие страны обнаружили, что обсуждения и процессы иногда тормозятся под воздействием корпоративных интересов конкретных групп (часто профессиональных ассоциаций). Поиск способа эффективного управления процессом является важной стратегией продвижения вперед. Необходимо обеспечить прочное, но достаточно гибкое лидерство и готовность решать возникающие проблемы; руководители процесса должны выступать в качестве посредников для преодоления препятствий со стороны заинтересованных сторон, когда это необходимо. Оказалось весьма полезным применение результатов исследований, что объясняет необходимость наличия качественных фактических данных об эффективности функций МСРП и использования уроков, извлеченных из опыта внедрения (Maier et al., 2017).

Создание возможностей для карьерного роста

Многие страны, находящиеся на ранней стадии расширения сестринских функций, начали уделять особое внимание созданию системы учебной подготовки и разработке образовательных программ. Все более активно осуществляется оптимизация системы образования: от профессионального

до академического – уровня бакалавриата, магистратуры и, в потенциале, докторантуры. Разрабатываются программы обучения с формированием навыков и компетенций, отвечающих потребностям населения, и с последующей интеграцией с клиническими функциями. Эта работа проводится в увязке с потребностями рынка труда, в частности для повышения привлекательности сестринской профессии и обеспечения возможностей для карьерного роста медсестер (вставка 9).

Вставка 9. Совершенствование механизмов профессионального роста для сестринских работников в Шотландии, Соединенное Королевство

Evelyn McElhinney и Mark Cooper

В Шотландии разработана система профессионального роста для медсестер, в рамках которой обеспечивается комплексное стратегическое развитие знаний, ключевых навыков и факторов профессионального поведения. Практика сестринского дела в Шотландии органично развивается на протяжении многих лет: медсестры работают на самых разных уровнях практики, в том числе на уровне МСРП. Функции МСРП в Шотландии осуществляются в рамках следующих должностных категорий: ПМС с расширенными функциями или СКСД. Некоторые МСРП работают на более высоком уровне – «практикующий консультант» (consultant practitioner).

Была разработана должностная иерархия, позволяющая распознавать и дифференцировать различные уровни практики в сестринском деле. Система включает следующие основополагающие элементы: клиническая практика, содействие обучению, лидерство, фактические данные, а также исследования и разработки (NES 2021). Правительство Шотландии по инициативе Главного специалиста по сестринскому делу ввело в действие программу «Трансформация функций» для МСРП, которая призвана обеспечить, чтобы сестринские работники расширяли границы

традиционных профессиональных ролей в соответствии с международными тенденциями (Scottish Government 2017, 2021a, 2021b). Основными заинтересованными сторонами были представители правительства, руководители Национальной службы здравоохранения, а также клиницисты и ученые из различных областей здравоохранения. Программа обеспечивала стратегический надзор, руководство и управление и включила набор требований в отношении учебной подготовки и практики для медицинских сестер после регистрации (Scottish Government, 2017), а документ о втором этапе (Scottish Government 2021a) включил перечень следующих специализаций МСРП: неотложная помощь новорожденным, детям и взрослым, общинная и первичная медико-санитарная помощь, охрана психического здоровья. Процесс осуществления программы продолжается: для реализации политики по всей Шотландии были созданы три региональные академии расширенной практики с целью дальнейшего регулирования образовательной подготовки работников данных категорий. Это включает в себя национальный подход к «доказательству компетентности» в дополнение к стандартизированным образовательным программам, должностным инструкциям, клиническому руководству работодателя, клиническому и профессиональному надзору, непрерывному профессиональному развитию и национальной отчетности по деятельности МСРП и уровням практики (Scottish Government 2017, 2021a, 2021b). В целом программа положительно воспринята всеми заинтересованными сторонами, поскольку она заложила стратегическую, согласованную основу для профессионального роста и развития практикующих работников.

Нормативное регулирование и законодательство: поддержка процессов планирования и внедрения расширенных сестринских функций

Опросное исследование, проведенное с охватом всех стран ЕС, а также Австралии, Канады, Новой Зеландии и Соединенных Штатов Америки, позволило выявить на пути стратегической разработки и внедрения расширенных сестринских функций многочисленные барьеры, большинство из которых связаны с механизмами регулирования и финансирования (Maier & Aiken, 2016; Maier et al., 2017). В другом глобальном опросе, проведенном в 26 странах, выявлены стратегические барьеры в таких областях, как сфера практики, защита профессионального титула и нормативно-правовое регулирование (Wheeler et al., 2022).

Ключевой вопрос политики заключается в том, должно ли расширение сестринских функций регулироваться законом, и если да, то как и с какой степенью детализации (см. вставку 10).

Во многих странах, уже внедривших в практику расширение сестринских функций (таких как Австралия, Канада, Нидерланды (Королевство), Новая Зеландия и Соединенные Штаты), имеются закрепленные в законодательстве должности медсестер с расширенными функциями, в частности МСРП и специализированные медсестры. Эти профессиональные титулы защищены, существует определенная форма аттестации, а сфера практики регулируется законом (Maier et al., 2017).

Во многих странах с устоявшимися профессиями медсестер расширенной практики эти функции регулируются законодательством, что обеспечивает защиту профессионального звания, наличие той или иной формы аттестации и нормативно-правовое регулирование сферы практики.

Вставка 10. Что представляет собой регулирование?

Регулирование обеспечивается законами или подзаконными актами (нормативами), которые (среди прочего) определяют и, таким образом, ограничивают доступ к определенной профессиональной роли (такой как должности ПМС, МСРП и медсестры) и конкретным клиническим функциям (сфере практики), официально разрешенным для выполнения этими группами (Maier, 2015; Maier et al., 2017). Регулирование требуется в связи с узкоспециализированным характером работы определенных категорий медицинских работников (таких как медсестры и врачи), а также для обеспечения безопасности пациентов и защиты населения.

Системы регулирования в разных странах Европы различаются: некоторые из них независимы от государства (например, органы саморегулирования), а другие являются ключевой функцией министерств здравоохранения. Элементы регулирования, имеющие отношение к функциям МСРП, включают в себя не только регулирование должностных титулов или сфер практики, но и процедуры лицензирования или аттестации (для обеспечения минимального уровня подготовки, навыков и компетенций), обязательную регистрацию (например, в реестре) и рассмотрение случаев служебных правонарушений.

При разработке нормативно-правовой базы решающее значение имеет уровень детализации сфер практики. В одних странах в законодательстве подробно описана каждая отдельная рабочая функция, в других – более широкий набор задач или клинических ролей,

в третьих определенную степень свободы в установлении сферы охвата МСРП имеет регулирующий государственный орган или структура самоуправления (такая как ассоциация медсестер). Перечисленные варианты политики регулирования обладают различными достоинствами и недостатками: в то время как для первой и второй групп стран преимуществом является наличие законодательно утвержденных детальных определений функций, было показано, что они меняются крайне медленно и часто представляют собой серьезное препятствие для расширения сестринских функций, особенно в первой группе стран. В третьей группе стран полномочия по определению сфер практики переданы государственным органам, находящимся в непосредственном правительственном подчинении, или другим структурам.

В странах с децентрализованными механизмами государственного управления обычно действует субнациональное регулирование сферы практики МСРП, при этом усилия часто сосредоточены на регулировании минимального уровня в регионах страны для обеспечения минимальной согласованности функций и клинической практики (Maier et al., 2017).

Существуют также альтернативы законодательному регулированию. Некоторые страны используют нерегулирующие (юридически необязательные) инструменты управления, нередко с передачей ответственности работодателям или частным лицам. Примерами могут служить протоколы, составленные работодателями, соглашения о сотрудничестве (между МСРП и работодателями), соглашения о сотрудничестве между поставщиками услуг (такими как МСРП и врачи) и клинические руководства (Maier, 2015).

Законодательное регулирование расширенных сестринских функций имеет ряд последствий. Изменение законов может быть длительным и противоречивым процессом, но после принятия законы обеспечивают более четкое представление о новых функциях и общее понимание сферы практики. Сообщалось, что законы, строго ограничивающие сферу практической деятельности, являются существенными препятствиями для расширения сестринских функций, иногда приводящими к несанкционированной практике (например, в отношении назначения лекарств медсестрами) (Maier et al., 2017). В странах, где сфера практики традиционно определяется законами, требуются изменения в законодательстве для расширения сестринских функций, особенно в отношении клинических компетенций и для более четкого разграничения сфер деятельности между сестринским персоналом и врачами (Maier et al., 2017). Решение отказаться от нормативного

Вставка 11. Роль регулирования

Регулирование направлено на достижение следующих целей:

- определить директивные нормы и правила, влияющие на практику МСРП, и выяснить, не создают ли они барьеры для деятельности МСРП и если да, то каким образом;
- устранять регулятивные барьеры путем инициирования изменений законов или других стратегических норм, которые были определены как создающие препятствия для расширения сестринских функций, так чтобы обеспечить соответствие сфер практики фактическим компетенциям и навыкам МСРП;
- развивать сотрудничество между практикующими медицинскими работниками, руководителями, юристами и другими заинтересованными сторонами в целях выявления нормативно-правовых барьеров и принятия директивных мер для обеспечения практики МСРП с полномасштабным использованием этими категориями сестринского персонала своего профессионального потенциала.

регулирования работы МСРП может обеспечить большую гибкость при разработке функций, однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что это часто может приводить к отсутствию ясности в отношении ролей, названий должностных категорий (при одновременном существовании нескольких названий) и сфер практики и к путанице в отношении того, что именно МСРП официально разрешено делать на практике (Maier, 2015; Maier et al., 2017). Регулирование также направлено на защиту населения и пациентов, обеспечение минимальных стандартов и качества медицинской помощи и сведение к минимуму потенциального вреда (вставка 11).

Регулирование названий должностных категорий и сфер практики с помощью законодательства или механизмов саморегулирования имеет ряд потенциальных преимуществ по сравнению с отсутствием любого регулирования. Однако для стран, находящихся в процессе расширения сестринских функций, ограничительное законодательство часто является одним из основных препятствий. Такое законодательство необходимо изменить, чтобы позволить медсестрам переходить к выполнению расширенных функций. Пересмотр и обновление законов имеют решающее значение для успешной реализации данного процесса и для того, чтобы МСРП могли работать с использованием своих навыков и компетенций в полном объеме.

В странах с децентрализованными структурами управления, в которых регулирование часто устанавливается на субнациональном уровне, важно обеспечить минимальную гармонизацию должностных

названий и сфер практики, особенно если существует высокий уровень внутрирегиональной мобильности МСРП или других категорий сестринского персонала с расширенными функциями. В децентрализованных контекстах сфера практики, официально утвержденная в субнациональных регионах, должна быть приведена в соответствие с навыками и компетенциями медсестер, установленными на национальном уровне.

Обновление законов о сфере практики с приведением их в соответствие с уровнем практики МСРП может быть более выгодным в сравнении с отсутствием регулирования, поскольку это поможет защитить и определить функции и сферу практики и обеспечить минимальный уровень гармонизации должностных названий и обязанностей.

Имеется лишь ограниченный объем исследований о значении сфер практики для реализации функций МСРП и обеспечения доступа к услугам. Изменения в законодательстве о сфере практики МСРП в Нидерландах (Королевство) (вставка 12) привели к более широкому внедрению расширенных функций, но медицинским учреждениям потребовалось некоторое время, чтобы адаптироваться к изменениям (Kroezen et al., 2013; Kroezen et al., 2014).

Вставка 12. Пример использования законодательства с ограниченным сроком действия для стимулирования внедрения МСРП в Нидерландах (Королевство)

Inge Rinzema и Lisette Regelink

Начало подготовки ПМС в стране относится к 1997 г., когда было введено в действие сестринское образование на уровне магистратуры, однако эта должностная категория была официально учреждена только в 2009 г.

В целях предоставления ПМС (а также помощникам врачей) полномочий на расширенную сферу практики, в Нидерландах (Королевство) в 2011 г. был принят закон с ограниченным сроком действия, который предоставил ПМС официальное выполнять расширенные функции в течение первоначально определенного периода в 5 лет. Было также предусмотрено проведение оценки эффективности данной меры на общенациональном уровне. Этот закон, включающий оговорку, что речь идет об эксперименте, официально разрешает расширенную практику оказания повседневной медицинской помощи.

ПМС получили право на практику с выполнением 12 видов расширенных вмешательств (в том числе таких, как назначение лекарств, выполнение некоторых хирургических операций, эндоскопия, катетеризация, пункции, дефибрилляция), которые ранее были доступны только врачам. По истечении пятилетнего срока и по результатам проведения в 2013 и 2014 гг. общенациональной оценки (De Bruijn et al., 2015) был сделан вывод о том, что ПМС эффективно выполняют расширенные функции, и закон был изменен на бессрочный лишь с незначительными изменениями. Законодательно закрепленные 1 сентября 2018 г. полномочия ПМС по независимой практике стали постоянными, что явилось важной вехой в развитии этой профессиональной группы.

Общенациональная оценка показала, что к середине 2013 г. нигде в стране еще не были внедрены полномочия ПМС в отношении самостоятельной практики. Наиболее часто упоминаемой причиной этого было нежелание со стороны врачей или врачебных советов (De Bruijn et al., 2015). Однако к 2015 г. 83% работников категории ПМС указали, что самостоятельность была признана, и только 7% указали, что в этом не было необходимости (De Bruijn et al., 2015).

Финансирование

В Нидерландах (Королевство) единственным способом пройти обучение по программе ПМС нередко является трудоустройство в той области знаний, в которой они будут работать и дальше. Это означает, что у соискателей уже должен быть работодатель. Программа магистратуры по расширенной сестринской практике (MANP) субсидируется Министерством образования, культуры и науки в общей сложности на сумму 30 000 евро в год; при этом 22 000 евро предназначены для компенсации расходов на заработную плату медсестры-специалиста при обучении, остальные 8 000 евро – в качестве компенсации за потраченные часы работы куратора. В среднем, в Нидерландах (Королевство) расходы работодателя на подготовку ПМС составляют около 60 000 евро брутто.

Оплата ежегодной стоимости обучения

В сумму общих расходов на подготовку ПМС в Нидерландах (Королевство) входит покрытие всех затрат по программе обучения (плата за обучение, книги и др.), но не всех затрат на проживание. Тем не менее работодатели охотно направляют своих сестринских работников на обучение по программе ПМС, поскольку это обеспечивает наращивание кадрового потенциала и повышает качество оказываемой помощи.

Доступность программы магистратуры

В Нидерландах (Королевство) имеется девять университетов прикладных наук, которые проводят курс MANP, вместе они предлагают 510 мест в год. Однако лист ожидания для участия в каждом курсе ежегодно составляет около 25 абитуриентов. Эти 510 должностей определены Министерством образования, культуры и науки и связаны с общей суммой доступных субсидий.

В Соединенных Штатах Америки, где сфера практики регулируется на уровне отдельных штатов, исследования показали, что в штатах, предоставляющих ПМС возможность практиковать на более продвинутых уровнях, отмечался рост численности сестринских работников этой категории и объема предоставляемых и используемых услуг, в первую очередь в сельской местности и среди уязвимых групп населения (Хуе et al., 2019). Таким образом, выявление и устранение нормативных барьеров для сферы практики может способствовать более полной реализации функций МСРП, совершенствованию услуг и улучшению доступа к ним.

Механизмы оплаты труда и финансирования расширенных функций

Механизмы оплаты труда могут играть важную роль в практическом осуществлении расширенных сестринских функций. В то время как нормативно-правовое регулирование и другие связанные с ним стратегические меры определяют уровень расширенной сестринской практики, механизмы оплаты труда и финансирования в значительной степени влияют на возможность получения медсестрами достойного вознаграждения за выполнение расширенных функций, на сравнительные показатели оплаты труда и на то, в каких условиях или областях медсестры будут работать в данном качестве.

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах, показали, что медсестры с расширенными функциями чаще работали с пациентами с низким доходом или в сельской местности, когда уровень заработной платы был высоким (на том же уровне, что и у врачей) и выше, чем для других групп пациентов или географических районов (Barnes et al., 2017; Хуе et al., 2019). Несмотря на это, в исследованиях и в политике уделяется ограниченное внимание влиянию механизмов оплаты труда, окладов и уровней возмещения расходов на услуги (в странах с социальным медицинским страхованием). Необходимы дополнительные исследования, чтобы определить, в какой степени схемы выплат и возмещения влияют на внедрение расширенных сестринских функций и оказание сестринской помощи, особенно для уязвимых групп пациентов, а также в сельских и недостаточно обслуживаемых географических регионах.

Можно выделить несколько шагов, направленных на определение роли политики финансирования и оплаты труда в контексте различных стран (вставка 13). Первый шаг – выявление возможных барьеров, связанных с политикой оплаты труда и финансирования, для практического внедрения расширенных функций. Затем следует определить оптимальный уровень оплаты труда (в странах с финансированием здравоохранения на основе налогов и/или где медсестры с расширенными функциями работают в условиях частной практики) и/или уровни возмещения расходов на расширенные функции в расчете на отдельную услугу/пациента/индивидуума (в моделях с оплатой услуг или по

Вставка 13. Внедрение директивных механизмов финансирования и оплаты труда для расширения сестринских функций

Шаги, которые помогут определить роль политики финансирования и оплаты труда в контексте различных стран:

- проанализировать, не создают ли действующие механизмы оплаты труда и финансирования потенциальные барьеры для расширения сестринской практики;
- определить оптимальный уровень оплаты труда и предоставляемых услуг для медсестер с расширенными функциями, так чтобы они могли полностью использовать свой профессиональный потенциал, предлагать помощь всем нуждающимся пациентам и получать адекватное вознаграждение, соответствующее их навыкам и компетенциям, чтобы сестринское дело оставалось привлекательным вариантом для выбора профессии;
- обеспечить достаточное финансирование, включая финансовые стимулы, для активного старта внедрения расширенных сестринских функций в странах на ранней стадии данного процесса, что может способствовать интеграции этих новых функций в повседневную практику оказания медицинской помощи.

принципу подушевого финансирования). Эти расчеты следует производить применительно к группам населения и пациентам, индивидуальным услугам и в сопоставлениями с уровнями оплаты труда медицинских сестер общего профиля и врачей. Уровни оплаты труда, наряду с другими факторами, такими как условия работы, возможности карьерного роста и баланс между работой и личной жизнью, также определяют степень привлекательности сестринской профессии (ВОЗ, 2020).

Вставка 14. Финансовые стимулы и использование расширенных сестринских функций в странах Балтии

Aurelija Blaževičienė, Gerli Liivet, Kersti Viitkar и Jūratė Macijauskienė

В странах Балтии процесс расширения сестринских функций находится на ранней стадии. В Эстонии с 2018 г. функционирует программа магистратуры для сестринских работников, аналогичные инициативы реализуются в Латвии и Литве. Расширенные сестринские функции реализуются в странах по-разному (см. табл. 1). Например, в Литве осуществляется подготовка общинных медицинских сестер в рамках шестимесячной программы последипломного обучения, а в Эстонии в медицинских колледжах готовят медсестер первичной медико-санитарной помощи. В Эстонии в период с 2006 по 2018 г. функционировала программа специализированного обучения, однако ее окончание не предусматривало обязанность для выпускников работать в качестве семейных медсестер. Продолжаются обсуждения вопроса о том, должны ли все семейные медсестры обладать дополнительными компетенциями (например, проходить специализацию) или степенью магистра (МСРП).

Можно извлечь полезные уроки из опыта внедрения финансовых инструментов в Эстонии и интеграции

семейных медсестер в систему первичной медико-санитарной помощи. Правительство ввело позитивные и негативные финансовые стимулы для содействия более активному включению семейных медсестер в штат учреждений первичной медико-санитарной помощи. Так, в 2009 г. было введено правило, согласно которому семейные врачи должны были нанимать по крайней мере одну семейную медсестру, в противном случае размер подушевой оплаты услуг снижался на 20%. В результате уровень найма семейных медсестер в кабинетах общей практики превысил 99%. В 2013 г. был введен дополнительный финансовый стимул в виде премии для семейных врачей, нанимающих вторую семейную медсестру. В последние пять лет наблюдается тенденция к увеличению числа работающих семейных медсестер. Одним из примеров является растущее число появившихся в Эстонии медицинских центров, в которых работают бригады, состоящие из медицинских работников разных категорий. Ранние данные свидетельствуют о том, что все большее число медицинских центров хотят нанять третью семейную медсестру. Кроме того, медицинские центры получили возможность включить в свой штат медсестру-специалиста по психическому здоровью. Привлечение большего числа семейных медсестер в практику и центры первичной медико-санитарной помощи способствовало расширению часов самостоятельной практики и доступа к первичной медико-санитарной помощи, а также улучшению сотрудничества внутри практики.

Определение источников финансирования для инициирования процесса оказалось важным для стран, находящихся на ранних стадиях расширения сестринских функций, таких как Латвия, Литва и Эстония. Правительства этих стран поддержали расширение функций медсестер, работающих в системе первичной медико-санитарной помощи, с помощью финансовых стимулов, что ускорило набор медсестер в программы магистратуры (вставка 14). Для ускорения процессов расширения функций семейных медсестер (но не на уровне МСРП в соответствии с международным стандартом) использовались позитивные и негативные финансовые стимулы; в результате более чем в 99% врачебных практик были наняты семейные медсестры (вставка 14).

Обеспечение достаточного финансирования для активного старта внедрения расширенных сестринских функций в странах на ранней стадии данного процесса может способствовать интеграции этих новых функций в повседневную практику оказания медицинской помощи. Примеры показали, что включение финансовых стимулов для расширения сестринских функций может помочь в этом процессе, но на сегодняшний день исследований в этой области недостаточно. Для устойчивого внедрения расширенных функций в повседневную практику странам необходимо осуществить стратегии оплаты труда и финансирования, которые выходят за рамки краткосрочных инвестиций и механизмов финансирования.

Уровни заработной платы также имеют решающее значение для развития сестринской профессии. Многие страны сталкиваются с нехваткой сестринского персонала, что обусловлено низкой заработной платой, ограниченными возможностями карьерного роста, тяжелыми условиями труда и недостаточной штатной численностью медсестер в учреждениях. Повышение уровня оплаты (в странах с низкой оплатой труда медсестер, включая МСРП) и расширение возможностей карьерного роста за счет предоставления оплаты и возмещения расходов за выполнение расширенных функций в соответствии с занимаемыми должностями, могут улучшить имидж сестринского дела как привлекательной профессии для потенциальных новых работников и помочь устранить нехватку сестринского персонала.

Дальнейшие шаги

В большинстве стран сестринские работники составляют значительную часть кадров здравоохранения. Сестринское дело имеет долгую и документально подтвержденную историю работы по управлению дефицитными ресурсами, проведению кампаний в области общественного здравоохранения, охране здоровья на уровне местных сообществ и внесению изменений в структуру предоставления услуг для обеспечения своевременной, безопасной и эффективной медицинской помощи пациентам. В Европейском регионе ВОЗ в течение последних тридцати лет наблюдается активный рост численности сестринских работников, выполняющих расширенные функции в своей практике. В ряде стран внедрению функций МСРП с образованием на уровне магистра способствовали изменения в законодательстве, расширившие сферу практики медсестер, включив в нее диагностику, лечение и назначение лекарств как при хронических, так и при острых нарушениях здоровья. В одних странах расширение сестринских функций осуществляется путем внедрения должностей МСРП на базе прохождения программ магистратуры, в то время как в других прогресс обеспечивается подготовкой специализированных медсестер на уровне бакалавриата или последипломного образования.

Все усилия по расширению сестринских функций, будь то до уровня МСРП или специализированной медсестры, направлены на улучшение результатов лечения пациентов путем развития компетенций медсестер в таких областях, как оказание помощи пациентам, клиническое лидерство, проведение научных исследований и обучение.

Эта работа характеризуется важными инновациями для системы здравоохранения и представляет собой совокупность эффективных мер реагирования на давление со стороны служб и кадровый дефицит, приносит пользу пациентам и сообществам, а также способствует карьерному росту. В конечном счете это мотивирует работающих медсестер оставаться в профессии и привлекает других присоединиться.

Настоящая техническая справка дает представление о ситуации и процессах в Европейском регионе ВОЗ и может вдохновить страны на адаптацию своих моделей предоставления услуг таким образом, чтобы способствовать улучшению помощи, ориентированной на нужды пациентов.

По мере того как государства-члены внедряют эту форму инноваций для дальнейшего совершенствования мер реагирования своих систем здравоохранения на медико-санитарные потребности населения, им необходимо предпринять ряд ключевых стратегических шагов. Эти шаги следующие:

- по-прежнему уделять особое внимание в процессах кадрового развития вопросам благополучия пациентов и сообществ;
- придавать приоритетное значение механизмам повышения качества и аккредитации образовательных программ с учетом необходимости постоянно корректировать сестринское образование в соответствии с меняющимися медико-санитарными потребностями пациентов и сообществ;
- выдвигать на первый план учебные программы, основанные на компетенциях, и повышать доступ к достижениям науки о сестринском деле;
- активно привлекать сестринских работников к преподавательской и научной деятельности;
- создавать и развивать четкие структуры профессионального роста и возможности наставничества для медсестер, уделяя особое внимание обеспечению равного доступа и возможностей для женщин и мужчин;
- вовлекать в процесс расширения сестринских функций, с этапа планирования и до финального внедрения, широкий круг пациентов, представителей гражданского общества и других заинтересованных сторон в области здравоохранения, включая самих медсестер;
- отслеживать внедрение расширенных функций с течением времени с использованием структурных показателей, а также показателей процесса и конечных результатов;
- выявлять факторы, которые облегчают или, напротив, препятствуют способности медсестер эффективно выполнять расширенные функции; негативные факторы могут включать динамику, которая поддерживает жесткую иерархию среди персонала, отсутствие качественного образования и непрерывного профессионального развития, отсутствие четкого определения ролей, неравный доступ к информации и планированию деятельности или ограниченный доступ к финансовым и кадровым ресурсам.

Как задокументировано в первом в истории Докладе о состоянии сестринского дела в мире, полезно создать и укрепить должность главного государственного специалиста по сестринскому делу с четким мандатом на поддержку формирования приоритетов политики здравоохранения и надзор за потенциалом медсестер и акушерок для поддержки их достижений с конечной целью улучшения здоровья населения, качества медицинской помощи и доступа к услугам здравоохранения.

Библиография

ВОЗ (2018). Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения: руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<https://iris.who.int/handle/10665/311615>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

ВОЗ (2020). Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240004924-rus.pdf>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

ЕРБ ВОЗ (2021). Европейская программа работы на 2020–2025 гг. Совместные действия для улучшения здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://iris.who.int/handle/10665/339486>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

ЕРБ ВОЗ (2023a). Бухарестская декларация о кадрах медико-санитарных и социальных работников. Региональное совещание высокого уровня «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать», 22–23 марта 2023 г. Бухарест (Румыния) (<https://iris.who.int/handle/10665/366520>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

ЕРБ ВОЗ (2023b). Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, <https://iris.who.int/handle/10665/366663>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

Adams E, Maier CB, Buchan J, Cash-Gibson L (2017). Повышение роли медсестер и акушерок в Ирландии: передовой опыт трансформации трудовых ресурсов здравоохранения для неинфекционных заболеваний в Европе: информационный обзор по передовому опыту. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://iris.who.int/handle/10665/345595>, по состоянию на 12 декабря 2023 г.).

Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M et al. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 26(7):559–68. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567.

Aiken LH, Sloane DM, Brom HM, Todd BA, Barnes H, Cimiotti JP et al. (2021). Value of nurse practitioner inpatient hospital staffing. *Med Care.* 59(10): 857–63. doi:10.1097/mlr.0000000000001628.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 383(9931):1824–30. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

APN expert working group of the Finnish Nurses Association (2020). New roles for nurses – quality to future social welfare and health care services (<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/new-roles-for-nurses.pdf>, accessed 27 October 2023).

Barnes H, Maier CB, Altares Sarik D, Germack HD, Aiken LH, McHugh MD (2017). Effects of regulation and payment policies on nurse practitioners' clinical practices. *Med Care Res Rev.* 74(4):431–51. doi:10.1177/1077558716649109.

Buchan J, Catton H, Shaffer F (2022). Sustain and retain in 2022 and beyond. The global nursing workforce and the Covid-19 pandemic. Philadelphia (PA): International Centre on Nurse Migration (<https://www.icn.ch/node/1463>, accessed 27 October 2023).

Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev.* 78(5):102–12, 199. PMID:11143147.

Council for Healthcare Regulatory Excellence (2009). Advanced practice: report to the four UK health departments. London: Council for Healthcare Regulatory Excellence (<https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/advice-to-ministers/advanced-practice-2009.pdf?sfvrsn=6>, accessed 27 October 2023).

De Bruijn-Geraets DP, Bessems-Beks MCM, van Eijk-Hustings YJL, Vrijhoef HJM (2015). voorBIGhouden, Final report Evaluation study Art. 36a BIG Act regarding the deployment of the nursing specialist and physician assistant. Maastricht: Maastricht UMC+, Patient & Care (in Dutch).

Doescher MP, Andrilla CHA, Skillman SM, Morgan P, Kaplan L (2014). The contribution of physicians, physician assistants, and nurse practitioners toward rural primary care findings from a 13-state survey. *Med Care*. 52(6):549–56. doi:10.1097/mlr.000000000000135.

de Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R (2008). Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly*. 138(43–44):621–28. doi:10.4414/smw.2008.12293.

Heale R, Rieck Buckley C (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev*. 62(3):421–9. doi:10.1111/inr.121.

Hooks C, Walker S (2020). An exploration of the role of advanced clinical practitioners in the east of England. *Br J Nurs*. 29(15): 864–9. doi:10.12968/bjon.2020.29.15.864.

International Council of Nurses (2020). Guidelines on advanced practice nursing 2020. Geneva: International Council of Nurses (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf), accessed 27 October 2023).

International Labour Organization (2008). International Standard Classification of Occupations. Geneva: International Labour Organization (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>, accessed 27 October 2023).

Joseph J, Vaughan R, Strand H (2015). Effectiveness of nurse-performed endoscopy in colorectal cancer screening: a systematic review. *Gastrointest Nurs*. 13(4):26–33. doi:10.12968/gasn.2015.13.4.26.

Kilańska D, Lipert A, Guzek M, Engelse P, Marczak M, Sienkiewicz K, Kozłowski R (2022). Increased Accessibility to Primary Healthcare Due to Nurse Prescribing of Medicines. *Int J Environ Res Public Health*. 19(1): 292. doi: 10.3390/ijerph19010292.

Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D et al. (2014). The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 20(6):1106–23. doi:10.1111/jep.12219.

Kroezen M, Mistiaen P, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL (2014). Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Soc Sci Med*. 117:107–15. doi:10.1016/j.socscimed.2014.07.042.

Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL (2013). Knowledge claims, jurisdictional control and professional status: the case of nurse prescribing. *PLoS One*. 8(10):e77279. doi:10.1371/journal.pone.0077279.

Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 7(7):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3.

Loescher LJ, Harris JM, Curiel-Lewrowski C (2011). A systematic review of advanced practice nurses' skin cancer assessment barriers, skin lesion recognition skills, and skin cancer training activities. *J Am Acad Nurse Pract.* 23(12):667–73. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00659.x.

Maier CB (2015). The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, US, Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy.* 119(12):1627–35. doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.002.

Maier CB (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health.* 17(1):95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6.

Maier CB, Aiken LH (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health.* 26(6):927–34. doi:10.1093/eurpub/ckw098.

Maier CB, Aiken LH, Busse R (2017). Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers no. 98.* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. doi:10.1787/a8756593-en.

Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R (2016). Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open.* 6(9):e011901. doi:10.1136/bmjopen-2016-011901.

Maier CB, Kroezen M, Busse R, Wismar M, editors (2022). Skill-mix innovation, effectiveness and implementation. Improving primary and chronic care. *European Observatory on Health Systems and Policies.* Cambridge: Cambridge University Press (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>, accessed 27 October 2023).

Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214.

Martinez-Gonzalez NA, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S (2015a). The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Med Wkly.* 145:w14031. doi:10.4414/smw.2015.14031.

Martinez-Gonzalez NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T (2015). The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health.* 13:55. doi:10.1186/s12960-015-0049-8.

Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N et al. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open.* 5(6):e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.

Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen, Bass EB, Zangaro G et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nurs Econ.* 29(5):230–50; quiz 251. PMID:22372080.

NHS Education for Scotland (NES) (2021): Nursing, Midwifery and Allied Health Professions (NMAHP) Development Framework: Maximizing potential and impact at every level of practice, NHS Education for Scotland: Edinburgh.

Office of the Chief Nurse (2021). The testing and results of an integrated nurse-led community virtual ward proof-of-concept. Dublin: Department of Health. (<https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/138959/f389d9a6-2a32-4c57-aa8d-98f9aa9c8de4.pdf#page=null>, accessed 27 October 2023).

- Petit Francis L, Spaulding E, Turkson-Ocran RA, Allen J (2017). Randomized trials of nurse-delivered interventions in weight management research: a systematic review. *West J Nurs Res.* 39(8):1120–50. doi:10.1177/0193945916686962.
- Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J et al. (2020). Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev.* 67(4):554–9. doi:10.1111/inr.12632.
- Sackett DL, Spitzer WO, Gent M, Roberts RS (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner: health outcomes of patients. *Ann Intern Med.* 80(2):137–42. doi:10.7326/0003-4819-80-2-137.
- Sargent GM, Forrest LE, Parker RM (2012). Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 13(12):1148–71. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x.
- Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V (2020). Low- and lower middle-income countries advanced practice nurses: an integrative review. *Int Nurs Rev.* 67(1):19–34. doi:10.1111/inr.12536.
- Schroeder K, Travers J, Smaldone A (2016). Are school nurses an overlooked resource in reducing childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *J Sch Health.* 86(5):309–21. doi:10.1111/josh.12386.
- Schober M (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice.* Switzerland: Springer International Publishing.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), APN-CH: Reglementierende Organisation, Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel (INS) (2022). *Master Survey 2022 - Survey of graduates of a Master of Science in Nursing programme working in Switzerland.* Bern, Basel (in German).
- Schwendimann R, Fierz K, Spichiger E, Marcus B, De Geest S (2019). A master of nursing science curriculum revision for the 21st century - a progress report. *BMC Med Educ.* 19(1): 135. doi:10.1186/s12909-019-1588-9.
- Scottish Government (2017). *Transforming Nursing, Midwifery and Health Professionals roles: Advanced Nursing Practice, paper 02,* Chief Nursing Officer Directorate, Scottish Government: Edinburgh (<https://www.gov.scot/publications/transforming-nursing-midwifery-health-professions-roles-advance-nursing-practice/>, accessed 27 October 2023).
- Scottish Government (2021a). *Transforming Nursing, Midwifery and Health professionals roles: Advanced Nursing Practice, transforming nursing role: phase two paper 07,* Chief Nursing Officer Directorate, Scottish Government: Edinburgh (<https://www.gov.scot/publications/transforming-nursing-roles-advanced-nursing-practice-phase-ii/documents/>, accessed 27 October 2023).
- Scottish Government (2021b). *Transforming Nursing, Midwifery and Health professional (NMaHP) roles: review of Clinical Nurse Specialist and Nurse Practitioner roles within Scotland,* Chief Nursing Officer Directorate, Scottish Government: Edinburgh (<https://www.gov.scot/publications/transforming-nursing-midwifery-health-profession-nmahp-roles-review-clinical-nurse-specialist-nurse-practitioner-roles-within-scotland/>, accessed 27 October 2023).
- Spitzer WO, Sackett DL, Sibley JC, Roberts RS, Gent M, Kergin DJ et al (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *N Engl J Med.* 290(5):251–6. doi:10.1056/NEJM197401312900506.
- Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 27(5):396–404. doi:10.1093/intqhc/mzv054.
- Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J et al. (2015). Costs and effects of new professional roles: evidence from a literature review. *Health Policy.* 119(9):1176–1187. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.001.

van der Biezen M, Schoonhoven L, Wijers N, van der Burgt R, Wensing M, Laurant M (2016). Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study. *J Adv Nurs*. 72(8):1813–24. doi:10.1111/jan.12954.

van Dillen SM, Hiddink GJ (2014). To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. *BMC Fam Pract*. 15:197. doi:10.1186/s12875-014-0197-2.

Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK (2022). Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 88(1):42. doi:10.5334/aogh.3698.

Winkelmann J, Williams GA, Rijken M, Polin K, Maier CB (2022). Chronic conditions and multimorbidity: skill-mix innovations for enhanced quality and coordination of care. In: Maier CB, Kroezen M, Busse R, Wismar M, editors. *Skill-mix innovation, effectiveness and implementation. Improving primary and chronic care*. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: Cambridge University Press:152–220 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>, accessed 27 October 2023).

World Health Organization (2016). High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/item/9789241511285>, accessed 27 October 2023).

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2020). A regional guide to the development of nursing specialist practice. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMNUR432E-eng.pdf>), accessed 27 October 2023).

Xue Y, Smith JA, Spetz J (2019). Primary care nurse practitioners and physicians in low-income and rural areas, 2010–2016. *JAMA*. 321(1):102–5. doi:10.1001/jama.2018.17944.

Ziemann M, Chen C, Forman R, Sagan A, Pittman P (2023). Global Health Workforce responses to address the COVID-19 pandemic: What policies and practices to recruit, retain, reskill, and support health workers during the COVID-19 pandemic should inform future workforce development? European Observatory on Health Systems and Policies. (https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/publicationsnew/draft-version_policybrief_pb52_web_30032023.pdf?sfvrsn=f4e22002_15, accessed 27 October 2023).

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00;
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.who.int/europe

WHO/EURO:2024-8323-48095-72962