

**КЗВО ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»
Кафедра внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я**

«До захисту допущено»

« ____ » _____ 2023 р.

Завідувач кафедри

_____ к.держ.упр. Неділько Р.В.

Монаршук Ярина Степанівна

УДК 61-027.553:614.253.5]374-022.33

**ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО
РОЗВИТКУ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**

Спеціальність 223 Медсестринство

Наукова робота на здобуття освітнього ступеня магістр

Науковий керівник

кандидат наук з державного управління

Яремчук О.В.

Львів 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. Історико-ретроспективний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики- сімейної медицини	8
1.1. Історичні етапи еволюції первинної ланки охорони здоров'я.	8
1.2. Аналіз зарубіжного досвіду розвитку на засадах загальної практики- сімейної медицини	15
1.3. Розвиток сімейної медицини: огляд дискусійного поля.	20
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. Модернізаційний розвиток системи охорони здоров'я на засадах загальної практики- сімейної медицини	27
2.1. Дослідження нормативно-правової бази, щодо провадження БПР для сестер/братів медичних в ЗОЗ.	27
2.2. Концептуальні засади первинної медико-санітарної допомоги в Україні.	32
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. Концептуальні засади БПР для сестер\братів медичних	39
3.1. БПР сестер/братів медичних, як сучасний розвиток медсестринства.	39
3.2. Власні дослідження та рекомендації, щодо БПР сестер/братів медичних в Україні.	46
Висновки до розділу 3	56
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ	64

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;

ОЗ – охорона здоров'я;

ПМСД- первинна медико-соціальна допомога;

ЦЕМД- центр екстреної медичної допомоги;

НСЗУ- національна служба здоров'я України;

ЕСОЗ- електронна система охорони здоров'я;

БПР- безперервний професійний розвиток;

США – Сполучені Штати Америки;

ЗПСМ – загальна практика сімейної медицини;

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі розкриваються історичні етапи еволюції первинної ланки охорони здоров'я України.

В розділах магістерської роботи висвітлюються питання зарубіжного досвіду розвитку на засадах загальної практики- сімейної медицини а також наукові дослідження впровадження сімейної медицини. Значної уваги приділяється нормативно-правовій базі, щодо провадження БПР для сестер/братів медичних в ЗОЗ. А також концептуальним засадам первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

Вивчаючи дану проблематику безперервного професійного розвитку сестри\брата медичних загальної практики – сімейної медицини нами проведено ряд власних досліджень, на основі яких розроблено до впровадження в практичне медсестринство модель: «БПР в медсестринстві. Сучасний етап». Дана модель показує те, що це є безперервний процес отримання знань, та навиків і забезпечує мотивацію до навчання впродовж життя починаючи з додипломного періоду.

ANNOTATION

The master's thesis reveals the historical stages of the evolution of the primary healthcare system in Ukraine.

The chapters of the master's thesis cover the issues of foreign experience of development on the basis of general practice-family medicine, as well as scientific research on the implementation of family medicine. Considerable attention is paid to the regulatory framework for the implementation of continuing professional development for nurses in healthcare facilities. As well as the conceptual foundations of primary health care in Ukraine.

Studying this issue of continuing professional development of general practice nurses, we have conducted a number of our own studies, on the basis of which we have developed a model for implementation in practical nursing: "Continuing Professional Development in Nursing. The current stage". This

model shows that it is a continuous process of acquiring knowledge and skills and provides motivation for lifelong learning from the undergraduate period.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В українській системі охорони здоров'я відбулися значні зміни завдячуючи реформам в галузі, особливо первинної ланки. Реформування галузі вимагає кардинальних змін і у медсестринстві. Реформування системи охорони здоров'я призвели до того, що лікарі здійснюють БПР за новою методикою, шляхом накопичення балів за певний період, а медичні сестри та брати отримали новий наказ для проходження курсів кваліфікації та спеціалізації лише на початку 2023 року. Але варто зазначити, що безперервний професійний розвиток не враховується під час атестації. На нашу думку це дискримінація медсестринського персоналу і невілює мотивацію до саморозвитку впродовж професійного життя медичної сестри або брата. Тим самим знецінює медсестринську службу.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є аналіз та вивчення історичного встановлення еволюції первинної ланки охорони здоров'я України, дослідити зарубіжний досвід. Реалізація поставленої мети зумовила потребу в розв'язанні таких дослідницьких завдань:

- проаналізувати історичні епохи встановлення сучасної системи сімейної медицини України;
- вивчити та проаналізувати зарубіжний досвід функціонування сімейної медицини;
- проаналізувати нормативно-правову базу України, щодо забезпечення роботи первинної ланки сімейної медицини.
- провести власне дослідження щодо БПР сестер\братів медичних та надати рекомендації.

Об'єкт дослідження – заклади охорони здоров'я, первинна медико-санітарна ланка, сестри та брати медичні.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети й вирішення зазначених завдань застосовано системний підхід та комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження:

Теоретичні – аналіз наукових літературних джерел.

Емпіричні (анкетування, бесіди тощо) – для дослідження безперервного професійного розвитку.

Методи ретроспективного аналізу – для вивчення явищ БПРу в процесі їх генезису, що відбувається під впливом різних взаємопов'язаних впливів дійсності;

Метод наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення – для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування системи безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних загальної практики – сімейної медицини.

Наукова новизна полягає в комплексному дослідженні теоретичних засад формування та особливостей дії БПРу для медичних братів та сестер загальної практики – сімейної медицини, що дало змогу сформулювати конкретні пропозиції, які спрямовані на їх вдосконалення, а саме:

- на основі проведення наукових розвідок та аналізу рекомендовано застосовувати в практичному медсестринстві модель: «БПР в медсестринстві. Сучасний етап». Дана модель показує те, що це є безперервний процес отримання знань, та навиків і забезпечує мотивацію до навчання впродовж життя починаючи з додипломного періоду.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в магістерській роботі досліджено нормативно-правову базу, щодо провадження БПР для сестер/братів медичних в ЗОЗ та проаналізовано шляхи проведення БПРу для сестер/братів медичних. А також надано практичні рекомендації.

Отримані висновки дослідницької роботи можуть бути використані під час надання освітніх послуг здобувачам освіти спонукати їх до приймання активної участі в академічній мобільності, тренігах, конференціях, вебінарах

тощо. Оскільки освітній формат буде прищеплювати навички самонавчання впродовж життя.

Апробація результатів роботи. Основні положення та результати дослідження подавалися у наступних публікаціях:

Публікації.

-Монаршук Я. «Історичні етапи еволюції первинної ланки охорони здоров'я України» XVII International Scientific and Practical Conference: «Problems of development of scientific potential and directions for its increase» Мадрид 17 серпня 2022 року.

- Монаршук Я. «Первинна ланка охорони здоров'я України: еволюція розвитку та роль сестри /брата медичних» Збірник тез доповідей II Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Пріоритетні напрями досліджень у науковій та освітній діяльності: проблеми та перспективи» 12 – 13 жовтня 2022 року м. Рівне

- Монаршук Я.С. Яремчук О.В. «Аналіз нормативно-правової бази безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних» «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» матеріали III Регіональної науково-практичної конференції, 27 жовтня 2022 р. м. Львів

- Монаршук Я.С. Яремчук О.В. «Безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних, як сучасний розвиток медсестринства»II Всеукраїнська студентська науково-практична інтернет-конференція «Теоретичні та прикладні аспекти медико-біологічних наук», 18 травня 2023 р. м. Львів

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (31 позиція). Загальний обсяг магістерської роботи - 65 сторінок. Робота містить 7 рисунків та 1 таблиця, додаток.

РОЗДІЛ І

Історико-ретроспективний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики- сімейної медицини

1.1. Історичні етапи еволюції первинної ланки охорони здоров'я.

Історичний процес розвитку медицини зазнає значної трансформації, які мають за підґрунтя значення людини, як індивідуума-соціума та враховуючи різноманітні фактори та чинники, які впливають на формування здоров'я людини та нації загалом. Враховуючи вище вказане відбувається постійне вдосконалення нормативно-правової бази на рівні держави, а також заходи та механізми для регулювання та контролю діяльності. Медичні працівники, зокрема сестри/брати медичні, відіграють важливу роль, щодо формування здоров'я населення, також впливають на перебіг захворювання пацієнтів. Одним із важливих аспектів у фаховій діяльності сестри/брата медичних є відновлення стану здоров'я людини, а також проводити превентивні заходи щодо пропаганди здорового способу життя. Вони долучаються до розробки міроприємств, спрямованих на чинники, що можуть негативно впливати на стан здоров'я, забезпечивши тим самим попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України. Медична допомога має складові- лікарська та медсестринська.

Протягом останніх років проблеми розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) / первинної медичної допомоги (ПМД)¹ в Україні посідають провідне місце як серед управлінських рішень національного рівня, так і тематики наукових досліджень [1].

За визначенням ВООЗ, сестринська справа – це наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта в умовах оточуючого середовища, що змінюється». Міжнародною радою медсестер (Нова Зеландія, Нарада національних представників, 1877р.) сформульовано визначення сестринської справи як «складової частини системи охорони

здоров'я, що включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психо-соціальної допомоги за особами, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними всіх вікових груп. Така допомога надається медсестрами як у лікувальних, так і в інших установах, а також у дома – всюди, де є в ній потреба» [2].

Постановою Кабінету Міністрів України № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини систему охорони здоров'я" від 20.06.2000р. розроблений та затверджений поетапний план переходу до створення та організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини (ПМСД). Умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрямки діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001р. "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" та № 303 від 23.07.2001 р. "Про організацію роботи закладів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ)" [3].

Згідно Закону про охорону здоров'я медичні працівники зобов'язані: «сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу; безплатно надавати першу невідкладну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя; дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я» [4] а, відтак, повинні мати відповідну кваліфікацію, та володіти фаховими компетентностями відповідно до здобутого рівня освіти.

В Україні тривають дискусії щодо моделей, механізмів та форм встановлення та розвитку сімейної медицини. При аналізі та вивченні наукових джерел нами з'ясовано, що сильна система сімейної медицини та фахова роль

сестри\брата медичних покращує показники здоров'я громадян держави при найменших економічних витратах і вищими показниками задоволеності медичними послугами суспільства. Про те сильна та сформована система первинної медичної допомоги не може виникнути самостійно, адже повинні співпрацювати такі ланки, як постачальники медичних послуг, пацієнти, медичні провайдери та система охорони здоров'я в цілому, оскільки злагоджена співпраця впливає на адекватне медичне обслуговування та покращення рівня здоров'я населення.

На сьогоднішній день ми бачимо медичну реформу в дії, яка призводить до системних змін в охороні здоров'я. У 2018 році розпочався перший етап реформи охорони здоров'я з первинної ланки медичної допомоги - сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів, а також відбулася реформа вторинної ланки у 2020 році. Також позитивним моментом є те, що 2020 рік ВООЗ проголосило роком медсестринства в Україні, тим самим дозволило вивести важливі питання, щодо медсестринства на новий щабель, оскільки медичні сестри та брати складають понад 50% медичної праці багатьох країн. В період реформування медичної галузі країна потребує медсестринських кадрів нової формації, які би відповідали новій моделі медсестринства, мали відповідний рівень професійної підготовки та вільно влилися у всі етапи надання медичної допомоги та могли би відповідати усім стандартам, які відбуваються під час реформування галузі. Медсестринство - особлива ланка медицини. Неможливо уявити лікаря без надійного помічника, який не лише прийде на допомогу хворому фізично, а й поспівчуває людині, вислухає її, заспокоїть[4].

Реформа охорони здоров'я також вимагає змін як у фахових компетентностях сестри\брата медичних, так як і особистості. Сучасні медичні працівники повинні мати активну громадянську позицію бути вихованими, толерантними, досконало володіти медичною етикою та деонтологією володіти передбачають та мати внутрішню мотивацію щодо надання безкорисливої медичної допомоги тим хто її потребує.

Медична реформа України має на меті змінити функціонал медичних сестер та братів, а саме:

- Збільшення практичної підготовки на до дипломному етапі освіти. Перший етап змін - значне збільшення обов'язкової практичної підготовки, щоби фахівці після навчання почувалися впевнено і могли виконувати необхідні функції.
- Вища освіта та наукові ступені за спеціальністю 223 Медсестринство. Лише в Україні і деяких пострадянських країнах медсестри не мають вищої освіти.
- Безперервний професійний розвиток, коли фахівці підвищують свою кваліфікацію не від атестації до атестації і часто лише формально, а навчаються постійно. Цьогоріч таку систему вже ввели для лікарів.
- Посилення ролі медичної сестри і медичного брата через розширення повноважень. У більшості країн світу до обов'язків медсестер і медбратав входить значний обсяг роботи, яку в наших медзакладах виконують виключно лікарі.
- Професійний стандарт. Чіткі правила, за якими працюватимуть медсестри і медбрати, розроблятимуться спільно з Міністерством соціальної політики України.
 - Сертифікація. Медсестри і медбрати матимуть можливість отримати сертифікат, розширити свої повноваження і, відповідно, претендувати на підвищення зарплат[4].

Зміни, які були анонсовані перед впровадженням медичної реформи сьогодні ми бачимо в реальності. Бюджетні кошти спрямовані не на фінансування медичних закладів згідно кошторис, а на оплату надання медичної послуги конкретному пацієнту. Основний спіч реформи "Гроші йтимуть за пацієнтом" - в поліклініку, в лікарню, до сімейного лікаря, куди прийшла людина за медичною допомогою втілено в життя. Найчастіша комунікація з пацієнтом у медичному закладі відбувається з медичними

сестрам та братами. Саме вони організують взаємодію пацієнт-медична сестра- оточення –лікар при тому дотримуються норми інфекційної безпеки у будь-якому закладі охорони здоров'я.

Якісна медсестринська допомога дає змогу якісно забезпечити потреби пацієнта, тим самим вивільнити час лікаря для виконання суто лікарських фахових компетентностей. Тим самим дає змогу чітко розмежувати функціональні обов'язки лікаря та сестри/брата медичних.

Станом на кінець 2019 року в Україні було 218 тисяч медсестер та братів.

А всього фахівців, які мають медсестринську освіту – 296 тисяч. Статистика називає їх середнім медичним персоналом та включає до цієї категорії медичних сестер та братів, фельдшерів, акушерок, парамедиків, лаборантів, зубних техніків, рентгенотехників, рентгенолаборантів тощо[5].

У світі медсестринська практика все більше формується як окремий вид медичних послуг. В Україні, попри те, що послуги з медичного догляду, спостережень, профілактики та маніпуляцій на практиці виконують переважно медичні сестри та брати, формальна відповідальність залишається на лікарях.

Медичні сестри та брати не можуть самостійно надавати послуги. Українське законодавство не визначає і не регулює медсестринські послуги як окремий вид діяльності. Законодавство регулює ліцензування медичної практики, проте не згадує медсестринську практику[5].

Світові тенденції в розвитку медичної допомоги показують, що потрібно делегувати більше фахових повноважень з юридичною та моральною відповідальністю медичним сестрам та медичним братам, щодо виконання їх функціональних обов'язків, відповідно до отриманого рівня освіти та займаної посади. З економічної точки зору, здешевлення медичних послуг відбувається за рахунок надання останніх, сестрами/брами медичними в межах їхніх компетентностей, а також стають доступнішими для пацієнтів. Не завжди лікар може фахово виконати суто медсестринські маніпуляції та втручання або

провести догляд та опіку за пацієнтом, оскільки дані компетентності притаманні тільки сестрам/братам медичним. Відповідно до протоколу № 460 від 01.06.2013 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій» визначення "медичний догляд", "медсестринська практика" зробить медсестер і братів суб'єктами надання медичної допомоги пацієнту на одному рівні з лікарем.

При цьому доцільно розділяти різні рівні повноважень медсестер. У спільному звіті ВООЗ та Комітету ВООЗ із сестринської практики зазначено, що різні країни мають до 15-ти або більше категорій сестринських посад із різним рівнем підготовки[5].

Підвищена освітня підготовка в поєднанні з практичним досвідом дозволяє медичній сестрі отримувати розширені повноваження за різними напрямками та спеціалізаціями. Все більше поширюється практика отримання вищої освіти за напрямом "медсестринство".

Повноваження медсестер доцільно поширити на надання послуг з догляду та патронажу на дому або у стаціонарі для паліативних пацієнтів та людей похилого віку.

Запровадження послуг сестринського супроводу (nursing support) в стаціонарі, на дому або в спеціалізованих закладах дозволяє зробити життя пацієнта максимально комфортним.

Задача медсестер – надавати емоційну підтримку пацієнтам та їхнім родинам, навчити їх жити з хворобою[5].

Зараз на державному рівні інтенсивно розробляються нові професійні стандарти сестер/братів медичних для удосконалення якості надання медичних послуг та приведення їх до європейських стандартів. Професійні стандарти практичних навичок мають відповідати функціональним компетентностям відносно рівня отриманої освіти та займаної посади. Стандартизація та

сертифікація медсестринської галузі призведе до конкурентноспроможних фахівців, забезпечить безперервний професійний розвиток, що передбачає навчання впродовж життя. Новий підхід до стандарту та сертифікації буде стимулюватиме розвиток освітніх послуг для медичного персоналу, до кар'єрного росту, тим самим створить прозорі механізми конкуренції на ринку праці.

Сучасні підходи до надання якісних медсестринських послуг вимагають професійного догляду за пацієнтом, виконання медсестринських маніпуляцій, належні умови праці для сестер/братів медичних, а також відповідний контроль за виконанням роботи. Ці всі вимоги зможуть реалізуватися лише тоді коли середній медичний персонал зможе самостійно, без участі лікаря та закладів охорони здоров'я, здійснювати свої послуги. Ціни в лікарнях на патронаж є зависокими для більшості населення. Надання медсестринських послуг інколи надається нелегально, тобто в домашніх умовах, тим самим залишаються в тіні на ринку праці і не мають змоги легалізувати свої послуги, оскільки на законодавчому рівні відсутня нормативно-правова база, яка би регламентувала надання приватних медсестринських послуг.

В Україні медичні професії не належать до саморегульованих. Проте у багатьох країнах професійні медичні асоціації забезпечують прозорий та конкурентний доступ до медичних професій.

В окремих країнах вже є успішний досвід запровадження самоврядування у медсестринській професії.

Зокрема, інститути сестринського самоврядування, створюють та адаптують стандарти освіти сестер, правила та процедури їх ліцензування, ведуть реєстри та бази даних ліцензованих медсестер, розробляють сестринські професійні стандарти практики та стандарти умов праці, формують та впроваджують етичні стандарти професії тощо. Можливості розбудови таких інституцій доцільно вивчити для України [5].

1.2. Аналіз зарубіжного досвіду розвитку на засадах загальної практики-сімейної медицини

Важливою складовою системи охорони здоров'я на сучасному етапі є розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Це є один із важливих етапів впровадження та розвитку загальної практики сімейної медицини, оскільки вона забезпечує своєчасне надання медичної допомоги кожному хто її потребує. Такий підхід в системі охорони здоров'я є ефективним та підвищить якість надання медичних послуг чим забезпечить достатній рівень громадського здоров'я. Термін первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) вперше згадувався в наукових працях вчених Lord Dowson (1920, Великобританія), J. R. Millis та Willard (1960-1969, США). Звіт La. Londe (1974, Канада) орієнтований на збереження здоров'я і профілактики захворювань [6].

Первинна медико-санітарна допомога передбачає: освіту, яка забезпечить розкриття та засвоєння основних проблем здоров'я та шляхів, методів профілактики і контролю над захворюваннями; інформованість населення про раціональне харчування та забезпечення контролю якості харчових продуктів; контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів; впровадження заходів по плануванню сім'ї, забезпечення медичною допомогою материнства та дитинства; проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань; профілактичні заходи та контроль за 25 епідемічними захворюваннями; лікування поширених захворювань і поранень та забезпечення населення необхідними лікарськими засобами [7]. Первинна медико-санітарна допомога є однією із складових системи охорони здоров'я, що базується на наукових, практичних і соціальних методах і технологіях, доступна для кожного окремого громадянина, кожної сім'ї та фінансується за їх безпосередньої участі та за рахунок державних коштів. ПМСД – невід'ємна частина системи охорони здоров'я країни, займає в ній провідне місце, а рівень її розвитку прямо пропорційний рівню соціально-економічного розвитку суспільства певної країни. ПМСД – перший рівень взаємодії особистості, родини та суспільства з національною організацією

системи охорони здоров'я, що наближує медичну допомогу до місця роботи і проживання людей і є першим елементом у безпосередньому процесі піклування про здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога, на наш погляд, є „найбільш доступною, універсальною, економічно доцільною, раціональною для широкого загалу“, з огляду на світовий досвід розвитку сімейної медицини .

Досліджуючи дану проблематику, можна констатувати, що первинна медико-санітарна допомога на засадах загальної практики сімейної медицини та її впровадження здійснюється по різному в країнах світу. Розвиток та впровадження ПМСД має ряд особливостей та етапів встановлення. Будь які процеси реформування в системі охорони здоров'я потребують фінансово-економічних витрат. ВООЗ рекомендує здійснювати фінансування сімейної медицини наступним чином: 85-90 % 26 суспільних витрат (55-60 % – кошти держбюджету і 30 % кошти обов'язкового медичного страхування) та 10-15 % частки добровільних страхувань, платних послуг, господарських договорів. Цікавою і виправданою є сімейна медицина США. Розподіл медицини на спеціальності призвів до спеціалізації охорони здоров'я населення [8]. Ще у 1967 р. створено Раду з сертифікації спеціальності сімейної медицини на таких концептуальних принципах: безперервність допомоги – турбота лікаря від зачаття до смерті, включаючи профілактику захворювань; холістичний підхід – потреба в спеціалісті, який здатний орієнтуватись у психосоціальних, фінансових і культурних факторах впливу на життя родини і громадян, а для цього потрібні знання психіатрії, психології, педагогіки [9]; неділимість проблем, висока якість надання медичних послуг та уміння працювати в сім'ї при мінімальній затраті коштів і часу [10].

Модель сімейної медицини у США передбачає, що пацієнт може отримати медичну допомогу як на прийомі у сімейного лікаря так і у інших фахівців, які мають право скеровувати на стаціонарне лікування.

Проводячи наукову розвідку нами встановлено, що на сьогоднішній час медицина Канади є безоплатною та доступною для всіх громадян країни. І так,

у рік, влада виділяє 2500 канадійських доларів на одного мешканця. На муніципальному рівні департамент з охорони суспільного здоров'я працює над профілактикою інфекційних захворювань, імунізацією населення, профілактикою хронічних захворювань, боротьбою зі СНІДом та туберкульозом та займаються навчанням пацієнтів [6]. Тижневе навантаження сімейного лікаря складає в середньому 182 пацієнти. Лікарі та медичні сестри загальної практики сімейної медицини мають обов'язковий кваліфікаційний сертифікат і працюють відповідно до його повноважень. Вранці вони проводять обхід в шпиталі (передбачено 60-80 ліжок на 6 ставок сімейних лікарів), а в другій половині дня – амбулаторний прийом по 25-40 пацієнтів [11].

Зміцнення ПМСД на засадах сімейної медицини в Литві задекларовано у 1991 р. в Концепції реформування системи охорони здоров'я. У Законі „Про національну систему розвитку охорони здоров'я“ зокрема визначено функції медичної допомоги первинного рівня (1994 р). Закон „Про первинну медичну допомогу“ передбачив такі види ПМД: амбулаторна допомога, швидка допомога, 30 будинки престарілих, хоспіси, в яких здійснюють догляд за пацієнтами спеціально навчанні медичні сестри сімейної медицини. Добре співіснують різні форми власності: державна, МОЗ, Міністерство соціального забезпечення, муніципальні та приватні заклади [6].

З 1991 р. у Болгарії впроваджено приватну медичну допомогу. Національна стратегія охорони здоров'я на 2001-2010 рр. передбачає розвиток міжгалузевого співробітництва, об'єднання функцій громадської охорони здоров'я, реорганізацію ПМСД. Лікар загальної практики сімейної медицини надає населенню всебічну медичну допомогу, включаючи діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, медико-соціальну допомогу та регулює потік пацієнтів на найбільш високий рівень медичного обслуговування. Від сімейної медсестри, як його помічника, вимагається високий рівень кваліфікації з метою лікування, виконання призначень лікаря, діагностичної та профілактичної роботи з пацієнтами. Введена система медичного страхування [6].

У Хорватії ПМСД – це загальна медична і педіатрична допомога, яка надається через центри здоров'я, в яких працюють сімейні лікарі, патронажні сімейні медсестри та лікарі-діагности. В центрах надання допомоги вдома – патронажні сімейні медсестри. Реформи галузі спрямовані на доступність медичних послуг, збільшення тривалості життя, поліпшення якості життя [6].

В Туреччині складність у впорядкуванні ПМСД полягає у відсутності чіткого розподілу функцій та злагодженості між первинною, вторинною і третинною медичною допомогою. Питаннями ПМСД займаються центри охорони здоров'я, педіатричної допомоги і планування сім'ї, туберкульозних диспансерах. Впроваджується інститут сімейної медицини. Реформація охорони здоров'я країни проводиться упродовж останніх десяти років [6]. Якість надання первинної медико-санітарної допомоги населенню країн Євросоюзу базується і залежить від рівня витрат на надання ПМСД, високого рівня забезпечення населення ПМСД, поліпшення стану здоров'я населення, що надається 20 % лікарів від їх загальної кількості [6].

У 1997-2003 рр. розроблено Національну стратегію реформування і розвитку системи медичного обслуговування в Молдові. Відбулась децентралізація фінансування медичного сектора. ПМСД передбачає мінімальний пакет послуг, що надається через мережу клінік і центрів охорони здоров'я, які пропонують обмежений вибір діагностичних, вакцино-профілактичних, невідкладних та екстрених послуг, що здійснюють сімейні лікарі, яким асистують сімейні медичні сестри [6].

Розвиток ПМСД Албанії пов'язують із прийняттям в 2004 р. стратегічної програми розвитку системи охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога надається спеціальними бригадами. Пацієнти мають право вільного вибору сімейного лікаря. Медичні установи первинного рівня знаходяться у власності національного або місцевого керівництва[6].

У Македонії існує 1200 пунктів надання ПМСД, 300 із них – обслуговується в сільській місцевості. У 1994 р. затверджено Національну

програму профілактичної допомоги. Пацієнти можуть вільно обирати собі сімейного лікаря. Започаткована в 2001 р. страхова медицина. ПМСД включає як медсестринську допомогу вдома, так і надання допомоги у відділеннях терапії, педіатрії, стоматології, шкільної 29 медицини, охорони матері і дитини, змістом яких повинні володіти як лікар, так і сімейні медичні сестри [6].

Реформування сімейної медицини у Великобританії розпочато з 1990 року коли було створено Раду лікарів загальної практики сімейної медицини і Департамент первинної ланки Національної системи охорони здоров'я. Проводячи інтерв'ювання з сімейними лікарями Великої Британії нами констатовано, що сімейний лікар має право вільно запрошувати сестру/брата медичних по догляду за своїми пацієнтами. Тим самим наділяючи їх певними повноваженнями в межах медсестринських фахових компетентностей.

Підтвердження вищесказаного, нами знайдено у першоджерелах, що приблизно 90 % сімейних лікарів самостійно справляються з 27 проблемами пацієнтів і лише 10 % звертаються за допомогою вузьких спеціалістів на рівні вторинної або третинної медико-соціальної допомоги. [6].

В приватній бесіді з сімейними лікарями Великої Британії нами з'ясовано, що приділяється дуже багато уваги комунікації з пацієнтами, а також їхньому психологічному стану. Доктор Лео Кревіцький, консультант-анестезіолог у University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, наголосив на тому, що на прийом одного пацієнта відводиться 8-10 хвилин, а решту часу прийому пацієнтом займається сестра чи брат медичні. Він також зазначив, що у їхній країні пацієнтів скерувати на стаціонарне лікування має право лише сімейний лікар з яким співпрацює пацієнт.

Центри здоров'я Фінляндії обслуговують в середньому 10 тис. осіб. На три посади сімейного лікаря передбачено одинадцять посад сімейних медсестер. Центри здоров'я – це комплекси будинків по наданню ПМСД. У Фінляндії успішно здійснюють діяльність більше 200 Центрів здоров'я. Велика відповідальність покладається на сімейних медсестер, адже вони повністю

здійснюють візити до пацієнтів за виключенням людей похилого віку та хронічних хворих, що знаходяться на денному стаціонарі. За здоров'я пацієнта медики несуть колективну відповідальність [12].

В 1993 р. започатковано асоціацію – Інститут досліджень по загальній практиці (IRMP), що сприяє удосконаленню загальної практики у Франції. Зростання 28 загального національного доходу дозволяє збільшення витрат на охорону здоров'я. В країні працює 58000 сімейних лікарів. Кожен з них обслуговує 1000 осіб. Добре розвинута страхова медицина і витрати за відвідування лікаря відшкодовуються. Одне відвідування коштує 100 франків. Пацієнт може вільно обирати свого сімейного лікаря [13].

1.3. Розвиток сімейної медицини: огляд дискусійного поля

Одним із основних напрямків діяльності держави є система охорони здоров'я. У Конституції України, відповідно до статті 49 зазначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Сучасний розвиток держави та її благополуччя оцінюється відповідно до здоров'я населення, оскільки це є якісний та ефективний показник державного управління.

Проводячи наукову розвідку нами встановлено, що на первинну медико-санітарну допомогу припадає до 90 % загального обсягу медичних послуг у більшості країн світу.

За визначенням Європейської асоціації сімейної медицини (European Wonca, 2002, 2005) «загальна практика–сімейна медицина» (ЗПСМ) – це академічна і наукова дисципліна з своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю. Сімейна медицина – це окрема дисципліна, а не сукупність частин інших дисциплін, тому їй необхідна своя наукова база. Наукові дослідження – це невід'ємна частина будь-якої наукової дисципліни, і саме тому вони є також і частиною сімейної медицини» [14].

European Wonca, 2002, 2005, 2011 роках запропонувала користуватися наступною класифікацією загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ):

1. Первинна медична допомога має бути доступна для всього населення.
2. ЗПСМ має забезпечувати ефективне та якісне використання ресурсів всієї системи охорони здоров'я.
3. Індивідуальна допомога пацієнту має враховувати особливості сімейного і соціального оточення.
4. ЗПСМ є унікальною, оскільки має можливість проводити консультування всіх членів родини різного віку, досліджувати стан здоров'я сім'ї у декількох поколіннях. Основою ЗПСМ є ефективна комунікація між пацієнтом, родиною, лікарем та сестрою/братом медичними.
5. Медична допомога надається відповідно до потреб пацієнта.
6. Медичні працівники ЗПСМ володіють власним, унікальним типом клінічного мислення, а також створюють клінічний маршрут пацієнта.
7. ЗПСМ вирішує проблеми пацієнта із захворюванням ще на доклінічному етапі, часто на недиференційованій стадії.
8. ЗПСМ вирішує проблеми пацієнтів із гострими, так і хронічними захворюваннями.
9. ЗПСМ проводить просвітницьку роботу серед населення, щодо здорового способу життя.
10. ЗПСМ має відповідальність за якість та ефективність наданої допомоги як перед пацієнтом, так і перед суспільством.

Виходячи з вищевказаного можна стверджувати, що загальна практика сімейної медицини або первинна медико-санітарна допомога є пріоритетним щаблем у комунікації між окремо взятими людьми, родинами і системою охорони здоров'я. А також забезпечує успішне соціальний та економічний

розвиток суспільства, адже займає левову частину в системі охорони здоров'я країн.

Проблемам розвитку ПМСД присвячено праці вчених нашої країни:

Лехан В.М. та співавт., 2006; 2019; Лехан В.М., 2012; Горбань Є.М., 2014, Марчук Н.В., 2016,2017, Менон Р. та співавт., 2019; Князевич В.М. (ред.) 2020; Слабкий Г.О. (ред.), 2020; 2021; Гойда Н.Г. та співавт., 2021; Рудень В.В. та співав., 2008,2010), а також фахівців Європейського Союзу White K.L., 1990; Hobbs F.R., 1995.

Вектор ПМСД спрямований на вирішення основних питань збереження здоров'я населення й провадить також заходи щодо покращання здоров'я, профілактики й реабілітації.

Протягом останніх років проблеми розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) / первинної медичної допомоги (ПМД)¹ в Україні посідають провідне місце як серед управлінських рішень національного рівня, так і тематики наукових досліджень [15].

За визначенням ВООЗ, сестринська справа – це наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта в умовах оточуючого середовища, що змінюється». Міжнародною радою медсестер (Нова Зеландія, Нарада національних представників, 1877р.) сформульовано визначення сестринської справи як «складової частини системи охорони здоров'я, що включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психо-соціальної допомоги за особами, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними всіх вікових груп. Така допомога надається медсестрами як у лікувальних, так і в інших установах, а також у дома – всюди, де є в ній потреба» [16].

Постановою Кабінету Міністрів України № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини систему охорони здоров'я" від 20.06.2000р. розроблений та затверджений поетапний план переходу до

створення та організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини (ПМСД). Умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрямки діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001р. "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" та № 303 від 23.07.2001 р. "Про організацію роботи закладів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ)" [17].

Згідно Закону про охорону здоров'я медичні працівники зобов'язані: «сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу; безплатно надавати першу невідкладну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя; дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я» [18] а, відтак, повинні мати відповідну кваліфікацію, та володіти фаховими компетентностями відповідно до здобутого рівня освіти.

В Україні тривають дискусії щодо моделей, механізмів та форм встановлення та розвитку сімейної медицини. При аналізі та вивченні наукових джерел нами з'ясовано, що сильна система сімейної медицини та фахова роль сестри\брата медичних покращує показники здоров'я громадян держави при найменших економічних витратах і вищими показниками задоволеності медичними послугами суспільства. Про те сильна та сформована система первинної медичної допомоги не може виникнути самостійно, адже повинні співпрацювати такі ланки, як постачальники медичних послуг, пацієнти, медичні провайдери та система охорони здоров'я в цілому, оскільки злагоджена співпраця впливає на адекватне медичне обслуговування та покращення рівня здоров'я населення.

На сьогоднішній день ми бачимо медичну реформу в дії, яка призводить до системних змін в охороні здоров'я. У 2018 році розпочався перший етап реформи охорони здоров'я з первинної ланки медичної допомоги - сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів, а також відбулася реформа вторинної ланки у 2020 році. Також позитивним моментом є те, що 2020 рік ВООЗ проголосило роком медсестринства в Україні, тим самим дозволило вивести важливі питання, щодо медсестринства на новий щабель, оскільки медичні сестри та брати складають понад 50% медичної праці багатьох країн. В період реформування медичної галузі країна потребує медсестринських кадрів нової формації, які би відповідали новій моделі медсестринства, мали відповідний рівень професійної підготовки та вільно влилися у всі етапи надання медичної допомоги та могли би відповідати усім стандартам, які відбуваються під час реформування галузі. Медсестринство - особлива ланка медицини. Неможливо уявити лікаря без надійного помічника, який не лише прийде на допомогу хворому фізично, а й поспівчуває людині, вислухає її, заспокоїть [19].

Висновки до розділу 1

Отже, нами встановлено, що важливою складовою системи охорони здоров'я на сучасному етапі є розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Це є один із важливих етапів впровадження та розвитку загальної практики сімейної медицини, оскільки вона забезпечує своєчасне надання медичної допомоги кожному хто її потребує. Такий підхід в системі охорони здоров'я є ефективним та підвищить якість надання медичних послуг чим забезпечить достатній рівень громадського здоров'я.

Досліджуючи дану проблематику, можна констатувати, що первинна медико-санітарна допомога на засадах загальної практики сімейної медицини та її впровадження здійснюється по різному в різних країнах світу. Розвиток та впровадження ПМСД має ряд особливостей та етапів встановлення. Будь які процеси реформування в системі охорони здоров'я потребують фінансово-економічних витрат.

Проводячи наукову розвідку нами встановлено, що на первинну медико-санітарну допомогу припадає до 90 % загального обсягу медичних послуг у більшості країн світу.

Як свідчать, світові тенденції, що при розвитку медичної допомоги потрібно делегувати більше фахових повноважень з юридичною та моральною відповідальністю медичним сестрам та медичним братам, щодо виконання їх функціональних обов'язків, відповідно до отриманого рівня освіти та займаної посади. З економічної точки зору, це призведе до здешевлення медичних послуг за рахунок надання останніх, сестрами/братом медичними в межах їхніх компетентностей, а також стають доступнішими для пацієнтів. Не завжди лікар може фахово виконати суто медсестринські маніпуляції та втручання або провести догляд та опіку за пацієнтом, оскільки дані компетентності притаманні тільки сестрам/братом медичним.

Первинна медико-санітарна допомога передбачає: освіту, яка забезпечить розкриття та засвоєння основних проблем здоров'я та шляхів, методів профілактики і контролю над захворюваннями; інформованість населення про раціональне харчування та забезпечення контролю якості харчових продуктів; контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів; впровадження заходів по плануванню сім'ї, забезпечення медичною допомогою материнства та дитинства; проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань; профілактичні заходи та контроль за 25 епідемічними захворюваннями; лікування поширених захворювань і поранень та забезпечення населення необхідними лікарськими засобами.

РОЗДІЛ 2. Модернізаційний розвиток системи охорони здоров'я на засадах загальної практики- сімейної медицини

2.1. Дослідження нормативно-правової бази, щодо провадження БПР для сестер/братів медичних в ЗОЗ

Все частіше у медсестринських колах ведуться дискусії про безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних, який би забезпечив навчання впродовж життя та підвищив рівень та якість фахових компетенцій.

З 1 січня 2022 року вступило в дію оновлене "Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників" (затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 р. № 725): [20]

Основні терміни та поняття БПРу:

Заходи безперервного професійного розвитку - освітні заходи медичного спрямування, метою яких є підтримання або підвищення рівня професіоналізму і розвиток індивідуальної медичної практики для задоволення потреб пацієнтів та оптимізації функціонування сфери охорони здоров'я.

Провайдери заходів безперервного професійного розвитку - юридичні особи, які провадять діяльність з організації та проведення заходів безперервного професійного розвитку.

Електронна система безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я - електронна автоматизована інформаційно-телекомунікаційна система, що включає інформаційні технології і технічні засоби, призначена для зберігання, обліку та використання даних та іншої інформації щодо безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я

Функції адміністратора системи виконує Державна організація «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України» [21].

Адміністратор забезпечує технічну підтримку системи, обробку та аналіз внесених відомостей, збереження та захист даних, що містяться у системі, забезпечення доступу до системи працівників сфери охорони здоров'я, провайдерів, органів державної влади в межах, визначених законодавством. Адміністратор встановлює за погодженням з МОЗ технічний регламент роботи системи.

Бал безперервного професійного розвитку - одиниця вимірювання здобутих теоретичних знань та практичних навичок у процесі здійснення безперервного професійного розвитку.

Бали безперервного професійного розвитку нараховуються за проходження заходів безперервного професійного розвитку, які відповідають таким ознакам:

- захід проводиться провайдером, внесеним до системи;
- до проведення заходу залучені особи, які не мають конфлікту інтересів;
- провайдером забезпечено перевірку залучених до проведення заходів безперервного професійного розвитку осіб щодо наявності конфлікту інтересів;
- захід відповідає заявленій меті навчання, вимогам академічної доброчесності;
- зміст навчальних матеріалів відповідає темі заходу та є науково обґрунтованим із зазначенням у відповідних випадках рівня доказовості та наведенням належних посилань;
- під час проведення заходу провайдером забезпечено контроль участі працівників сфери охорони здоров'я, оцінювання набутих знань, компетентностей та практичних навичок;
- працівникам сфери охорони здоров'я забезпечується доступ до навчальних матеріалів, які були представлені під час заходу;
- правила проведення заходу є відкритими та доступними для ознайомлення.

Незабаром атестація сестер/братів медичних відбуватиметься так, як нині в лікарів: вони відвідуватимуть заходи безперервного професійного розвитку (БПР) та здобуватимуть за це бали, які враховуватиме атестаційна комісія. Лікарі вже декілька років атестуються за цією системою, натомість для

сестер/братів медичних усе нове, і на перший погляд система БПР може здаватися складною.

Із 2023 року КМУ затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників (далі — Положення) постановою від 14.07.2021 № 725.[22] Документ набере чинності 1 січня 2022 року, а рівно через рік буде застосовуватися до молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів, молодших бакалаврів, бакалаврів) з медичною освітою та провізорів.

Як працюватиме система БПР для сестер/братів медичних?

Медпрацівники мають відвідувати заходи БПР, за які отримуватимуть відповідні бали. Результати БПР враховуватиме атестаційна комісія під час атестації для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії або кваліфікації.

Заходи БПР — освітні заходи медичного спрямування, мета яких — підтримати або підвищити рівень професіоналізму і розвивати індивідуальну медичну практику, щоб задовільнити потреби пацієнтів та оптимізувати роботу сфери охорони здоров'я [22].

Провайдери заходів БПР — юридичні особи, які організують і проводять заходи безперервного професійного розвитку.

Особисте освітнє портфоліо — сукупність відомостей щодо персональних досягнень, підвищення кваліфікації, здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я під час БПР

МОЗ має створити електронну систему БПР, а також державне підприємство, яке буде її адміністратором. У системі зберігатимуть інформацію про провайдерів та заходи БПР, обліковуватимуть бали БПР та вестимуть особисте освітнє портфоліо [22]. Медпрацівники реєструватимуться та

вноситимуть відомості до системи за допомогою засобів електронної ідентифікації, зокрема кваліфікованих електронних підписів.

Провайдер вносить до системи інформацію про захід БПР. Після цього протягом 20 робочих днів адміністратор вирішує, чи нараховувати бали за такий захід, та вносить про це відомості до системи.

Роботодавці зобов'язані дотримувати вимог щодо БПР. Коли працівник проходить БПР з відривом від виробництва, за ним зберігають середню зарплату. Роботодавець має робити це в порядку, який законодавство встановлює для працівників, яких направляють на підвищення кваліфікації. БПР фінансуватимуть за рахунок коштів державного бюджету, а також за рахунок коштів фізичних, юридичних осіб та інших не заборонених законодавством джерел.

Бали БПР нараховуватимуть за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я.

Табл 1

Формальна	<p>Вища освіта на освітньо-науковому та науковому рівні вищої освіти</p> <p>Бали БПР нараховують лише за здобуття освітньо-наукового та наукового ступеня (доктор філософії, доктор наук)</p>
Інформальна	<p>Працівники самостійно здобувають професійні компетентності під час повсякденної роботи, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю</p> <p>Підтвердженням БПР може бути публікація статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором</p>

Неформальна	<p>Навчання на циклах тематичного удосконалення в закладах післядипломної освіти, структурних підрозділах закладів вищої освіти та наукових установ</p> <p>Професійне медичне стажування за межами місця роботи</p> <p>Навчання на заходах БПР, внесених у систему</p>
-------------	--

КМУ дозволяє здобувати неформальну освіту у форматах:

- особиста участь працівника в освітній події у місці її проведення
- дистанційне навчання з допомогою електронних технологій у режимі реального часу або з доступом до навчальних матеріалів у зручний для працівника час
- поєднання особистої та дистанційної участі

Присутність учасників на дистанційному навчанні в режимі реального часу має бути підтверджена. Засоби підтвердження визначає провайдер заходу БПР [22] Під час заходу в учасників має бути можливість подавати свої запитання та відповіді.

Якщо працівник проходить дистанційне навчання не в режимі реального часу, його участь підтверджують фактом підключення/реєстрації на онлайн-платформі та сертифікатом про проходження дистанційного навчання. У такому сертифікаті мають бути зазначені:

- провайдер
- тема заходу
- тривалість дистанційного навчання
- прізвище та ім'я отримувача сертифіката
- дата видачі й унікальний ідентифікатор сертифіката
- Перелік заходів неформальної освіти, за які нараховуватимуть бали БПР

Підвищення самоєфективності медичних братів та сестер є ще одним доводом адвокатувати за розвиток медсестринства, а також за покращення стандартів догляду та підвищення задоволення пацієнтів від отриманих послуг за допомогою доказового практичного підходу.

Згідно Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис», «Про адміністративні послуги» тощо слід запровадити єдиний електронний реєстр медичних сестер та братів. Однак кожен новий проєкт та напрямок у цій сфері тягне за собою внесення змін до вже наявного законодавства, а подекуди до прийняття нового нормативно-правового акту. В період реформування охорони здоров'я ведеться активна робота над депаперизацією системи особливо первинної ланки, яка спрямована на збір великих обсягів даних без потреби у паперових носіях. На сьогоднішній момент вже запроваджено та працює е-рецепти, електронні договори, електронні медичні записи, е-направлення, електронні листки непрацездатності та багато іншого. Але на превеликий жаль немає єдиного реєстру медичних сестер та братів з різним рівнем освіти, спеціалізацій, досвідом роботи та професійним рівнем.

2.2. Концептуальні засади первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

Як показує світовий досвід, первинна медико-санітарна допомога, включає в себе ряд особливостей, які мають комунікацію серед медичних працівників в середині організації так і з пацієнтами та їхнім оточенням. Тому система управління персоналом ПМДС має бути комплексною та враховувати внутрішні проблеми та потреби. Основна місія ПМДС це є збереження та примноження здоров'я громадян країни. Тому процес планування та обрані керівником модель управління має відповідати місії поставленим цілям, завданням та програмам, які взаємодіють із оточуючими (медичним персоналом, пацієнтами тощо). Цей симбіоз задає вектор управління колективом, який задовольняє потреби персоналу, пацієнтів, організації в цілому. Така модель управління впливає на ефективність надання медичних

послуг населенню. Людський капітал є складовою частиною національного багатства кожної країни.

З метою удосконалення системи управління кадрами необхідно проводити аналіз передового досвіду колег з інших країн. Серед принципів закордонного управління персоналом, особливої уваги заслуговують:

- стратегічний підхід в діяльності;
- ставлення до персоналу як до основного фактору конкурентоспроможності та ефективності;
- демократизація та партнерство в соціальних відносинах; інвестиції в навчання і розвиток людського капіталу організації;
- постійне підвищення професіоналізму управлінців;
- зростання рівня комфортності роботи медиків і немедичних працівників в установі [23].

Загальна практика сімейної медицини має ряд свої особливостей в роботі про які зазначалося вище. Тому для забезпечення ефективної системи управління людським капіталом потрібно враховувати усі особливості, розробити індивідуальну філософію управління кадрами, враховуючи модернізацію та реформу в системі охорони здоров'я країни. На нашу думку у ПМДС має бути створено здорова конкурентоспроможність сестер/братів медичних. Це можна досягти шляхом безперервного професійного розвитку, в поєднанні з професійною мобільністю та безперервним підвищенням рівня якості медичних послуг.

Основними напрямками змін у системі охорони здоров'я є те, що з 2018 року системне реформування сфери охорони здоров'я, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав.

Головними складовими реформи стають підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я [23]. Стратегічними задачами політики реформ, вирішення яких може дати реальні позитивні результати, є:

- покращення здоров'я для всіх і скорочення нерівності в показниках здоров'я;
- удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я.

Удосконалення лідерства передбачає перехід від «старого» лідерства – коли лідер змушує працівників робити те, що він хоче і слідувати за ним (по іншому це «лідерство великої людини») до справжнього лідерства – коли лідер показує складність проблеми, реальність такою, як вона є, вирішує складні питання, проявляє активність, а не позицію, приносить щось нове у своє оточення [25].

Вивчаючи наукові джерела можемо стверджувати, що базовими поняттями політики реформи включають пріоритетні напрямки стратегічних дій:

- інвестування у здоров'я на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей громадян;
- вирішення найбільш актуальних проблем регіону;
- зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епідеміологічного нагляду та реагування;

- підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища.

Аналізуючи законодавство України, а саме «Основи законодавства про охорону здоров'я», варто констатувати, що наша держава перебуває у стані системного реформування галузі охорони здоров'я впродовж усього періоду незалежності. Реформування впроваджується доволі швидко базуючись на нормативно-правових актах та законах. Досліджуючи правову базу реформування системи охорони здоров'я нами встановлено, що для реформування ПМСД було здійснено одну із важливих трансформацій, а саме: 2018 рік- засновано єдину агенцію «Національну службу здоров'я України» (НСЗУ), що займається державними закупівлями та покриває великий спектр послуг охорони здоров'я для населення. Це повністю замінило стару систему, за якою традиційно медичні установи отримували фінансування не враховуючи надані послуги. Така фінансова структура була розроблена для того, щоб надавачі послуг отримували оплату за результатами, а не тому, що було потрібно утримувати певні установи. Це дуже важливий момент в перебудові системи, що дозволило НСЗУ неупереджено сплачувати за послуги медичним закладам всіх форм власності та стимулювати покращення надання послуг. Ця нова система оплати також є прозорою та передбачає підзвітність за показниками ефективності та проведеними економічними операціями [26].

Проводячи реформування системи охорони здоров'я можна зауважити, що вона мало стосується медсестринства. Сестри/брати медичні і далі залишаються наріжним каменем реформи охорони здоров'я в Україні. Дані, зібрані Світовим Банком ще у 2017 році, говорять про те, що в країні працюють 293 000 медичних сестер та братів, що становить 6,6 на 1000 осіб населення [27].

Однак ніколи не досліджувалось (і саме тому невідомо), яка частина медичних сестер та братів працює в первинній медичній допомозі. Багато дискусій ведеться стосовно того, що в сільській місцевості гостро відчувається

нестача медичних сестер та братів і має місце велика плінність кадрів. Також багато розмов іде про те, що нічого невідомо стосовно демографії медичних братів та сестер, відсутні дані стосовно того, яка кількість фахівців наближається до пенсійного віку, які тренди в цьому питанні в останній час, яка кількість таких людей.

На наш погляд важливим є те, що у 2019 році в Україні було започатковано ДУ Центр розвитку медсестринства при Міністерстві охорони здоров'я України. Пріоритетним напрямком роботи центру – подальший розвиток професії шляхом моніторингу стандартів освіти, розробки професійних стандартів, підтримка лідерства медичних сестер та підвищення статусу професії у суспільстві. Проте слід зауважити, що в Україні досі не впроваджене ліцензування медсестринської професії, не враховується БПР при атестації сестер/братів медичних.

Можна констатувати те, що на первинній ланці медичні сестри та брати працюють під прямим підпорядкуванням лікаря. Це призводить до неякісного надання медичних послуг первинної ланки, а саме у сфері материнського здоров'я, паліативній допомозі, у проведенні профілактичних міроприємств серед населення, а також при проведенні вакцинування. Оскільки ці напрямки роботи можуть бути покладені на виконання сестрами та братами медичними загальної практики. Також середній персонал може здійснювати скринінг здоров'я населення, планувати наступні візити до сімейного лікаря, профілактичні заходи. Для того, щоб медичні брати та сестри могли робити це незалежно від лікарів, необхідні відповідні тренінги та закріплення таких послуг на законодавчому рівні. Закони та нормативно-правова база, що регламентує розвиток та роботу медсестринства має прийматися на організаційному рівні швидко та прагматично.

Проте зміна ролей може наштовхнутися на повсюдний опір, включаючи негнучкість традиційної ієрархічної системи та жорсткі професійні норми. Саме тому всі зміни потрібно будувати з певною мірою чуйності та з застосуванням

«заспокійливої комунікації», а також з проведенням консультацій з усіма відповідними стейкхолдерами. Такі зміни не повинні призвести до втрати доходу сімейного лікаря. Це повинні бути саме нові можливості для медичних сестер та братів, які повинні заповнити прогалини в послугах для того, щоб підвищити ефективність догляду та доступ до нього. Такі зміни повинні комунікуватися як покращення для пацієнтів та допомога у фокусуванні сімейного лікаря на більш складних пацієнтах [28].

Висновки до розділу 2

Підводячи підсумки до другого розділу можна констатувати, що в обов'язки медичних сестер та братів входить багато завдань. Для того, щоб успішно виконувати всі ці завдання, медичні інституції вже почали впроваджувати нові рішення. Але в реальності дуже багато таких рішень існують виключно на папері та дуже слабо виконуються на практиці. Дана сфера медицини не має належної нормативно-правової бази. Яка би регламентувала сестер/ братів медичних первинної ланки. Як ми вже зазначали вище, закони та нормативно-правова база, що регламентує розвиток та роботу медсестринства має прийматися на організаційному рівні швидко та прагматично.

Все частіше у медсестринських колах піднімається питання про безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних на рівні держави. На наш погляд БПР, забезпечив би навчання впродовж життя та підвищив рівень та якість фахових компетенцій , що призведе до надання якісних та фахово виконаних медичних послуг.

РОЗДІЛ 3. Концептуальні засади безперервного професійного розвитку для сестер\братів медичних

3.1. БПР сестер\братів медичних, як сучасний розвиток медсестринства.

Варто зазначити, що безперервна освіта для медиків регулюється Постановою Кабінету міністрів України №302 від 28.03.2018 «Про затвердження положення про безперервний професійний розвиток». Сестер\братів медичних в дане положення не були включено.

В продовж багатьох років, у медсестринських колах, велися дискусії щодо безперервного професійного розвитку в Україні. Безперервна медична освіта та професійний розвиток обмежувались лише курсами підвищення кваліфікації, які медсестри та медичні брати повинні обов'язково мали проходити кожні три, п'ять чи сім років в залежності від років професійного стажу. Безперервна медична освіта та професійний розвиток здебільшого надаються в обласних центрах, що обираються та фінансуються державою. Наявна система освіти, програма, підходи та стандарти дуже відрізняються від інституції до інституції. Наявна система вкрай не популярна, вона стримує розвиток і ніяк не стимулює освітні центри надавати сучасну та прогресивну практичну освіту. Ще одним викликом є акредитація таких курсів. Безперервна медична освіта та професійний розвиток акредитуються сертифікаційною комісією, що своєю чергою робить таку освіту відкритою до корупційних ризиків. Також безперервна медична освіта та професійний розвиток для медсестер та медичних братів – не стандартизовані, що своєю чергою викликає багато питань до рівня якості такої освіти та актуальності її для первинної медичної допомоги. Існує перелік заборон, що стосуються фінансування та офіційного визнання отриманої освіти у системі безперервної медичної освіти та професійного розвитку. Більш за це, обмежено навіть кількість інституцій, що фінансуються державою і можуть надавати обов'язкове підвищення кваліфікації працівників у рамках безперервної медичної освіти та

професійного розвитку. Досліджуючи питання безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних нами проаналізовано ряд нормативно-правових документів, які були чинні до недавнього часу. До прикладу, у наказах Міністерства охорони здоров'я від сьомого вересня 1993 року №198 та від 23 листопада 2007 року № 742, йшлося про те, що не передбачались стипендії для медичних сестер та медичних братів, які бажали отримувати безперервну медичну освіту та професійний розвиток в інституції, що не містилися у переліку, визначеному державою, а це означало, що така освіта може також стати дуже дорогою. На нашу думку такий процес отримання кваліфікації та здійснення атестації медсестринського персоналу мав великі ризики корупційної складової, оскільки цей процес забезпечували спеціалісти.

Освітні інституції, які наразі призначені обласними департаментами охорони здоров'я надавати безперервну медичну освіту та професійний розвиток, не завжди мають відношення до первинної медичної допомоги та не завжди є доступними географічно чи фінансово. Тому дуже важливо передивитися якість, відповідність та доступність безперервної медичної освіти та професійного розвитку для медичних сестер та братів та розробити механізм, який забезпечить відповідність освітніх інституцій мінімальним стандартам, а також сучасність та відповідність потребам в освіті медичних сестер та братів. Саме тому міністерству треба розробити план з підвищення інвестицій у сферу безперервної медичної освіти та професійного розвитку для того, щоб зміцнити роль медсестринства в первинній медичній допомозі. [28].

Панельні дискусії, щодо БПР медсестринського персоналу точилися довгий час та принесли певні практичні результати. І так 10 січня 2023 року виданий наказ МОЗ України за № 2016 Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства. Метою даного наказу є подальше вдосконалення і впорядкування системи післядипломної освіти та безперервного

професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства [29].

В даному наказі додаються ряд абсолютно нових положень, які будуть регулювати процес отримання рівня кваліфікації та БПРу сестрами та братами медичними. А саме:

- Положення про деякі заходи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства;
- Перелік циклів спеціалізації за фахом та за профілем роботи фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства;
- Перелік циклів тематичного удосконалення фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства.

У Положенні про деякі заходи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства йдеться про проходження циклів спеціалізації, циклів тематичного удосконалення та планування циклів спеціалізації та тематичного удосконалення, правила направлення та зарахування фахівців з медичною та фармацевтичною освітою на вищевказані цикли а також заповнення й видача документів фахівцям з медичною та

фармацевтичною освітою, які закінчили цикли спеціалізації і цикли тематичного удосконалення.

Варто зазначити у розділі 2 зазначено, що теоретичні заняття передбачають обов'язкову особисту участь фахівців з медичною та фармацевтичною освітою у місці їх проведення та/або дистанційну участь в режимі реального часу (дистанційне навчання становить не більше 50 % всього циклу навчання), а практичні і лабораторні заняття – передбачають лише особисту присутність фахівців з медичною та фармацевтичною освітою в симуляційно-тренінгових (тренінгових) центрах закладів фахової передвищої/вищої (післядипломної) освіти, а також в закладах охорони здоров'я.

До прикладу в переліку циклів спеціалізації за фахом та за профілем роботи фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства розроблений спеціальний перелік циклів спеціалізації за фахом та за профілем роботи фахівців. У даному переліку чітко прописано назву циклу, контингент слухачів, спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації, а також максимальна кількість годин на кожний цикл спеціалізації за фахом та профілем роботи. В даному додатку міститься 17 спеціалізацій за фахом, а також 23 цикли спеціалізації за профілем роботи.

Перелік циклів тематичного удосконалення фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства містить чітко визначену назву циклу, контингент слухачів та кількість годин на проходження того чи іншого циклу. В даному додатку пропонується 55 циклів тематичного удосконалення фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства.

Враховуючи зміни у законодавстві, що відкрили нові можливості для медичних фахівців щодо БПР, а також запит на якісні освітні продукти, які враховують міжнародні алгоритми надання первинної медичної допомоги й ґрунтуються на засадах доказовості, україно-швейцарський проєкт “Розвиток медичної освіти” працює над створенням і запровадженням доступних і сучасних форм безперервного професійного розвитку для медичних фахівців, а також сприяє розбудові потенціалу професійних асоціацій.

У 2020 році розпочалось запровадження ініціативи групи рівних (peer groups) для лікарів, медичних сестер, а також управлінців охорони здоров’я. Групи рівних – це сучасний метод БПР, який є доступним для медичних фахівців у більшості країн Європи, й полягає у регулярних зустрічах медичних фахівців одного рівня для обговорення складних випадків, оновлених підходів до лікування, інших професійних питань і ситуацій з метою забезпечення безперервного поліпшення якості медичної допомоги, вдосконалення практики фахівців охорони здоров’я для надання медичних послуг найвищої якості. Проєкт навчає фасилітаторів груп рівних – медичних фахівців, які сприятимуть заснуванню, організації і проведенню груп рівних на місцевому рівні, а також надає підтримку фасилітаторам у процесі реалізації ініціативи (див. детальніше у розділі Групи рівних).

Спільно з партнерами, зокрема Центром Громадського здоров’я України, Академією сімейної медицини України, Українською Асоціацією Педіатричних Спеціальностей, медичною мережею «Добробут» та іншими, Проєкт працює над розробкою відкритих онлайн-курсів (МООС) з найактуальніших тем для фахівців первинки: вже проведено два сезони курсу з надання медичної допомоги в умовах пандемії COVID-19, курс з імунопрофілактики. У подальшому Проєкт розширюватиме перелік можливостей для онлайн-навчання фахівців первинної ланки медичної допомоги (ПМД), звертаючи також особливу увагу на потреби медичних сестер і медичних братів у навчанні й розвитку ключових компетенцій для надання своєчасної і якісної медичної допомоги.

Проект також співпрацює з професійними лікарськими й медсестринськими асоціаціями, підтримуючи їхні ініціативи щодо організації і проведення освітніх заходів, створення навчальних курсів, поширення інформаційних матеріалів, які б сприяли розвитку професійних асоціацій, як ключових провайдерів безперервного професійного розвитку для медичних фахівців. На цей момент Проект має успішну кооперацію з Академією сімейної медицини України, спільно планує й організовує освітні заходи й створює онлайн-курси.

Проект «Розвиток медичної освіти» розширює можливості міжнародної співпраці щодо посилення системи БПР в Україні. Міжнародні консультанти, зокрема зі Швейцарії, надають експертну підтримку МОЗ щодо розвитку системи БПР для медичних фахівців, створення акредитаційної агенції, а також беруть участь у безпосередньому створенні освітніх продуктів БПР. Групи рівних є сучасним методом безперервного професійного розвитку медичних фахівців: лікарів/лікарок, медичних сестер/медичних братів, менеджерів/менеджерок охорони здоров'я, який забезпечує відповідність здобутих знань професійним потребам, своєчасність і доступність навчання кожному зацікавленому фахівцеві [30].

Групи рівних – це регулярні зустрічі групи фахівців одного рівня, іншими словами фахівців з однаковою посадою – наприклад, сімейних лікарів/лікарок, які, використовуючи структуровані підходи до обговорення, аналізують професійні ситуації, розбирають складні клінічні або управлінські випадки, діляться знаннями або обмінюються досвідом, будують професійні зв'язки з колегами. Метою діяльності Груп рівних є безперервне поліпшення якості медичної допомоги, вдосконалення практики фахівців охорони здоров'я для надання медичних послуг найвищої якості [31].

Групи рівних функціонують в таких країнах Європи, як Австрія, Бельгія, Данія, Німеччина, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Швеція, Швейцарія, Велика

Британія. Зокрема, в Швейцарії участь у Групах рівних є обов'язковою вимогою до БПР лікарів.

Як метод БПР, Групи рівних мають низку переваг, зокрема:

- Є проблемоорієнтованими і практичними: обговорюються реальні проблеми, практичні випадки, з якими медичні фахівці стикаються в щоденній практиці.
- Усі учасники є рівноправними: це сприяє відкритості й конструктивному обговоренню.
- Групи рівних дають можливість обмінюватись ідеями, ділитись досвідом.
- Заохочують самостійне навчання: учасники готуються до зустрічі.
- Групи рівних сприяють створенню професійних спільнот через постійне спілкування і співпрацю.
- Групою можна досягти більшого, ніж самостійно

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» підтримує запровадження і розвиток Груп рівних для лікарів/лікарок, медичних сестер/медичних братів, менеджерів/менеджерок охорони здоров'я, як складову оновленої системи БПР в Україні. Зокрема, проєкт навчає фасилітаторів Груп рівних – медичних фахівців, які сприяють організації і проведенню груп рівних на місцевому рівні. Для проведення навчання залучаються швейцарські й українські фахівці. Також проєкт надає супервізійну й інформаційну підтримку учасникам ініціативи, забезпечує постійний обмін досвідом і можливість груп рівних реалізовувати власні ініціативи.

3.2. Власні дослідження та рекомендації, щодо БПР сестер/братів медичних в Україні.

Сучасний розвиток медсестринської сфери диктує нові вимоги до професійного розвитку персоналу. Безперервний професійний розвиток – це важливий аспект процесу забезпечення якості медичної допомоги. Швидкий прогрес розвитку медицини та медсестринства зокрема, вимагають постійного оновлення знань та навичок, застосування сучасних протоколів та СОПів в повсякденній практиці. Цей процес мотивує до постійного самовдосконалення та розвитку шляхом отримання нових знань та навичок які забезпечуються абсолютно новим професійним форматом.

Вивчаючи дану проблематику безперервного професійного розвитку сестри\брата медичних загальної практики – сімейної медицини ми провели ряд власних досліджень.

До прикладу, в нашій Академії стартував грантовий проєкт від Project HOPE та за підтримки USAID. Даний міжнародний грантовий проєкт дає можливість реалізувати новий підхід до отримання БПРу практикуючим братам/сестрам медичним.

Project HOPE – всесвітня організація охорони здоров'я та гуманітарної допомоги, з пропозицією співпраці в напрямку роботи та впровадження навчальних тренінгів для сестер/братів медичних та промоутерів громадського здоров'я у медичних закладах України. Дана організація фінансується за кошти бюро гуманітарної допомоги (ВНА) агенства США та міжнародного розвитку (USAID). Наш заклад вищої освіти направив установчі документи для тендерної пропозиції. Академія виграла тендерну пропозицію у медсестринському лоті. Підписаний Меморандум з представниками Project HOPE. Project HOPE співпрацює з 27-ма ЗОЗ України у 7-ми областях.

Вимоги грантового проєкту передбачають:

- Розробку та написання навчальних планів та робочих програм для наставників/соціальних працівників та тренерів сестер медичних.
- Розробку та написання методичних рекомендацій тренінгів для вище вказаних категорій.
- Розробка роздаткового матеріалу.
- Розробку вхідних та вихідних тестових завдань.
- Проведення тренінгів (24.01.23 р. (дистанційна форма) – для наставників/соціальних працівників та 21.02.-22.02.02 2023р. (очна форма) для тренерів сестер/братів медичних).

Для реалізації міжнародного проєкту створено робочу групу тренерів, а саме:

Неділько Р.В. – к.держ.упр., асистентка кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я.

Согуйко Ю.Р. – к. мед.наук, доц., викладач кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології.

Кузьменко О.В. – магістр медсестринства, викладач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я.

Куксенко І.В. – магістр медсестринства, викладач кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології.

Горбова Н.О. - асистент кафедри клінічного медсестринства акушерства та гінекології.

Програма проєкту передбачає два блоки у навчанні сестер/братів медичних. Перший блок - теоретична частина тренінгів забезпечується у дистанційному форматі та передбачала шість тем тренінгів. Другий блок полягає в удосконаленні практичних навичок сестер/братів медичних, який проводився у очному форматі та робився акцент на вирішенні реальних,

проблемних, клінічних ситуацій. Під час очного формату курсанти (практикуючі медичні фахівці) мали змогу вдосконалити медсестринські навички, та опанувати педагогічною майстерністю та методиками викладання з метою подальшого проведення тренінгів серед свої колег.

У дистанційних тренінгах брало участь понад 100 осіб медсестринського персоналу, які були розподілені на дві групи. Курсантам пропонувалося пройти претести та посттести для оцінки результативності якості проведення даних тренінгів.

Результати першої групи курсантів. Дослідивши результати тестування курсантів ми можемо констатувати, що вирішенні посттестів після прослуханого курсу тренінгів, рівень знань курсантів значно підвищився. Варто зазначити, що питання в пре- та посттестах були абсолютно ідентичні та містили 10 запитань.

До прикладу подаємо результати тестувань першої групи курсантів

Рис.1

Pre test	Pre test %	Post test	Post test %	General Improvement
6	60%	7	70%	Yes
3	30%	6	60%	Yes
5	50%	6	60%	Yes
2	20%	10	100%	Yes
2	20%	6	60%	Yes
4	40%	5	50%	Yes
3	30%	7	70%	Yes
7	70%	7	70%	No
1	10%			
4	40%	9	90%	Yes
1	10%	1	10%	No
2	20%			
4	40%	9	90%	Yes
3	30%	2	20%	No
3	30%			
1	10%	4	40%	Yes
3	30%	3	30%	No
1	10%	1	10%	No
4	40%	6	60%	Yes
1	10%			
		6	60%	Yes
		7	70%	Yes
		4	40%	Yes
		3	30%	Yes
		4	40%	Yes
		4	40%	Yes
	30,00%		53,18%	

В посттестах тренера Львівської медичної академії поставили ряд запитань, які мали визначити доцільність проведення тренінгів такого формату.

Рис.2

Зміст та матеріали були доцільними/The content and materials were appropriate	Курс був корисним для вашої роботи/The course was useful for your work	Зміст відповідає вашим очікуванням/The content met your expectations	Лектор знає предмет/The lecturer knew the subject	Тривалість програми була достатньою для досягнення цілей навчання/The duration of the program was sufficient	Ви дізналися щось нове / You learned something new	Sum of the satisfaction (30 is the max)
1	1	1	1	1	1	6
2	2	1	1	2	2	10
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
						0
1	1	1	1	1	1	6
2	2	1	2	2	2	11
						0
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
						0
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
						0
1	1	1	1	1	1	6
1	2	1	1	2	2	9
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
1	1	1	1	1	1	6
24	25	22	23	25	25	144

Відповіді на запитання оцінювалися наступним чином:

1 бал- повністю погоджуюсь;

2 бали- погоджуюсь;

3 бали- нейтрально;

4 бали- не погоджуюсь;

5- абсолютно не погоджуюся;

Практично всі курсанти констатували, що дані тренінги були корисними для їхньої роботи, подані матеріали були доцільними, зміст відповідав їхнім очікуванням та отримали нову інформацію, яка корисна для професійної діяльності. Курсанти зазначили, що тренера Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського володіють матеріалом та доступно подають сучасну, новітню інформацію з медсестринства.

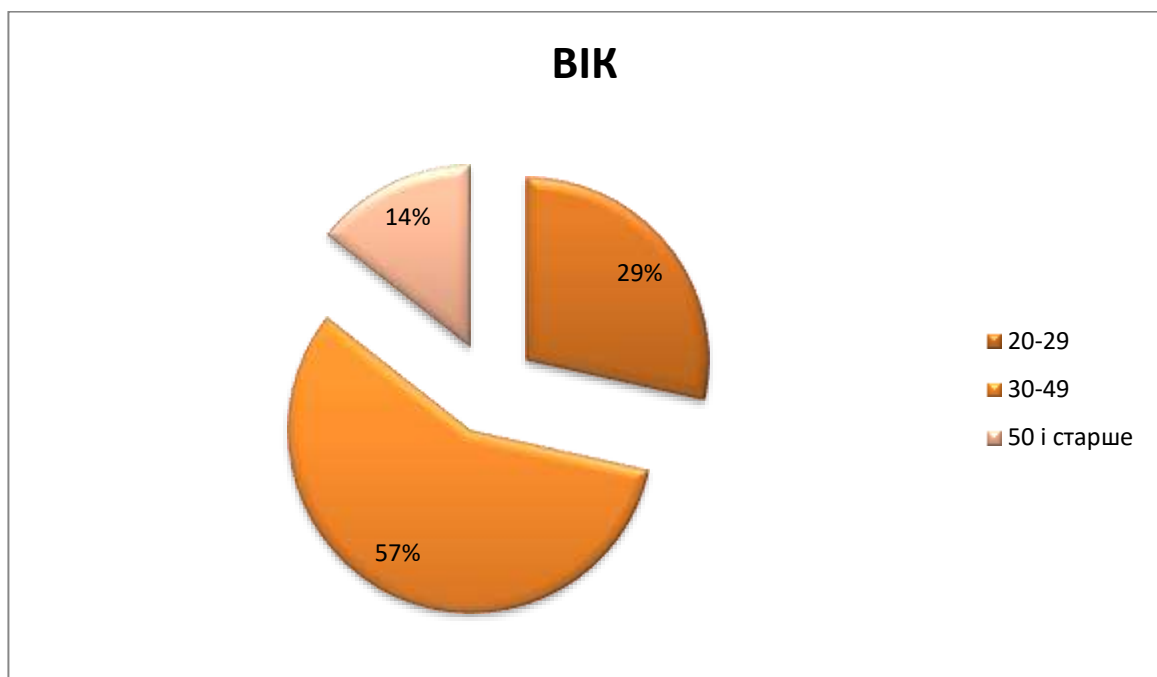
Проаналізувавши тестові запитання варто зазначити, що такі тренінги покращують якість знань та отримання практичного досвіду про що свідчать дані рисунки. А також на нашу думку це абсолютно новий підхід в отриманні знань та практичних навичок які можна поширювати у власних колективах.

Нами було розроблено авторське анонімне анкетування для сестер/ братів медичних загальної практики – сімейної медицини . Метою даного опитування слугувало дослідити ставлення медсестринського персоналу до безперервного професійного розвитку та сформувані власні рекомендації, щодо впровадження БПРу.

В анкетуванні нами охоплено 323 респонденти серед практикуючих сестер/братів медичних первинної ланки – сімейної медицини м. Львова та Львівської області різних форм власності.

Перше запитання стосувалося віку респондентів.

Рис. 3



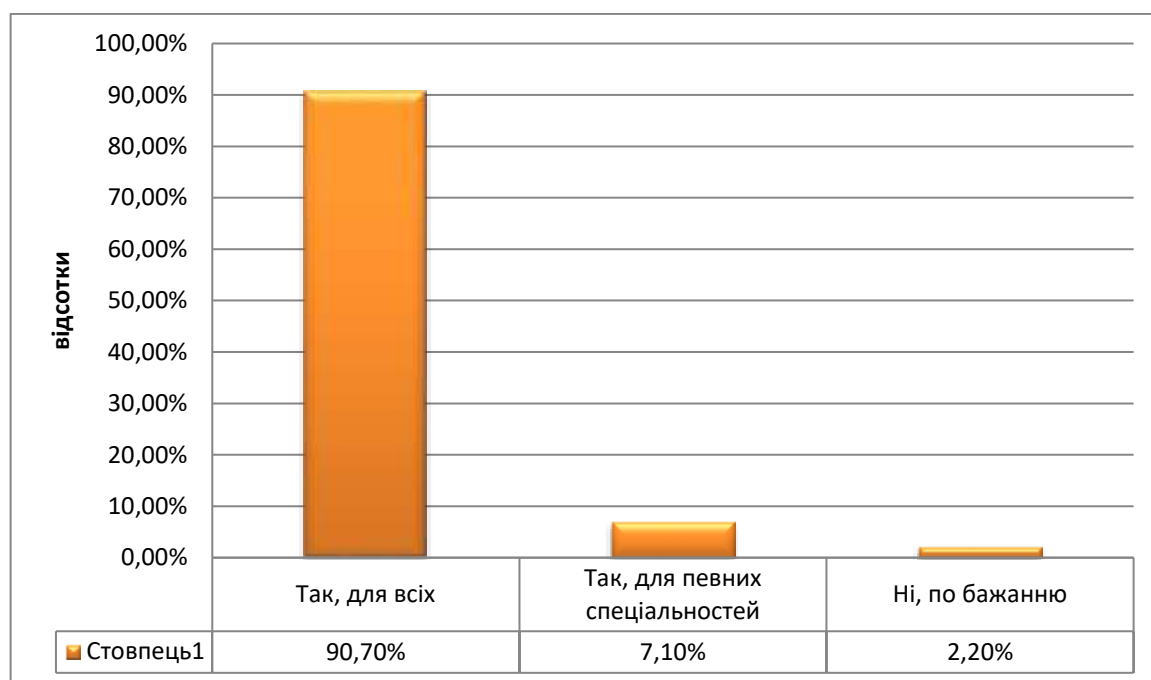
З даної секторної діаграми переважна більшість респондентів 183 особи (57,1%) становлять практикуючі сестри медичні у віковій категорії від 30 до 49 років. Дану вікову категорію ми можемо охарактеризувати, як сформовані

професіонали, проєвропейські, відповідальні та готові до якісних професійних змін.

Аналізуючи дані анонімного опитувальника нами встановлено, що 68% респондентів працює в сімейних амбулаторіях державної форми власності. А решта респондентів 32% працюють у сімейних амбулаторіях приватної форми власності.

Ставлячи третє запитання ми мали на меті з'ясувати чи має безперервний професійний розвиток бути обов'язковим для всіх сестер/братів медичних.

Рис. 4



З даної стовпчикової діаграми можна зробити наступний висновок що 293 респонденти- 90,7% вважають, БПР, має бути обов'язковим для всіх практикуючих сестер/ братів медичних. Ми можемо припустити, що цей показник припадає на вік 20 до 49 років, оскільки це є молодий вік практикуючого медичного персоналу.

Четверте питання нашого опитувальника стосувалося у якому форматі має проводитися безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних. Аналізуючи відповіді респондентів на дане запитання ми встановили, що 68% респондентів вважають доцільний формат отримання БПР шляхом навчальних

тренінгів, майстер-класів, конференцій, семінарів в онлайн форматі. 22% респондентів бажають отримувати БПР в закладах післядипломної освіти та на конференціях, симпозиумах. А решту 10% - в закладах післядипломної освіти.

Отже можна вважати, що сучасні новітні форми та методи отримання БПРу є найбільш затребувані та популярні серед практикуючих сестер/братів медичних первинної ланки – сімейної медицини.

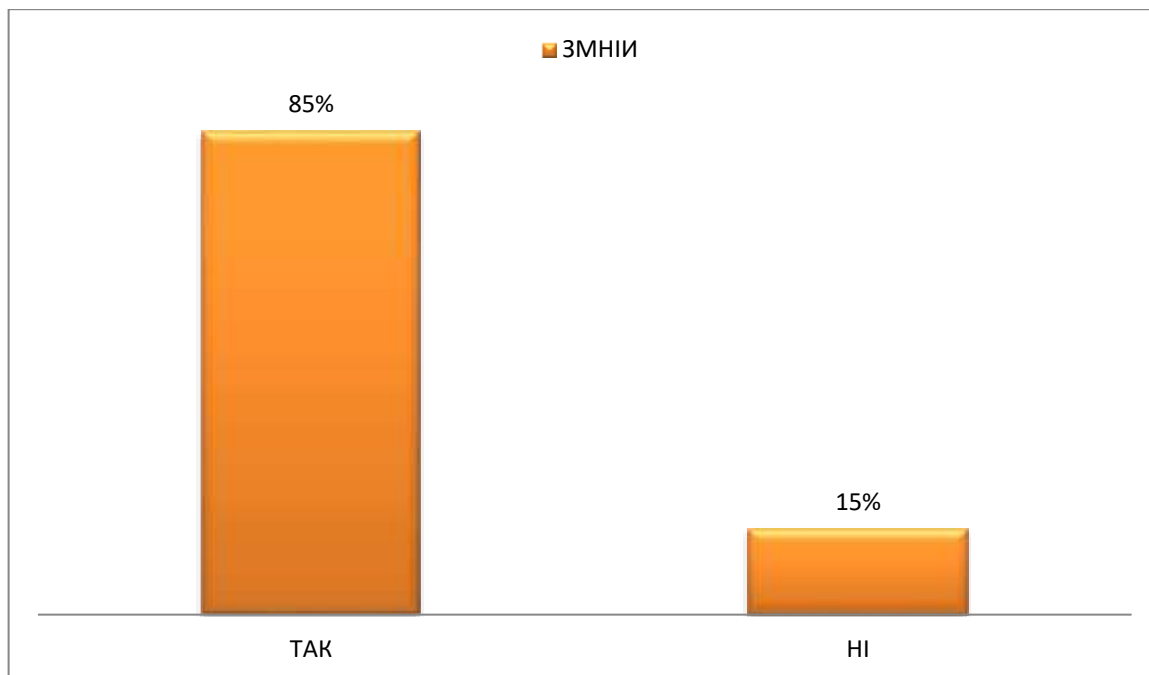
Рис. 5



Дана секторна діаграма є підтвердженням нашого проміжного висновку про те, що більша кількість респондентів вибирають сучасний формат проведення БПРу.

Наступне питання стосувалося - чи варто на законодавчому рівні запропонувати зміни до наказу «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства».

Рис. 6



З даної стовпчикової діаграми маємо констатувати, що все ж таки переважна більшість 85 % респондентів вважають за потрібне запропонувати пропозиції щодо змін у наказі «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства». Оскільки дослідивши дану проблематику ми можемо засвідчити, що сучасний формат безперервного професійного розвитку є значно якіснішим ніж колишні традиційні формати підвищення рівня кваліфікації практикуючих сестер/братів медичних.

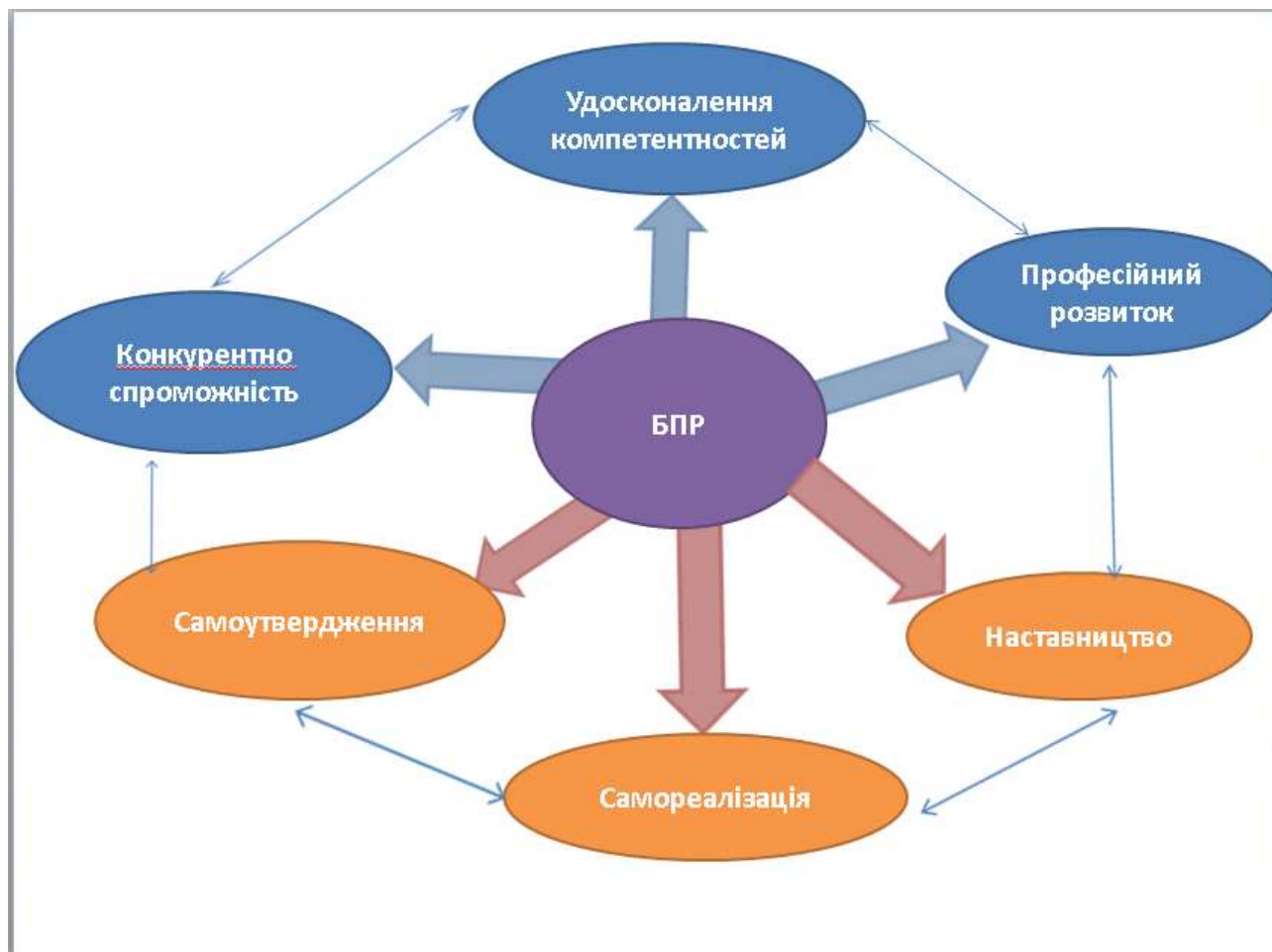
На нашу думку безперервний професійний розвиток слід поєднати з реальними потребами фахівців: він має зважати на затребувані компетенції, а не лише стандартну кількість навчальних годин. Як наслідок, кількість навчальних годин слід розраховувати таким чином, щоб при потребі їх можна було легко адаптувати під нові вимоги.

Досліджуючи дану проблематику, а також базуючись на власних дослідженнях ми можемо запропонувати модель: «БПР в медсестринстві».

Сучасний етап». Дана модель показує те, що це є безперервний процес отримання знань, та навиків і забезпечує мотивацію до навчання впродовж життя починаючи з додипломного періоду. Умовно можна поділити на два блоки, які є взаємопов'язані та забезпечують безперервний процес освіти. Умовний перший блок забезпечує фаховість сестер/братів медичних - вдосконалює отримані компетентності, тим самим підвищуючи свій професійний розвиток та конкурентоспроможність фахівця. Другий блок – стосується власного самовдосконалення, а саме підвищення самореалізації та самоутвердження. Даний напрямок в системі БПР сестер/братів медичних дає можливість стати наставником для оточуючих колег по роботі та майбутніх медсестринських кадрів.

БПР в медсестринстві. Сучасний етап

Рис.7



Дану модель можна рекомендувати до використання в практичному медсестринстві та залучати заклади освіти до проведення БПРу в симуляційних тренінгових центрах . А також під час надання освітніх послуг здобувачам освіти спонукати їх до приймання активної участі в академічній мобільності, тренігах, конференціях, вебінарах тощо. Оскільки такий освітній формат буде прищеплювати навички самонавчання впродовж життя.

Висновок до 3 розділу.

Отже, можна зробити висновок до третього розділу магістерського дослідження, що сучасний розвиток медсестринської сфери диктує нові вимоги до професійного розвитку медсестринського персоналу. Безперервний професійний розвиток – це важливий аспект процесу забезпечення якості медичної допомоги. Швидкий прогрес розвитку медицини та медсестринства зокрема, вимагають постійного оновлення знань та навичок, застосування сучасних протоколів та СОПів в повсякденній практиці. Цей процес мотивує до постійного самовдосконалення та розвитку шляхом отримання нових знань та навичок які забезпечуються абсолютно новим професійним форматом.

Враховуючи зміни у законодавстві, що відкрили нові можливості для медичних фахівців щодо БПР, а також запит на якісні освітні продукти, які враховують міжнародні алгоритми надання первинної медичної допомоги й ґрунтуються на засадах доказовості, україно-швейцарський проєкт “Розвиток медичної освіти” працює над створенням і запровадженням доступних і сучасних форм безперервного професійного розвитку для медичних фахівців, а також сприяє розбудові потенціалу професійних асоціацій.

Вивчаючи дану проблематику безперервного професійного розвитку сестри\брата медичних загальної практики – сімейної медицини ми провели ряд власних досліджень. А саме дослідили доцільність проведення нового формату отримання БПРу медичними працівниками. Базуючись на власних дослідженнях можемо стверджувати, що практично всі курсанти були зацікавлені тренінгами. Тому що вони були корисними для їхньої роботи, подані матеріали доцільні, зміст відповідав їхнім очікуванням та отримали нову інформацію, яка корисна для професійної діяльності. Курсанти зазначили, що тренера Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського володіють матеріалом та доступно подають сучасну, новітню інформацію з медсестринства. На нашу думку це абсолютно новий підхід в отриманні знань

та практичних навичок, які можна поширювати у власних професійних колективах.

Нами також було розроблено авторське анонімне анкетування для сестер/братів медичних загальної практики – сімейної медицини. Метою даного опитування слугувало дослідити ставлення медсестринського персоналу до безперервного професійного розвитку та сформулювати власні рекомендації, щодо впровадження БПРу.

Підводячи підсумки - безперервний професійний розвиток слід поєднати з реальними потребами фахівців: він має зважати на затребувані компетенції, а не лише стандартну кількість навчальних годин. Як наслідок, кількість навчальних годин слід розраховувати таким чином, щоб при потребі їх можна було легко адаптувати під нові вимоги.

Досліджуючи дану проблематику нами запропонована до впровадження в практичне медсестринство модель: «БПР в медсестринстві. Сучасний етап». Дана модель показує те, що це є безперервний процес отримання знань, та навиків і забезпечує мотивацію до навчання впродовж життя починаючи з додипломного періоду.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі нами досліджено та проаналізовано історичні етапи встановлення та розвитку сімейної медицини в Україні. Проаналізовано зарубіжний досвід встановлення сімейної медицини як первинної ланки в системі охорони здоров'я європейських країн.

Отже, є всі підстави зробити узагальнюючі висновки:

- нами встановлено, що важливою складовою системи охорони здоров'я на сучасному етапі є розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Це є один із важливих етапів впровадження та розвитку загальної практики сімейної медицини, оскільки вона забезпечує своєчасне надання медичної допомоги кожному хто її потребує. Такий підхід в системі охорони здоров'я є ефективним та підвищить якість надання медичних послуг чим забезпечить достатній рівень громадського здоров'я;
- можна констатувати, що первинна медико-санітарна допомога на засадах загальної практики сімейної медицини та її впровадження здійснюється по різному в різних країнах світу. Розвиток та впровадження ПМСД має ряд особливостей та етапів встановлення. Будь які процеси реформування в системі охорони здоров'я потребують фінансово-економічних витрат. Як свідчать, світові тенденції, що при розвитку медичної допомоги потрібно делегувати більше фахових повноважень з юридичною та моральною відповідальністю медичним сестрам та медичним братам, щодо виконання їх функціональних обов'язків, відповідно до отриманого рівня освіти та займаної посади. З економічної точки зору, це призведе до здешевлення медичних послуг за рахунок надання останніх, сестрами/брами медичними в межах їхніх компетентностей, а також стають доступнішими для пацієнтів;
- досліджуючи нормативно-правову базу можна констатувати, що в обов'язки медичних сестер та братів первинної ланки- сімейної медицини входить багато завдань. Для того, щоб успішно виконувати всі ці

завдання, медичні інституції вже почали впроваджувати нові рішення. Але в реальності дуже багато таких рішень існують виключно на папері та дуже слабо виконуються на практиці. Дана сфера медицини не має належної нормативно-правової бази, яка би регламентувала роботу сестер/ братів медичних первинної ланки;

Рекомендуємо: закони та нормативно-правова база, що регламентує розвиток та роботу медсестринства має прийматися на законодавчо-організаційному рівні швидко та прагматично.

- Вивчаючи дану проблематику безперервного професійного розвитку сестри\брата медичних загальної практики – сімейної медицини ми провели ряд власних досліджень. А саме дослідили доцільність проведення нового формату отримання БПРу медичними працівниками. Нами також було розроблено авторське анонімне анкетування для сестер/ братів медичних загальної практики – сімейної медицини. Метою даного опитування слугувало дослідити ставлення медсестринського персоналу до безперервного професійного розвитку та сформувані власні рекомендації, щодо впровадження БПРу.

Все частіше у медсестринських колах піднімається питання про безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних на рівні держави. На наш погляд БПР, забезпечив би навчання впродовж життя та підвищив рівень та якість фахових компетенцій, що призведе до надання якісних та фахово виконаних медичних послуг.

Рекомендуємо:

- безперервний професійний розвиток слід поєднати з реальними потребами фахівців: він має зважати на затребувані компетенції, а не лише стандартну кількість навчальних годин. Як наслідок, кількість навчальних годин слід розраховувати таким чином, щоб при потребі їх можна було легко адаптувати під нові вимоги.
- авторську модель: «БПР в медсестринстві. Сучасний етап» впровадити в практичне медсестринство. Дана модель вказує на те, що це є

безперервний процес отримання знань, та навиків і забезпечує мотивацію до навчання впродовж життя починаючи з додипломного періоду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Устінов О. В. Реформа первинної медичної допомоги - 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 5 (97). - С. 24-27.
2. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. – К.: Здоров'я. – 2001. – 208 с
3. Нормативно-правове та кадрове забезпечення розвитку інституту сімейної медицини // Латишев Є.Є., Марчук Н.В., Михальчук В.М. – К.: ТОВ "ДСГ ЛТД", 2004. – 87 с
4. [Комунальне некомерційне підприємство "Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер Черкаської обласної ради"
<https://cherkaskij-oblasnij-protituberkuloznej-dispaser.webnode.com.ua/rik-medsestrinstva-2021/>
5. Балабанова К. В. Як розвиток медсестринства допоможе зробити медичні послуги доступнішими.
6. Антропова Т.О. Медсестринство в сімейній медицині: підручник. — К.: Медицина, 2010.— 488 с.
7. Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання // Інформаційні та додаткові матеріали для учасників парламентських слухань 5 липня 2005 р. – К., 2006. – 98 с..
8. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія / І. Я. Сенюта. – Львів: Астролябія, 2007. – 224 с.
9. Сімейна медицина: досвід, проблеми, перспективи. / З.М.Парамонов, В.Й.Шатило, В.І.Хренов // За ред. В.М.Пономаренка. Житомир.: Пульс, 2003. – 136с.;
10. Шатило В.Й., Яворський В.В. Паліативна медицина: Курс лекцій. Житомир. – Вид-во ЖДУ ім. І.Я.Франка, 2010. – 181с.

11. Основи загальної і медичної психології / За ред.. І.С.Вітенка і О.С.Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344с.
12. Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Organizational ethics: a literature review. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):285-303.
13. Lukana A, Leena S, Marjo K, Helena LK. Historical theses on nursing and caring sciences in Finland: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2013 Dec;27(4):774-84.
14. Swan B.A., Haas S.A. Health care reform: current updates and future initiatives for ambulatory care nursing. *Nurs Econ*. – 2011. – Vol. 29. – P. 331–334.
15. Устінов О. В. Реформа первинної медичної допомоги - 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 5 (97). - С. 24-27.
16. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. – К.: Здоров'я. – 2001. – 208 с
17. Нормативно-правове та кадрове забезпечення розвитку інституту сімейної медицини // Латишев Є.Є., Марчук Н.В., Михальчук В.М. – К.: ТОВ "ДСГ ЛТД", 2004. – 87 с.
18. Закону України Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92 № 2801-ХІІ зі змінами та доповненнями Декрету КМУ від 25.03.2005р. № 2801- ХІІ
19. Комунальне некомерційне підприємство "Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер Черкаської обласної ради" : URL: <http://cherkaskij-oblasnij-protituberkuloznej-dispaser.webnode.com.ua/rik-medsestrinstva-2020/>
20. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>
21. URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/bpr>
22. «Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» Постанова КМУ від 14.07.2021 № 7

23. Магістерська робота «Роль органів місцевої влади в управлінні людським капіталом у комунальних підприємствах охорони здоров'я України», П.О. Салдан, 2022.
24. Барзилович А. Д. «Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід». 2020. № 2. С. 134–140.
25. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
26. Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 20. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346330>
27. European health information gateway [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://gateway.euro.who.int/en/>, accessed 1 June 2021).
28. World Health Organization 2021, Розвиток медсестринства на рівні первинної медичної допомоги.
29. URL: <http://surl.li/ewpbr>
30. URL: <https://mededu.org.ua/bpr/>
31. URL: <https://mededu.org.ua/groups/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторське анонімне анкетування про безперервний професійний розвиток

1. Ваш вік
 - 20-29 років
 - 30-49 років
 - 50 і старші
2. Місце праці
 - Державна сімейна амбулаторія
 - Приватна амбулаторія сімейної медицини
3. Як Ви вважаєте чи має безперервний професійний розвиток бути обов'язковим для всіх сестер/братів медичних?
 - Так, має бути обов'язковим для всіх
 - Має бути обов'язковим лише для певних медсестринських спеціальностей
 - Ні, по бажанню
4. Де, на Вашу думку, має проходити безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних?
 - В закладах післядипломної освіти
 - В закладах післядипломної освіти та на конференціях, симпозіумах
 - На навчальних тренінгах, майстер-класах
 - На конференціях, семінарах
 - Дистанційне навчання
 - Самоосвіта (книжки, інтернет)

- Навчання під наглядом керівника

5. Який формат підвищення рівня професійної діяльності є найефективнішим на вашу думку?

- Традиційні курси підвищення кваліфікації, ТУ
- Сучасний формат

6. Чи варто на законодавчому рівні запропонувати зміни до наказу» Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства».

- Так
- Ні