

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Кваліфікаційна робота

на тему:

«Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи
охорони здоров'я України»

Виконала: студентка II курсу, групи СПА 21
Галузі знань 28 «Публічне управління
та адміністрування»

Спеціальності 281 «Публічне управління
та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Освітньої програми «Публічне
управління та адміністрування»

Освітній ступінь магістр

Безкоровайна Т. О.

(прізвище та ініціали)

Керівник с.н.с., к.е.н. Засадко В. В.

(посада, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Рецензент Лиска О. Г.

(прізвище та ініціали)

Львів - 2023 рік

Безкоровайна Т.О. Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я України:

Кваліфікаційна робота: (281 «Публічне управління та адміністрування») / Т.О. Безкоровайна / Український католицький університет. Кафедра державного управління;

Науковий керівник: к.е.н., с.н.с. Засадко В. В.– Львів: УКУ, 2023. – 103 с.

Анотація. У роботі розкрито явище медсестринства з розширеними повноваженнями, процес професійної підготовки та інституційні основи впровадження цієї ролі у міжнародній практиці. Досліджено досвід впровадження та визначення меж практики для медичних сестер з розширеними повноваженнями на прикладі інших країн. Досліджено фактичні ролі медичних сестер на первинному рівні надання медичної допомоги в Україні у порівнянні з міжнародним досвідом, а також їхня готовність до розширення повноважень. Проведено аналіз переваг, особливості і управлінські проблеми, пов'язані із роботою медичних сестер з розширеними повноваженнями для системи охорони здоров'я України. Запропоновано необхідні зміни на законодавчому рівні та організацію професійної підготовки для уможливлення впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями. Досліджено і описано етапи впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні.

Ключові слова: медсестра передової практики, медична сестра-практик, первинна медична допомога, регулювання професійної діяльності медсестер, професійна підготовка медичних сестер, охорона здоров'я.

Abstract. The work reveals the phenomenon of nursing with expanded powers, the process of professional training, and the institutional foundations of the implementation of this role in international practice. The experience of implementation and definition of the limits of practices for nurses with expanded practice on the example of other countries was studied. The actual roles of nurses at

the primary level of providing medical care in Ukraine in comparison with international experience, as well as the readiness to expand their powers, were studied. An analysis of the advantages, features and management problems associated with the work of nurses with extended powers for the health care system of Ukraine was carried out. The need for changes at the legislative level and the organization of professional training to ensure the implementation of nursing with expanded powers is suggested. The stages of implementation of primary medical care by nurses with expanded powers at the local level are studied and described.

Keywords: advanced practice nurse, nurse practitioner, primary medical care, regulation of professional practice of nurses, professional training of nurses, health care, nurse with expanded powers.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

МРМС- Міжнародна рада медичних сестер

МСП - медична сестра-практик

КМС - клінічна медична сестра-спеціаліст

УПМА - Управлінням з питань медсестринства та акушерства

ЄКТС - Європейська кредитно-трансферна системи

США - Сполучені Штати Америки

ФОП - фізична особа підприємець

НСЗУ - Національна служба охорони здоров'я України

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	9
1.1. Поняття медичної сестри з розширеними повноваженнями	9
1.2. Інституційні основи впровадження розширених повноважень медичних сестер	14
1.3. Організація професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями.....	20
1.4. Міжнародний досвід впровадження розширених повноважень сестер і визначення меж їхніх професійних обов'язків	25
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ І МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗШИРЕННЯ ПОВНОВАЖЕНЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	32
2.1. Дослідження фактичних ролей медичної сестри у наданні первинної медичної допомоги в Україні у порівнянні з міжнародним досвідом.....	32
2.2. Аналіз переваг для системи охорони здоров'я України від впровадження розширених повноважень для медичних сестер.....	40
2.3. Особливості і управлінські проблеми, пов'язані із роботою медичних сестер з розширеними повноваженнями.....	45
Висновки до розділу 2.....	51
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ З РОЗШИРЕННЯ ПОВНОВАЖЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ХОДІ ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	53
3.1. Пропозиції щодо змін на законодавчому рівні.	53
3.2. Удосконалення в організації професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями.....	57
3.3. Впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні.	63
Висновки до розділу 3.....	67
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність теми. Глобальне охоплення медичними послугами є пріоритетом діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я. Це передбачає вільний доступ кожного до потрібних медичних послуг: профілактика захворювань та зміцнення здоров'я, лікування та реабілітація, забезпечення паліативної допомоги. Доступ до медичної допомоги не повинен спричинювати фінансові труднощі чи зuboжіння у людей. Орієнтація на первинну медичну допомогу є запорукою сильної системи охорони здоров'я, яка здатна досягти універсального охоплення медичними послугами [74]. Згідно з Астанінською декларацією первинна медико-санітарна допомога є найбільш ефективним і інклюзивним підходом до зміцнення фізичного та психічного здоров'я населення, а також соціального благополуччя [22].

У 2030 році прогнозується дефіцит у 18,2 мільйонів працівників охорони здоров'я у Європі [30]. Нестача сімейних лікарів і нерівномірний їхній розподіл по різних регіонах спонукає шукати ефективні моделі надання медичної допомоги, зокрема запровадження медсестринства з розширеними повноваженнями [43].

У 2012 році ВООЗ зайняла позицію, яка наголошувала на необхідності перекладання деяких завдань з лікарів на медсестер [50]. Передача завдань по догляду та лікуванню пацієнтів від лікарів до медичних сестер з розширеними повноваженнями стала поширеною практикою у багатьох країнах світу і демонструє свою ефективність при різних моделях надання та фінансування первинної медичної допомоги [43].

На сайті кабінету міністрів України опубліковано Проект Плану відновлення України. У ньому зазначено, що: «Станом на червень 2022 року 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну» [9]. Згідно досліджень Українського Центру Охорони здоров'я чисельність медичних працівників до кінця 2022 року скоротилася майже на 14%. В Україні зростає тягар неінфекційних

захворювань [33]. Ці зміни вказують на те, що Україна потребуватиме підсилення первинного рівня надання медичної допомоги. Світовий досвід вказує, що це можливо зробити шляхом впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями [24].

Актуальність роботи обґрунтована у даній дипломній роботі. Впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями в Україні може бути дієвим механізмом регулювання кадрової кризи, потреби ефективно боротися зі зростаючим тягарем інфекційних та неінфекційних захворювань, надавати якісні медичні послуги усім верствам населення у найвіддаленіших куточках країни.

Мета роботи: дослідити міжнародний досвід, управлінські проблеми та рішення на шляху впровадження розширених повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання:

- дослідити поняття медичної сестри з розширеними повноваженнями у міжнародній практиці;
- описати інституційні основи впровадження розширених повноважень медичних сестер у світі;
- дослідити міжнародний досвід організації професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями;
- описати міжнародний досвід впровадження розширених повноважень сестер і визначення меж їхніх професійних обов'язків;
- дослідити фактичні ролі медичної сестри у наданні первинної медичної допомоги в Україні у порівнянні з міжнародним досвідом;
- провести аналіз переваг для системи охорони здоров'я України від впровадження розширених повноважень для медичних сестер;
- визначити особливості і управлінські проблеми, пов'язані із роботою медичних сестер з розширеними повноваженнями;
- надати пропозиції щодо змін на законодавчому рівні в Україні, які необхідні для реалізації ролі;

- запропонувати шляхи удосконалення в організації професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями;

- описати етапи впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні.

Об'єкт дослідження: функціонування медсестринства з розширеними повноваженнями в контексті надання медичної допомоги на первинному рівні.

Предмет дослідження: законодавчі та управлінські аспекти впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями в Україні.

Методи дослідження. З метою досягнення поставлених цілей у кваліфікаційній роботі було використано такі методи досліджень: опис, аналіз, узагальнення, абстрагування, опитування, порівняння, пояснення. Застосування цих інструментів дозволяє глибше проаналізувати поставлені питання і дійти до певних висновків та результатів.

Практичне значення даної кваліфікаційної роботи полягає у тому, що вона демонструє один з ефективних методів удосконалення надання медичної допомоги на первинному рівні в умовах кадрового дефіциту і зростаючій потребі населення у медичному обслуговуванні.

Особистий внесок полягає в тому, що у даній роботі описано переваги для системи охорони здоров'я України від впровадження нової ролі у наданні первинної медичної допомоги. Також досліджено управлінські проблеми і рішення, які можуть виникати на шляху впровадження, запропоновано необхідні зміни на законодавчому рівні та у процесі підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями. Важливою частиною кваліфікаційної роботи є детальний опис етапів впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних джерел і 6 додатків.

Обсяг роботи складає: 103 сторінки, 5 таблиць, 4 рисунків. Список використаних джерел містить 75 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Поняття медичної сестри з розширеними повноваженнями

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) розробила Глобальні стратегічні напрямки для сестринської та акушерської справи 2021-2025, що сприятиме максимальному внеску медсестер і акушерок у досягненні універсального охоплення населення Землі медичним обслуговуванням[72].

ВООЗ виділяє такі рівні медсестринської практики:

1) «Extendent» - у перекладі з англійської мови на українську «розширений». Передбачає виконання медичною сестрою/братом загального профілю певного об'єму завдань протягом визначеного часу, які виходять за межі його/її професійної діяльності. Це можуть бути певні обов'язки лікаря чи іншої медичної сестри. Зазвичай таку роль виконують зареєстровані медичні сестри (англ. «registered nurses»). Дозвіл на таку роботу видає підприємство-роботодавець, керуючись вказівками законодавчого органу, який регулює роботу медичних працівників чи міністерства охорони здоров'я. Може потребуватися додаткове післядипломне навчання.

2) «Expanded» - з англійської на українську також перекладається як «розширений», однак зміст буде дещо відрізнятися. Цей рівень передбачає більшу автономію, відповідальність та підзвітність для надання спеціалізованої медичної допомоги. Для цього рівня необхідно отримати додаткову освіту і диплом у конкретній спеціалізації після проходження навчання на медсестру загального профілю. До прикладу – «Registered Paediatric Nurse Specialist» - українською можна перекласти як «зареєстрована медсестра-педіатр спеціаліст» або «дипломована медсестра-педіатр». Залежно

від країни такі медсестри можуть реєструватися у спеціальному реєстрі або у загальному для медсестер.

3) «Advanced» - на українську мову з англійської можна перекласти як «передовий». Цей рівень передбачає здобування освіти на рівні магістра у певній спеціалізації, що надає знання для вирішення складних клінічних завдань, прийняття рішень у межах розширеної експертної практики. Роль включає в себе вміння формувати політики необхідні для сфери охорони здоров'я. Цей рівень передбачає реєстрацію і ліцензування, проте вимоги можуть відрізнятися залежно від країни [17].

В українській мові спільним для цих трьох категорій буде зміст у розширеній практиці чи повноваженнях. Тяжко дати точне визначення поняттю «advanced practice nursing» («медсестринство передової практики»), оскільки в контексті різних країн воно буде відрізнятися. У багатьох країнах світу існує термін, що англійською мовою звучить як «Advanced Practice Registered Nurse». Це зареєстрована медична сестра, яка використовує розширену практику і навички, досвід і знання в оцінці, діагностиці захворювань чи станів пацієнтів для планування і визначення об'єму необхідної допомоги. Має освітню підготовку на рівні післядипломної освіти або еквівалент, і може працювати в якості спеціаліста у конкретній галузі або спеціаліста широкого профілю. Основа цієї практики - це високий рівень знань, навичок і досвіду, які застосовуються в рамках відносин між медсестрою та пацієнтом для досягнення оптимальних результатів шляхом критичного аналізу, розв'язання проблем і правильного прийняття рішень. Такі працівники здатні працювати автономно або ініціювати процес догляду, у співпраці з іншими медичними працівниками [68].

Вперше цей термін було вжито у 1980 році. Міжнародна рада медичних сестер (МРМС) у 2008 році запропонувала таке визначення:

«Практикуюча медична сестра/медсестра з розширеною практикою (англ. «A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse») - це зареєстрована медична сестра, яка отримала базу експертних знань, комплексні навички

прийняття рішень та клінічні компетенції для розширеної практики, характеристики якої формуються контекстом та/або країною, в якій він/вона перебуває і атестована для можливості провадження практики. Ступінь магістра є рекомендованим для початкового рівня» [24].

Національна рада з професійного розвитку медсестринства та акушерства Ірландії у 2008 р. дає таке визначення: «Медсестринство передової практики сприяє оздоровленню, пропонує медичні втручання та пропагує здоровий спосіб життя для пацієнтів, їхніх сімей та опікунів у різноманітних умовах у співпраці з іншими медичними працівниками відповідно до узгоджених практичних рекомендацій. Вони використовують знання та клінічне мислення для незалежного надання оптимальної медичної допомоги при гострих чи хронічних захворюваннях для пацієнтів/клієнтів у межах розширеної медсестринської практики. Розширена медсестринська практика ґрунтується на теорії та практиці сестринської справи та містить в собі сестринську справу та інші пов'язані з нею дослідження, теорії та навички управління та лідерства, щоб заохочувати колегіальний міждисциплінарний підхід до якісного догляду за пацієнтом/клієнтом. Розширена медсестринська практика здійснюється автономними, досвідченими професіоналами, які є компетентними, підзвітними та відповідальними за свою роботу. Мають великий досвід у клінічній практиці та освіту рівня магістра або вище. Пройшли програму післядипломної освіти в сестринській справі або в галузі, яка має відношення до спеціалізованої сфери практики (освітня підготовка повинна включати суттєвий клінічний модульний компонент, що відноситься до відповідної області спеціалізації). Розширені ролі сестринської практики розроблені у відповідь на потреби пацієнта/клієнта та вимог до медичної допомоги на місцевому, національному та міжнародному рівнях. Розширена медсестринська практика повинна мати бачення сфери медсестринської практики, які можна розвинути за межі поточної ситуації та бути спрямованою на розвиток цієї сфери» [24].

«APRN Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee» Сполучених Штатів Америки у 2008 році дав таке визначення:

1) пройшла/пройшов акредитовану програму вищої освіти, яка готує його/її до однієї з чотирьох визнаних ролей зареєстрованої медичної сестри передової практики;

2) пройшла/пройшов національний сертифікаційний іспит, який визначає роль і компетенцію, яку постійно підтверджує повторною сертифікацією;

3) отримав/отримала передові клінічні знання та навички, які готують його/її до надання безпосередньої допомоги пацієнтам, а також володіє компетентціям непрямої допомоги;

4) спирається на компетенції зареєстрованих медсестер, демонструючи більшу глибину та широту знань, більший синтез даних, підвищену складність навичок і втручань у самостійній ролі;

5) підготовлений/підготовлена до того, щоб взяти на себе відповідальність за сприяння та/або підтримку здоров'я, а також оцінку, діагностику та лікування проблем пацієнтів, що включає використання та призначення медикаментозного і немедикаментозного лікування;

6) має достатній клінічний досвід, що відображає вимоги для отримання ліцензії;

7) отримав/отримала ліцензію на практику в якості МСРП на одну з чотирьох ролей: сертифікована медична сестра анестезіолог, сертифікована медсестра-акушерка, клінічна медсестра-спеціаліст або сертифікована медсестра-практик [31].

В Україні немає еквівалента терміну «Advanced Practice Registered Nurse», тому його можна перекласти як «зареєстрована медична сестра передової практики». Це поняття охоплює англ. «the Nurse Practitioner» («медична сестра-практик», далі МСП), англ. «Certified Registered Nurse Anesthetist» («сертифікована медична сестра-анестезист»), англ. «Clinical

Nurse Specialist» («клінічна медична сестра-спеціаліст», далі КМС) та «Nurse Midwife» («акушерка») [62].

Серед англomовних країн найбільш поширеними категоріями медичних сестер з розширеними повноваженнями є «медична сестра-практик» та «клінічна медична сестра-спеціаліст».

У більшості країн світу МСП надають широкий спектр медичних послуг. У США обов'язки МСП включають діагностику та лікування гострих та хронічних захворювань; призначення та інтерпретація інструментальних і лабораторних обстежень; призначення медикаментозного та немедикаментозного лікування; займаються зміцненням здоров'я та профілактикою населення, санітарно-проствітною роботою; консультуванням окремих осіб, сімей, громад. Вони також можуть бути науковими дослідниками у сфері охорони здоров'я, надавати міждисциплінарні консультації та захищати інтереси пацієнтів з питань їхнього здоров'я.

Як ліцензовані незалежні медичні практики, МСП можуть працювати самостійно чи спільно з іншими медичними працівниками [62].

МСП, згідно з визначенням, яке міститься в Австралійському «The ACP Nurse Practitioner Project» 2002 р, - це зареєстрована медсестра, яка працює в мультидисциплінарній команді. Роль включає розширену практику у самостійному оцінюванні та веденні пацієнтів, використовуючи медсестринські знання та навички, отримані під час післядипломної освіти, і клінічний досвід у певній галузі медсестринства. Може включати самостійне скерування пацієнтів до інших медичних працівників, призначення з визначеного та узгодженого переліку ліків та скерування на узгоджений перелік діагностичних досліджень.

Клінічна медсестра-спеціаліст - це медсестра, яка здобула ступінь магістра за даною спеціальністю. Надає медичні послуги у межах розширених спеціалізованих знань під час догляду за складними та вразливими пацієнтами або групами населення. Здатна забезпечувати навчання та підтримку міждисциплінарного персоналу та сприяти змінам та інноваціям у системі

охорони здоров'я. Акцент практики на розширений спеціалізований сестринський догляд і системний підхід із використанням прямих і непрямих клінічних послуг [31].

Роль КМС включає лідерські функції, навчання та тренування іншого медичного персоналу, науково-дослідна діяльність, що не є характерним у такому обсязі для МСП. [47].

1.2. Інституційні основи впровадження розширених повноважень медичних сестер

У США сестринська справа регулюється органами ліцензування в штаті. Кожен з них має закон про медсестринську практику або такий, який заснував раду медсестер, яка має юридичні повноваження регулювати медсестринство. Усі ради медсестер є членами некомерційної організації Національної ради медсестер Штатів («Council of State Boards of Nursing»). Ця організація забезпечує ліцензійні іспити, які використовуються радами медсестер при прийнятті рішень про надання ліцензій. Розширені повноваження, зокрема для МСП, регулюються Законом про практику медичних сестер у кожному штаті, а також можуть отримати атестацію на національному рівні у своїй сфері діяльності [57].

В контексті регулювання професійної діяльності медиків потрібно розуміти різницю між термінами «ліцензія» та «реєстрація». Ліцензія - надання уповноваженим державним органом право займатися професійною діяльністю та використовувати ексклюзивне звання. Вимогою є відповідність стандартам освіти та професійної компетенції. Не завжди вірно використовують як синонім до терміну реєстрація [75]. Реєстрація - внесення імені у спеціальний професійний реєстр. Для цього потрібно відповідати визначеним стандартам освіти і професійної практики. Не завжди є синонімом ліцензування [75].

«Full practice authority» - повні повноваження на практику визначаються як: «Збірка законів штатів для практики та ліцензування, що дозволяють усім медичним сестрам-практикам проводити оцінку пацієнта, виставляти діагнози, призначати та інтерпретувати діагностичні тести, ініціювати та призначати лікування, включаючи призначення медикаментів за винятковою ліцензією державної ради медсестер» [66].

Станом на 2016 рік у США у 21 штаті та окрузі Колумбія існують закони, які надають медичним сестрам повні повноваження на практику.

В Австралії з липня 2008 року запроваджено єдину національну схему реєстрації для всіх медичних професій та нова національна дошка («broad») професій для кожної з 9 професій. Регулювання в даний час здійснюється Управлінням з питань медсестринства та акушерства (УПМА) у кожному з шести штатів і двох територіях. Медсестри повинні зареєструватися в УПМА штату, де мають намір практикувати. Відбувається переліцензування щороку. Австралійська рада медсестринства та акушерства була створена в 1992 році для сприяння національному підходу до регулювання сестринської та акушерської діяльності. На рахунок медсестринства з розширеними повноваженнями, МСП ліцензуються УПМА. Звання є захищеним.

У Канаді законодавство, що регулює роботу медсестер, є різним для кожної провінції і, відповідно, кожна провінція має свої закони щодо цього. У більшості провінцій було прийнято загальний Закон про медичні професії («Health Professions Act»), що забезпечує загальну основу для всіх саморегульованих медичних професій. Ліцензування медичних сестер-практиків відбувається окремо від інших зареєстрованих медсестер [57].

В Японії Закон про медсестер, акушерок і медсестер громадського здоров'я визначає умови та обсяг обов'язків зареєстрованих медичних сестер, акушерок та медсестер громадського здоров'я та дипломованих практичних медсестер. Реєстрація здійснюється шляхом отримання кваліфікації з курсу, складання державного іспиту та отримання ліцензії Міністерства охорони здоров'я, праці та соціального захисту. Ліцензовані практичні медсестри

отримують ліцензію від губернаторів префектур (регіонів). Це дозволяє їм працювати в будь-якій префектурі. Вони працюють відповідно до інструкцій лікарів, стоматологів або дипломованих медсестер [57].

У Швеції ліцензування медичних працівників, у тому числі медсестер, є обов'язком Національної ради охорони здоров'я та соціального забезпечення. Звання медичної сестри-спеціаліста захищено законом з 2001 року [57].

У Великобританії регулюючим органом є Рада медсестер і акушерок Сполученого Королівства. Повноваження ради випливають із статуту і вона має законодавче зобов'язання захищати громадськість. Рада визначає придатність до практики на місці реєстрації через визначення стандартів для навчання та реєстрацію, забезпечує стандарти освіти шляхом схвалення курсу та моніторингу якості, а також відповідає за професійну поведінку та питання забезпечення постійної компетентності. Щоб працювати, медсестри повинні бути зареєстровані в Раді медсестер і акушерок Сполученого Королівства. Цю реєстрацію потрібно постійно підтверджувати кожні три роки за допомогою проходження безперервного професійного розвитку. Триває робота над законодавством щодо реєстрації медсестер з розширеними повноваженнями, а компетенції відображаються в рамках знань і навичок.

У таблиці А.1. додатку А представлена порівняльна характеристика особливостей регулювання допуску до професійної діяльності медичних сестер в окремих країнах світу.

Вагомої уваги заслуговує можливість медсестер виписувати ліки. У різних країнах до цього існують різні підходи.

Умовно можна виділити:

- самостійне виписування ліків, коли медична сестра незалежно від лікаря формує план лікування;
- додаткове виписування ліків - коли спершу лікар формує план лікування, а медична сестра виписує ліки згідно з цим планом [44].

Саме право призначати медикаменти регулюється по різному . Курс фармакології може бути включено безпосередньо в навчальну програму медичної сестри при одержанні ступеня бакалавра чи магістра. Інший шлях - для цього потрібно додатково навчатися і набрати відповідну кількість балів Європейської кредитно-трансферної системи (ЄКТС), щоб отримати сертифікат, який надає таке право. Деякі країни встановили окрему освітню програму, яка веде до звання «Медсестра, яка виписує медикаменти» (англ. «Nurse Prescriber»). Доведено, що призначення медикаментів медсестрою можна порівняти з призначеннями лікаря, що вимірюється кількістю призначених ліків, групами та дозами вибраних ліків. Пацієнти були так само або більше задоволені призначеннями медсестер, ніж лікарів. Кокранівський систематичний огляд показав, що медсестри були такі ж ефективні у призначенні ліків як лікарі для ряду станів, включаючи хронічні захворювання [44].

У середині 1970 р. США були першою країною, яка запровадила право медсестер виписувати ліки, а на початку 1990-х - Великобританія та Австралія. Певні провінції Канади почали надавати цю можливість наприкінці 1990-х років, а Ірландія - в 2007 році. Дозвіл медсестрам виписувати ліки вимагав законодавчих змін у всіх цих країнах.

У США дозвіл виписувати ліки мають можливість усі медичні сестри з розширеними повноваженнями. В Канаді без нагляду лікаря така можливість є лише МСП. У Сполученому Королівстві Великої Британії та Ірландії цей дозвіл може бути надано медсестрам за умови, що вони пройшли відповідне навчання [24].

У таких країнах як Канада, Австралія, Нова Зеландія та США медсестри з розширеними повноваженнями в межах своїх спеціальностей мають право виписувати широкий ряд ліків і це обумовлено на рівні законодавства. У Канаді для цього потрібно бути зареєстрованою медичною сестрою з офіційним дозволом на призначення ліків, який видається на підставі

успішного завершення затвердженої спеціалізованої освіти та/або досвіди практики.

У 2019 році у 13 країнах Європейського Союзу медичні сестри виписують ліки. Серед цих країн Кіпр, Данія, Естонія, Франція, Фінляндія, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Польща, Іспанія, Швеція, в одному кантоні Вауд Швейцарії, а також Великобританії, яка на даний час не є членом ЄС. У Великобританії дозвіл виписувати ліки медичні сестри отримали у 1992 році, у Швеції - 1994 р. Далі інші країни, які дозволили визначеним групам медичних сестер виписувати ліки. 2002 р. - Норвегія, 2007 - Ірландія, 2009 - Данія. З 2010 таку практику почали впроваджувати в інших країнах.

У Великобританії з 1992 року існує закон, що регулює призначення медикаментів медичними сестрами («Medicinal Products: Prescription by Nurses etc. Act 1992»). Потрібний навчальний курс, який надає право медичній сестрі додатково виписувати ліки.

У Швеції також призначення медикаментів медичними сестрами регламентовано законом з 1994 року і для цього потрібно мати ступінь бакалавра і бути зареєстрованою медичною сестрою та набрати 180 балів ЄКТС, що демонструють навички та компетенції, які пов'язані з виписуванням ліків.

У Норвегії також існує закон з 2002 року і потрібно мати спеціалізацію у публічному здоров'ї та ступінь бакалавра, а також 60 ЄКТС.

В Ірландії з 2007 року призначення медикаментів медичними сестрами регламентується Законом про аптечну діяльність, нормативний акт

№201/2007 про лікарські засоби. Для цього потрібно отримати сертифікат про проходження спеціального курсу, щоб стати «медичною сестрою, яка виписує ліки» і набрати від 20 до 40 ЄКТС або більше, якщо є ступінь магістра медичної сестри передової практики.

У Данії існує Наказ 1219 від 12.11.2009 про делегування зарезервованих процедур. Для виписування ліків медичній сестрі потрібно бути зареєстрованою медичною сестрою, мати ступінь бакалавра, а також набрати

у спеціалізованому навчанні з призначення медикаментів та лікуванню 30 ЄКТС.

Фінляндія має Указ 1088/2010 про рецепти. Потрібно отримати сертифікат про проходження спеціального курсу, щоб стати «медичною сестрою, яка виписує ліки», бути зареєстрованою медичною сестрою бакалавром і отримати 45 ЄКТС у навчанні по виписуванні ліків.

У Нідерландах існує Указ від 21 грудня 2011 р. і медичні сестри з 2012 року, щоб виписувати ліки мають бути медичними сестрами-спеціалістами з дипломом магістра з медсестринства з розширеними повноваженнями, а також мати 120 ЄКТС. З 2014 року прийнято Указ, що регламентує право виписувати ліки для спеціалізованих медсестер зі ступенем бакалавра та завершеним курсом фармакотерапії в університеті прикладних наук, мати мінімум 2,5 ЄКТС по призначенню ліків при захворюванні на діабет, органів дихання, онкології [44].

У Польщі Розпорядження від 28.10.2015 регламентує це право для медсестер і акушерок. Для цього потрібно бути «зареєстрованою медичною сестрою» зі ступенем бакалавра або магістра [44]. З 1 січня 2016 року набули чинності зміни до польського Закону про професії медсестри та акушерки. В них також прописано, що медсестри можуть самостійно або як додаткове лікування виписувати певні ліки, спеціальне харчування, фізіотерапевтичні процедури. Цим правом володіють медичні сестри-спеціалісти у межах своєї спеціалізації [48].

Іспанія затвердила Королівський указ 954/2015 від 23 жовтня. Потрібно бути «зареєстрованою медичною сестрою» зі ступенем бакалавра, мінімум одним роком практики або додатковими курсами з призначення медикаментів, якщо практика становила менше одного року.

В Естонії це право регламентовано Законом про організацію медичних послуг у 2016 р. Потрібно бути або «сімейною медсестрою» або працювати з сімейним лікарем, із спеціальним навчанням тривалістю 120 годин (клінічна фармакологія, затверджена Агентством з лікарських засобів).

У Франції Акт 2016-41 про модернізацію система охорони здоров'я впроваджує право на призначення ліків для медичних сестер з 2017 р.

У Швейцарії у кантоні Вауд Стаття 124b Закону про охорону здоров'я 800.01 з 2017 року надає таке право для медичних сестер-спеціалістів зі ступенем магістра.

У Кіпрі з 2012 р. це право прописано у Закон про медсестринство та акушерство, Додаток III, 2b) V. Також потрібно бути магістром медсестринства з розширеними повноваженнями у відповідній спеціалізації. Курс з фармакології (6 ЄКТС) є частиною магістерської програми [44]. Канадська Асоціація Медсестер провела низку заходів для впровадження виписування ліків Зареєстрованою медичною сестрою, які включали ознайомчу поїздку до Англії та Ірландії у 2009 р.; пропозицію правлінням асоціації дослідити у 2010 р. призначення медикаментів зареєстрованою медичною сестрою; консультації з сестринськими спеціалізованими групами та юрисдикціями відповідно до рекомендації Національної Експертної комісії щодо розширення сфери діяльності зареєстрованої медичної сестри; національний круглий стіл з питань виписування рецептів у відповідь на план дій Національної експертної комісії і оновлення інформація про зареєстровану медичну сестру, що призначає заходи для впровадження виписування ліків для ради в червні 2014 р. [70].

1.3. Організація професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями

У США для того, щоб стати медичною сестрою з розширеними повноваженнями потрібно пройти декілька освітніх рівнів. Диплом з медсестринства, який колись був найпоширенішим способом отримання ліцензії для медичної сестри, доступний у школах медсестер при лікарнях. «Associate Degree in Nursing» - це дворічний курс, який пропонують місцеві

коледжі та лікарняні школи медсестринства. Він готує до певного об'єму практики.

Бакалавр наук із медсестринства - це чотирирічний курс, який пропонують коледжі та університети країни:

- готує випускників до повного об'єму професійної медсестринської практики в закладах охорони здоров'я;
- перші два роки пропонують знання з психології, розвитку людини, біології, мікробіології, органічній хімії, харчуванні, анатомії та фізіології;
- протягом останніх двох років зазвичай зосереджуються на гострих і хронічних захворюваннях дорослих, здоров'ї матері та дитини, педіатрії, психіатричному/психічному та громадському здоров'ї;
- призначений для глибшого розуміння культурних, політичних, економічних і соціальних проблем, які впливають на пацієнтів і надання медичної допомоги;
- включає теорію сестринської справи, природничі та гуманітарні науки з додатковим вмістом у дослідженнях;
- розвиває лідерство та може включати такі теми, як економіка охорони здоров'я, інформатика охорони здоров'я та політика охорони здоров'я.

Повна вища медсестринська освіта включає:

- магістерські програми, які пропонують низку напрямів, призначених для підготовки медсестер з розширеними повноваженнями, медсестер-адміністраторів чи педагогів;
- програми доктора філософії орієнтовані на наукові дослідження; випускники таких програм зазвичай викладають та/або проводять наукові дослідження;
- програми доктора медсестринства зосереджені на клінічній практиці або керівних ролях [34].

Медсестри з розширеною практикою включають зокрема МСП, яким необхідно провчитися чотири роки в коледжі, що дозволяє отримати ступінь

бакалавра в галузі медсестринства або суміжної галузі та приблизно два роки магістратури. Потім випускники курсів складають іспит щоб отримати титул медсестри передової практики [57].

В Австралії передреєстраційна підготовка медичних сестер триває 3 роки. Надає два рівні освіти - зареєстровані та дипломовані медичні сестри («registered» та «enrolled nurses»). Після завершення курсу необхідно скласти державний іспит для доступу до реєстрації. Дипломовані медичні сестри працюють переважно в закладах догляду за людьми похилого віку. Їхня підготовка зазвичай відбувається у школах медсестер, які є частиною професійно-технічного сектору та акредитовані на державному рівні.

Постреєстраційна освіта пропонує широкий вибір спеціалізацій післядипломної освіти. Щоб стати МСП необхідно здобути ступінь магістра. МСП визначаються, як: «Дипломована медсестра, яка здобула освіту та уповноважена діяти автономно та спільно з іншими працівниками у межах розширеної клінічної ролі» [57].

В Канаді передреєстраційна освіта передбачає два рівні - зареєстрована медична сестра та ліцензована практична медична сестра («registered nurse» та «licensed practical nurse»). Щоб стати зареєстрованою медичною сестрою можна отримати ступінь бакалавра або диплом для реєстрації. Рекомендують отримати ступінь бакалавра, оскільки це дає можливість для кращого кар'єрного зростання. Для цього необхідно навчатися в університеті протягом 4-х років, а для того щоб отримати диплом для реєстрації - можна навчатися у місцевому коледжі 3 роки. Післяреєстраційна програма пропонує сертифікацію з 17 клінічних спеціальностей. МСП - це дипломована медична сестра з додатковою освітою з оцінки стану здоров'я, діагностики та лікування захворювань і травм, включаючи призначення ліків. Щоб отримати ліцензію на практику по цій спеціалізації деякі провінції вимагають ступінь магістра або доктора медсестринства.

В Ірландії першим рівнем є зареєстрована медична сестра, яка навчається 4 роки, яка здобуває ступінь бакалавра та отримує загальну або

спеціалізовану освіту (інтегрована дитяча та загальна допомога, загальне медсестринство, догляд за хворими з розумовою відсталістю, акушерство і психіатрія). Щоб стати медичною сестрою з розширеними повноваженнями необхідно отримати диплом спеціаліста [57].

В Японії передреєстраційна підготовка передбачає два рівні - зареєстрована медична сестра та ліцензована практична медична сестра («registered nurse», «licensed practical nurse»). Зареєстрованою медичною сестрою можна стати отримавши:

- ступінь бакалавра після 4-х років навчання в університеті;
- асоційований ступінь -3-річний курс на базі коледжу медсестер;
- диплом - 3-річний курс у школі медсестер.

Усі повинні скласти іспит Національної ради зареєстрованих медсестер, щоб отримати ліцензію на практику.

Ліцензована практична медсестра (відома як помічник медсестри) отримує диплом про повну середню освіту після 2-х років очного навчання повного робочого дня або 4 роки неповного робочого дня. Після 3 років клінічного досвіду можуть пройти 2-річний курс медсестер, а потім пройти державний національний іспит на кваліфікацію зареєстрованої медсестри [57]. Щоб стати КМС потрібно завершити магістратуру та мати принаймні 5 років клінічної практики (включаючи 3 роки за фахом) перед складанням іспиту, який приймає Японська асоціація медсестер [57].

У Швеції передреєстраційна підготовка медичних сестер включає зареєстровану медсестру та ліцензовану медсестру («registered nurse» та «licensed (enrolled) nurse»). Для того щоб стати зареєстрованою медичною сестрою потрібно навчатися в університеті 3 роки для того, щоб отримати ступінь бакалавра з медсестринства. Також є ще дві програми: 4-річний курс, який включає 3 роки медсестринства загального профілю та 1 рік соціального догляду, а також 4-річний курс, який включає 3 роки загального медсестринства та 1 рік інформатики у сфері охорони здоров'я. Для того, щоб стати ліцензованою медичною сестрою необхідно навчатися в старшій

середній школі медсестринства 3 роки. Медсестринство з розширеними повноваженнями є післяреєстраційною освітою. Розширена сестринська практика в первинній медичній допомозі пропонує кафедра Медичних наук Університету Сковде. Після отримання 90 кредитів ЄКТС медсестри отримують компетентність як досвідчена медсестра первинної медичної допомоги. Ще 90 кредитів ведуть до ступеня магістра.

У Великобританії передреєстраційна підготовка передбачає лише звання зареєстрованої медичної сестри. Після 3-4 річного навчання медичні сестри отримують диплом з медсестринства чи ступінь бакалавра. Також є загальна базова програма, що супроводжується спеціалізацією та кваліфікацією - медсестринство для дорослих, дітей, з психічного здоров'я або нездатністю до навчання. Окремим курсом є акушерство. На рахунок медсестринства з розширеними повноваженнями - посади МСП та КМС доступні в широкому діапазоні спеціалізованих медичних галузей. Список курсів МСП, опублікований Королівським коледжем медсестер, вказує на те, що деякі, але не всі мають ступінь магістра станом на 2005 р. [57].

Хоча ця роль постійно вдосконалюється та на міжнародному рівні розглядається на більш просунутій стадії розвитку, але в Сполученому Королівстві офіційно не регулюється, що значною мірою перешкоджає подальшому розвитку та створює невідповідності як в освітніх, так і в професійних стандартах [13].

В Польщі медсестер готують до ступеня бакалавра на основі 3-річного курсу. Вони можуть вибрати розширену програму, яка дозволяє акушерську практику, загалом 5 років післядипломної роботи. Навчальний план схвалюється Міністерством охорони здоров'я Польщі, а для отримання дозволу на практику потрібен післядипломний ліцензійний іспит. Медсестри мають можливість отримати післядипломну освіту в галузі акушерства, педіатрії, психіатрії та ін. [11].

1.4. Міжнародний досвід впровадження розширених повноважень сестер і визначення меж їхніх професійних обов'язків

Практично в усіх країнах позиція професійних медичних організацій, зокрема медсестринських, грала ключову роль у появі медсестер з розширеними повноваженнями. Вони також вносили пропозиції щодо розширення практики медсестер і визначення вимог до додаткової освіти. Професійні організації медичних сестер у Великобританії та США мають більший вплив, ніж у деяких інших країнах. Наприклад, у Великобританії впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями протягом багатьох років підтримував Королівський коледж медсестер. Окрім адвокаційної політики, коледж підтримував розвиток розширених повноважень роз'яснюючи потенціал такої практики і визначаючи межі необхідних навичок і знань для проходження сертифікації. На противагу, в інших країнах медсестринські професійні організації не мають такої ж спроможності чинити тиск для проведення реформ, розробляти пропозиції щодо реформ і підтримувати їх впровадження. У Франції національна рада медсестер була створена лише у 2008 році [24].

У США роль МСП виникла як стратегія розширення доступу до первинної медичної допомоги у відповідь на брак лікарів первинної ланки. Перша успішна програма, яка підготувала МСП було розроблена в Університеті Колорадо у 1965 році спільними зусиллями медсестри Лоретти Форд і лікаря Генрі Сільвера і була спрямована на педіатричну допомогу[23]. Багато з перших програм МСП були сертифікаційними або післядипломним навчанням для зареєстрованих медсестер, які не пропонували ступінь бакалавра. У 1968 році Бостонський коледж започаткував одну з перших магістерських програм для МСП. Програма Університету Колорадо, яка розпочалася як сертифікатна програма, вимагала, щоб учасники мали принаймні ступінь бакалавра з медсестринства, а на початку 1970-х років стала магістерською програмою. Навчання на цих програмах тривали близько

року. Протягом 1970-х років ці медсестри працювали разом із лікарями. З'явилися ініціативи щодо розширення повноважень медичних сестер. У 1971 університеті Вашингтону відкрилася одна з перших програм, яка готувала МСП для роботи у сімейній медицині. У 1974 році Американська асоціація медсестер допомогла узаконити роль МСП створивши Раду медичних сестер первинної ланки, яка з 1980 року почала пропонувати безперервний формат навчання у вигляді щорічних конференцій. Десятиріччя 1990-х принесло швидке зростання кількості МСП. Наразі всі МСП у Сполучених Штатах можуть діагностувати захворювання та лікувати пацієнтів, а в 21 штаті вони можуть практикувати самостійно. Також, за винятком Джорджії, усі МСП мають можливість виписувати ліки, а в 10 штатах можуть виписувати рецепти самостійно. Співпраця з лікарями відбувається регулярно, але не передбачена законом.

У Великобританії впровадження розширених повноважень для медичних сестер розпочався у 1970 р. у відповідь на потребу підсилити первинну ланку надання медичної допомоги і було частиною програми Національної служби охорони здоров'я. МСП була в центрі уваги департаментів охорони здоров'я Австралії з 1990 р. [29].

У 1991-1992 у Великобританії роль МСП була вперше представлена з ініціюванням програми для МСП у первинній медичній допомозі в Королівському коледжі медсестер. Основним поштовхом до розвитку цієї ролі було полегшення непосильного робочого навантаження лікарів первинної медичної допомоги в країні. Це продовжує обумовлювати потребу в цій ролі [13].

Університет медсестер і медичних наук Оіта в Японії у 2008 р. заснував першу навчальну програму для підготовки МСП. Це поступово стало підґрунтям для зміни законодавства, яке регулює практику МСП. За основу була взята модель США. Як тільки було започатковано курс для МСП, команда проекту подала заявку про співпрацю з лікарнею Оіта-Ока, щоб розробити регіональну програму. У цій програмі студентам і випускникам

МСП було дозволено виконувати деякі з призначених медичних процедур госпіталізованим пацієнтам під наглядом лікарів. Метою цієї програми було інституціалізувати МСП в японській системі медсестринської практики [69].

У Польщі реформа охорони здоров'я спрямована на посилення первинної ланки надання медичної допомоги розпочалася у 2016 р.. У листопаді 2018 р. Департамент сестринської та акушерської справи при Міністерстві охорони здоров'я Польщі замовив оцінювання, щоб визначити оптимальні шляхи посилення ролі медсестринства у рамках цієї реформи. Це оцінювання містило аналіз ключових документів, пов'язаних з розвитком сестринської справи та первинної медичної допомоги, були проведені семінари та цільові семінари та інтерв'ю з політиками та представниками пацієнтських організацій, а також з іншими стейкхолдерами. Було проведено воркшопи за участі Вищої ради медичних сестер та акушерок Польщі, Центру післядипломної освіти медичних сестер та акушерок, Польської асоціації медичних сестер, Польської асоціації акушерок, Медичного університету у Лодзі, Міністерства охорони здоров'я та інших. Кількість сімейних лікарів була недостатньою відносно попиту на первинну медичну допомогу. Польща також стикається з хронічною нестачею медсестер, що ускладнюється стрімким їхнім старінням. У 2018 р. на 1000 жителів припадало 5,2 медичних сестер порівняно з середнім показником Європейського регіону ВООЗ - 9,1. Також була відсутня інформація про медичних сестер, які працюють на первинній ланці.

Перешкоди для підготовки сестринського персоналу первинної ланки включають застарілий підхід до модулів первинної медичної допомоги, дефіцит викладачів і наставників, які були б знайомі з новими ролями медичної сестри, яка надає первинну медичну допомогу. Ця перспектива вимагає більших знань з епідеміології, соціології та соціальних аспектів поняття здоров'я. У цьому типі моделей медсестри беруть на себе багато завдань, які раніше виконували лікарі загальної практики. У Польщі медсестри беруть участь у зборі та внесенні інформації в електронні медичні записи,

перегляд історії хвороби, обговоренні медикаментозних призначень, оцінки соціальних факторів та надання профілактичних послуг [67].

Визначення меж професійних обов'язків медичних сестер можна розділити на:

1) Заміна лікаря. Деякі конкретні обов'язки, які раніше виконував лікар, повністю передаються медичним сестрам з розширеними повноваженнями. Основною метою цього є зменшення навантаження на лікаря і зменшення фінансових витрат.

2) Доповнення до роботи лікаря. У цьому випадку медсестри беруть на себе відповідальність за нові послуги, які раніше не надавалися. Наприклад, як частина нових програм лікування хронічних захворювань або сприяння вищій якості медичної допомоги в лікарняних умовах. Ці нові види діяльності традиційно не виконувалися лікарями. Основними цілями є покращення сервісу через поліпшення якості та безперервності медичної допомоги, тоді як мета скоротити витрати є другорядною.

Консультації медичних сестер з розширеними повноваженнями також можна розділити на дві категорії:

1) Більш інтенсивні/екстенсивні медсестринські консультації. Ці типи консультацій засновані на стандартній теорії та практиці медсестринства, хоча вони передбачають більший досвід у конкретній галузі. Наприклад, розширена консультація психіатричної сестри може включати «психологічну оцінку» (щодо тривоги або стресу), що вимагає більших знань і застосування шкал та інструментів для оцінки психічних станів. Однак, такі консультації може проводити як просто досвідчена медична сестра, так і зареєстрована медична сестра з розширеними повноваженнями.

2) Більш медичний тип консультацій. Такі консультації схожі на лікарські і їхньою метою є заміна лікаря. Цей вид консультацій, аналізів і діагностичних процедур у інших країнах виконуються виключно лікарями. Проведення таких консультацій медичною сестрою з розширеними повноваженнями може відбуватися проводитися під наглядом лікаря або самостійно без лікаря. Якщо вони проводяться під наглядом лікаря, і тільки

передбачають участь у медичній консультації, то вони можуть вважатися «помилковими» розширеними повноваженнями (у тому сенсі, що медсестри можуть не відігравати більшої ролі, ніж раніше). Якщо вони будуть здійснені без нагляду лікаря, тоді вони більше відповідають «справжнім» розширеним повноваженням [24].

У Великобританії МСП визначити і виконувати велику частину плану догляду за пацієнтом самостійно або у співпраці з колегами-медиками.

В Австралії МСП відіграють важливу роль у наданні первинної медичної допомоги в багатьох сільських районах. До їхніх ролей і завдань належать оцінка, діагностика, лікування та моніторинг різноманітних станів здоров'я; призначення та інтерпретація певних видів обстежень; консультування з приводу депресії та направлення пацієнтів до спеціалістів завдяки тісній співпраці з місцевими психологами; організація перевезення для пацієнтів, які потребують комплексної невідкладної допомоги; забезпечення превентивної охорони здоров'я та навчання [24].

У Швейцарії модель медсестер з розширеними повноваженнями існує з 2000 р. Що цікаво, поява цієї професії була обумовлена не браком лікарів як у більшості інших країн, а пошуком нових ефективних моделей надання медичної допомоги населенню [12].

В Університеті медсестер і медичних наук Оіта у 2005 році було організовано академічну проектну групу для розробки проекту з впровадження професії МСП. Причинами, чому цей проект став актуальним були низька народжуваність, збільшення частки людей похилого віку і погані логістичні сполучення з вже існуючими медичними установами. Вважалося, що медичні сестри-практики допоможуть розв'язати проблему з доступністю медичної допомоги. За модель була взята практика США, де сформована проектна група перебувала протягом одного місяця. Метою було зрозуміти систему і що можливо застосувати в Японії. У 2008 р. Університеті медсестер і медичних наук Оіта відкрив клінічну магістратуру для медичних сестер-практиків. За основу було взято стандарт Міжнародної ради медичних

сестер. У результаті навчання випускники отримували сім компетенцій зокрема: фізична оцінка пацієнта та оцінка навколишнього середовища, розширений клінічний менеджмент, експертна клінічна практика, адміністрування, співпраця з іншими професіоналами, консультації та етичне прийняття рішень. У 2010 році були перші випускники цієї програми [69, 27]. Японія є країною з високим співвідношенням медсестер до лікарів [24].

Висновки до розділу 1

1. ВООЗ надає медичним сестрам/братам роль ключових стейкхолдерів у досягненні універсального охоплення населення планети медичним обслуговуванням. З цією метою в багатьох країнах світу з'явилася медсестринська професія, яка передбачає широкий спектр професійної діяльності. Медсестра з розширеними повноваженнями в межах сестринської справи та інших пов'язаних з нею досліджень, теорій та навичок управління та лідерства заохочує колегіальний міждисциплінарний підхід до якісного догляду за пацієнтом/клієнтом.

2. У всіх країнах, де функціонує інститут медсестринства з розширеними повноваженнями, свій шлях до процесу створення законів та інших нормативно-правових документів, які регламентують професійну діяльність цієї ролі - реєстрація та/або ліцензування. Важливим кроком було обґрунтування права медичними сестрами виписувати медикаменти, що потребувало роботи як у освітній підготовці фахівців, так і забезпечення цієї опції на законодавчому рівні.

3. Професійна підготовка медичних сестер з розширеними повноваженнями включає декілька рівнів. В більшості країн світу для цього потрібно здобути ступінь магістра з медсестринства.

4. США були першою країною в світі, яка запровадила медсестринство з розширеними повноваженнями у 1965 р. Мета залишилася незмінною протягом цих років - підвищити доступність для населення до

первинного рівня надання медичної допомоги у відповідь на брак лікарів. Однак, є винятки. У Швейцарії поява нової ролі була обумовлена не браком лікарів, а пошуком нових ефективних моделей надання медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ І МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗШИРЕННЯ ПОВНОВАЖЕНЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Дослідження фактичних ролей медичної сестри у наданні первинної медичної допомоги в Україні у порівнянні з міжнародним досвідом

Було проведено опитування серед медичних сестер/братів, акушерок/акушерів. У ньому взяло участь 37 осіб. Опитування проводилося через Google Forms і не є репрезентативним. Перелік питань анкети представлені у додатку Б. Мета опитування передбачала з'ясувати їхнє бажання працювати самостійно без нагляду лікаря після проходження відповідного навчання, відчуття професійної реалізованості; їхнє бачення впливу розширення повноважень медсестер на роботу медичного закладу та задоволеність пацієнтами від отриманих послуг та можливі перепони та адміністративні проблеми на шляху реалізації ролі; з'ясувати, що з перерахованих вимог виконують медичні сестри на первинному рівні надання медичної допомоги. Анкета включала 14 запитань. Перші чотири питання стосувалися області, місцевості (місто, село, гірський район), форми власності закладу, у якому працює особа, стажу роботи. На питання, чи відчуває себе медична сестра/брат професійно реалізованими як медичний працівник у своєму закладі відповіді розподілилися таким чином:

- «Так» - 43,2 %;
- «Ні» - 23,4 %
- «Важко відповісти» - 32,4 %.

Результати представлені у вигляді діаграми на рисунку 2.1.

6. Чи відчуваєте Ви себе професійно реалізованими як медичний працівник у своєму закладі?

37 відповідей

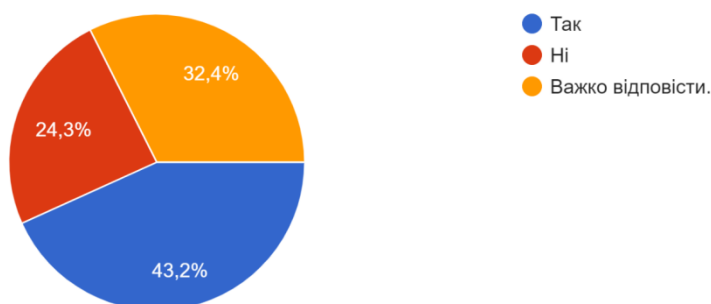


Рис.2.1. Результати опитування середнього медичного персоналу стосовно відчуття професійної реалізації як працівника у своєму закладі.

Джерело: сформовано автоматично при заповненні Google Forms.

На питання, чи хотіли б респонденти виконувати більше роботи безпосередньо з пацієнтами, самостійно без нагляду лікаря, відповіді розподілилися таким чином:

- «Так» -67,6%;
- «Ні» - 24,3%;
- «Важко відповісти» - 8,1%.

На питання чи готові опитані після проходження відповідного навчання брати на себе відповідальність за встановлення певних діагнозів пацієнту, призначення обстежень, їхню інтерпретацію та лікування певних захворювань, було отримано такі відповіді:

- «Так» - 54,1%;
- «Ні» - 18,9%;
- «Важко відповісти» - 27%.

Результати опитування у вигляді діаграми представлені на рисунку 2.2.

8. Чи готові ви після проходження відповідного навчання брати на себе відповідальність за встановлення певних діагнозів пацієнту, пр...терпретацію та лікування певних захворювань?
37 відповідей

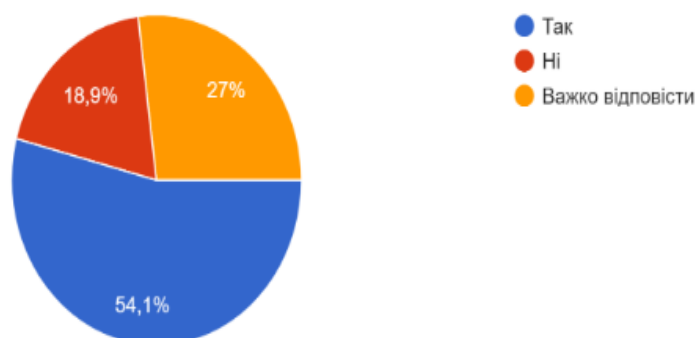


Рис. 2.2. Результати опитування щодо готовності середнього медичного персоналу брати на себе розширену відповідальність.

Джерело: сформовано автоматично при заповненні Google Forms.

Було прохання до медичних сестер/братів, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги, відмітити, що з переліченого вони фактично виконують у своїй повсякденній практиці. Частина переліку запропонованих варіантів відповідей було взято з «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» згідно завдань та обов'язків сестри медичної/брата медичного загальної практики-сімейної медицини [3]. Також була можливість вписати свої власні варіанти. Відповіді отримані від 23 осіб, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги, представлені у табл. Г.1. у додатку Г. Найбільш частою роботою, яку виконували від 22 до 12 опитаних, було: виконання швидких тестів, робота з документацією, інформування пацієнтів з питань підготовки до обстежень, забір матеріалу для клініко-лабораторних та бактеріологічних досліджень, планування профілактичної роботи та проведення щеплень, виписування рецептів та направлень для пацієнтів в Електронній системі охорони здоров'я (далі - ЕСОЗ), використовуючи електронний цифровий підпис лікаря, проведення санітарно-просвітницької роботи, проведення електрокардіографії

і вимірювання гостроти зору пацієнтів. Найрідше (по одному респонденту) виконують таку роботу: кварцування кабінету та заміна та контроль дезінфікуючих засобів; введення повністю даних прийому в електронній системі замість лікаря; проведення промивання шлунка; застосування сучасних методів обстеження вагітних. Ніхто з 23 осіб, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги, не проводить онкологічний профогляд.

З цього можна зробити висновок, що опитані медичні сестри, окрім роботи з пацієнтами, багато працюють з паперовою документацією і виконують деяку роботу у ЕСОЗ замість лікаря.

В Польщі медичні сестри, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги, мають пройти спеціалізацію. Також, з 1 січня 2016 року доступні фармакологічні спеціалізовані курси для таких медичних сестер, після чого вони мають право виписувати певні медикаменти та дієтичні добавки. У 2018 році було проведено дослідження, метою якого було з'ясувати, що найчастіше і найрідше роблять медичні сестри на первинному рівні надання медичної допомоги в Польщі. Найбільш часто медичні сестри виконували призначення медикаментів лікарем, зокрема ін'єкції та крапельниці, визначали потреби пацієнтів у догляді, моніторинг, оцінка і інтерпретація базових життєвих функцій, навчання стосовно здоров'я пацієнтів, проведення сестринського догляду при різноманітних станах та захворюваннях; діагностика, оцінка та профілактика станів, що загрожують здоров'ю пацієнтів; проведення інтерв'ю стосовно екології; накладання пов'язок на рани, опіки, догляд за пролежнями; забір біологічного матеріалу для діагностичних тестів. Найменш частими було призначення проведення специфічних медичних тестів, лікарських засобів, промивання сечового міхура, проведення процедур зі застосуванням тепла та холоду; організація груп підтримки; проведення об'єктивного медичного обстеження; складання дієти для хронічних хворих; проведення клізм; підбір методу годування пацієнта залежно від його стану; реабілітація пацієнтів, які тривало прикуті до

ліжка, з метою попередження хворобливих процесів, які можуть виникнути внаслідок іммобілізації. Також у ході цього дослідження було з'ясовано, що медичні сестри з більшим стажем роботи більш охочіше виконують вказівки лікарів, тоді з меншим стажем - більш прагнуть автономії і готові до нових професійних викликів [45].

У Великобританії медичні сестри загальної практики також беруть активну участь у процесі догляду за пацієнтами. Асистують у проведенні малих хірургічних процедур, лікують незначні травми, проводять скринінг здоров'я пацієнтів, надають рекомендації щодо планування сім'ї, способу життя та проведення вакцинації [61].

У Канаді зареєстровані медичні сестри первинної медичної допомоги повинні володіти такими компетенціями:

- 1) Професіоналізм.
 - практикувати згідно з науково обґрунтованими рекомендаціями та у межах політики первинної медичної допомоги;
 - дотримуватися професійних стосунків і належних професійних кордонів з пацієнтами протягом усього життя;
 - сприяти покращенню якості та безпеки в первинній медичній допомозі;
 - брати участь у заходах професійного розвитку, пов'язаних з первинною медичною допомогою;
 - сприяти розвитку потенціалу сестринської справи в первинній медичній допомозі через наставництво та навчання;
 - робити внесок у розвиток сестринської справи в первинній медичній допомозі;
 - відстоювати максимальну реалізацію ролі медсестри в міжпрофесійній практиці у наданні первинної медичної допомоги.
- 2) Клінічна практика:
 - інтегрувати принципи первинної медико-санітарної допомоги у роботу;

- ідентифікувати потреби та цінності пацієнтів у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги протягом життя;
- застосовувати стратегії (наприклад, мотиваційні інтерв'ю, етапи змін) для підтримки пацієнтів;
- визначати ключові детермінанти здоров'я та невідповідності у здоров'ї серед населення;
- надавати сестринський догляд, ґрунтуючись на впливі колоніалізму та способів пізнання корінного населення в рамках первинної медичної допомоги;
- повідомляти службу громадського здоров'я про інфекційні захворювання;
- розуміти потреби пацієнтів зі складними станами здоров'я, типовими для первинної медичної допомоги;
- управляти фізичними, психологічними та соціальними проблемами протягом усього життя шляхом розробки орієнтованих на пацієнта планів охорони здоров'я;
- надавати попередні вказівки та раннє втручання для пацієнтів протягом усього життя;
- моніторинг та оцінку планів охорони здоров'я пацієнтів протягом усього життя;
- використовувати практику заснованої на доказах, у прийнятті клінічних рішень у первинній медичній допомозі;
- забезпечувати ведення випадків і координацію догляду за пацієнтами зі складними потребами у сфері охорони здоров'я, щоб забезпечити оптимальне використання послуг і ресурсів;
- запроваджувати програми у первинній медичній допомозі для зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і реабілітації.
- сприяти підходам до розширення можливостей пацієнтів у наданні первинної медичної допомоги протягом життя;
- використовувати інформаційні технології;

- навчати пацієнтів ресурсам та інструментам для самостійного керування своїм здоров'ям і благополуччям;

- допомагати пацієнтам орієнтуватися в системі охорони здоров'я.

3) Комунікація:

- використовувати підходи до спілкування з пацієнтами, сім'ями та громадою, що базуються на доказах, для підтримки досягнення орієнтованих на пацієнта цілей, пов'язаних із здоров'ям;

- розвивати потенціал пацієнтів щодо медичної грамотності;

- обмінюватися знаннями між членами міжпрофесійної команди для сприяння досконалості в практиці первинної медичної допомоги;

- використовувати комунікаційні стратегії та інструменти (наприклад, інформаційні технології) у безпечний та конфіденційний спосіб для ефективного управління доглядом за пацієнтами з міждисциплінарною командою первинної медичної допомоги.

4) Співпраця та партнерство:

- співпрацювати з організаціями в секторах охорони здоров'я та інших секторах для сприяння оптимальному здоров'ю та благополуччю пацієнтів первинної медичної допомоги.

- розуміти ролі та обов'язки регульованих і нерегульованих медичних працівників, залучених до міжпрофесійних бригад первинної медичної допомоги;

- сприяти організаційній практиці, яка підтримує безперервність медичної допомоги;

- підтримувати перехід від медичної допомоги в медичні заклади та між ними для покращення результатів для пацієнтів;

- участь у внутрішніх, міжсекторних комунікахціях та стратегіях, які підтримують інтегрований догляд за пацієнтами зі складними медичними та соціальними потребами.

5) Забезпечення якості та оцінювання:

- участь у практичних ініціативах щодо покращення якості, включаючи заходи з акредитації;
- співпраця з членами команди первинної медичної допомоги для вирішення потенційних та/або фактичних ризиків, невдач, порушень конфіденційності та перевірок критичних інцидентів;
- розуміння показників ефективності і якості для первинної медичної допомоги;
- допомагати в розробці політики та процедур, щоб гарантувати, що вони відображають як найкращу практику, так і місцевий контекст.
- участь у дослідницькій та оцінювальній діяльності, пов'язаній з первинною медичною допомогою та роллю медсестер у первинній медичній практиці, разом з науковими установами, громадськими службами та іншими професіонали;
- участь у зборі, інтерпретації та/або синтезі даних пацієнтів для постійного покращення якості;
- використовуйте клінічні дані та літературу/дослідження для підтримки розробки/планування програм і підходу до здоров'я населення в практиці первинної медичної допомоги.

б) Лідерство:

- підтримувати лідерство у впровадженні ініціатив первинної медичної допомоги;
- відстоювати ефективне використання ресурсів у міждисциплінарній практиці первинної медичної допомоги;
- ділитися новими знаннями з однолітками та колегами для просування науково-обґрунтованої практики в рамках первинної медичної допомоги;
- відстоювати інтереси здорового населення політика та соціальна справедливість, що мають відношення до пацієнтів і населення первинної медичної допомоги;

- участь у координації розробки та/або реалізації програм первинної медичної допомоги для підтримки зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та реабілітації [20].

На жаль, у «Довіднику кваліфікаційних характеристик працівників Випуск 78. Охорона здоров'я» для сестер/братів медичних загальної практики-сімейної медицини нічого не згадується про лідерство і участь у прийнятті рішень при розробці стратегій і політик, які можуть підвищити якість надання медичних послуг [3].

2.2. Аналіз переваг для системи охорони здоров'я України від впровадження розширених повноважень для медичних сестер

Для оцінки впровадження у систему охорони здоров'я України розширених повноважень для медичних сестер/братів у контексті появи нової спеціалізації «медична сестра-практик» було обрано метод аналізу SWOT (акронім з англійської мови):

- «Strengths» - сильні сторони проекту;
- «Weaknesses» - слабкі сторони проекту;
- «Opportunities» - зовнішні можливості, які можна використати для розвитку і покращення проекту;
- «Threats» - зовнішні загрози; те, що може завдати збитків [42].

Оцінку можна провести для трьох рівнів:

- макрорівень - рівень держави;
- мезорівень - рівень місцевих громад;
- мікрорівень - рівень медичного закладу, у якому працюватиме медична сестра.

Оскільки ролі поки не існує в Україні вирішено провести спільний аналіз для трьох рівнів.

Причиною появи ролі медичної сестри з розширеними повноваженнями у більшості країн світу була потреба компенсувати нестачу лікарів. У дослідженні, яке провели працівники Українського Центру Охорони Здоров'я у 2022 році загальна кількість медиків найнятих на роботу скоротилася на майже 14 % у порівнянні з 2021 роком. За даними Міністерства охорони здоров'я Польщі, 3383 лікарів та стоматологів подали заявки для можливості працевлаштування до лютого 2023 року. З них 2369 отримали схвальну відповідь. 1591 заявок надійшла від медсестер і акушерок. 1067 були успішними [33]. На основі міжнародного досвіду можна зробити висновок, що впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями сприятиме компенсації кадрового дефіциту в Україні.

Хронічні захворювання є першочерговою причиною смертності та інвалідності серед населення. Передбачають, що до 2030 року у всьому світі витрати на хронічні захворювання можуть сягнути 47 трильйонів доларів. У 2015 році США витратили 3,2 трильйони доларів. 86% щорічних витрат спрямовані на хронічні захворювання. Такі витрати спонукають шукати нові економічно-ефективні моделі надання медичної допомоги. Деякі дослідження вказують, що медичні сестри з розширеними повноваженнями можуть бути більш економічно-ефективними у порівнянні з лікарями загальної практики у догляді і консультуванні пацієнтів під час домашніх візитів чи як альтернативні надавачі амбулаторної допомоги. Також така медична допомога забезпечує високий рівень задоволеності пацієнтів від отриманої послуги [21, 51]. Отже, надання медичної допомоги медсестрами може сприяти зниженню економічних витрат та сприяти задоволеності пацієнтів під час отримання медичної послуги.

Деякі дослідження вказують, що догляд і лікування, яке призначають такі медичні сестри суттєво не відрізняються від того, що призначають лікарі. Протоколи, які включають медикаментозні і немедикаментозні методи лікування дають можливість порівняти роботу лікарів та медичних сестер з розширеними повноваженнями. У 74-84% аналітичних досліджень показали,

що медсестринський догляд був не гірший, а у деяких випадків навіть кращий, ніж лікарський. Дослідження вказують на те, що пацієнти зазвичай хочуть отримати більше інформації стосовно зміни способу життя і корекції звичок, про причини своїх захворювань і методи лікування, а також мати більшу участь у прийнятті рішень стосовно їхнього лікування, ніж отримують під час взаємодії з лікарями. Цю інформацію більш охоче надають медсестри з розширеними повноваженнями, що забезпечується хорошими комунікативними навичками. Також дотримання медсестрами протоколів лікування різних захворювань (вірус імунодефіциту людини, хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, диспепсія та ін.) призводить до хороших результатів. Складність захворювань може потребувати більш тривалого часу консультування, ніж це може дозволити лікар, тому робота медичної сестри з розширеними повноваженнями допоможе розв'язати цю проблему [71, 31, 63, 73].

Для того, щоб стати медичною сестрою-практиком необхідно спершу здобути ступінь бакалавра, на що піде 4 роки навчання. Наступним кроком є ступінь магістра - це ще додатково два роки. Тривалість навчання може відрізнятись у різних країнах. У підсумку це становитиме орієнтовано 6 років. В Україні, щоб стати лікарем загальної практики, необхідно провчитися 6 років в університеті, щоб отримати диплом спеціаліста і ще протягом 2-х років проходити інтернатуру. Це становитиме 8 років. Отже, медичну сестру з розширеними повноваженнями можна швидше підготувати, ніж лікаря загальної практики [57].

Дослідження вказують, що робота медичної сестри з розширеними повноваженнями дозволяє скоротити час очікування пацієнта на медичну допомогу, оскільки немає потреби чекати на прийом у лікаря. Це підвищує пропускну здатність системи, а в деяких випадках може попередити появу медичних ускладнень через тривале очікування на лікування [36].

Також міжнародна практика вказує на те, що медсестра з розширеними повноваженнями, яка має право обстежувати пацієнтів, призначати додаткові

методи діагностики захворювань та інтерпретувати їхні результати, встановлювати діагнози та призначати лікування, є хорошою альтернативою у вирішенні браку лікарів у віддалених чи сільських регіонах [37, 73].

Відомо, що медичні сестри, які мають можливість вести свою практику у повному обсязі, включаючи призначення медикаментів, відчують більше задоволення від своєї роботи [70].

Хороші результати є під час лікування медичними сестрами-практиками пацієнтів з декількома хронічними захворюваннями. Існує практика догляду саме такими медичними спеціалістами за пацієнтами з інвалідністю, літніми людьми, які потребують комплексного медичного догляду у зв'язку з вищою клінічною складністю [58]. Існує практика отримання додаткових спеціалізацій для МСП, які охоплюють педіатрію, геронтологію, жіноче здоров'я, онкологію, психічне захворювання, кардіологію та ряд інших. Це дозволяє створити індивідуальний підхід до вирішення конкретних завдань по догляду за пацієнтами [10].

Проблемою може стати успішна інтеграція ролі у колектив та громаду. Важливо провести комплексну роботу. Має бути створене безпечне професійне середовище, підібрані наставники, обов'язки - бути чітко визначені. Це сприятиме розвитку і стабільності нової посади у середовищі і дозволить попередити не розуміння ролі серед колег-медиків і пацієнтів [28].

В контексті України зі слабких сторін є відсутність законодавчої бази, яка б регламентувала роботу медсестер з розширеними повноваженнями. З цього логічно випливає відсутність навчальних програм, які готували б таких спеціалістів. Дефіцит коштів може стати вагомою перешкодою на шляху у впровадженні нової медичної спеціальності на макрорівні. На мікрорівні недостатнє фінансування може стати причиною низької мотивації медичних сестер працювати у новій ролі, яка передбачає вищий рівень відповідальності, а також складнощі у забезпеченні матеріально-технічної бази для такого спеціаліста.

Результати аналізу представлені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

SWOT аналіз впровадження у систему охорони здоров'я України
розширених повноважень для медичних сестер

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> - підвищення доступності до медичної допомоги у населення; - підвищення задоволення медсестер професією, розвиток лідерських якостей; - зменшення навантаження на лікарів; - менший час професійної підготовки, ніж у лікарів загальної практики; - економія коштів; - створення сервісу, який може забезпечувати потреби у медичній допомозі певних груп пацієнтів у громаді. 	<ul style="list-style-type: none"> - відсутність розуміння ролі колегами, негативне ставлення; - відсутність бажання у пацієнтів отримувати медичні послуги у таких медсестер; - використання ролі не у повному обсязі; - недостатня кваліфікаційна підготовка медсестер до нової ролі.
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> - розширення можливостей у наданні медичної допомоги; - можливість забезпечити потребу у первинній медичній допомозі віддалених регіонів; - можливість залучати лікарів до більш важкої клінічної роботи; - підвищення освітнього рівня медичних сестер. 	<ul style="list-style-type: none"> - відсутня нормативно-правова основа (законодавчі акти, які регламентують роботу, освітні програми і тд.); - відсутнє фінансування, що могло б забезпечити відповідну оплату праці; - противники впровадження на макрорівні під час підготовки нормативно-правової основи, а надалі - на місцевому в процесі впровадження.

Джерело: складено автором.

В процесі впровадження можуть з'являтися противники як на макрорівні, так і на мікрорівні. Це може бути пов'язано з відсутністю розуміння ролі, оскільки для багатьох невідомо чим власне має займатися медична сестра з розширеними повноваженнями. Потрібно роз'яснювати, що ця професія не передбачає роботи звичайної медичної сестри, яка може

виконувати роль помічника лікаря, є під безпосереднім контролем і виконує його призначення.

2.3. Особливості і управлінські проблеми, пов'язані із роботою медичних сестер з розширеними повноваженнями

Управлінські проблеми можна розподілити на три рівні: макрорівень, мезорівень, мікрорівень.

Макрорівень містить законодавчі і нормативно-правові аспекти, які створюють бар'єри для впровадження ролі. Також сюди можна віднести наявність робочих місць. Станом на сьогодні в Україні відсутні відповідні регуляторні акти, які уможливають практику медичної сестри з розширеними повноваженнями, які дозволяють самостійне ведення пацієнта, призначення лікування, скерування на додаткові обстеження та інтерпретацію їхніх результатів. Відсутні відповідні освітні програми, які готують спеціалістів з відповідною освітою та практичними навичками, які необхідні для виконання роботи медичної сестри у ширшому обсязі, ніж було до того в Україні. До макрорівня також відносяться проблеми пов'язані з фінансуванням. Щоб створити відповідні нормативно-правові документи, розробити освітні програми необхідні гроші. Також очевидно, що заробітна плата такої медичної сестри має відповідати об'єму практики та рівню відповідальності і не може бути такою ж як у медичних працівників без відповідної кваліфікації.

Мезорівень містить в собі особливості побудови системи охорони здоров'я на рівні місцевих громад. Можуть виникнути труднощі у поясненні різниці між медичною-сестрою практиком, звичайною медичною сестрою та лікарем загальної практики. З цього виникне як відсутність розуміння необхідності цієї ролі в громаді, так і концепції роботи такого професіонала загалом.

Мікрорівень безпосередньо стосується проблем, які можуть виникати під час рутинної практики. Сюди буде відноситися відсутність розуміння ролі МСП у її колег-медиків, якщо мова йде про колектив, який складається з багатьох членів. Це порушує встановлену ієрархію працівників. Лікарі можуть сприймати такого спеціаліста як свого конкурента або навпаки недооцінювати професійні компетенції. Це спричинятиме напруження у колективі. Також ускладнювати роботу може відсутність чітко прописаної посадової інструкції з урахуванням повного обсягу практики медичної сестри з розширеними повноваженнями. Наявність такого документа значно спрощує роботу медичної сестри, оскільки їй не доведеться доводити колегам свої компетенції і повноваження. Робота у віддалених регіонах, де медична сестра-практик буде єдиним медичним спеціалістом створює проблеми іншого характеру. Важко планувати відпустку, більший рівень персональної відповідальності за лікування пацієнтів, оскільки немає поряд колег, які могли б допомогти [18].

Метою дослідження було виявлення можливих управлінських проблем та переваг від впровадження медичних сестер з розширеними повноваженнями. Проведення опитування через Google Forms у якому взяло участь 44 осіб, які є працівниками сфери охорони здоров'я. У додатку В представлені питання анкети №2 «Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я України». Перші чотири питання стосувалися області, місцевості (місто, село, гірський район), форми власності закладу, у якому працює респондент (комунальне некомерційне підприємство, фізична особа підприємець, приватний медичний заклад, орган місцевого самоврядування, Міністерство, неурядова організація) та займаної посади.

Результати показали такий розподіл посад: лікар/лікарка загальної практики-сімейної медицини - 50% (20 осіб) опитаних; директор/директорка закладу - 6,8% (3 особи); завідувач/завідувачка підрозділу - 11,4% (3 особи); заступник/заступниця директора - 6,8% (3 особи); медичний брат/сестра - 15,9% (7 осіб); старший фахівець, ФОП сімейний лікар, педіатриня, терапевт -

по 2,3% (1 особа). Опитування продемонструвало, що більшість респондентів - це лікарі загальної практики (рис. 2.3.).

4. Ваша посада

44 відповіді

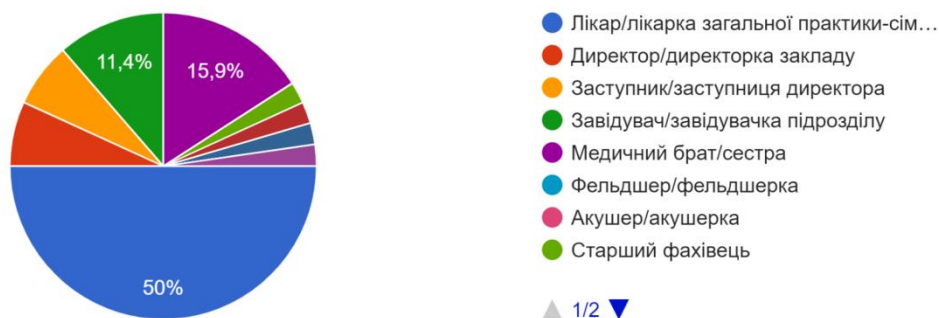


Рис.2.3. Результат опитування щодо займаної посади.

Джерело: побудовано автоматично при заповненні форми Google Forms.

Питання стосовно того, як вплине на роботу закладу охорони здоров'я розширення повноважень медичних сестер / братів. У даному запитанні було можливість обрати декілька відповідей одночасно. 33 опитаних відповіли, що зменшить навантаження на лікаря, 25 - покращить доступність домедичної допомоги пацієнтам, 9 - створить додаткові проблеми. Одна особа уточнила, які саме проблеми це може створити: «Необхідність додаткових приміщень, матеріально-технічного оснащення».

Наступне питання стосувалося того чи підтримують ідею розширення повноважень медичних сестер/братів (наприклад, якщо медичний брат/сестра після спеціального навчання буде самостійно вести прийом пацієнтів, виписувати деякі медикаменти, призначати обстеження і інтерпретувати їхні результати, лікувати певні захворювання без нагляду лікаря). 72,7% (32 особи) опитаних відповіли «так», 18,2% (8 осіб)- «ні», 11,4% (5 осіб)- відповіли, що важко відповісти.

Результати представлені у вигляді діаграми на рис. 2.4

5. Чи підтримуєте Ви ідею розширення повноважень медичних сестер / братів (наприклад, якщо медичний брат/сестра після проведеного ...вати певні захворювання без нагляду лікаря)?
44 відповіді

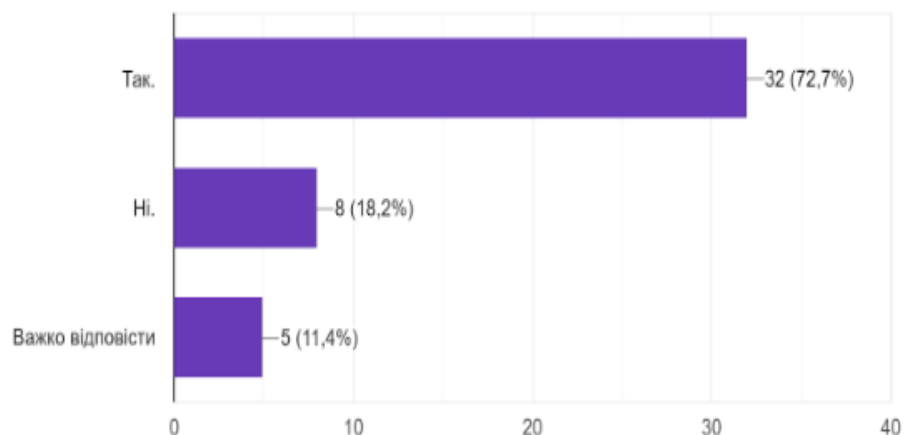


Рис. 2.4. Результати опитування щодо підтримки респондентів ідеї впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями.

Джерело: побудовано автоматично при заповненні форми Google Forms.

Питання, яке стосувалося економічних наслідків для роботи закладу, якщо медичні брати/сестри будуть самостійно працювати з пацієнтами продемонструвало такі результати:

- 1) зростуть фінансові надходження при додатковій оплаті за такі послуги за тарифами НСЗУ - 59,1% опитаних (26 осіб);
- 2) це можливість впровадити платні послуги, які не входять у пакети Національної служби охорони здоров'я (далі -НСЗУ) - 36,4% опитаних, 16 осіб;
- 3) погіршить економічне становище закладу - 6,8% опитаних, 3 особи;

По одній особі, що становить по 2,3 % опитаних дали такі відповіді:

- 4) «Поки немає ніякого пакети, щоб яось вплинути офіційно на економічні наслідки для закладу».
- 5) «Оплата не зміниться».

- б) «Некоректне питання».
- 7) «На початку це більш сервісна-комунікаційне направлення для зручності, що в подальшому призведе до розвитку компетенції середнього медичного персоналу, що в свою чергу призведе до того, що людина обере заклад та буде рекомендувати заклад для інших».
- 8) «Важко спрогнозувати».
- 9) «Вважаю, що не зміняться».
- 10) «Нічого не змінить».
- 11) «Якихось великих змін заклад не відчуває, бо на даний час всі в так працюють на максимум і в деяких випадках медичні сестри роблять роботу котра спрямована на лікарів, аби допомогти їм та закладу».
- 12) «Не знаю».

Питання про перешкоди і труднощі управлінського характеру, які існують для запровадження розширених повноважень медичних сестер і братів давало можливість респондентам на розгорнуту відповідь. Троє респондентів анкети №2 не дало відповіді. Відповіді на це питання представлені у табл. Д.1 додатку Д.

Під час опитування медичних сестер/братів і акушерів/акушерок через Google Forms (перелік питань представлені в додатку Б анкета № 1 «Опитування для медичних сестер/братів. Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я України») однією з поставлених цілей опитування було з'ясувати бачення медичних сестер/братів на можливі управлінські проблеми на шляху впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями. Це питання було під номером 13 в анкеті №1. Відповіді представлені в додатку Д у табл.Д.1.

На питання, яке стосувалося того, як вплине на роботу закладу охорони здоров'я розширення повноважень медичних сестер / братів була можливість обрати декілька відповідей одночасно. 17 опитаних відповіли, що зменшить навантаження на лікаря, 25 - покращить доступність домедичної допомоги пацієнтам, 12 - створить додаткові проблеми.

На питання, як розширення повноважень медичних сестер / братів вплине на задоволеність пацієнтів отриманням медичних послуг було отримано такий розподіл відповідей:

- 1) «Задоволеність пацієнтів зросте» - 45,9 %.
- 2) «Задоволеність пацієнтів не зміниться» - 35,1%.
- 3) «Задоволеність пацієнтів знизиться» - 8,1%.
- 4) «Важко відповісти» -2,7 %.
- 5) «Це залежить і від пацієнтів, їх уяви про якість і рівень потреб» - 2,7%.
- 6) «Не впевнена у відповіді» - 2,7 %.
- 7) «Не знаю» - 2,7%.

Частина відповідей медичних сестер/братів стосувалася побоювань того, що лікарі будуть проти впровадження змін. Однак, результати опитування, у якому взяли лікарі продемонструвало те, що 18 з 22 сімейних лікарів, які брали участь в анкетуванні, підтримують ідею розширення повноважень медичних сестер/братів.

Також частина відповідей стосується побоювань стосовно росту навантаження, у зв'язку з необхідністю працювати не лише самостійно, але також як помічник лікаря. Це тягне за собою виконання обов'язків як своїх, так і лікарських. В цьому випадку стає очевидним, що у нашій культурі відсутнє розуміння того, що медсестра з розширеними повноваженнями не є помічником лікаря. Ця професія - автономна одиниця у наданні медичної допомоги. Це вирішується просвітницькою роботою.

Страх стосовно додаткової відповідальності, хибно встановлених діагнозів і призначеного лікування, невпевненість у власній компетенції - це компенсується належним навчанням, практикою, післядипломною професійною підготовкою, розвитком лідерських якостей.

Відсутність мотивації і бажання навчатися у медичних сестер теж поширена проблема. Однак, на це можливо вплинути матеріальним заохоченням та можливістю кар'єрного росту.

Варіанти відповідей можна згрупувати між собою відповідно до макро-, мезо-, мікрорівня, що представлено у табл. 2.2.

Відповідно до цієї таблиці видно, що деякі з аспектів є проблемами, які стосуються різних рівнів. Відсутнє нормативно-правове регулювання та створення відповідних освітніх програм для професійної підготовки нової спеціальності є вагомим аспектом. Значна кількість респондентів бачить проблему у належній оплаті праці медсестер з розширеними повноваженнями, що може бути вирішено шляхом фінансування від держави, створенням додаткових пакетів від НСЗУ, які можуть покривати витрати. Також зарплату медичним сестрам можуть платити громади шляхом створення відповідних програм. На рівні закладу теж це питання може бути вирішеним, оскільки така послуга на початку може бути сервісно-комунікативною і створювати додаткові зручності для пацієнтів, шляхом скорочення терміну очікування на прийом лікаря. Важливим питанням є заміна такого працівника у період відпустки чи хвороби, якщо він/вона працюватиме автономно у віддаленому регіоні.

Висновки до розділу 2

1. Опитані медичні сестри в Україні окрім виконання медсестринської роботи з пацієнтами, працюють в ЕСОЗ виконуючи частину роботи лікарі (виписують електронні направлення та рецепти, ведуть електронні записи). Також лише 43,2 % відчуває себе професійно реалізованими і 67,6% хотіли б більше роботи з безпосередньо з пацієнтами, не перебуваючи під наглядом лікаря. 54,1% готові брати на себе відповідальність встановлення певних діагнозів пацієнту, призначення обстежень, їхню інтерпретацію та лікування певних захворювань після пройденого спеціального навчання. Професійні обов'язки медичних сестер первинного рівня надання медичної допомоги в Україні багато у чому збігаються з міжнародною практикою. Однак, в Україні питання лідерства і

участі у прийнятті рішень не передбачено у кваліфікаційних вимогах до медичних сестер/братів на відміну від таких країн як Канада.

2. Впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями має ряд переваг для системи охорони здоров'я України. Це дозволить компенсувати кадровий дефіцит медиків у сільській місцевості економлячи час, який необхідний на підготовку лікарів загальної практики-сімейної медицини. Також нова роль може бути корисною в плані забезпечення медичною допомогою певних груп населення. Міжнародний досвід вказує, що пацієнти задоволені від медичних послуг, які надають медичні сестри/брати з розширеними повноваженнями. Це дозволить знизити навантаження на лікарів, а задоволеність професією та освітній рівень медичних сестер зросте. Існує проблема у відсутності нормативно-правового обґрунтування існування ролі в Україні. В процесі впровадження суттєвими перепонами можуть бути відсутність фінансування, розуміння суті нової професії.

3. Управлінські проблеми, які виникатимуть під час впровадження нової ролі медсестри з розширеними повноваженнями/передової практики можна умовно поділити на три рівні. Макрорівень включатиме врегулювання нормативно-правових аспектів, професійну підготовку, роботу з заохоченням кандидатів на посаду працювати у регіонах з браком сімейних лікарів, а також фінансові аспекти впровадження ролі. Мезорівень - рівень громад. Він частково включатиме питання макрорівня, а також проведення роз'яснювальної роботи щодо ролі і суті нової професії. Мікрорівень - це рівень закладу. Проблеми стосуватимуться належного розподілу обов'язків, облаштування робочого місця та налагодження процесів взаємодії всіх учасників команди з чітким розумінням своїх функцій.

РОЗДІЛ 3

ПРОПОЗИЦІЇ З РОЗШИРЕННЯ ПОВНОВАЖЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ХОДІ ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Пропозиції щодо змін на законодавчому рівні

Професія медичної сестри з розширеними повноваженнями є абсолютно новою для України. Тому логічним кроком є впровадження поняття «медична сестра передової практики», що міститиме в собі розширені повноваження до рівня міжнародного звання «Advanced care nurse». В контексті надання первинної медичної допомоги враховуючи міжнародний досвід - це «Медична сестра-практик», що у англomовній літературі відповідає званню «Nurse practitioner». В «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» немає такої професії як «медсестра передової практики» чи еквівалентної до неї за посадовим обов'язком. У даному класифікаторі серед керівників з медсестринською освітою є «головна медична сестра», а серед професіоналів зазначено 19 сестринських спеціальностей. У повноваження цих спеціальностей не входять характерні повноваження для медичних сестер з розширеними повноваженнями. А саме: самостійне обстеження хворих, постановка діагнозу, скерування на інструментальні та лабораторні обстеження з подальшою їхньою інтерпретацією, направлення на консультації необхідних спеціалістів, призначення лікування, ведення відповідної медичної документації [3].

Однак, згідно з цим Довідником у кваліфікаційні характеристики фельдшера входять деякі з вище перелічених повноважень, а саме:

- проведення загального і клінічного обстеження хворих;
- постановка попереднього діагнозу щодо хронічних та гострих захворювань;
- ведення необхідну медичну документацію.

Важливим кроком було затвердження Наказу МОЗ № 1844 від 11.10.2022 «Про внесення змін до Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення та Положення про фельдшерсько-акушерський/ фельдшерський пункт» вносить зміни таким чином, що фельдшери, які працюють у відокремлених структурних підрозділах центрів первинної медико-санітарної допомоги, можуть виписувати ліки жителям тих сіл, де знаходиться фельдшерсько-акушерський пункт. На рецепті має бути зазначена посада, підпис і печатка амбулаторії або центру первинної медико-санітарної допомоги. Фельдшери не можуть виписувати рецепти на наркотичні, психотропні, отруйні і сильнодіючі лікарські засоби [1]. Це забирає своєрідну монополію у лікарів на виписування рецептів на лікарські засоби. Однак, фельдшер виставляє лише попередній діагноз, не скеровує на консультації до інших спеціалістів, не призначає обстежень та не інтерпретує їхніх результатів.

Наступним кроком є розробка професійних стандартів для МСП. За прикладом Американської асоціації медичних сестер-практиків («American Association of Nurse Practitioners»), такі стандарти включають декілька компонентів:

- 1) Кваліфікація. Вимагається кваліфікаційний рівень магістра або вище. Зазначається, що МСП мають обов'язково бути зареєстрованими медичними сестрами, які ведуть свою практику самостійно або у співпраці з іншими професіоналами у сфері охорони здоров'я. Обсяг практики залежить від потреб конкретного пацієнта. Освіта, сертифікація та ліцензування повинні відповідати ролі та фокусуватися на потребах населення. Медсестри з розширеними повноваженнями, зокрема МСП, можуть здобувати спеціалізацію у якійсь конкретній галузі, але вони не можуть отримати ліцензію на практику лише у цій галузі. Однак, ця спеціалізація може забезпечувати певні потреби населення конкретного регіону. Отримання спеціалізації може відбуватися паралельно з навчанням на медсестру з розширеними повноваженнями або у форматі післядипломної освіти.

2) Процес догляду. МСП повинні вміти оцінити статус здоров'я пацієнта, що включає збір анамнезу, оцінку соціальних факторів впливу на здоров'я пацієнта, проведення об'єктивного обстеження, проведення чи скерування на необхідні додаткові діагностичних процедури, визначення факторів ризиків пов'язаних зі здоров'ям. Також у зону компетенцій потрапляє вміння провести диференційний діагноз з подальшим встановленням клінічного, що базується на анамнезі, об'єктивному обстеженні та результатах діагностичних тестів та процедур. МСП повинна вміти розробити план лікування, включаючи медикаментозні та немедикаментозні методи, навчаючи пацієнта необхідній інформації стосовно його стану, а також за необхідності скеровуючи на консультації до профільних спеціалістів. Також результати впровадження плану повинні регулярно контролюватися, за потреби піддаватися корекції, а також вноситися у відповідну медичну документацію.

3) Пріоритетами такого догляду є холистичний підхід з пацієнтом у центрі. Всі рішення стосовно здоров'я приймаються спільно з пацієнтом. Важливою складовою є навчання пацієнтів стосовно зміцнення, збереження та відновлення здоров'я. МСП має вміти належним чином використовувати ресурси охорони здоров'я, надавати постійний професійний догляд, полегшувати контакт пацієнтів з системою охорони здоров'я, сприяти створенню безпечного середовища.

4) Як ліцензований автономний професіонал, медична сестра-практик є лідером та членом команди, яка надає допомогу пацієнту. При потребі взаємодіє з колегами професіоналами, щоб надати якісну пацієнто-орієнтовану допомогу. Також їхніми обов'язками є:

- ведення медичних записів, забезпечуючи їхню конфіденційність;
- МСП захищає інтереси пацієнта стосовно здоров'я та благополуччя на місцевому, регіональному та державному рівні;
- МСП мають брати участь у безперервному-професійному розвитку, зокрема в періодичній перевірці медичних записів і планів

лікування, щоб забезпечити покращення їхньої якості, а також підтримувати відповідний рівень професійних знань, які ґрунтуються на доказах, проходження спеціалізації та ведення практики згідно стандартів. Обов'язковим є періодичне проходження сертифікації та дотримання законів;

- МСП поєднують у собі ролі надавача медичних послуг, наставника, педагога, дослідника, адвоката та міждисциплінарного консультанта для окремих осіб, сімей і колег;

- можуть вести науково-дослідну діяльність та поширювати медичну практику, що ґрунтується на доказах, беручи участь у клінічних дослідженнях для з покращення якості надання медичної допомоги та впроваджуючи системні зміни на практиці [65]. У багатьох країнах для того, щоб практикувати медичною сестрою потрібно пройти реєстрацію та ліцензування. В деяких країнах, так само як і в Україні, медичні сестри мають право на практику у медичних установах після завершення навчання без додаткового регулювання. Поширеною практикою у світі є складання реєстру медичних сестер, який часто є доступний громадськості через інтернет або по запиті. Створення офіційного реєстру лікарів та медсестер є важливим кроком для України. Така обов'язкова реєстрація та ліцензування захищає населення від потенційного шкідливого впливу некомпетентних медичних працівників, особливо таких, які працюють приватно і мають мінімальний адміністративний контроль над їхньою діяльністю [53]. Процес реєстрації передбачає встановлення чітких стандартів трудової діяльності та кодексу для медсестер та акушерок. Це визначає модель поведінки під час роботи. У реєстр допускаються фахівці, які відповідають встановленим вимогам до освіти, мають необхідні навички та особистісні якості [64].

В інших країнах регулювання діяльності медичних сестер відбувається органами, які складаються переважно з медичних сестер або такими, які також контролюють діяльність інших медичних професій. Їхні повноваження є визначення об'єму та допуск до практики, адміністрування та формування правил медсестринства, створення законів, які стосуються професії,

затвердження стандартів освіти та ін. [14]. Медсестринські регуляторні організації мають повноваження схвалювати медсестринські освітні програми у Західній та Центральній Європі, а також в Андорі, Ісландії, Іспанії, Італії, Великобританії. У Східній Європі у 67% юрисдикцій медсестринські регуляторні організації відповідають за схвалення навчальних програм, тоді як в Франції, Німеччині, Мальті та Словачії це входить у повноваження Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти [14]. Важливо, щоб такі організації визнавалися Міністерством освіти та Міністерством охорони здоров'я як такі, що можуть брати участь у акредитації освітніх програм для медиків. Надати можливість медичній професії в Україні створювати професійні спільноти, які забезпечували б саморегуляцію наблизило б нас до міжнародних стандартів і практик.

Важливим кроком є створення в ЕСОЗ функціонального модуля для медичних сестер та братів, який дозволяє вносити дані про вакцинацію, знаходити зареєстрованого пацієнта, переглядати медичні дані, за електронним направленням виконувати медичні призначення та формувати діагностичні звіти стосовно виконаних дій [8]. Цей функціонал потребуватиме розширення зі збільшенням повноважень медсестер. Суттєвими змінами є удосконалення безперервного професійного розвитку для медичних сестер [2].

3.2. Удосконалення в організації професійної підготовки медичних сестер з розширеними повноваженнями

Щоб покращити професійну підготовку медичних сестер в Україні необхідно зробити ряд кроків. ВООЗ, щоб вирішити проблему потреби у висококваліфікованих медсестрах, закликала міжнародну спільноту до розширення, трансформації та зміцнення сестринської освіти у світі. У відповідь на це Глобальний альянс лідерства в освіті та науці медсестринства розробив стандарти освіти медсестринських програм. Це має сприяти

високому початковому рівню освіти зареєстрованих медичних сестер і відповідати таким критеріям:

- відображати найкращі міжнародні практики;
- відповідати соціокультурному контексті;
- бути актуальними локально.

Медичні сестри роблять внесок у запобігання розвитку деяких захворювань, здійснюють догляд за хворими, які потребують паліативної допомоги чи лікуванню хронічних захворювань. Однак, незважаючи на їхню цінність, часто медсестри не можуть працювати відповідно до їхньої сфери діяльності чи впливати на трансформації у сфері охорони здоров'я. Одним із питань, які бралися до уваги у процесі розробки глобальних основ сестринської освіти було те чи має бути рівень бакалавра початковою освітою для медичних сестер. Багато стейкхолдерів дійшли висновку, що так, повинен.

Отже, описано три глобальні стовпи медсестринської освіти. Перший – «Результати навчання». Він включає в себе:

- Знання і практичні навички, які допомагатимуть забезпечувати потреби населення відповідно до етичних принципів, забезпечуючи культурно-безпечну, цілісну та особистісно орієнтовану медичну допомогу, що об'єднує соціальні детермінанти здоров'я.

- Комунікація і співпраця. Це включає емпатію і повагу під час роботи з пацієнтами та колегами, проведення навчання стосовно здоров'я у громаді. А також ефективна співпраця з колегами, вчасне і точне ведення медичної документації.

- Критичне мислення, клінічне міркування та судження. Це дозволяє швидко розпізнати і ефективно діяти при раптовій зміні стану пацієнта, застосовуючи знання засновані на доказах. Медичні сестри повинні постійно навчатися, аналізувати отриману інформацію, наукові докази і практичні огляди.

- Професіоналізм і лідерство. Медичні сестри у своїй роботі повинні розуміти і дотримуватися етичних кодексів, закону і етичних

стандартів. Також важливим навиком є вміння аналізувати потреби населення у сфері охорони здоров'я, проявляти лідерські якості у впровадженні змін, промотувати інтереси населення у питанні здоров'я та благополуччя.

Другий стовп – «Стандарти програм навчання медсестер». Він включає такі компоненти.

- Навчальний план, який постійно оновлюється відповідно до потреб населення і системи охорони здоров'я у певній місцевості. У цьому процесі беруть участь усі стейкхолдери - роботодавці, навчальні заклади, студенти, випускники. Важливим етапом є перевірка на відповідність та якість навчального плану.

- Прийом. Стандарти зарахування на навчання повинні включати відповідність поточним потребам громадськості в охороні здоров'я, відповідати академічним, практичним вимогам і чітко доноситися до кандидатів, узгоджуватися з ресурсами факультетів, щоб забезпечити освіту високої якості.

- Досвід навчання. Програма має включати моделювання та розміщення у різні клінічні умови і з різними групами населення, складність завдань повинна збільшуватися. Необхідно враховувати гендерні і культуральні особливості, які можуть вплинути на процес навчання, а міжпрофесійна освіта повинна бути інтегрована у навчальний план.

Третій стовп – «Стандарти навчального закладу».

- Факультет/Інструктори/Наставники - має братися до уваги як кількість студентів у класі під час навчання, так і змістовність і продуманість усіх навчальних курсів, щоб забезпечити максимальний результат навчання.

- Ресурси. Повинен бути доступ до бібліотеки і інтернет-ресурсів щоб формувати практику засновану на доказах і критичне мислення. Для отримання оптимального результату навчання повинні бути залучені фінансові, педагогічні і андрогогічні ресурси.

- Лідерство та адміністрування. Керівництво медсестринської програми навчання ефективно співпрацює з заклади охорони здоров'я, щоб

забезпечити оптимальну практику для студентів. Структура управління чітко визначена, а адміністрація активно підтримує надання високоякісної сестринської освіти.

- Результати. Постійно здійснюється оцінка та аналіз результатів навчальної програми з метою вдосконалення медсестринської освіти [19].

Це перегукується з інформацією, яка опублікована у 2015 р. регіональним офісом ВООЗ для східного середземномор'я у Посібнику із стандарту освіти медсестер і акушерок. Виділено сім основних принципів розробки регіональних стандартів медсестринської освіти :

1) Мета. Стандарти повинні розроблятися для вирішення визначеної мети та гарантувати, що випускники будуть здатні до критичного мислення, ефективного вирішення проблем, а також дотримуватися етики, здатні самостійно розвиватися та навчатися протягом життя.

2) Універсальність. Якість освіти має забезпечуватися стандартами на національному та регіональному рівнях.

3) Актуальність. Стандарти мають відноситися тих сфер, які вважаються важливими та актуальними. Також вони мають відображати основні тенденції розвитку суспільства, зокрема ті, які мають вплив на здоров'я, науку, технології, потреби місцевих громад та галузі охорони здоров'я. Навчальний план має ґрунтуватися на компетенціях визначених на міжнародному рівні.

4) Узгодженість і послідовність. Підходи у наданні освіти повинні бути послідовними, логічними та узгодженими для досягнення максимальних результатів.

5) Гнучкість. Стандарти мають бути чіткими, але і достатньо гнучкими, щоб забезпечити адаптацію до регіонального контексту, інновацій чи змін.

6) Якість. Повинно підтримуватися постійне покращення освітніх програм. Моніторинг освітнього процесу проводиться з метою перевірки якості освітнього процесу і дотримання стандартів.

7) Співпраця. Освітній процес має залучати ключових стейкхолдерів - безпосередньо самих медичних сестер, уряд, громадськість, роботодавців, навчальні заклади, інші медичні працівники [15].

В Україні у 2022 році за даними сайту Вступ.ОСВІТА.UA щоб поступити на бакалавра за спеціальністю 223 Медсестринство необхідно мати сертифікати з національного мультипредметного тесту або зовнішнього незалежного оцінювання з певних предметів з оцінкою у 100 балів з 200 [7]. Це встановлює дуже низький вхідний поріг знань у професію і бал повинен бути вищим.

Позитивним є те, що освіта за медсестринської професії в Україні вже є ступеневою і здобувач має можливість розвиватися у цій спеціальності.

У стандарті фахової передвищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство галузі знань 22 Охорона здоров'я фаховий молодший бакалавр зазначено, що об'єктом вивчення та діяльності є медична діяльність спрямована на оцінку стану і потреби пацієнтів, профілактика захворювань, здійснення загального та спеціального догляду за хворими, долікарська допомога при гострих захворюваннях та нещасних випадках. Обсяг цієї освітньо-професійної програми на основі профільної середньої освіти складає 180 кредитів ЄКТС для освітньо-професійних програм «Лікувальна справа», «Сестринська справа», «Акушерська справа» і 240 кредитів ЄКТС на основі базової середньої освіти. Мінімум 65 % програми має забезпечувати результати навчання за спеціальністю, визначених Стандартом фахової передвищої освіти [6].

У стандарті фахової передвищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство галузі знань 22 Охорона здоров'я бакалавр зазначено, що: «Об'єктом вивчення та діяльності є організація та управління роботою медсестринських структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, виконання всіх видів медсестринської діяльності та медсестринських втручань. Обсяг цієї освітньо-професійної програми на основі повної загальної середньої освіти складає 240 кредитів ЄКТС, на базі ступеня «молодший

бакалавр» (освітньо-кваліфікаційного рівня «молодший спеціаліст») спеціальностей галузі «Охорона здоров'я» заклад вищої освіти має право визнати та перезарахувати кредити ЄКТС, отримані в межах попередньої освітньої програми підготовки молодшого бакалавра (молодшого спеціаліста) для кваліфікації «сестра медична», «фельдшер» не більше ніж 180 кредитів ЄКТС; для інших кваліфікацій галузі «Охорона здоров'я» не більше ніж 120 кредитів ЄКТС. Мінімум 50% обсягу освітньої програми має бути спрямовано на забезпечення загальних та спеціальних (фахових) компетентностей за спеціальністю «Медсестринство», визначених Стандартом вищої освіти» [5].

Згідно стандарту вищої освіти ступеня «Магістр» у галузі знань 22 Охорони здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство, який затверджений Наказом міністерства освіти і науки України від 24.06.2022 р №589, об'єкт вивчення та діяльності є більше управлінська та наукова діяльність медичних сестер магістрів, а не здобуття розширених клінічних навиків для роботи з пацієнтами. Обсяг освітньої підготовки складає 120 кредитів ЄКТС, з яких 30 % науково-дослідницька діяльність, 50% - забезпечення загальних та фахових компетентностей за спеціальністю [4]. Рівень бакалавра та магістра передбачає більше управлінську підготовку, а фахового молодшого бакалавра - медична робота з пацієнтами, профілактична діяльність. Хоча нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти згідно цих стандартів передбачає розуміння фармакокінетики та фармакодинаміки лікарських засобів, виявлення зв'язку патогенезу захворювань з клінічними проявами та результатами додаткових досліджень, але практично застосовувати ці знання медичні сестри-магістри чи бакалаври не мають змоги, оскільки законом не передбачено можливість виставлення медсестринських діагнозів чи призначення лікування. Професійний стандарт відсутній. Також у довіднику «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 Охорона здоров'я» вказано, що для того, щоб стати головною чи старшою медичною сестрою достатньо мати професійну освіту на рівні молодшого спеціаліста [8]. Це не мотивує медичних сестер здобувати в подальшому

освіту. Бажано ввести у вимоги для керівних посад медичних сестер наявність освіти на рівні бакалавра чи магістра.

3.3. Впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні

Перед впровадженням на місцевому рівні посади МСП важливо провести комплексну підготовчу роботу. Нововведення можуть відбуватися в рамках нової моделі догляду за пацієнтами або через покращення існуючої системи. Потреба у таких спеціалістах може виникнути в громадах з недостатнім медичним обслуговуванням, віддалених населених пунктах і може бути хорошим розв'язанням проблеми відсутності сімейного лікаря. Потрібно врахувати, що впровадження МСП дозволяє запровадити холістичний підхід у медичному сервісі, оскільки ця роль містить в собі безпосередній догляд за пацієнтом та цілими сім'ями з використанням розширених повноважень, освіти та практику з метою покращення надання медичної допомоги та лідерство. Перепонами для впровадження є відсутність чіткого плану, який враховував би пріоритети підготовки, можливість впровадження і надання підтримки, щоб практика була якомога повною для реалізації всього потенціалу. Також важливим викликом є відсутність розуміння суті самої професії не лише серед лікарів, але і серед медсестер. Реалізація ролі медичної сестри з розширеними повноваженнями відкриває величезні можливості, однак справжня імплементація вимагає ретельного стратегічного планування [38].

Умовно можна виділити 4 етапи впровадження нової ролі:

- 1) Ініціація - встановлення потреби.
- 2) Планування - цей етап передбачає, що потреба у ролі медичної сестри-практика була визначена і відбувається процес підготовки до

імплементатії. Потрібно чітко розуміти, які проміжні результати повинні бути досягнуті за певний проміжок часу (планування по SMART).

3) Імплементатія - передбачає, що медичну сестру практика вже призначено на посаду і необхідно надати рекомендації щодо підтримки ролі і досягнення максимального результату.

4) Оцінка виконання ролі МСП в рамках обслуговування [32].

Отже, перш за все потрібно проаналізувати поточне надання медичних послуг та виявити прогалини. Необхідно дослідити демографічну ситуацію у громаді, захворюваність, спосіб та місця надання медичної допомоги [32]. У контексті визначення потреби в послугах медсестри необхідно описати роботу та організацію галузі охорони здоров'я, де саме буде корисна медична сестра з розширеними повноваженнями. Важливо навести докази поточних прогалини в службі та виявлення потреб споживачів, покращення і результати послуг, які мають бути досягнуті завдяки навичкам і підтримці медсестри з розширеними повноваженнями. Визначити групу населення, якій може не вистачати медичного сервісу і ця прогалина може бути заповнена за допомогою нового сервісу. Ці верстви можуть бути різними у різних населених пунктах. Тому важливо зібрати людей у громаді, які дотичні до цих груп і чітко донести їм інформацію про роль медичної сестри-практика і яким чином вона може бути корисною у даній ситуації [60]. Менеджмент закладу охорони здоров'я повинен визначити очікувану вигоду від впровадження посади медичної сестри з розширеними повноваженнями, провести аналіз ризиків та користі, аналіз витрат. Також важливо описати можливі інші варіанти вирішення існуючої проблеми з детальним описом переваг та недоліків. Слід також звернути увагу на ризики, пов'язані із відсутністю змін у надання послуг, включаючи вплив на цільову групу населення [25].

Відштовхуючись від потреб чітко описати обсяг практики медичної сестри з розширеними повноваженнями, яка має бути широкою відповідно до меж освіти та здібностей, а не обмеженою. Це дозволить застосовувати не лише специфічні процедури. Сфера діяльності медичної сестри-практика

відрізняється від інших медсестер, а отже обов'язково має включаючи огляд пацієнтів, призначення ліків, діагностичних досліджень та скерування пацієнтів[25].

Також МСП, які були першими в своїй ролі, описували труднощі в роботі, оскільки у попередньому не існувало такої професії. Без чіткого опису обов'язків та протоколів для практикуючих медичних сестер, вони стикаються з нерозумінням і звинуваченням на новому робочому місці в тому, що беруть на себе роль лікарів [28].

Менеджери у закладі охорони здоров'я можуть допомогти з інкорпорацією нової МСП пояснюючи членам команди її роль і функції, причини появи посади і які проблеми можна завдяки цьому вирішити. Після найму МСП, потрібно спільно з усією медичною командою визначити тип пацієнтів, яким буде надавати допомогу така медсестра і як буде відбуватися її взаємодія з іншими членами колективу. Перед наймом необхідно обдумати робоче місце МСП, щоб воно було забезпечене всім необхідним і дозволяло вести прийом одноосібно [60].

Також потрібно визначити вплив і наслідки роботи медичної сестри-практика в клінічних умовах, очікуване покращення результатів лікування та догляду за пацієнтами. Провести оцінку зміни робочого навантаження на інших медичних працівників з впровадженням нової штатної одиниці та як медична сестра-практик співпрацюватиме з ними. За потреби проводити додаткові дослідження, техніко-економічні обґрунтування, аудити, опитування думки споживачів і ключових стейкхолдерів [25]. Визначення потенційних економічних вигод для підприємства є важливим кроком. Проаналізувати початкові та поточні витрати на створення посади, включаючи офісне приміщення, меблі, необхідне обладнання, транспорт, комунікаційні та ІТ-ресурси (наприклад, мобільний телефон, діагностична та клінічна інформація вимоги до технології, обладнання та програмного забезпечення). Потенційні фінансові переваги посади. Визначити, хто буде надавати інтелектуальну підтримку, яка дозволить практикуючій медичній

сестрі працювати ефективно та результативно [25]. Дослідження вказують, що для МСП, яка тільки розпочала свою роботу важливу роль відіграє наставник. Якісно організоване наставництво для таких медсестер є одним з ключових аспектів успіху впровадження програми. Наставниками можуть бути лікарі, медичні сестри, мультидисциплінарні медичні команди, соціальні працівники чи віддалені менеджери з підтримки проекту. Крім ментора, важлива підтримка від колег - лікарів, медичних сестер, медичного директора. Визнання колегами, відчуття поваги, цінності сприяє більшій професійній впевненості і здатності практикувати у повному обсязі. За таких обставин простіше просити про допомогу, коли вона потрібна, а отже допускати менше помилок[28]. Забезпечити фінансову підтримку професійного розвитку на місцевому рівні.

Значно спростить завдання впровадження нового медичного сервісу у громаді детальний опис передбачуваної ролі медичної сестри-практика з чітким описом посади, обов'язками, підзвітністю. Важливо створити список усіх діагностичних досліджень, та процедур, які призначатиме така медсестра. Також можна скласти список захворювань, які медична сестра-практик може самостійно діагностувати та призначати медикаментозне лікування з подальшим спостереженням за пацієнтом [25]. Завершальним кроком є оцінка. Важливо проаналізувати чи були досягнуті поставлені цілі з провадженням ролі медичної сестри-практика. Оцінити чи включає практика застосування повного обсягу професійної ефективності, лідерства, чи є можливість самоперевірки для медичної сестри. Всі досягнення і ключові виклики у процесі реалізації повинні бути задокументовані і проаналізовані. Моніторинг впровадження ролі може включати такі виміри:

- якість надання послуги медичною сестрою практика (безпека, ефективність у досягнення стратегічних цілей і зниження вартості надання медичних послуг, доступність, залученість у процес прийняття рішень пацієнта);

- інтеграція ролі (чіткість обов'язків, обсяг ролі, прийняття, усвідомлення і інтеграція ролі у команду);
- стійкість ролі (доступ до професійного розвитку, наявність плану наступності в організації, доступ до наставництва, залученість до лідерства у системі охорони здоров'я [32]).

За прикладом австралійського досвіду хорошим рішенням у даній ситуації є створення стандартної операційної процедури з впровадження медичної сестри практика на місцевому рівні. Однак, як було згадано вище, контекст у різних громадах може значно відрізнятись, тому варто враховувати ці особливості у кожному з випадків окремо.

Висновки до розділу 3

1. Першим кроком на шляху впровадження нової медичної професії потрібно підготувати відповідні нормативно-правові документи, які регламентуватимуть роботу медичної сестри у межах розширених повноважень. Це повинно включати створення кваліфікаційних характеристик, відповідної нормативно-правової бази, яка дозволить незалежно від лікаря проводити огляд, консультування, скерування на додаткові обстеження та їхню інтерпретацію, з подальшим встановленням діагнозу і призначенням медикаментозного і немедикаментозного лікування.

2. Важливим аспектом є професійна підготовка медичних сестер з розширеними повноваженнями. Інформація щодо розробки навчальних програм міститься у рекомендаціях ВООЗ, які детально роз'яснюють важливі аспекти медсестринської освіти. Питання лідерства серед медичних сестер має бути детально пропрацьованим, оскільки це ключовий аспект у вмінні приймати рішення і брати на себе відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів.

3. Впровадження медичної сестри з розширеними повноваженнями на місцевому рівні повинно включати такі етапи: ініціація, планування,

імплементация та оцінка виконання ролі. Кожен з етапів повинен містити аналітичну роботу з урахуванням всіх позитивних та негативних сторін процесу, можливі шляхи розв'язання проблем, які будуть повставати в процесі реалізації стратегії.

ВИСНОВКИ

1. Медсестринській професії відведено важливу роль у стратегії ВООЗ щодо глобального охоплення Землі медичним обслуговуванням. Універсального визначення медсестринства з розширеними повноваженнями немає, оскільки контекст надання медичних послуг може відрізнятися в залежності від країни. Вперше цей термін було «Advanced care nurse» вжито у 1980 році. Міжнародна рада медичних сестер у 2008 році запропонувала таке визначення:

«Практикуюча медична сестра/медсестра передової практики («A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse») - це зареєстрована медична сестра, яка отримала базу експертних знань, комплексні навички прийняття рішень та клінічні компетенції для розширеної практики, характеристики якої формуються контекстом та/або країною, в якій він/вона перебуває і атестована для можливості провадження практики. Ступінь магістра є рекомендованим для початкового рівня»[24]. Розширення ролі сестринської практики відбувається у відповідь на потреби населення до медичної допомоги на місцевому, регіональному чи національному рівнях.

2. В різних країнах на певному етапі виникала потреба у впровадженні медсестринства з розширеними повноваженнями. Суттєвою відмінністю від звичайної медсестринської практики є право на огляд пацієнтів, призначення і інтерпретація додаткових методів обстеження, скерування на консультації суміжних спеціалістів, встановлення діагнозу і призначення медикаментів. Це своєю чергою вимагало створення відповідних нормативно-правових актів, які регламентували б роботу таких професіоналів.

3. Роль медсестри з розширеними повноваженнями у більшості країн світу вимагає освіти на рівні магістра, що займає від 6 до 8 років навчання. Однак, це менше, ніж час необхідний на підготовку лікаря у більшості країн. Також є можливість пройти вузьку спеціалізацію з лікування певних

захворювань, що дозволяє адаптуватися до потреб громади чи регіону де працює медсестра.

4. Міжнародний досвід вказує на те, що важливу роль у розвитку медсестринської професії грали професійні медичні організації. Для захисту титулу медичної сестри у багатьох країнах світу потрібно пройти реєстрацію. Поява медичних сестер з розширеними повноваженнями переважно обумовлена потребою підсилити первинну ланку надання медичної допомоги у зв'язку з нестачею сімейних лікарів. Межі професійних обов'язків медсестер з розширеними повноваженнями формуються у моделі заміни або доповнення роботи лікаря.

5. Дослідження відповідей респондентів демонструє, що медичні сестри, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги готові брати на себе більшу відповідальність після пройденого відповідного навчання. Медсестри в Україні вже роблять деяку роботу, яку повинен виконувати лікар. В професійній діяльності в нашій країні бракує лідерських компетенцій, які передбачені кваліфікаційними характеристиками професії закордоном.

6. Аналіз переваг впровадження медсестринства з розширеними повноваженнями показав, що це дозволить підсилити первинну ланку надання медичної допомоги. Це сприятиме кращому доступу населення до медичних послуг, підвищить задоволеність медичних сестер своєю професією, зменшить навантаження на лікарів. Міжнародний досвід також вказує, що ця стратегія дає переваги і в економічному плані.

7. Управлінські проблеми пов'язані з впровадженням нової професії можуть виникати на макро-, мезо- та мікрорівні. Потрібно зважувати, передбачати всі можливі ризики на всіх етапах і планувати шляхи подолання викликів.

8. В Україні немає нормативно-правової бази, яка б регламентувала роботу медсестер з розширеними повноваженнями. Потрібно розробити професійні стандарти, законодавчо обґрунтувати право на незалежну практику

від лікарів з правом самостійно оглядати пацієнтів, призначати додаткові методи обстежень і проводити їхню інтерпретацію, встановлювати діагнози та призначати лікування.

9. Професійна кваліфікація таких медсестер повинна бути на рівні магістра. Це потребує створення навчальних програм, які включатимуть у необхідному обсязі теоретичну та практичну базу, розвиток лідерських якостей.

10. Впровадження надання первинної медичної допомоги медичними сестрами з розширеними повноваженнями на місцевому рівні повинно починатися з розробки стратегії. Необхідно визначити мету, обґрунтувати потребу такого спеціаліста у громаді. Подальшими кроками є планування та імплементація проекту. Важливо оцінити користь та ризики від впровадження нової ролі. Оцінка результатів є важливим етапом, який дозволить визначити чи досягнута мета впровадження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про внесення змін до Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення та Положення про фельдшерсько-акушерський/ фельдшерський пункт : Наказ МОЗ України від 11.10.2022 р. № 1844. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1445-22#Text> (дата звернення: 01.06.2023).
2. 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. *Офіційний вебпортал парламенту України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z0039-23#Text> (дата звернення: 01.06.2023).
3. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. *Офіційний вебпортал парламенту України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#top> (дата звернення: 01.06.2023).
4. Стандарт вищої освіти: другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність: 223 Медсестринство. Затверджено і введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 24.06.2022 р. № 589. Чинний від 2022-06-24. Вид. офіц. Київ, 2022. 16 с.
5. Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 05.12.2018 № 1344. Чинний від 2018-12-05. Вид. офіц. Київ, 2018. 43 с.
6. Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство. Затверджено та введено в дію наказом

Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021 № 1202. Чинний від 2021-11-08. Вид. офіц. Київ, 2021. 23 с.

7. Вступ.ОСВІТА.UA | інформація для вступника | конкурс. ІС «Вступ.ОСВІТА.UA». URL: <https://vstup.osvita.ua/> (дата звернення: 03.06.2023).

8. Медичні сестри та брати вдосконалюють навички роботи в ЕСОЗ. Електронна система охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/2022/08/19/medychni-sestry-ta-braty-vdoskonalyuyut-navychku-roboty-v-esoz/> (дата звернення: 03.06.2023).

9. Проект Плану відновлення України. Матеріали робочої групи «Охорона здоров'я». Національна рада з відновлення України від наслідків війни. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/nacionalna-rada-z-vidnovlennya-ukrayini-vid-naslidkiv-vijni/robochi-grupi>. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf> (дата звернення: 31.05.2023)

10. 14 Popular Types of Nurse Practitioner Specialties. *Nursingprocess.org - Your Guide to Nursing & Health Care Education*. URL: <https://www.nursingprocess.org/types-of-nurse-practitioner-specialties.html> (date of access: 01.06.2023).

11. Advanced Practice Nursing in Poland. *International Advanced Practice Nursing*. URL: <https://internationalapn.org/2013/09/20/advanced-practice-nursing-in-poland/> (date of access: 01.06.2023).

12. Advanced Practice Nursing in Switzerland. *International Advanced Practice Nursing*. URL: <https://internationalapn.org/2013/09/10/switzerland/> (date of access: 01.06.2023).

13. Advanced Practice Nursing in the United Kingdom (England, Wales, Scotland, and Northern Ireland). *International Advanced Practice Nursing*. URL: <https://internationalapn.org/2022/06/19/united-kingdom/> (date of access: 02.06.2023).

14. A Global Profile of Nursing Regulation, Education, and Practice. *Journal of Nursing Regulation*. 2020. Vol. 10, no. 4. P. 1–116. URL: [https://doi.org/10.1016/s2155-8256\(20\)30039-9](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(20)30039-9) (date of access: 01.06.2023).
15. A guide to nursing and midwifery education standards. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, 2015. 29 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/195726>.
16. Alenius L. S., Lindqvist R., Carol C. strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. 52nd ed. Copenhagen (Denmark) : European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. 163 p. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545729/>.
17. A regional guide to the development of nursing specialist practice. Official edition. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2020. 12 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119665>.
18. A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers affecting extended scopes of practice: the case of rural nurse practitioners in Australia / T. Smith et al. *BMC Nursing*. 2019. Vol. 18, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z> (date of access: 01.06.2023).
19. Baker C., Cary A., da Conceição Bento M. Global pillars for nursing education. Ottawa : Global Education for Leadership in Nursing Education and Science (GANES), 2019. 19 p.
20. COMPETENCIES | cfpna. *cfpna*. URL: <https://www.cfpna.ca/copy-of-resources-1> (date of access: 03.06.2023).
21. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review / C. M. Abraham et al. *Nursing Economic*. 2019. Vol. 37, no. 6. P. 293–305.
22. Declaration of Astana. World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2018. 12 p.

23. Defining nurse practitioner scope of practice: expanding primary care services. *The internet journal of advanced nursing practice*. 1997. Vol. 1, no. 2. URL: <https://doi.org/10.5580/1e3e> (date of access: 02.06.2023).
24. Delamaire M.-L., Lafortune G. Nurses in Advanced Roles A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. Paris : OECD Publishing, 2010. 106 p. URL: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
25. DGD14-019. Standard Operating Procedure Establishment and Implementation of Nurse Practitioner Positions. Official edition. Australia : Health Directorate, Nursing and Midwifery, 2013. 11 p.
26. Exploring the Competencies of Japanese Expert Nurse Practitioners: A Thematic Analysis / M. Igarashi et al. *Healthcare*. 2021. Vol. 9, no. 12. P. 1674. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare9121674> (date of access: 02.06.2023).
27. Facilitators and barriers in implementing the nurse practitioner role in Japan: A cross-sectional descriptive study / M. Suzuki et al. *International Nursing Review*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1111/inr.12790> (date of access: 02.06.2023).
28. Factors influencing the development and implementation of nurse practitioner candidacy programs: A scoping review / L. Whitehead et al. *International Journal of Nursing Studies*. 2022. Vol. 125. P. 104133. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104133> (date of access: 01.06.2023).
29. Gardner G., Gardner A., Proctor M. Nurse practitioner education: a research-based curriculum structure. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. Vol. 47, no. 2. P. 143–152. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03073.x> (date of access: 01.06.2023).
30. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368> (date of access: 01.06.2023).
31. Guidelines on advanced practice nursing / M. Schober et al. Switzerland : International Council of Nurses, 2020. 44 p. URL: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.

32. Hampel S. Nurse practitioners in South Australia : a toolkit for the implementation of the role. Adelaide, S. Australia : South Australia. Department of Health. Nursing and Midwifery Office, 2010. 61 p.
33. Healthcare at War:The Impact of Russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine. 2023. 36 p. URL: <https://uhc.org.ua/2023/04/26/healthcare-at-war/>.
34. How to Become a Nurse. ANA. URL: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/how-to-become-a-nurse/> (date of access: 03.06.2023).
35. How to Become a Registered Nurse. *Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook,*. URL: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm> (date of access: 02.06.2023).
36. Htay M., Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2021. Vol. 3. P. 100034. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034> (date of access: 01.06.2023).
37. Impact of Nurse Practitioner Practice Regulations on Rural Population Health Outcomes / J. Ortiz et al. *Healthcare*. 2018. Vol. 6, no. 2. P. 65. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare6020065> (date of access: 03.06.2023).
38. Implementing the role of Nurse Practitioner. Service analysis and planning tool. *NSW Health*. URL: <https://www.health.nsw.gov.au/nursing/practice/Documents/np-service-needs-analysis-toolkit.docx> (date of access: 02.06.2023).
39. IMPORTANT IMPLICATIONS FOR REGULATION OF ADVANCED PRACTICE – AAPE. AAPE. URL: <https://aape.org.uk/1395-2/> (date of access: 02.06.2023).
40. Kazakidis K., Kryczka T. Advanced Nursing Practice as a panacea for healthcare in Poland. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*. 2021. URL: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0002> (date of access: 02.06.2023).

41. King R., Tod A., Sanders T. Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally. *Nursing Standard*. 2017. Vol. 32, no. 14. P. 43–50. URL: <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10858> (date of access: 02.06.2023).
42. Kniazeva M., Baskin E. SWOT Analysis. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States : SAGE Publications, Inc., 2023. URL: <https://doi.org/10.4135/9781071902943> (date of access: 01.06.2023).
43. Maier C. B., Aiken L. H. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*. 2016. Vol. 26, no. 6. P. 927–934. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> (date of access: 01.06.2023).
44. Maier C. B. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human resources for health*. 2019. Vol. 17, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6> (date of access: 02.06.2023).
45. Marcinowicz L., Wojnar D., Terlikowski S. J. Work activities of primary health care nurses in Poland: National Survey Results. *BMC Nursing*. 2021. Vol. 20, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00541-2> (date of access: 01.06.2023).
46. NMBI Launches 5th Edition of Nurse Registration Programmes Standards and Requirements and Policy for Approval and Monitoring Processes. URL: <https://nmbi.newsweaver.ie/Newsletter/1pmey53ur0r> (date of access: 01.06.2023).
47. Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist Role Comparison | Johns Hopkins University School of Nursing. *School of Nursing at Johns Hopkins University*. URL: <https://nursing.jhu.edu/academics/programs/doctoral/msn-dnp/np-vs-cns.html> (date of access: 01.06.2023).
48. Nurse prescribing in Poland: legislative history, trends over time and physicians' attitudes / D. Cianciara et al. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022. Vol. 13, no. 1. P. 71–78. URL: <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.13.01.011> (date of access: 01.06.2023).

49. Nursing Practice Act - StatPearls - NCBI Bookshelf. *National Center for Biotechnology Information*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559012/> (date of access: 01.06.2023).
50. Organization W. H. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting: WHO recommendations. Geneva, Switzerland : World Health Organization, [2012], 2012.
51. Primary Care Nurse Practitioner Practice in a New Era / G. C. Reeves et al. *Advances in Family Practice Nursing*. 2019. Vol. 1. P. xv–xvii. URL: <https://doi.org/10.1016/j.yfnp.2019.02.001> (date of access: 01.06.2023).
52. Register as a nurse or midwife if you trained in the EU/EEA - The Nursing and Midwifery Council. *The Nursing & Midwifery Council - The Nursing and Midwifery Council*. URL: <https://www.nmc.org.uk/registration/joining-the-register/register-nurse-midwife/trained-in-the-eu-or-eea/> (date of access: 03.06.2023).
53. Regulation and licensing of healthcare professionals: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries, Human Resources for Health Knowledge Hub, Sydney, Australia. / J. McKimm et al. Sydney, Australia : Human Resources for Health Knowledge Hub, 2013. 27 p.
54. Regulation and licensing of healthcare professionals: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries / J. Mckimm et al. Sydney, Australia : Human Resources for Health Knowledge Hub, 2013. 32 p.
55. Regulation of nursing practice in the Region of the Americas / S. H. D. B. Cassiani et al. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020. Vol. 44. P. 1. URL: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.93> (date of access: 02.06.2023).
56. Renewal Eligibility - Canadian Nurses Association. *Home / Accueil - CNA / AIIC*. URL: <https://www.cna-aiic.ca/en/certification/renewing-your-certification/renewal-eligibility> (date of access: 02.06.2023).
57. Robinson S., Griffiths P. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. London : King's College London, 2007. 36 p.

58. Role of Nurse Practitioners in Caring for Patients With Complex Health Needs / T. K. Frazee et al. *Medical Care*. 2020. Vol. 58, no. 10. P. 853–860. URL: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001364> (date of access: 01.06.2023).
59. Ross M. Adult Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist. *Clinical Nurse Specialist*. 1994. Vol. 8, no. 6. P. 291. URL: <https://doi.org/10.1097/00002800-199411000-00001> (date of access: 01.06.2023).
60. Sangster-Gormley E., Martin-Misener R., Burge F. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced?. *BMC Nursing*. 2013. Vol. 12, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-1> (date of access: 01.06.2023).
61. Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study / I. McDermott et al. *Health and Social Care Delivery Research*. 2022. Vol. 10, no. 9. P. 1–148. URL: <https://doi.org/10.3310/ywtu6690> (date of access: 01.06.2023).
62. Scope of Practice for Nurse Practitioners. *American Association of Nurse Practitioners*. URL: <https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/scope-of-practice-for-nurse-practitioners> (date of access: 01.06.2023).
63. Smith L. B. The effect of nurse practitioner scope of practice laws on primary care delivery. *Health Economics*. 2021. Vol. 31, no. 1. P. 21–41. URL: <https://doi.org/10.1002/hec.4438> (date of access: 01.06.2023).
64. Standards for pre-registration nursing programmes - The Nursing and Midwifery Council. *The Nursing & Midwifery Council - The Nursing and Midwifery Council*. URL: <https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-nurses/standards-for-pre-registration-nursing-programmes/> (date of access: 01.06.2023).
65. Standards of Practice for Nurse Practitioners. *American Association of Nurse Practitioners*. URL: <https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/standards-of-practice-for-nurse-practitioners> (date of access: 03.06.2023).

66. State Practice Environment. *American Association of Nurse Practitioners*. URL: <https://www.aanp.org/advocacy/state/state-practice-environment> (date of access: 02.06.2023).
67. Strengthening nursing in primary care in Poland. Copenhagen, Denmark : World Health Organization Regional Office for Europe, 2019. 19 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346465>.
68. The ACT Nurse Practitioner Project : final report of the Steering Committee | National Library of Australia. *Catalogue Home | National Library of Australia*. URL: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/1030451> (date of access: 02.06.2023).
69. The first nurse practitioner graduate programme in Japan / H. Fukuda et al. *International nursing review*. 2014. Vol. 61, no. 4. P. 487–490. URL: <https://doi.org/10.1111/inr.12126> (date of access: 02.06.2023).
70. The Framework for Registered Nurse Prescribing in Canada. Ottawa : Canadian Nurses Association, 2015. 30 p. URL: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/CNA_RN_prescribing_framework_e.pdf.
71. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review / N. A. Martínez-González et al. *Human Resources for Health*. 2015. Vol. 13, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8> (date of access: 01.06.2023).
72. The WHO Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva : World Health Organization, 2021. 40 p.
73. Wilson M. G., Mansilla C., Filbey L. Rapid synthesis: Examining the Effects of Nurse Practitioners on the Quadruple Aim. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 2019. 45 p.
74. Wong J. Achieving universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015. No. 93. P. 663–664. URL: <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149070>.

75. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Nursing and midwifery: a guide to professional regulation. Cairo : World Health Organization, 2002. 35 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Порівняльна характеристика особливостей регулювання допуску до професійної діяльності медичних сестер в окремих країнах світу

Країна	Спосіб допуску до професійної діяльності	Особливості регулювання допуску до професійної діяльності медичних сестер			
		Рівень органу ліцензування	Спосіб ліцензування	Період, на який видається ліцензія/реєстрація	Наявність окремого обов'язкового регулювання діяльності медичної сестри з розширеними повноваженнями
Австралія	Реєстрація	Регіональний	Відповідність критеріям для реєстрації	1 рік	Так
Великобританія	Реєстрація	Національний	Відповідність критеріям для реєстрації	3 роки	Ні
Канада	Реєстрація /ліцензування	Регіональний	Іспит	5 років	Ні

Продовження табл. А.1

США	Реєстрація/ ліцензування	Регуля- торний оргн може бути спільний для кількох штатів або один для окремого штату	Національ- ний іспит	1-5 років (залежно від штату), є потреба у безперервном у професійному розвитку	Так
Швеція	Реєстрація і ліцензування	Націона- льний	Ліцензійний іспит	Немає специфічних вимог	Так
Японія	Реєстрація і ліцензування	Націона- льний	Іспит	Безперервний професійний розвиток	Так (сертифіка- ція, ліцензува- ння)
Польща	Реєстрація/ ліцензування	Націона- льний	Екзамен	Безперервний професійний розвиток	Немає. Потрібно мати освіту на рівні магістра і спеціальні курси для можливості призначати медикаменти.

Джерело: складено автором за [14, 16, 26, 35, 39, 40, 41, 46, 49, 52, 53,54, 55, 56, 57].

Анкета №1 «Опитування для медичних сестер/братів. Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я України» . Перелік питань анкети.

1. Область, у якій ви працюєте:

Випадаючий список

2. Місцевість, де ви працюєте:

- Місто
- Село
- Гірський район

3.. Ви працюєте у закладі з формою власності:

- Комунальне некомерційне підприємство
- Фізична особа підприємець
- Приватний медичний заклад
- Орган місцевого самоврядування
- Міністерство
- Ваш варіант відповіді

4. З ким Ви працюєте?

- З сімейним лікарем
- З педіатром
- З терапевтом
- Ваш варіант

5. Ваш стаж роботи медичною сестрою/братом:

- До 5 років
- 6-10 років
- 11-15 років
- 16-20 років
- Більше 20 років

6. Чи відчуваєте Ви себе професійно реалізованими як медичний працівник у своєму закладі?

- Так

- Ні

- Важко відповісти

7. Чи хотіли б ви виконувати більше роботи безпосередньо з пацієнтами, самотійно без нагляду лікаря?

- Так

- Ні

- Важко відповісти

8. Чи готові ви після проходження відповідного навчання брати на себе відповідальність за встановлення певних діагнозів пацієнту, призначення обстежень, їхню інтерпретацію та лікування певних захворювань?

- Так

- Ні

- Важко відповісти

9. Чи підтримуєте Ви ідею розширення повноважень медичних сестер / братів (наприклад, якщо медичний брат/сестра після проведеного спеціального навчання буде самотійно вести прийом пацієнтів, виписувати деякі медикаменти, призначати обстеження і інтерпретувати їхні результати, лікувати певні захворювання без нагляду лікаря)?

- Так.

- Ні.

- Важко відповісти.

10. На вашу думку, як вплине на роботу закладу охорони здоров'я розширення повноважень медичних сестер / братів? (Можливий вибір кількох варіантів відповідей одночасно.)

- Зменшить навантаження на лікаря

- Покращить доступність до медичної допомоги пацієнтам

- Створить додаткові проблеми

- Ваш варіант відповіді

11. На вашу думку, як розширення повноважень медичних сестер / братів вплине на доступність медичних послуг для пацієнтів?

- Покращить доступність

- Доступність до медичної допомоги не зміниться

- Погіршить доступність

- Ваш варіант відповіді

12. На вашу думку, як розширення повноважень медичних сестер / братів вплине на задоволеність пацієнтів отриманням медичних послуг?

- Задоволеність пацієнтів зросте

- Задоволеність пацієнтів не зміниться

- Задоволеність пацієнтів знизиться

- Ваш варіант відповіді

13. Якщо ви працюєте медичною сестрою або братом на первинному рівні надання медичної допомоги, відмітьте, будь ласка, що з нижчепереліченого ви фактично виконуєте у своїй повсякденній практиці?

14. Які проблеми можуть виникнути у зв'язку з розширенням повноважень медичних сестер / братів?

Додаток В

Анкета №2 «Розширення повноважень медичної сестри в ході здійснення реформи охорони здоров'я України». Перелік питань анкети.

1. Область, у якій ви працюєте:

Випадаючий список

2. Тип населеного пункту, де ви працюєте:

- Місто
- Село
- Гірський район

3. Ви працюєте у закладі з формою власності:

- Комунальне некомерційне підприємство
- Фізична особа підприємець
- Приватний медичний заклад
- Орган місцевого самоврядування
- Міністерство
- Ваш варіант відповіді

4. Ваша посада:

- Лікар/лікарка загальної практики-сімейної медицини
- Директор/директорка КНП
- Заступник/заступниця директора
- Завідувач/завідувачка підрозділу
- Медичний брат/сестра
- Фельдшер/фельдшерка
- Акушер/акушерка
- Ваш варіант відповіді

5. Чи підтримуєте Ви ідею розширення повноважень медичних сестер / братів (наприклад, якщо медичний брат/сестра після проведеного спеціального навчання буде самостійно вести прийом пацієнтів, виписувати деякі медикаменти, призначати обстеження і інтерпретувати їхні результати, лікувати певні захворювання без

нагляду лікаря)?

- Так.
- Ні.
- Важко відповісти.

6. На вашу думку, як вплине на роботу закладу охорони здоров'я розширення повноважень медичних сестер / братів? (Можливий вибір кількох варіантів відповідей одночасно.)

- Зменшить навантаження на лікаря
- Покращить доступність до медичної допомоги пацієнтам
- Створить додаткові проблеми
- Ваш варіант відповіді

7. На вашу думку, як розширення повноважень медичних сестер / братів вплине на доступність медичних послуг для пацієнтів?

- Покращить доступність
- Доступність до медичної допомоги не зміниться
- Погіршить доступність
- Ваш варіант відповіді

8. На вашу думку, як розширення повноважень медичних сестер / братів вплине на задоволеність пацієнтів отриманням медичних послуг?

- Задоволеність пацієнтів зросте
- Задоволеність пацієнтів не зміниться
- Задоволеність пацієнтів знизиться
- Ваш варіант відповіді

9. Чи можливо у вашому закладі створити умови для консультивання пацієнтів медсестрами/братами в окремому кабінеті без лікаря (для початку хоча б на декілька годин на тиждень)?

- Так
- Ні
- Ваш варіант відповіді

10. Які проблеми можуть виникнути у зв'язку з розширенням повноважень медичних сестер / братів?

11. Які економічні наслідки будуть для роботи закладу, якщо медичні брати/сестри будуть самостійно працювати з пацієнтами? (Можливий вибір кількох варіантів відповідей одночасно.)

- Зростуть фінансові надходження при додатковій оплаті за такі послуги за тарифами НСЗУ.
- Це можливість впровадити платні медичні послуг, які не входять у пакети НСЗУ.
- Погіршить економічне становище закладу.
- Ваш варіант відповіді.

12. Які перешкоди і труднощі управлінського характеру існують для запровадження розширених повноважень медичних сестер і братів?

13. Які управлінські заходи доцільно здійснити для отримання максимально позитивного ефекту від запровадження розширених повноважень медичних сестер і братів? (Можливий вибір кількох варіантів відповідей одночасно.)

- Удосконалення навчальних програм у закладах освіти, що готують медичних сестер і братів.
- Створення коротких навчальних програм для підвищення кваліфікації медичних сестер і братів з розширеними повноваженнями.
- Запровадження професійних стандартів для спеціальності медичних сестер і братів з розширеними повноваженнями.
- Запровадження сертифікації і ліцензування медичних сестер та братів.
- Створення єдиного електронного реєстру медичних сестер та братів.
- Нічого з переліченого вище.
- Ваш варіант відповіді.

Перелік робочих процедур та обов'язків, які фактично виконують медичні сестри на первинному рівні надання медичної допомоги

Перелік робочих процедур та обов'язків	Кількість респондентів
Проводите швидкі лабораторні тести	22
Працюєте з документацією	22
Інформуйте хворих з питань підготовки до різних видів обстеження	19
Проводите забір матеріалу для клініко-лабораторних та бактеріологічних досліджень	19
Проводите за призначенням лікаря профілактичні щеплення	17
Плануєте профілактичну роботу з населенням, веде облік диспансерних хворих	17
Випикуєте направлення у ЕСОЗ, користуючись електронним цифровим підписом лікаря	16
Випикуєте рецепти у ЕСОЗ, користуючись електронним цифровим підписом лікаря	15
Проводите санітарно-освітню роботу з батьками і дітьми	14

Продовження табл. Г.1

Знімаєте електрокардіограму	13
Вимірюєте гостроту зору	12
Надає консультативну допомогу сім'ям	8
Проводите профілактичні та протиепідемічні заходи в осередку інфекції	8
Спостерігає за породіллями, новонародженими	7
Видаляєте сірчану пробку	6
Асистуєте лікарю під час малих операцій	5
Здійснюєте спостереження за дренажем, трахеостомою	3
Забезпечуєте паліативну допомогу важкохворим	3
Застосовує газовивідну трубку	3
Доглядаєте за післяопераційними хворими	2
Спостерігає за жінками з нормальним перебігом вагітності	2
Проводите катетеризацію сечового міхура м'яким катетером	2

Продовження табл. Г.1

Вимірюєте внутрішньоочний тиск	2
Кварцування кабінету та заміна та контроль дезінфікуючих засобів . засобів	1
Веду повністю прийом в електронній системі	1
Проводите промивання шлунка	1
Застосовуєте сучасні методи обстеження вагітних	1
Проводите онкологічний профогляд	0

Джерело: складено автором з використанням відповідей з Google Forms.

Цитування відповідей респондентів анкети №2 на 10-те та 12-те питання та респондентів анкети №1 на 13-те питання

Відповіді респондентів анкети №2 на 10-те питання: «Які перешкоди і труднощі управлінського характеру існують для запровадження розширених повноважень медичних сестер і братів?»	Відповіді респондентів анкети №2 на 12-те питання : «Які проблеми можуть виникнути у зв'язку з розширенням повноважень медичних сестер / братів?»	Відповіді респондентів анкети №1 на 13 питання: «Які проблеми можуть виникнути у зв'язку з розширенням повноважень медичних сестер / братів?»
Людський ресурс та відсутність навчання.	Зі сторони пацієнтів , вони звикли спілкуватись з лікарем.	Не готовність медсестер брати на себе таку відповідальність.
Більшість управлінців поважного віку не вірить, що медсестра може на себе взяти таку відповідальність.	Страх медсестер брати на себе відповідальність.	Проблеми прийняття цього розширення лікарями, пацієнтами. Більшість це розширення повноважень медичної сестри приймають як "о ви хочете, щоб вас лікувала медична сестра" і в такому руслі.
Не існує. В мене дуже прогресивна клініка.	Важко відповісти.	Не спроможність людей до змін, вийти з системи.
Перешкод зі сторони адміністрації немає.	Неготовність медсестер.	Не буде спільної мови з лікарями.
Належна оплата праці медичних сестер, складання графіку (де м/с працює і разом з лікарем, і окремо від нього).	Медичні сестри можуть не захотіти брати на себе цю відповідальність.	Не готовність лікарів. Недовіра лікарів.

Продовження табл. Д.1

<p>Мотивація медсестер для надання їм нових повноважень, забезпечення навчання медсестер, тематичних удосконалень, підвищення заробітної плати медсестрам, невдоволення медсестер через збільшення робочого навантаження.</p>	<p>Медсестри не хотітимуть розширення повноважень.</p>	<p>Неготовність лікарів працювати без помічника.</p>
<p>Відсутність ініціативи персоналу чи керівників.</p>	<p>Некомпетентність м/с</p>	<p>Лікарі перекладуть всю свою роботу на медичних сестер/братів.</p>
<p>Не розуміння співробітників та пацієнтів про формат допомоги, зміна графіку для окремої служби, поєднання роботи, недостатня компетентність для самостійної роботи.</p>	<p>Збільшення нагрузки.</p>	<p>Ніяких.</p>
<p>Навчання медичних сестер, збільшення площі для надання медичних послуг.</p>	<p>Недостатньо знань</p>	<p>Потрібен час на навчання медичних сестер та створення власного електронного підпису для медичних сестер.</p>
<p>Потрібні кошти для збільшення оплати праці медсестер.</p>	<p>Відповідальність за лікування має нести один медичний працівник.</p>	<p>Важко відповісти.</p>
<p>Оцінити заробітну плату.</p>	<p>Немає кваліфікованих медсестер.</p>	<p>За 2 роки не навчають та що лікаря.</p>

Продовження табл. Д.1

Законодавство.	Необхідність законодавчих змін, велика комунікаційна компанія з громадськістю	Відповідальність.
Бажання керівника закладу.	Медичні сестри та брати менше зможуть приділяти часу своїм прямим обов'язками та будуть ще більш втомлюватись за ті ж самі години роботи та ту ж саму зарплатню.	Пацієнти можуть бути незадоволені або навпаки.
Витрати на навчання.	Бо вже навантажені «секретарською» роботою, яка має доволі опосередковане відношення до медицини.	За все буде відповідати медична сестра.
Відсутність бажання.	Недовіра пацієнтів.	Збільшиться навантаження у роботі.
Відсутність законодавчої бази. Відсутність пакетів в ПМГ, завдяки яким медичні сестри/брати можуть також приносити дохід закладу.	Незадоволеність медсестер.	Не знаю.
Відсутність у медсестер власного електронного ключа.	Недостатній рівень знань для надання якісної допомоги і самостійного ведення пацієнта.	Відсутність бажання у медсестер / медбратів змінюватися, брати на себе відповідальність.

Продовження табл. Д.1

Законодавчі обмеження.	Проблеми які медична сестра не зможе вирішити.	Додаткове навантаження на медичних сестер.
Дозволити медсестра працювати в ЕСОЗ, збільшити заробітну плат.	Залежить від якості навчання м/с; відношення м/с до розширення повноважень, вмотивованість м/с; вірогідність пропустити якусь хворобу/небезпечний симптом.	Важко відповісти.
Приміщення.	Нерозуміння пацієнтами особово в сільській місцевості.	Пацієнти потребують консультації лікаря, а консультація медсестри їх не буде задовольняти.
Яка оплата повинна бути у таких медсестер?	Проблеми не виникнуть	За здоров'я і життя пацієнта несе відповідальність лікар, медсестра може взяти частину рутинної роботи лікаря на себе, якщо це необхідно.
Немає конкретних кордонів повноважень.	Брак знань в деяких аспектах.	Недовіра з боку пацієнтів.
Неможливість створити умови для консультування в окремих кабінетах.	Невдоволеність з боку лікарів.	Пацієнти і лікарі можуть не довіряти компетенції медсестри.

Продовження табл. Д.1

Не всі МІС мають окремий кабінет медичної сестри.	Будить виникати помилки в рекомендаціях і інтерпретації аналізі і досліджень.	Буду виконувати і свою роботу, і роботу лікаря в ел.стемі.
Ніяких.	Запущені хвороби, не уміння інтерпретувати дані різних обстежень і аналізів.	Невідповідності законодавчій базі.
Ніяких.	Ніяких проблем не буде.	Встановлення хибних діагнозів і втрата часу у лікуванні для пацієнта.
Організація додаткового кабінету для роботи.	Відсутність бажання.	Великий обсяг роботи.
Алгоритм роботи.	Неякісне обслуговування.	Сестри не захочуть брати на себе відповідальність за хворого (ми не навчалися, як лікарі).

Продовження табл. Д.1

<p>Яким чином контролювати якість надання медичної послуги ; важко уявити відношення пацієнтів до розширення повноважень медсестер. У разі конфліктної ситуації з пацієнтом /невдоволення послугою-як оцінити алгоритм дій м/с,якщо він невірний ?(маю на увазі ,що існує багато тонкощів ,яких за короткий період часу не навчити медсестер).</p>	<p>Опрацювання та затвердження розширення повноважень, додаткові навчання медичних сестер/братів (навряд чи розроблені плани таких навчань, навчальні матеріали тощо), супротив медичних працівників, особливо літнього віку.</p>	<p>Супротив лікарів, МОЗ, небажання брати на себе відповідальність і вчитись медичних сестер і братів.</p>
<p>Помилки, або недостатність досвіду.</p>	<p>Відволікання лікаря, коли медсестра не зможе вирішити певні питання, або ж не коректні призначення медсестри через брак саме лікарських знань</p>	<p>Недовіра пацієнтів, яку поступово треба здобувати, невпевненість у своїх силах, яка прийде з поступовою практикою, нерозуміння з боку лікарів, яка додається комунікацією і спільними навчаннями.</p>
<p>Недостатність вільних кабінетів.</p>	<p>Думаю проблем не буде</p>	<p>Це не подобається лікарям.</p>
<p>Важко відповісти.</p>	<p>Навчання м\с.</p>	<p>Непорозуміння з лікарями.</p>
<p>Немає відповідної освіти.</p>	<p>Призначення невірного лікування</p>	<p>Пенсіонери і близькі до пенсії цього не захочуть.</p>

Продовження табл. Д.1

<p>Заробітна плата, наявність кабінетів і відносини пацієнтів до того, що їх буде лікувати працівник котрий не вчився в мед.академії. Хоча наші медичні сестри знають багато, але вони не лікарі.</p>	<p>Законодавчо не затверджені можливості самостійної роботи медичної сестри. В тому числі, і в першу чергу, виписування рецептів. Бо законодавством чітко визначено, що це робить лікар. Хоча виписати рецепт по Доступним лікам пацієнту зі стабільним станом, який не потребує корекції лікування, спокійно може медична сестра.</p>	<p>Збільшення навантаження на медичну сестру, і є ризик що навантаження не буде відповідати заробітній платі, особливо медсестер що працюють в селах.</p>
<p>Законодавче неврегулювання, опір персоналу.</p>	<p>Спочатку несприйняття пацієнтами.</p>	<p>Для того щоб розширити повноваження медичних сестер, і для того щоб їх заохотити працювати з розширеним повноваженнями, має бути фінансовий стимул працювати, наприклад запровадити якусь доплату для медичних сестер що працюють в сільських амбулаторіях, або додатковий медсестринський пакет і так далі. Особовий кабінет в ЕСОЗ. можливість атестації медсестри так як лікаря, тобто щоб медсестра теж могла б сама набирати бали для атестації.</p>
<p>Немає кваліфікованих кадрів.</p>	<p>Тільки якщо, не дуже добросовісно виконує свої обов'язки.</p>	

Продовження табл. Д.1

Освіта.	На перших порах недовіра пацієнтів.	Може збільшитися навантаження особливо в медичних сестер/братів які працюють і проживають в одному селі . Пацієнт в селі, досить часто не розуміють що в медичного працівника може бути особистий час і простір , і якщо не додзвоняться то достукаються, так що всіх псів по селі побудять , одним слово якщо не на роботу придуть , то придуть додому , і їх не цікавить чим людина в цей час зайнята. Одна справа коли дійсно ситуація не відкладена : гіпертонічний криз, кровотеча, виконання призначення лікаря і так далі . Але зовсім інша справа коли пацієнт прийшов щоб я завтра виписала довідку про проведення щеплення дитині або запитати чи завтра я чи лікар будемо на роботі.
В них і так багато роботи з медсестринства, ще вести прийом, це не правильно.	Тактика лікування.	.
Змінення системи освіти середнього медперсоналу.	Кошти на електр. кабінет.	
Поки виникли труднощі з відповіддю.	Культуральні: нерозуміння в колективі та неготовність пацієнтів до змін.	

Продовження табл. Д.1

	Юридичне урегулювання(на рівні ЕСОЗ), комунікаційна складова серед медичних працівників та пацієнтів.	
	Зменшення якості медичної послуги.	
	Скарги медичних сестер/братів на заробітну плату.	
	Не буде проблем.	

Джерело: складено автором з використанням відповідей з Google Forms.

Додаток Е

Таблиця Е.1

Управлінські проблеми на шляху впровадження медсестри з розширеними повноваженнями на первинному рівні надання медичної допомоги

Макрорівень	Мезорівень	Мікрорівень
<ul style="list-style-type: none"> - людський ресурс; - належна оплата праці медсестер; - освітня підготовка; - нормативно-правові аспекти (дозволити медсестрам працювати в ЕСОЗ, відсутність у медсестер власного електронного ключа); - відсутність пакетів в програмі медичних гарантів, завдяки яким медичні сестри/брати можуть також приносити дохід закладу; - витрати на навчання; - мотивація медсестер для надання їм нових повноважень. 	<ul style="list-style-type: none"> - належна оплата праці медичних сестер; - витрати на навчання; - мотивація медсестер для надання їм нових повноважень; - роз'яснення у громаді про роль медичної сестри з розширеними повноваженнями. 	<ul style="list-style-type: none"> - відсутня віра у керівників, що медичні сестри здатні взяти на себе додаткову відповідальність; - належна оплата праці медичних сестер, - управлінські проблеми на рівні закладу пов'язані з організацією робочого часу, графіків прийому (де медсестра працює разом з лікарем чи окремо від нього); - відсутність бажання (мотивації) у впровадженні таких змін як серед медичних сестер, так серед керівників; - витрати на навчання; - кошти для збільшення оплати праці медсестер; - необхідне додаткове приміщення для створення відповідних умов для надання послуг медичними сестрами;

Продовження табл.Е.1

		<ul style="list-style-type: none"> - не розуміння співробітників та пацієнтів формату допомоги, яку надаватимуть медсестри з розширеними повноваженнями - недостатня компетентність для самостійної роботи медсестер; - мотивація медсестер для надання їм нових повноважень і невдоволення через збільшення робочого навантаження.
--	--	--

Джерело: складено автором з використанням відповідей з Google Forms.