

14

ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ВЪВЕДЕНИЕ

Отношението на Новото обществено здравеопазване към цялата здравна система изисква разбиране на въпросите, свързани с обучението, осигуряването, разпределението и мениджмънта на различни видове човешки ресурси, включително баланса на персонала, работещ в здравните заведения и в общината. Здравните системи се нуждаят от добре обучени съвременни изпълнители на здравни грижи, които да съдействат на здравеопазването, да предпазват от болест, да лекуват заболяване и да извършват рехабилитация по състрадателен, етичен, професионален и рентабилен начин. Това означава, че изпълнителите на здравни грижи трябва да бъдат обучени не само в компетентност и хуманност в изпълнението на клинични функции, но също така непрекъснато да се обучават и да увеличават знанията си в икономическия аспект на здравните грижи. Те трябва да разбират и да могат да се ориентират в свързаните със здравните грижи области като епидемиология, икономика и управление, а така също и в социалните и поведенчески науки. Качеството на практиката зависи от наемането на социално мотивирани и талантили хора, от обучението, практическата подготовка и професионализма им на изпълнители на здравни грижи, а така също и от структурата, съдържанието и качествената ориентация на здравната система, в която те работят.

Определянето на нуждите и разпределението на човешките ресурси са важни въпроси на здравното планиране. Излишъкът или недостигът на кадри от една или друга здравни професии създава отклонение или нарушаване на баланса в здравната система и нейната икономика. Както в развитите, така и в развиващите се страни, практикуващите от средното ниво и общинските здравни работници се приемат като най-важни за осигуряването на достъп до подходящи нива на здравно обслужване и удовлетворяването на здравните нужди, непокрити от другите нива.

В търсенето на ефективни начини за подобряване на здравето, здравните системи създават много нови професионални роли, които могат да се изпълняват в новата организационна мрежа. Тъй като дефинициите на здравните услуги са разширени и вече включват поддържане на здравето, в общия спектър на здравните услуги са включени нови здравни професионалисти. Непрекъснатото обучение е жизнено важно за поддържането и подобряването на качеството в здравните системи. Регистриращите и информационните системи са важни за осигуряването на основна информация за всички приложни аспекти на здравния персонал.

Целта на тази Глава е да разгледа основните елементи в обучението на човешките ресурси, както и тяхното значение в Новото обществено здравеопазване по отношение на количество, качество и променящо се взаимодействие между здравните професионалисти.

ПРЕГЛЕД НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Броят, типът и разпределението на персонала са основни детерминанти на достъпа, наличността, предназначението и разходите за здравни грижи. Обучението, качеството и работата на здравния персонал, както и технологиите, които той използва, са също така важни въпроси на здравното планиране. За да изпълнява своята функция, всеки здравен професионалист се нуждае от знания за принципите и текущите стандарти на общественото здравеопазване, тъй като цялото здравеопазване понастоящем рутинно включва превенция, работа в екип, мениджмънт, контрол на качеството, ограничаване на разходите и свързаните със здравеопазването етични проблеми.

В много страни основният фокус на обучението на здравния персонал е бил насочен към подготовката на клиницисти, без да се отдава нужното внимание върху подготовката на анализатори на политиката на общественото здравеопазване, здравни мениджъри и професионалисти по обществено здравеопазване. Всъщност, последните са най-важни във времето, когато се провеждат здравните реформи и когато здравната промоция и превенцията са необходими за задоволяване на здравните нужди на обществото.

Основните проблеми в развитието на човешките ресурси са различни в отделните държави, но обикновено включват:

1. Нарушаване на баланса в обучението на здравни професионалисти: излишък на лекари, недостиг на медицински сестри или други здравни професионалисти;
2. Подготовка на прекалено голям брой лекари специалисти и недостатъчен брой лекари за първична медицинска помощ, инфлация на здравните разходи и компромисен достъп до здравни грижи;
3. Лошо географско разпределение; недостиг на различни професионални категории в селските райони;
4. Недостатъчно финансиране на обществените системи на здравеопазване в сравнение с частните практики, водещо до лоши условия на работа, ниско заплащане и незначителни възможности за професионална кариера, нисък морал на персонала, лоша работа и ниска удовлетвореност на пациентите;
5. Недостатъчни стандарти и период на обучение на лекари-специалисти с оглед подготовката на добре квалифицирани професионални лидери;
6. Липса на ориентация в общественото здравеопазване от страна на всички изпълнители на здравни грижи;
7. Недостатъчно обучение на специалистите по обществено здравеопазване по епидемиология, свързаните със здравето социални науки, анализ на политиката на здравната система или управление на здравните системи, водещо до невъзможност на здравната система да проследява и оценява изходите си и разпределението на ресурсите или да оценява ефективността на програмата;
8. Лицензиране на изпълнителите на здравни грижи от правителството, което може да доведе до компромиси в качеството на осигуряването на адекватен брой завършващи; или обратното, делегиране на лицензи от професионалните организации може да доведе до протекционизъм, поставяне на интересите на професията над тези на обществото;
9. Компромиси с качеството на човешките ресурси чрез неадекватни стандарти за назначаване и образование на медицинските професионалисти, неадекватно непрекъснато обучение и препотвърждаване на сертификатите;

10. Конфликти на академични, професионални, правителствени или застрахователни интереси с обществените и интересите на отделните пациенти в политиките на обучението.

В периода от 50-те до 70-те год. на XX-ти век, с оглед посрещане проблемите на достъпа до здравни грижи, свързвани с недостига на лекари, са отваряни нови и са разширявани съществуващи медицински училища. Считало се е, че по-големият брой лекари ще увеличи конкуренцията и ще понижи доходите на лекарите; всъщност медицинските доходи продължават да растат, а проблемите на достъпа до здравни грижи остават нерешени. С нарастване значението на здравната икономика, промоцията и превенцията на здравето става ясно, че увеличаване броя на медицинския персонал няма да доведе до подобряване здравето на нацията и че в някои страни увеличаването на медицинския персонал е взело застрашителни размери. Увеличаването на физическата наличност поражда увеличение и на здравните разходи, както в системите, основаващи се на заплащане за услуга, така и в системите със заплащане на определена заплата за заемана длъжност. Механизмите на пазарното търсене и предлагане не се адаптират добре към здравеопазването, тъй като потребителското търсене до голяма степен се генерира от решенията на изпълнителя на здравни грижи (например, за повторна визита, изследване или хоспитализация). Таксите могат да бъдат фиксирани произволно или чрез договаряне с обществено-осигурителен механизъм; услугата се заплаща от трета страна, а потребителят е по-малко осведомен от изпълнителя.

Всяка страна решава проблема колко и какъв вид човешки ресурси да обучава за собствените си нужди и това пряко зависи от модела и функционирането на здравната система. През 70-те год. на XX-ти век провинция Алберта в Канада е имала относително стабилни разходи за медицински услуги и осигуреност на пациентите с лекари. През 80-те год. на XX-ти век провинцията преживява значителен спад в икономиката и нулев прираст на населението, но броят на лекарите и услугите, извършвани от лекари се увеличават с 20 %. Намаленият брой пациенти на лекар води до увеличаване както на таксите, така и на обема на услугите на глава от населението, така че доходите на лекарите се задържат непроменени. В резултат на това, общите разходи за здравеопазване на глава от населението значително се увеличават. В много страни през 80-те год. на XX-ти век политиките се преформулират с оглед намаляване броя на новоприетите за обучение студенти в медицинските училища.

Прекомерното предлагане на лекари може да се превърне в сериозен проблем за здравната система, допринасяйки за пристрастие към медицинска ориентация в здравеопазването за сметка на други, по-основни нужди на общественото здравеопазване, първичните здравни грижи и фундаменталните поддържащи системи за уязвимите групи в обществото. Прекалената медицинска ориентация поощрява погрешното разпределяне на ограничените ресурси като създава третичните здравни грижи и позиции за лекари в големите градове, оставяйки селските райони и първичните здравни грижи недостатъчно осигурени. Това е характерно в развиващите се страни като Бангладеш, Индия, Пакистан, Мексико, Колумбия и други латиноамерикански страни. В някои развиващи се страни проблемът често се дължи на невъзможността на здравния бюджет да наеме необходимия брой лекари. В някои от тези страни безработицата между младите лекари е значителен проблем.

Глобално, недостигът на медицински сестри продължава, въпреки че в развиващите се страни се счита, че професията на медицинската сестра е престижна. От друга страна, медицината е много популярна като професия и означава социален прогрес.

Размерът на географското неравенство се омаловажава от регионалните сравнения, но даже и обобщените сравнения показват съществени различия: в Америка на всеки 10 000 човека има 56 медицински сестри и акушерки, а в Югоизточна Азия те са само 3,3.

Постигането на целите на "Здраве за всички" чрез първични здравни грижи изисква ефективните и координирани услуги на много видове здравен персонал в рамките на всяка национална здравна система. Държавната политика може да окаже влияние върху подготовката, състава и моделите на работа на човешките ресурси в здравеопазването. Националните разходи за здравеопазване зависят от държавния приоритет, определен за здравеопазването в сравнение с други въпроси, които могат да бъдат еднакво или по-важни за правителството. Независимо от всичко, чрез добре дефинирана здравна програма, даже и в бедна страна може да бъде създадена силна национална здравна политика. Общинската и селската здравна политика в Китай през 50-те год. на XX-ти век се е основавала на няколко елемента: разработване на програма за 3-годишно обучение на семейни лекари за селските здравни служби; надстройка на обучението на селските лекари до ниво на помощник-лекари; поощряване на работата в провинцията на ниско ниво. Тази програма е изключително успешна за повишаване на здравните стандарти в Китай над нивото, което би могло да се очаква от икономическото ѝ развитие. С реформата в икономиката през 80-те и 90-те год. на XX-ти век, тази система е изцяло променена (глава 13).

ПЛАНИРАНЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Здравната инфраструктура на всяка страна включва наличните ресурси и тяхната организация. Човешките ресурси са важни за всяка здравна система. Ето защо, наличието на работна ръка и съоръжения, икономическата подкрепа на системата, мениджмънтът и политиката, методите на заплащане на изпълнителите на здравни грижи и организацията на услугите са жизнено важна част от здравното планиране.

ПАНЕЛ 14.1

ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ И ИНФРАСТРУКТУРА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА



Източник: Адаптирано от *Reviewing Health Manpower Development*, WHO, 1987

Наличните ресурси на здравната система включват съоръжения, кадри и финансови средства за здравеопазването. Организационната и финансовата структура на здравната система определят как тези ресурси се разпределят или използват както в

публичния, така и в частния здравен сектор. Както структурата, така и методите на заплащане оказват влияние върху начина на извършване на услугите. Здравната система се нуждае от достатъчна икономическа подкрепа, за да може да осъществява основно и непрекъснато обучение на човешки ресурси с високо качество, а така също и за тяхното управление с оглед подходящото им и оптимално използване.

Регулирането на кадрите в здравеопазването включва лицензиране и дисциплина на здравния персонал и е важна правителствена функция. Мерките за контрол, ограничаването броя на практикуващите медицина и стимулиране извършването на по-ефективни здравни грижи са важни въпроси на рационализирането на здравните системи.

Фундаментално в процеса на определяне на нуждите от кадри в здравеопазването е познаването на текущата ситуация на работната сила. Основни за целта са информационните системи, базиращи се на периодична регистрация или преброяване на хората, практикуващи здравна професия. Практикуващите медицински специалисти, които са се пенсионирали, починали, преместили, емигрирали или напуснали професията, трябва да бъдат извадени от регистрите на активно практикуващите. Точната и актуална картина на действителния медицински персонал осигурява информация за неговата специалност, географско разпределение, възраст, пол и текуща заетост. Международните сравнения на здравните професионалисти помагат за изработването на национални модели в контекста на другите страни с подобни социално-икономически и здравни стандарти. В случай, че предлагането на здравни кадри е недостатъчно или неподходящо за посрещане на здравните нужди и постигане на здравните цели, могат да се използват алтернативни подходи.

Оценката на текущото предлагане и наличие на медицински и здравен персонал и определянето на бъдещите нужди са специфични задачи на правителствените агенции, занимаващи се с общото национално социално-икономическо планиране. Това може да бъде агенция за планиране, борд, комисия или комитет, упълномощени от националните или щатските власти, работещи съвместно с обучаващите власти, в съответствие с общото здравно планиране. Центровете за академично обучение играят важна роля не само в обучението, но също така и в прилагането на политиките на националната работна сила. Те са част от процеса на определяне на политиките.

ПРЕДЛАГАНЕ И ТЪРСЕНЕ

Елементарна форма на количествено планиране или непланиране на човешките ресурси е пазарно ориентираният подход, базиращ се на нуждите на обучаващите институции и търсенето на обучаващи се. Търсенето на лекарско обучение е високо, а и по финансови причини или за престиж, училищата имат интерес да обучават повече студенти. Без адекватен контрол този процес може да не се съобразява или да не отчита нуждите и/или възможностите на страната за реализиране на завършващите. Това би довело до създаването на повече училища, по-висок капацитет за обучение и производството на излишък от практикуващи здравни професионалисти.

През 50-те и 60-те год. на XX-ти век в много страни е господствала идеята, че универсалният достъп до медицински грижи ще реши голяма част от здравните проблеми и че за осъществяването на тази мечта ще са нужни повече лекари. Тогава се е считало, даже и в здравните системи с централно планиране, че предлагането и търсенето ще насочат новозавършилите медицински специалисти към районите с по-ниска осигуреност със здравни професионалисти. Обаче, увеличаването броя на новозавър-

шилите медици струва прекалено скъпо на обществото, а резултатът е завишено предлагане, особено в големите градове, и увеличено използване и тясно специализиране на медицинските грижи.

Очаквало се е, че увеличеното предлагането на лекари ще повиши достъпа до здравни грижи и ще увеличи броя на лекарите, заети с по-малко популярни области на практикуване, като първичните здравни грижи, както и практикуване в по-слабо обслужвани географски области. От 80-те год. на XX-ти век този подход започва все по-слабо да се прилага даже и в обществата със свободна пазарна икономика, тъй като той води до инфлация на цените на здравните грижи и не успява да задоволи нуждите на слабо обслужваните области или специалности. Имиграцията и емиграцията на медицинския персонал или отказът от активна практика, са също фактори на предлагането и разпределянето на здравния персонал. През 80-те год. на XX-ти век във връзка с увеличената специализация, цените на здравните грижи рязко се покачват и все повече нараства разбирането, че здравните нужди зависят повече от превенцията, отколкото от прекомерното предлагане на лекари. Това води до тенденция към намаляване броя на новите студенти в медицинските училища, намаляване на местата за специализирано обучение и намаляване емигрирането на лекарите.

Училищата по медицина и по други здравни професии са твърде скъпи както за създаване, така и за поддържане и в случай, че произвеждат повече от необходимия брой медицински специалисти, биха били излишен товар за здравната система. Основаването на нови училища и поддържането на съществуващите при сегашното ниво на заетост на медицинските специалисти, изисква внимателно изследване на ефектите, които големият брой завършващи ще окаже върху здравната система. Независимо дали в регулирана среда или в условията на свободен пазар, предлагането на излишна работна сила може да бъде мощна машина за увеличаване на цените на здравните услуги. Периодът на ограничаване на здравните разходи поставя под въпрос идеята за непрекъснато увеличаване на работната сила и неограничения брой услуги, независимо дали те са безплатни или се плащат от осигурителната система. Даже и в условията на свободен пазар, както е в САЩ, държавното финансиране и лостовете за регулиране се използват с цел намаляване на местата за специализации в полза на първичните здравни грижи.

На Таблица 14.1 е показана тенденцията в медицинското обучение в САЩ в периода 1950-1996 г. и перспективата към 2000 г. В периода 1950-1980 г. броят на абсолювентите медици се е увеличил три пъти, но след 1990 г. нарастването е с по-слаби темпове. Медицинските специалисти на глава от населението са се увеличили с една трета в периода 1950-1980 г. и с още една трета в периода 1980-1990 г.. Това се дължи на кумулативния брой завършващи през последните 30 години, а така също и на емиграцията на лекари. Понастоящем се наблюдава изравняване в "производството" на нови лекари.

Нормативният подход използва стандарти и норми, изведени по някакъв систематичен начин. Стандартите могат да се базират на емпирични критерии за броя на необходимите лекари, медицински сестри или друг медицински персонал. Този подход може да е изключително твърд и да не отговаря на промените в заболяемостта и технологичните промени в нуждите на здравните услуги. Стандарти могат да се изведат и от съотношенията в други страни или от други области в същата страна, използвани утвърден "златен стандарт".

ТАБЛИЦА 14.1

Медицински и остеопатични училища, абсолвенти и налични лекари в САЩ, 1950-1996 г. и тенденция към 2000 г.

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
Медицински и остеопатични училища	8,5	92	110	140	141	142	-
Абсолвенти (в хиляди) ¹	5,9	7,5	8,8	16,2	16,9	17,9	18,0
Лекари/10 000	14,1	14,0	15,5	19,6	23,2	24,7	26,8

Източник: Health, United States, 1996-1997, 1998

¹Включва всички завършващи и активни лекари и остеопати

Планирането на работната сила може да постави определени цели, насочени към създаването на такъв брой медицински персонал, какъвто е необходим за поддържането или увеличаването на отношението между сегашното предлагане и населението с избран процент, например с 5 или 10 % за избран период от време. По този начин, ако една страна има 50 медицински сестри на 100 000 души население, тя може да планира увеличаването им на 55 на 100 000 души за период от 5 години. Вероятността да се стигне до свръх предлагане на медицински специалисти при този подход е по-малка, но при него могат да се задържат произволно високи нива на човешки ресурси, независимо от промените в епидемиологичните модели или увеличаването на ефективността на медицинските услуги. Например, с намаляването на туберкулозата са били необходими по-малко специалисти в тази област, но тъй като тази болест се завръща, възниква необходимост от увеличаване на обучението и броя на такива специалисти. Болниците вече не са център на здравните грижи и намаляването на болничните легла е станало част от реструктурирането на здравните услуги. Това трябва да доведе до пренасочване на персонала от институционални към общински базирани услуги като му се осигури преквалификация и умел системен мениджмънт.

ПАНЕЛ 14.2

ВЪПРОСИ НА ПЛАНИРАНЕТО НА ПЕРСОНАЛА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Настоящи и очаквани демографски промени, т.е. увеличаване броя на населението и остаряване на населението;
2. Настоящ и очакван брой на практикуващите медицински специалисти и тяхното географско разпределение по специалности;
3. Прогрес на технологиите, изискващи нови професии;
4. Ефект на имиграцията и емиграцията върху предлагането на медицински специалисти;
5. Разход/полза на отношението професионалисти към население срещу мерки за превенция и здравна промоция;
6. Променящи се епидемиологични модели, като намаляване на стоматологичните услуги вследствие на флуорирането на обществените водоизточници, остаряване на населението и нарастваща заболеваемост от хронични болести;

7. Пренасочване на здравните системи от институционални към амбулаторни и превантивни здравни грижи;

8. Прехвърляне на задачи от по-високото ниво към останалия персонал, специално подготвен за нуждите на здравното обслужване; увеличаване обхвата на здравния персонал, като оптометрични специалисти, психолози, социални работници, акушерки, стоматологични сестри, практикуващи медицински сестри и обществени здравни работници.

Много страни се нуждаят от млади, новозавършили лекари, които да работят една или няколко години в селските райони. Това излага младите специалисти на реалността на първичните здравни грижи като част от тяхното професионално развитие и както се предполага, ги запознава с жестоката действителност на условията за живот и селската беднота. Независимо от това, по този начин неопитните млади професионалисти се поставят в изолирана среда, без адекватна колегиална помощ или надзор и където вероятността те да останат там за по-дълго от предвидения задължителен срок е минимална. Усилията да се задължават младите медици да работят в селските райони са временно решение и в общия случай се осуетяват от желанието на лекарите и медицинските сестри да живеят в градовете и да практикуват клинични специалности.

Търсенето на методи за ограничаване нарастването на цените, от една страна, а от друга страна, търсенето на начини за подобряване достъпа до здравни грижи за високо рисковите групи от населението, е причина обучението на среден медицински персонал да се приеме като част от планирането на човешките ресурси в здравеопазването. Планирането на медицинския персонал трябва да взема предвид големият брой дисциплини, необходими както за клиничните грижи, така и за общественото здравеопазване, като отчита променящите се модели на нуждите, технологиите и разпределянето на отговорностите в здравното обслужване между различни професионалисти.

Организацията на здравните грижи също така оказва влияние върху необходимия брой различни здравни работници. Независимата частна практика и свободният избор на лекар или специалист допринасят за по-добро използване, създаването на списъци с чакащи, рязко увеличаване на цените и очевиден недостиг на медицински специалисти. Централно контролираните здравни системи, като съветската, са създали инфлационни норми персонал - население и ниска ефективност на здравното обслужване.

Наред с количествените е необходимо да се използват и качествени методи за планиране. Качеството на учебните програми на обучението в колежа и университетите, акредитацията, процедурите на лицензиране и непрекъснатите мерки за оценка на качеството са важни елементи на качеството на националните здравни системи.

МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ

Обучението на лекари и практическото обучение на специалисти, по принцип са задължения на държавата. Правителствата носят отговорността за осигуряването на адекватен брой добре обучени здравни професионалисти, които да извършват здравните услуги. Това е съвместна дейност на здравните и просветните власти, провеждана чрез осигуряването на финансова подкрепа и стандарти за университетите или меди-

цинските училища, които провеждат обучението. Финансовата подкрепа и акредитацията на обучаващите институции осигуряват механизмите за прилагане на националната или щатската политика както в количеството, така и в качеството на образователните програми. Националните или провинциалните департаменти по образованието създават насоки и стандарти за финансиране чрез механизмите на университетски стипендии или друг вид заплащане, често под формата на назначаване на работа. Стандарти могат да се създават за учебен план, факултет, основни дисциплини и клинично обучение, като част от одобряване на финансиране или чрез неправителствени акредитационни структури, организирани от самите медицински факултети (виж глава 15).

Традицията на многофакултетно университетско медицинско обучение е широко разпространена в индустриалните държави и техните бивши колонии, понастоящем независими държави. Медицинското обучение може да има само полза от една такава среда, която съдейства за научно-изследователска работа, провеждана в академична атмосфера със съответстващите ѝ стандарти. Тази традиция на свързване на изследователската дейност с обучението е важна за постигането на високи стандарти. Наличието на изследователски климат, осигуряващ непрекъсната оценка и контрол на работата, издига аспирациите на институцията и нейния преподавателски състав и поставя стандарт за студентите за целия им по-нататъшен професионален път. Университетската степен дава престиж на професията, поощрява търсенето на признание за отлични постижения и академични критерии за приемането на студенти, стандарти за учебния план и преподавателския състав. Това в общи линии се отнася за медицинските училища и все повече за училищата за медицински сестри и други здравни професии. Всъщност, университетско образование не се изисква за всички здравни професии. Общинските колежи могат по по-подходящ начин да осигуряват многофакултетна среда за обучение и широка учебна база за някои изпълнители на здравни грижи.

През XIX-ти век обучението по медицина в САЩ се е провеждало от частни търговски училища по медицина с лоша учебна база, преподавателски състав и стандарти. Фондацията Карнеги спонсорира проучване на медицинското обучение в САЩ и Канада, проведено от Абрахам Флекснер (преподавател, който не е лекар), който през 1910 г. изготвя доклад за лошото качество на тези търговски училища. Този доклад спомага за създаването на университетски медицински училища по модела на Университета Джон Хопкинс, който от своя страна е създаден по образец на преуспелите, научно ориентирани немски медицински училища и клинично ориентираните британски учебно-болнични медицински училища. След този доклад повечето от 450-те търговски училища в САЩ са затворени и са заменени със съществуващите и днес 126 университетски медицински училища с високи стандарти на медицинското обучение и академична научно-изследователска дейност. От 50-те год. на XX-ти век, американските медицински училища са подпомагани от огромно количество федерални фондове, предоставяни за изследователска дейност и обучение чрез Националния институт по здравеопазване (*NIH*) и неправителствени източници, включително частни лица и различни фондации.

Медицинските училища са ресурс за своята община, а така също и център за академично превъзходство. Тяхната цел трябва да бъде осигуряването на балансирано обучение в академична среда, където обучението, изследователската дейност и обслужването си взаимодействат за производството на абсолвенти, компетентни и ориентирани към задоволяване нуждите на населението. Това изисква баланс между биомедицинските, психологичните, базиращи се на населението и социологически перспекти-

ви на здравните грижи. Учебните методи трябва да бъдат избрани така, че да съдействат за изпълнение целите на програмата. Много медицински училища обучават предимно чрез лекции пред много големи класове, с ограничен клиничен опит, провеждан под надзора на преподаватели. Това намалява шансовете на студента да развие ориентирани към пациента умения, както и умения за решаване на проблеми. Този дидактически подход към медицината минимизира възможностите на студента да работи в мулти-дисциплинарен екип или да възприема медицинските грижи като част от комплексно екипно обслужване. Работата със студенти от други научни области и професии по колегиален начин помага на студентите по медицина да разберат екипната роля на здравния професионалист в здравната система.

ПАНЕЛ 14.3

ДОКЛАДЪТ НА ФЛЕКСНЕР, 1910

"Двадесет и пет години продължава огромното свръхпроизводство на необразовани и лошо обучени медицински практики при пълно незачитане и без сериозна мисъл за интересите на обществото. Да вземем Съединените Щати, относителният дял на лекарите е четири или пет пъти по-голям, отколкото в по-старите страни като Германия. Свръх производството се дължи на огромния брой търговски училища. Колежите и университетите не са могли да разберат огромния напредък в медицинското обучение и увеличените разходи за провеждането му в съответствие с модерните тенденции. Болница, която да бъде под пълен педагогически контрол е толкова необходима на медицинското училище, колкото са необходими лабораториите по химия или патология. Тръстовете на болниците, обществени или частни, трябва да направят всичко, което е по силите им, за да се отворят болнични отделения за обучение. Прогресът към бъдещето вероятно ще изисква много по-малък брой медицински училища, по-добре оборудвани и по-добре ръководени. Аналогично за нуждите на обществото ще са необходими по-малък брой завършващи лекари всяка година, но по-добре обучени и с по-добра практическа подготовка.

Източник: Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 1910. Reprint, New York: Arno Press and the New York Times, 1972. Condensed form introduction by H.S. Pritchett.

Целта на обучението на практикуващи медици е да се създават опитни професионалисти, които да извършват здравни грижи за пациентите и професионално ръководство, необходимо за развиването и поддържането на висококачествена здравна система. За да се постигне тази цел, са нужни високи стандарти при подбор на кандидатите. Медицинските училища в САЩ изискват предварителна университетска степен на кандидатите. В други страни като Канада и Великобритания, медицинското обучение включва 2 години парамедицинско обучение и 4 години обучение в медицинско училище. За да бъде медицинското обучение качествено, то се нуждае от непрекъснато развитие на учебния план, а така също и от квалифицирани преподаватели, достъп до библиотека, клинично обучение и изпити по време на обучението и при завършването на практическата подготовка. Характерът на студентското обучение ще бъде ключов

фактор при определянето на доживотните практически навици на медиците. Не по-малко важен е и периодът на специализация и непрекъснато обучение през целия им професионален живот.

В повечето индустриални страни приемът на жени и представители на малцинствата за обучение по медицина се е увеличил след 80-те и 90-те год. на XX-ти век като част от социалната политика. Докато съществуват социални и политически причини, които да гарантират достъпа до професионални училища за всички елементи на населението, не трябва да се позволява на академичните стандарти за прием да действат неблагоприятно върху качеството на услугите, осигурявани за пациента или населението като цяло. Частните медицински училища са високодоходен бизнес в някои развиващи се страни и ако се оставят без контрол, могат сериозно да допринасят за свръх производството на неадекватно обучени лекари, като по този начин провалят националните усилия за въвеждане на качество на обучението в обществените университети.

Там, където езикът, на който се води преподаването не е от международно използваните езици за научна литература, местната медицинска общност може да бъде затруднена в достъпа си до съвременни учебници и адекватна професионална литература. Езикът на преподаване в повечето училища по медицина в арабските страни е английски, а в много европейски училища като втори език се изисква английски. Недостатъчното владение на английски език затруднява достъпа до световната литература, участието в международния обмен и научните постижения.

Реформата на учебния план, както и според препоръките на Флекснер, трябва да бъде непрекъснат процес, насочен към удовлетворяване здравните нужди на населението, съобразявайки се със съвременните международни стандарти. Това включва адекватно внимание към основните медицински науки, клиничен опит и грижи за пациенти, практика в болница и обществено базирано здравно заведение и научно-изследователска дейност. Достъпът до библиотеки с адекватно количество налична съвременна международна литература, учебници, компютри с връзка към Интернет и възможност за използване на електронна поща са важни за поддържането на тези стандарти.

Реформата в медицинското обучение се фокусира върху създаването на практически специалисти за двадесет и първи век, готови да посрещат нуждите както от първична здравна помощ, така и от специализирани медицински услуги. В последните години нарастват опасенията, че в обучаването на американските лекари, се отделя твърде голямо значение на науката и специализацията за сметка на първичната здравна помощ. На всички студенти по медицина трябва да се осигури контакт с пациентите порано, отколкото това е ставало до сега. За целта могат да се използват различни здравни заведения, включително учебни болници, клиники за външни пациенти, общински клиники, а така също и програмите на общественото здравеопазване. Студентите трябва да бъдат запознати и с общинскобазираните ресурси за немошните, инвалидите и бедните.

Практическата подготовка трябва да включва мултидисциплинарни компоненти, така че студентите да се запознават с професионалните елементи на други дисциплини, включително и тези от общественото здравеопазване, здравната икономика и социалните науки.

Основните международни конференции за медицинско образование, спонсорирани от Световната федерация по медицинско образование през 1988 и 1993 г., се опитват да дефинират нови насоки за обучението на лекарите в съответствие с ролята им в промоцията на здравето, а така също и в лечението и превенцията на болестите (табл.

14.2). Тези конференции, спонсирани от СЗО, *UNICEF*, *UNESCO*, *UNDP* и Световната банка са международен форум за преоценка на медицинското обучение за XXI век в контекста на промените в медицинските технологии и технологиите на общественото здравеопазване, организацията на здравните грижи и нуждите на населението. Поради конкуриращите се концепции относно това какво студентите по медицина трябва да знаят и какво трябва да представлява практикуващият лекар, промени в медицинското обучение се извършват много трудно.

ТАБЛИЦА 14.2

Въпроси на медицинското обучение за 90-те год. на XX в., Декларация от Единбург (1988) и Световната конференция на високо ниво за медицинско обучение, 1993 г.

1. Извършва се в съответните центрове за обучение, болница, обществено заведение, работно място, в дома.	11. Мултипрофесионално обучение.
2. Учебният план е съобразен с националните здравни нужди.	12. Изисквания за непрекъснато медицинско обучение.
3. Наблягане на превенцията и здравната промоция.	13. Студентите участват в планирането и оценката на медицинското обучение.
4. Активно обучение през целия живот.	14. Абсолвенти с широка медицинска подготовка.
5. Обучение, базирано на компетентност.	15. Етични и морални основи на медицинската практика.
6. Преподавателите са обучени като педагози.	16. Учебен план с опции за работа с големи количества информация.
7. Интеграция на науката с клиничната практика.	17. Следдипломна квалификация в съответствие с нуждите на обществото.
8. Избор на кандидати по определени критерии (социална обвързаност, интелектуални възможности).	18. Здравни екипи и мултипрофесионално обучение.
9. Координиране на медицинското обучение със здравното обслужване.	19. Участие на обществото в медицинското обучение.
10. Балансирано "производство" на видовете лекари.	20. Обучение, базирано на населението, грижи за индивидуалните пациенти в контекста на нуждите за определена популация.

СЛЕДДИПЛОМНО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ

Студентското обучение по медицина осигурява образователната основа, но не и адекватната подготовка за практикуване на медицина. Обучението, следващо студентското обучение е важно, тъй като то гарантира качеството на здравното обслужване. Специалните изисквания на това обучение трябва да се регулират от националните или щатските власти или от професионалните органи (колегия или асоциация), които имат правното основание да лицензират практикуващите лекари. Това включва определяне на заведенията, акредитирани да провеждат обучение, академичните или научни области в учебния план, клиничен опит, продължителност на обучението. Необходимо са национални стандарти за обезпечаване на еквивалентно качество и разрешение за свободно движение на професионалистите. Това, обаче, може да постави провинциалните области в неизгодна позиция, тъй като води до "изсмукването на мозъци" или загуба на професионалисти, обикновено от селските към градските райони или от бедните страни към богатите. Правата на индивидуалния практикуващ лекар да избира мястото и типа на практиката се ограничават от предлаганите позиции в центровете за обучение или практика.

ПАНЕЛ 14.4

СТАНДАРТИ ЗА СЛЕДДИПЛОМНО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ

1. Регулира се от национален съвет (министерство) с участието на професионални, правителствени и обществени организации, който определя качеството, броя и клиничните и общински обучаващи организации;
2. Продължителност на обучението 4-6 години, в зависимост от специалността;
3. Независима клинична практика под надзора на специалист;
4. Акредитиране на обучаващите центрове в съответствие с академичните и критериите за здравни грижи на лицензиращата организация;
5. Период на изследователска дейност по основната наука с лабораторно или епидемиологично проучване, провеждана под надзора на специалист;
6. Познаване на съответната международна литература;
7. Провеждане на обучението в различни медицински центрове (на ротационен принцип);
8. Демонстриране на високо ниво на клинични способности, отговорност, знание, човешки отношения и етика;
9. Изпити в средата на периода на обучение, включващи писмени изпити в съответствие с международните стандарти;
10. Изпити в края на обучението; клинични и писмени изпити в съответствие с международните стандарти;
11. Изпити пред държавна комисия или професионална колегия за получаване на сертификат;
12. Изисквания за препотвърждаване на сертификата.

През 1992 г., Съветът по следдипломно медицинско обучение в САЩ започва ограничаване на броя на позициите за следдипломно обучение до 110 % от броя на завършилите американски студенти, като по този начин осигурява условия за следдипломното обучение на чужденци, някои от които се връщат в родните си страни. Съветът поставя и условие, според което 50 % от тези специализанти ще трябва след завършване на следдипломната си специализация да се включат в общата медицинска практика. Тези препоръки се подкрепят и от други организации, като Асоциацията на американските медицински колежи и Американската медицинска асоциация. Този консенсус потвърждава, че в САЩ съществува свръхпредлагане на лекари, по-голямата част от които са специалисти, а в същото време не достигат общопрактикуващи лекари.

Лицензирането на медицинските специалисти е отговорност на държавата, но в някои страни то се извършва от професионалните асоциации. В САЩ следдипломното обучение е под контрола на национални бордове, съставени от назначени официални държавни представители и представители на обществени и професионални организации. В Канада лицензирането на лекарите се извършва от медицинските асоциации, докато изпитите и издаването на сертификати е под контрола на професионалния борд на Канадския кралски колеж на лекарите и хирурзите. Във Великобритания лицензирането на лекарите е под контрола на назначен от правителството съвет - Съвета по обща медицина, а признаването на специалностите се извършва от различни Кралски колежи.

Стандартите за обучението в специализация трябва да отразяват вижданията на практикуващите тази специалност, а така също и обществения интерес. Общественият интерес се защитава най-добре чрез система, съвместяваща държавен и професионален надзор със силата на закон, включващ регулаторни и дисциплинарни мерки, необходими за поддържането на професионалните и етични стандарти, изисквани от обществения интерес.

Страните от бившия Съветски съюз са осигурявали специализация по време на основното медицинско обучение (например вътрешна медицина, хирургия, педиатрия или хигиена-епидемиология). Те не са имали установен еквивалентен на националните бордове орган, който да следи спазването на критериите за студентско обучение, както и продължителността на обучението и изпитите преди получаване на статут на специализант. Липсата на стандарти компрометира общото качество на здравните грижи в тези здравни системи.

Докато натрупа достатъчно опит и получи статут на професионалист, специализантът трябва да премине през период, в който работи под външен надзор. Клиничната практика под надзора на признат специалист, както и изследователската дейност, публикациите в рецензирани списания и непрекъснатата оценка са важни за процеса на следдипломно обучение с цел да се обучават и създават специалисти, мотивирани и способни да вървят в крак с бързо развиващите се стандарти на съвременната медицина. Изискванията за продължителността на клиничната специализация са различни за отделните страни. Легален срок за специализация, приет от различните комисии (бордове) за признаване на специалност в САЩ е периодът от 3-4 години признато обучение след студентското обучение. Следва изпит от съответната комисия при Американския борд за медицински специалности (ABMS).

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ И СЕМЕЙНА ПРАКТИКА

Доброто здравно обслужване зависи от достъпа до първична здравна помощ и възможността за получаване на направление за специализирани грижи. Повечето системи използват лекаря в първичната помощ като "вратар" за направление за специализирани грижи. Независимите от държавата системи, които позволяват свободен достъп (без издадено направление) до специализираните грижи, са изправени пред проблема да издържат първичната здравна помощ и да отстояват на непрекъснатия натиск от страна на лекарите да избират обучението в специалност като своя кариера (табл. 14.3).

ТАБЛИЦА 14.3

Специалисти и лекари по обща медицина на 100 000 души население, САЩ, 1965-1995

Лекари	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Специалисти	56	65	79	94	106	113	130
Общопрактикуващи	59	50	51	55	60	63	68

Източник: Council on Graduate Medical Education. Tenth report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas, February, 1998

Неправилното разпределение на практикуващите лекари е широко разпространен проблем. Селските и бедните градски области често страдат от липса на достъп до

лекари в първичната здравна помощ. Лекарите специалисти има по-малка вероятност от общопрактикуващите да живеят в селски райони. През 1995 г. в големите градове в САЩ има 304 лекари на 100 000 души население; в по-малките градове има 235 лекари на 100 000 души население, а в селските райони лекарите са между 53 и 168 на 100 000 души население. Неправилното разпределение на специалистите е друг проблем на планирането на медицинските ресурси. Наредби да се ограничава броя на местата за специализация понастоящем действат както в САЩ, така и в други страни. Наредбите, определящи медицинските учебни центрове, изискват те да предлагат и обучение по обща медицина.

Националните здравни системи се справят с тези проблеми чрез наредби, които поставят изисквания и финансови стимули, чрез които се привличат лекарите към по-слабо осигурените с лекари области и към по-малко избираните специализации. Във Великобритания, както и в много други европейски страни, Националната здравна служба използва общопрактикуващите лекари като изпълнители на първични здравни грижи за всички, които имат право на такива, а достъпът до специалисти се осъществява чрез общопрактикуващия лекар. Програмите за управлявани грижи в САЩ също подчертават и изискват от заинтересованите да посещават лекарите от първичната здравна помощ. Променящата се икономическа среда на здравеопазването ще доведе до промени в медицинските специализации и това ще се осъществи много по-лесно, отколкото неравенството между града и селото. Тези въпроси водят до делегиране на по-важна роля на медицинските сестри и нови видове здравни работници.

ОБУЧЕНИЕ ПО ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА

Превантивната медицина е призната като клинична специалност в САЩ. Въведена през 70-те год. на XX-ти век, тази специалност се опитва да сближи общественото здравеопазване и клиничната медицина. Обучението по превантивна медицина е една от 24 акредитирани клинични специалности в САЩ, като лекарите получават сертификат по една или повече от специалностите: обща превантивна медицина и общественото здравеопазване, трудова медицина и авиационна медицина. Тези програми са част от системата от програми за следдипломно обучение на Американската медицинска асоциация, в съдействие с Американския борд за превантивна медицина. Магистърски или докторантски степени могат да се получат след завършване на повече от 23 програми, предлагани в катедрите по хигиена или превантивна медицина в медицинските факултети.

Превантивната медицина е област на специализация от медицинската практика, състояща се от отделни дисциплини, които създават умения, насочени към здравето на определени групи от населението с оглед поддържане и промоция на здравето и благополучието и предпазване от болест, инвалидност и преждевременна смърт. Тя включва обучение по биостатистика, епидемиология, администрация, планиране, организиране, мениджмънт, финансиране и оценка на здравни програми, трудова медицина и околна среда и здраве, социални и поведенчески фактори на здравето и болестта. Прилага мерки за първична, вторична и третична превенция в рамките на клиничната медицина. Завършилиите тази специалност могат да помагат и/или консултират специалистите по здравно планиране и здравна администрация, преподавателите по превантивна медицина, научните работници и клиницистите и/или прилагат превантивната

медицина в различните здравни заведения и практики. Те могат също така да се реализират в държавните (местни, щатски, национални и международни) департаменти по обществено здравеопазване, образователни институции, групи за организирани медицински грижи, в промишлеността, на други места в обществото, в доброволни здравни агенции и професионални или свързани със здравето организации. Изискванията включват една завършена година клинично обучение и клиничен опит; една академична година фундаментално обучение по превантивна медицина; една година практически стаж под надзора на признат специалист (например трудова медицина). Обучението на клиницистите за изследователска работа в областта на здравните услуги и клиничната епидемиология също осигурява потенциална кариера за лекарите, които искат да се занимават с една от многото области на общественото здравеопазване.

В страните от бившия Съветски съюз в медицинските институти се предлага ограничена версия на студентско обучение по обществено здравеопазване. Специалисти за практикуване на обществено здравеопазване се обучават като студенти в медицинските институти. По този начин не могат да се създават професионалисти по обществено здравеопазване, обучавани в следдипломна специализация в мултидисциплинарна среда. Изследователски институти в различните области на общественото здравеопазване извършват горните нива на следдипломно обучение до ниво доктор и доктор на науките. Като отделни институти, които не са свързани с университетите, те не осигуряват адекватна академична среда на обучението. Това се отразява зле на икономическия и политическия анализ, необходим за определянето на политиката и приоритетите. Напоследък в няколко страни от Източна Европа, като Полша и Румъния са създадени специализирани училища. Такова училище е създадено и през 1997 г. в Москва в Московската медицинска академия.

ОБУЧЕНИЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Здравните грижи са основната професия в болничното и общественото здравно обслужване. Мястото на сестринските грижи в здравната система отразява културните ценности на обществото и има значителен ефект върху здравната система. Докато медицината по принцип се счита за високо престижна професия, в много страни здравните грижи се считат за нисък социален статус и съществува силно предубеждение към жените, които учат здравни грижи. Финландия и Швеция имат по повече от четири медицински сестри на лекар, а в развиващите се страни като Индия и Бангладеш има само една-две медицински сестри на лекар. Това означава прекомерно внимание върху медицинското обучение и недостатъчно внимание върху обучението на медицински сестри в развиващите се страни. По този начин здравната система страда от липса на персонал, който да развива и извършва услугите в първичната здравна помощ и склонност към високи разходи във вторичните и третични здравни грижи. Освен това, липсата на професионален сестрински персонал не позволява пълното развитие на качествени вторични и третични здравни грижи. Липсата на професионални медицински сестри може да се счита за един от основните фактори за забавеното развитие на здравното обслужване в много страни.

Броят на завършващите медицински сестри в САЩ през периода 1950-1996 г. се е увеличил повече от три пъти (табл. 14.4). Промоцията на академичните аспекти на здравните грижи се вижда от нарасналия брой на завършващите бакалаври по сестринс-

ко дело от 13 % от всички медицински сестри през 50-те до 34 % през 1996 г. Намаляването броя на сестринските училища през 50-те год. на XX-ти век се дължи на затварянето или обединяването на болничните сестрински училища. Североамериканските училища за обучение на медицински сестри понастоящем в повечето случаи са свързани с програмите на университетите или колежаите. Училищата в университетите в САЩ провеждат академични програми за бакалавърско, магистърско и докторско ниво. Сестринското обучение на магистърско и докторско ниво осигурява преподавателски, научни и управленски кадри за всяка прогресивна здравна система.

ТАБЛИЦА 14.4

Училища за медицински сестри и брой завършващи медицински сестри в САЩ, 1950-1996 и тенденцията за 2000 г.

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
Училища за медицински сестри	1770	1137	1340	1385	1470	1508	Na
Общ брой завършили медицински сестри (в хиляди)	25,8	30,1	43,1	75,5	66,1	94,8	79,7
Завършили с бакалавърска степен (в хиляди)	Na.	4,1	9,1	25,0	18,6	32,4	26,5
Регистрирани на 10 000 души население	Na	Na	35,6	56,0	69,0	79,8 ¹	Na

Източник: Health, United States, 1998

¹данните са за 1995 г.

Na - няма данни

Обхватът на дейности, които професионалните медицински сестри могат законно да извършват в САЩ, непрекъснато се увеличава и включва процедури, които преди това са били извършвани само от лекари. Практикуващите сестри са обучени да диагностицират и лекуват, обикновено под надзора на лекар. В някои развиващи се страни, особено в селските райони, от помощните медицински сестри, както и от професионалните медицински сестри се очаква да поставят диагнози и да лекуват някои общи болести. Освен това, тяхно задължение е и здравната просвета и първичната и вторична превенция.

Специализацията по здравни грижи може да бъде на ниво сертификат или магистърско ниво. Курсовете за получаване на сертификат са в области, където ролята на медицинската сестра изисква високо умение и практика, критични за изхода на пациента, като например медицинска сестра в интензивно отделение или в отделение за спешна помощ. Магистърските програми в области като педиатрия, гериатрия или здраве на възрастните, създават по-широко профилирани и независими практикуващи медицински сестри, научни работници или преподаватели по практика.

Първата бакалавърска програма по здравни грижи е въведена в Университета в Минесота през 1909 г. и до 1962 г. има 174 бакалавърски програми за регистрирани медицински сестри. Решенията за надстройка на образователните стандарти за съществуващи професии като медицинска сестра и акушерка до голяма степен се влияят от разходите и ефекта от обучението върху наличния персонал, а така също и от желанието за повишаване на професионалните стандарти. Въвеждането на програми за получаване на образователна степен по здравни грижи вдига нивото на престижа, лидерст-

вото, изследователската дейност, обучението и обслужването на професията. Преминаването от "чиракуване" в болница до университетско обучение (т.е. "академизирането") първоначално се посреща доста остро от страна на болничния мениджмънт и медицинската професия, но тяхната съпротива намалява с демонстрирането на по-големите възможности в професията на медицинската сестра, която вече може да поема отговорности и да използва съвременните научни и технологични постижения.

ПАНЕЛ 14.5

НЕДОСТИГ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ: "НУЖДИ СРЕЩУ ТЪРСЕНЕ"

В САЩ Националната лига на медицинските сестри е установила, че 530 000 от общо 850 000 медицински сестри през 1970 г. активно упражняват професията си. Към 1980 г. има 1,3 милиона лицензирани медицински сестри, повечето от които работят най-малко на съкратен работен ден, а към 1994 г. броят на медицинските сестри е 2,0 милиона. Отношението медицинска сестра / население се е увеличило от 56 на 10 000 през 1980 г. до 69 през 1990 г. и 80 през 1996 г. Обезпечеността с болнични легла намалява от 1,4 милиона през 1980 г. до 1,2 милиона през 1990 г. и 1,1 милиона през 1996 г., а старите хора и хоспитализираните са като цяло по-болни.

Очаква се, че приемът в училищата за медицински сестри ще намалее от 97 000 на 80 000 през 2000 г. Медицинската професия, както и професията на медицинската сестра са в конфликт по отношение на броя и задачите на медицинските сестри. Професията на медицинската сестра се бори за установяването на по-голяма автономия и академично качество, докато медицинската асоциация се бори за поддържането на голям брой медицински сестри в ролята на подчинени. Конфликтът между "необходимост и изискване" е въпрос на дефиниция, гледна точка и приоритет. Промяната на здравеопазването към по-голяма обществена ориентация ще окаже влияние върху местата за работа на медицинските сестри.

Тъй като здравеопазването трябва да се справя както с остаряването, така и с общото население, хроничните болести изискват грижи на първично ниво с увеличена роля (и необходимата преквалификация) както на лекарите, така и на медицинските сестри за грижи в дома и други програми за обслужване на хора в риск, т.е. вторична превенция за хипертония или диабет.

Националните здравни власти трябва да имат предвид професионалните мнения, но и да балансират законните интереси на всяка професия с другите фактори като: промяната на обезпечеността с болнични легла и използването им, алтернативните форми на здравни грижи (които могат да бъдат много трудоемки), остаряването на населението, промяната на моделите на болестите и технологичните промени в превенцията и здравните грижи, които изключително увеличават амбулаторните и обществените здравни грижи.

Източник: National League of Nursing website <http://www.nln.org> и Health, United States, 1998

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО И НЕПРЕКЪСНАТО ОБУЧЕНИЕ

Бързото развитие на всички области на науката и практиката прави задължителното и непрекъснато обучение фундаментална необходимост за всяка здравна програма или служба, която иска да поддържа професионалните стандарти. Задължителното обучение увеличава чувството на самоуважение на работещите и мотивира персонала към по-добра работа. То служи за затвърждаване на знанията, получаване на нова информация и е особено важно за по-лесното осъществяване на промени в институцията. То дава и възможност на управляващия състав да подобри стандартите на обслужването. Въвеждането на нова програма или технология трябва да бъде придружено от адекватно обучение на персонала като част от текущата задължителна програма за обучението му.

Непрекъснатото обучение се отнася за текущото професионално обучение под формата на курсове, конференции, работни срещи и литература. Лекарите, които са придобили някаква специалност, трябва да продължават да подобряват квалификацията си чрез периодични курсове в областта на специалността, особено в областите, в които прогресът е бърз и непрекъснат. В общественото здравеопазване персоналет може да се включи в летни курсове по епидемиология в училищата по обществено здравеопазване или департаментите по клинична медицина. Много лекарски, сестрински и други професионални организации изискват доказателство за непрекъснато обучение, с цел непрекъснато лицензиране и с оглед професионалния им напредък.

Правителствата, професионалните асоциации, организациите на изпълнителите на здравни грижи, неправителствените здравни агенции и обществото печелят от непрекъснатото обучение по здравните професии. Задължителното и непрекъснатото обучение трябва да бъде част от работния график на здравните институции и да бъде включено в планирането на бюджета за всички нива на здравния персонал, от персонала на пералнята до болничните мениджъри и от общинските здравни работници до санитарните инспектори.

АКРЕДИТАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИТЕ УЧИЛИЩА ИЛИ ОБУЧАВАЩИТЕ ЦЕНТРОВЕ

Всички институции, обучаващи здравни професионалисти трябва да бъдат акредитирани от националните или провинциалните власти или от агенция, посочена от тях за тази цел. В Канада акредитацията се извършва от Канадския медицински съвет, който е и изпитващият орган за дипломиращите се от всички медицински училища. Провинциалните лицензиращи органи приемат Лиценза на Канадския медицински съвет (LMCC) като основно изискване за лицензиране. В САЩ Асоциацията на американските медицински колежи осигурява насоките и акредитацията на съществуващите училища и оценява възможностите на новите училища, които искат да бъдат утвърдени. Медицинските училища са подчинени на щатските образователни бордове, които управляват заведенията за висше образование. Някои бордове провеждат изпитите на дипломиращите се и тяхното лицензиране.

Университетите или колежаите, които подготвят здравни професионалисти трябва да се съобразяват с изискванията за провеждане на следгимназиално обучение. Университет, който желае да създаде медицинско, стоматологично, сестринско, фармацевтично или друго професионално училище, трябва да получи предварително

одобрение, потвърждаващо необходимостта от такова обучение, както и одобрението на финансовите ресурси, както и проект, включващ учебен план, преподавателски състав, материална база, връзки с други институции и цели. Най-внимателно се разглеждат стандартите и политиката за приема, връзката с клиниките, качеството на библиотечната база, средствата и съоръженията за основните науки, както и бюджета. Квалификацията на преподавателския състав, процедурите и изискванията за заеманите длъжности, публикациите и научната работа, достъпа до международна професионална литература, наличието на учебници и възможностите на студентите да ги използват (ако са на чужд език) трябва също да бъдат част от процеса на акредитирането.

Някои по-нови медицински училища, като университета МакМастър в Хамилтън, Онтарио, Канада и Биршева в Израел, са създадени с цел обучението на лекари за първичната здравна помощ, но все още не е достатъчно ясно доколко тези училища са целесъобразни. Оценка на учебния план се прави почти във всички медицински училища, като се следи дали той не подчертава твърде силно основните науки и преди всичко клиничното обслужване и дали дипломиращите се не получават само бегла представа за фамилната и общинската практика или общественото здравеопазване. Нови професии, като практикуваща медицинска сестра, се създават за завършилите магистърско обучение по акредитирана програма.

ОБХВАТ НА ЗДРАВНИТЕ ДИСЦИПЛИНИ

Създаването и признаването на новите роли на здравните професионалисти, като практикуваща медицинска сестра, оптометристи или общински здравни работници, зависи от нуждите на здравната система. Разработването на учебни планове, критерии за прием и място на провеждане на програмата за обучение трябва да се обуславят от целите на програмата, но също така следва да се съобразят и с възможностите за широко възприемане и реализиране на новата професия и потенциала за развиване на кариера. Приемането от обществото е важно, особено за програми, предназначени да подобряват контактите на хората в рискови групи със системите за здравно и социално обслужване. Традиционните помощнички при раждане и общинските здравни работници са категории персонал, извършващ здравни грижи там, където културната адаптация е изключително важна.

Клиничната медицина се е развивала от първоначално медицинско и сестринско обслужване до комплексен екип от професионалисти. Аналогично, в общественото здравеопазване диапазонът от професии също е много широк. Интердисциплинарното обучение е важно за функционирането на департаментите или службите, които все повече зависят от екипната работа.

Сложността на съвременното обществено здравеопазване и клинично обслужване може да се изрази чрез броя на различните професии, описани в Таблица 14.5. Този широк диапазон от професии в общественото здравеопазване изисква следдипломно обучение с интердисциплинарен подход в подготовката на ръководители, преподаватели и изследователи в съответната област. Професионалистите по обществено здравеопазване работят в различни институции. За да разберат широките професионални аспекти на общественото здравеопазване, които се отнасят до една комплексна и бързо променяща се област, те се нуждаят от широка база за обучение.

ТАБЛИЦА 14.5

Основни видове здравни професии в общественото здравеопазване и клиничните науки

Професии в общественото здравеопазване	Клинични здравни професии
Управление на общественото здравеопазване	Администратори на здравни заведения, счетоводство, хотелски функции, (перални, поддръжка), доставки, планиране, правни въпроси, връзки с обществеността
Специалист по здравно-политически анализи	Лекар общопрактикуващ и специалист
Санитарен инспектор	Стоматолог
Епидемиолог	Медицинска сестра - административна, обща и специализирана
Стоматологичен инспектор по обществено здравеопазване	Акушерка
Ветеринарен инспектор по обществено здравеопазване	Фармацевт
Лекар по промишлена хигиена	Физиотерапевт
Училищен лекар	Лекар по професионални болести
Здравен икономист	Специалист по говора и речта
Медицински социолог	Белодробен лекар
Медицински антрополог	Социален работник - медицински, психиатричен
Юрисконсулт	Лабораторен персонал - биохимик, микробиолог, генетик и др.
Информатик	Генетик
Демограф	Радиолог
Статистик, биометрик	Образна диагностика
Изследовател в областта на здравните науки	Зъботехник
Старша акушерка	Специалист по хранене
Преподавател по здравна просвета - общински, публичен, училищен и промишлен	Диетолог
Специалист по хранене	Помощник-фармацевт
Персонал за работа с компютри	Лицензирана медицинска сестра
Сестра по обществено здравеопазване	Специалист по медицински записи
Санитарен инженер	Общински здравен работник
Инженер по сигурност на продуктите и стоките	Специалист по записи на жизненоважни показатели
Хранителен технолог	Помощник-акушерка
Биохимик, микробиолог, токсиколог, специалист по храните	Други: кухня, пералня, чистачи, снабдяване и поддръжка
Ветеринарен специалист	
Хигиенист	
Общински здравен работник	
Други	

ЛИЦЕНЗИРАНЕ И НАДЗОР

Всички страни имат правни и нормативни системи, чрез които новозавършилите здравни кадри получават право да практикуват професията си. Изискванията в отделните страни и за различните видове персонал в страната са различни. В някои страни здравният персонал, за да завърши обучението си, трябва да положи изпити за получаване на лиценз. В други, регистрирането му е повече или по-малко автоматично след завършване на обучението, при условие, че успешно са издържани всички изпити. За

някои дисциплини, като медицина, стоматология, здравни грижи или фармация, правните изисквания за получаване на лиценз могат да се делегират на професионални колегии или национални или щатски бордове. Получаването на сертификат или препотвърждаване на лиценз за практикуване на медицина или друга здравна специалност, както и някои други пълномощия, потвърждаващи, че изпълнителят на здравни грижи отговаря на действащите професионални стандарти и очакванията на обществото, е стандартна практика в САЩ.

Изпитването на студентите се извършва от обучаващата институция, но изпитите при завършване на обучението за получаване на лиценз за практикуване на медицина трябва да се извършват от външен екзаминатор, за предпочитане на национално или даже на международно ниво. Държавните изпити, формулирани и провеждани под надзора на професионални и държавни власти, създават и поддържат стандартите за дипломиране по медицина. В САЩ щатски бордове управляват медицинското лицензиране и сертификатите за специалност.

Лицензирането на здравните професии в някои страни като Великобритания, Канада и други подобни на британския модел, позволява на самоуправляващите се организации на различните здравни професии сами да определят стандартите и да управляват дисциплината в съответната професия под формата на оценка и утвърждаване. Държавните изпити и ограниченията за чужденци се извършват според приетите нормативи или според решенията на управляващия съвет на професионалната организация. Могат да бъдат признавани и чужди училища, които имат еквивалентен статут или установени условия за изпитване.

В Канада, Канадският медицински съвет, който е консорциум от провинциални професионални съвети, създава и надзирава изпитите за дипломиране по медицина, но лицензи се дават от провинциалните лицензиращи институции. Други страни директно регулират даването на лицензи за практикуване на медицина, но делегират надзора на специализантите на професионалните организации. С цел въвеждане на високи изисквания и избягване на конфликт на интересите, предизвикан от училищното изпитване на собствените си дипломанти, много страни са въвели държавни изпити за получаване на разрешителни за практикуване на медицина, стоматология, здравни грижи, фармация и други здравни професии.

Завършилите канадските сестрински училища могат да получат разрешение да практикуват в някои щати на САЩ. Медиците получават лиценз от щатски борд. Завършилите американските медицински училища в един щат имат право да продължат следдипломното си обучение и в други щати, но това не навсякъде важи за практикуването на медицина, въпреки че някои щати имат споразумения за обмен.

В миналото канадските провинции са приемали завършилите медицина в британски медицински училища, но за да се намали имигрирането на лекари, след 70-те год. на XX-ти век това е забранено. Във Великобритания Висшият медицински съвет е легитимният орган, който има право да дава разрешения (лицензи) за практикуване на медицина на местните новозавършили медици, а така също и на лекарите имигранти.

Лицензирането на лекари, медицински сестри, акушерки, психолози, оптометристи, практикуващите медицински сестри или други професионалисти трябва да се основава на правна или нормативна уредба и според закона за общественото здравеопазване да се определи обхвата на разрешените функции за всяка професия, процедурите за лицензиране и изпитване, а така също и нормите на поведение. Разпределянето на пълномощията за управление на медицинската практика допринася за поставянето

на високи стандарти на практиката. Контролът на обучението и лицензирането от една и съща организация, може да доведе до компрометиране на стандартите. Създаването на многобройни системи за отговорност в предишните изцяло държавно контролирани системи, както в Русия, ще изисква много промени в съществуващите практики на медицинско обучение, изпитване, лицензиране, специализация, както и създаване на организации за акредитация (виж глава 16) и стандарти на грижите.

НАТИСК НАД ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Поддържането на стандарти изисква организиран контрол на работата на обществените организации в съответствие с писмени нормативи, базиращи се на текущите стандарти за здравни грижи. Това често се прави на базата на консенсус между професионални възгледи, практики и препоръки от страна на професионалните организации. Трябва да се внимава да не се санкционират легитимни нововъведения или различни професионални мнения, като това дали обикновената или радикалната мастектомия е достатъчна грижа за рака на гърдата. Това е част от контрола на качеството, разглеждан в Глава 16.

В идеалния случай, ударите, които се стоварват върху изпълнителя на здравни грижи са съвкупност от обучение, получаване на разрешително (лицензиране), практика, отношения с колегите, както и спазване на етичните, хуманните и професионалните стандарти. Всички те подлежат на щателна проверка и потенциални дисциплинарни мерки от различни източници, включително юридическа отговорност и стандарти за грижи, очаквани от работодателя или институцията, в която изпълнителят работи. Изпълнителят на здравни грижи е подложен на внимателно проучване и проверка и от страна на обществото и индивидуалния потребител, който може да го избере или да не го избере, в случай, че такъв избор се позволява от здравната система. Общият ефект на непрекъснатите проверки и утвърждаване, поощряващ добрите стандарти на практиката, помага за утвърждаването на основните стандарти, но в същото време може да доведе и до поведение, ограничаващо нововъведенията в медицината, особено в областта на организацията на здравеопазването. Признаването на нови професии може да доведе до конфликт на интереси с утвърдените професии, както е в случая с оптометристите и практикуващата медицинска сестра. Аналогично, професионалните групи могат да се противопоставят на промените във финансирането и организацията на здравеопазването, както за доброто на обществото, така и в защита на собствените си интереси.

Въвеждането на стандартен учебен план по медицина, изпити съгласно държавните стандарти, национално лицензиране и дисциплинарни комисии и стандарти за медицинска практика са важни за поддържането и подобряването на здравните грижи. Външната оценка и утвърждаване са равностойни на напрежението, породено от тоталното управление на качеството (*TQM*) или непрекъснатото подобряване на качеството. Когато навлизат в медицинската практика, лекарите търсят достъп до болниците, където могат да се кандидатира за "болнични привилегии" и са оценявани от колеги професионалисти по отношение на опит и квалификация. Очаква се всеки да членува в професионалната организация на своята специалност, да участва в организирани срещи и в програмите за непрекъснато обучение, организирани от професионалните асоциации, болниците и медицинските училища.

Здравно-осигурителните планове контролират заплащането или модела на практиката на лекарите и проверяват практиката, която е в нарушения или потенциална изма-

ма. След това могат да последват административни действия срещу провинилия се лекар и по-рядко криминално осъждане за измама. Проверка на хирургически процедури може да покаже лоша практика и да се предприемат дисциплинарни процедури. Криминално осъждане означава прекратяване на разрешителното за практикуване. Професионалната застраховка срещу лекарска небрежност е важна, тъй като тя защитава лекаря или друг изпълнител на здравни грижи срещу съдебен процес и за някои специалности е много скъпа. Застраховка срещу нараняване в резултат на оказване на медицински грижи, която има за цел да защити както лекаря, така и засегнатата страна, например при използване на ваксина, може да бъде модел за по-рационална система от съдебния процес.

Професионалната отговорност е специфична за отделните страни. Във Великобритания Висшият медицински съвет е упълномощен от държавата да издава медицински лицензи и да наказва практикуващите медицински специалисти. В Хартата на пациента са посочени правата, задълженията и стандартите на обслужване, които гражданите могат да очакват от здравните грижи. Това, заедно с правото да се сменя личния лекар, дава възможност на пациента да търси компенсации, ако е недоволен. Оплакванията относно болничните грижи се проверяват и могат да се търсят през различни стадии на проверките. Удовлетворяването на клиента е фактор в последните промени на общата практика във Великобритания (виж глава 13), пациентът заедно със своя общо-практикуващ лекар (*GP*) избира най-подходяща болница или друго заведение или услуга.

Здравеопазването е комплексно и изисква умела и интегрирана екипна работа с взаимно доверие, основаваща се на общи професионални и етични цели и стандарти. Драмата на болниците, която се показва в популярните телевизионни програми, се отнася до голяма степен и за организацията на здравните заведения и взаимодействието между институциите, осигурителите и мрежите на общественото здравеопазване. В допълнение на контрола от страна на финансовите и акредитиращи органи, щателното проучване от медиите, политическия сектор, потребителите и обществото като цяло са много важни. Накратко, изпълнителят на здравни грижи и здравната система са и трябва да бъдат щателно проучвани и критикувани.

НОВИ ЗДРАВНИ ПРОФЕСИИ

Здравните нужди на обществото водят до възникването на нови професионални роли. Професионалистите по обществено здравеопазване и здравен мениджмънт и изпълнителите на здравни грижи са важни за общността, която обслужват. Здравната система се нуждае от гаранции, че броят на традиционните здравни работници е достатъчен за удовлетворяването на общинските и националните здравни нужди. Освен това, все по-ясно става, че са нужни здравни работници на различни нива.

Здравни работници от средното ниво като фелдшерът в Русия, са били важни за обезпечаването на първични здравни грижи в селските райони, в които обезпечеността с медицински кадри е много ниска. В много развиващи се страни се увеличава използването на общински здравни работници, като такива се използват и в някои развити страни. Практикуващата медицинска сестра и помощник-лекаря са нови здравни професионални роли в САЩ, които служат в областите с ниска обезпеченост с медицински кадри, а в някои случаи осигуряват здравни грижи за целеви групи от населението, като стари хора или диабетици.

ПРАКТИКУВАЩА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

През 60-те год. на XX-ти век изпълнителите на здравни грижи и специалистите по здравно планиране в САЩ осъзнават пропастта между все повече увеличаващата се специализация в медицината и намаляването на общопрактикуващите лекари. Професията на медицинската сестра предлага сестрински роли, които да запълнят тази пропаст. Тези фактори, както и увеличаващите се цени на медицинските услуги насърчават по-широката роля на медицинските сестри в оказването на медицински услуги.

През 1965 г. в Университетът в Колорадо стартира първата програма за обучение на практикуващи медицински сестри (*nurse practitioner*). Сестрите се обучават да изпълняват специфични медицински функции, не като лекари, а като разширение на традиционните сестрински функции, да помагат на пациентите да опазват своето здраве и независимост. През 1971 г. федералното правителство приема Акт за обучение на медицински сестри, който дефинира ролята на практикуващите медицински сестри.

Практикуващата медицинска сестра (ПС) е регистрирана медицинска сестра (РС), която е преминала през допълнително обучение и практическа подготовка в областта на медицината. Практикуващите медицински сестри извършват подробни физически прегледи, заявяват лабораторни изследвания с диагностична цел, анализират резултатите от тези изследвания, пишат рецепти за лекарства, пишат направления за специалист и изпълняват други делегирани медицински функции. Практикуващата сестра може да извършва здравни грижи в болница или в общинско здравно заведение като част от здравен екип.

Национално проучване на Американския департамент по здравеопазване и човешки ресурси през 1996 г. показва, че практикуващите сестри са 71 000 от около всичко 2,5 милиона лицензирани медицински сестри или 2,8 % от сестринските кадри. Практикуващите сестри са 44 % от всички заети медицински сестри в практиките, като това представлява 6,3 % от всички регистрирани медицински сестри. Броят на практикуващите медицински сестри през 1998 г. е бил 90 000, а през 1999 г. е вече 100 000, като се очаква този брой да расте, тъй като броят на академичните институции, предлагащи бакалавърски и магистърски програми за медицински сестри се е увеличил от 101 през 1990 г. на 202 през 1995 г. Броят на клиничните програми се е увеличил повече от два пъти от 210 през 1990 г. на 527 през 1995 г. Броят на кандидат студентите и студентите също се е увеличил повече от два пъти в периода 1993-1995 г., а броят на завършващите се е увеличил с фактор 1,8. Броят на практикуващите медицински сестри може да достигне 10 % от всички регистрирани медицински сестри през първото десетилетие на двадесет и първи век, тъй като все повече се увеличават ролите им в първичната здравна помощ. Това включва семейна практика; здраве на жените, възрастните и училищно здраве; педиатрия и геронтология. Специализираните програми включват неонатални и активни грижи, трудова терапия, психиатрични и други грижи в специализирани психиатрични лечебни заведения.

Във всеки щат практикуването на сестрински грижи се утвърждава и регулира от закон за практикуването на медицинските сестри и общото законодателство. Тези актове утвърждават образователните и изпитните изисквания, осигуряват лицензиране или регулиране на индивидите, които отговарят на тези изисквания и дефинират функциите на професионалната медицинска сестра в общи и специфични термини. Критериите утвърждават параметри, в рамките на които всяка практикуваща медицинска сестра може да упражнява професията си. Комисията за университетско сестринско

обучение, която е акредитираща организация, се опитва да стандартизира учебните планове за практикуващи медицински сестри и по този начин да гарантира качеството на завършващите.

Медицинските сестри са най-голямата еднородна група професионалисти между медицинските кадри в САЩ. Съществуват явни доказателства, че увеличаване ролята на медицинската сестра води до повишаване качеството на здравните грижи, особено в области с недостиг на медицински персонал. Не по-малко важно е, че практикуващите медицински сестри в областите с по-малко професионалисти като гериатрия и здравна промоция, работят по обновени програми и извършват практически и теоретични изследвания за нови насоки в здравното обслужване. С по-широкото използване на клиничните нормативи, може да се очаква, че ролята на практикуващите медицински сестри през XXI-ви век ще стават все повече.

ПОМОЩНИК-ЛЕКАР

През 1923 г. 89 % от американските лекари са били общопрактикуващи. Към средата на 60-те год. на XX-ти век броят им намалява с около 25 %. Обезпокоен от недостига на лекари в първичната медицинска помощ, *Eugene Stead*, интернист от университета Дюк в Дурхам, Северна Каролина, разработва първата програма за обучение на помощник-лекари (*physician assistant*) през октомври 1965 г. Програмите за обучение на помощник-лекари се създават: за да помогнат за преодоляване на недостига на лекари в първичната здравна помощ; да компенсират неправилното географско разпределение на лекарите и преди всичко специалистите и да помогнат за контролирането на ескалиращите цени на здравните грижи.

Програмите за помощник-лекари не са част от програмите за медицински сестри и това създава конфликт с програмите за практикуващи медицински сестри и сестринските организации. Понастоящем в САЩ има 52 акредитирани програми за обучение на помощник-лекари. Те включват следните дисциплини: неонатология, педиатрия, спешна медицина, трудова медицина и хирургия. Освен това, всички помощник-лекари се обучават в превантивни здравни грижи, обучение на пациенти, използване на общинските здравни и социални агенции и поддържане на здравето. Основният фокус в обучението на помощник-лекарите е върху грижите за пациентите в заведенията за първична медицинска помощ. През първите 6-12 месеца от обучението се изучават предклиничните дисциплини и клинична лаборатория, а в следващите 9-15 месеца се провежда клиничното обучение. Учебните планове се разглеждат регулярно и се променят в съответствие с промените в лечебните заведения.

След завършване на програмата за обучение на помощник-лекари, се полага изпит, провеждан от Националната комисия за атестиране на помощник-лекари. Ако този изпит се положи успешно, завършилите получават сертификат за помощник-лекар (*physician assistant certified*). На всеки две години помощник-лекарите се регистрират, като за целта трябва да представят документи, удостоверяващи 100 часа непрекъснато медицинско обучение. За да гарантира клиничната си компетентност, помощник-лекарят трябва да полага изпит за получаване на сертификат на всеки 6 години.

Помощник-лекарят извършва задачи като снемане на анамнеза, физически преглед, обикновени диагностициращи процедури, събиране на данни, обобщаване на данни за лекаря, формулиране на диагнози, започване на основно лечение, управление на общи остри и спешни състояния, управление на стабилни хронични състояния, кон-

султации на пациенти и семейства, помощни функции, а в 18 щата могат и да предписват лекарства. Задачите, които се делегират на помощник-лекарите, се определят във всеки щат от Щатския борд на медицинските екзаминатори. Помощник-лекарят не е заместник на лекаря, нито е независим изпълнител на здравни грижи, каквато е практикуващата медицинска сестра. Помощник-лекарят няма лиценз за независима практика. Лекарят е този, който носи цялата отговорност и професионални и правни последици от действията на помощник-лекаря.

Американската академия на помощник-лекарите включва около 35 000 души, които имат право да работят като помощник-лекари. Около две трети от тях имат бакалавърска степен преди обучението си за помощник-лекари. Около една трета от респондентите работят в болници, една трета работят в единични или групови практики, а 9 % работят в общински здравни центрове. Помощник-лекари работят в над 60 области на специализация, като повече от 50 % са заети в институции за обща/фамилна практика. Възможностите за работа на помощник-лекарите се увеличават в различните специализирани практики или в практиките за обща медицина. Помощник-лекарят може да поема половината, до три четвърти от клиничните услуги под надзора на лекар, при условие, че това е рентабилно за практиката им. Заплатата на помощник-лекар е от около една четвърт, до една трета от заплатата на лекар, така че наемането му във всички случаи е рентабилно. Според литературни източници от тази област, качеството на грижите, предлагани от помощник-лекар е сравнимо с това, осигурявано от лекар.

Въпреки че първоначално е била много спорна, ролята на помощник-лекаря понастоящем се приема много добре. Сестринската професия гледа на това като на метод да се увеличат доходите на лекарите, като посегателство над ролята на медицинската сестра и реакция на част от лекарите на увеличаващата се професионализация на сестринските грижи. Медицинската професия защитава помощник-лекарите, като начин за разширяване на медицинските грижи върху по-големи групи от населението и подобряване на икономиката на медицинската практика.

ФЕЛДШЕРИ

Фелдшерът е уникален здравен работник на средно ниво в Русия. Това са т.нар. помощници на военния хирург, въведени от Петър Велики през XVII-ти век. Освободените от армията фелдшери се връщат в селските райони, които не са били обслужвани от лекари и стават единствените изпълнители на медицински грижи там. Фелдшерът се приема от съветската здравна система за обезпечаване на здравни грижи в селските райони, които въпреки увеличени брой на медицински специалисти, продължават да не са осигурени с лекари.

Фелдшерът се обучава в продължение на 2-3 години, непосредствено след завършване на средното образование. Фелдшерите заместват лекарите в градската и селската практика, особено в малките медицински пунктове, в мобилните служби на спешната помощ и в предприятията. В здравната реформа от 90-те год. на XX-ти век, фелдшерът е отмираща професия, а това може да доведе до сериозни трудности в поддържането на здравните грижи в селските райони.

ОБЩИНСКИ ЗДРАВНИ РАБОТНИЦИ

Концепцията за общински здравни работници (ОЗР) не е нова, но е намерила нов израз в здравните програми в много части на света като част от инициативата за пър-

вични здравни грижи след Алма-Ата. Тя е адаптация на традиционната селска практика на акушерки и лечители към съвременни организирани обществени здравни услуги. ОЗР са се появили първоначално с цел осигуряване на селски здравни грижи в развиващите се страни. По-късно възниква и интересът към ОЗР-модела за градските общински здравни нужди, където достъпът до здравни грижи е ограничен по географски или социално-икономически причини.

ОЗР на средно ниво включват лекари по обща медицина в независима практика, категорийни или целеви здравни работници и работници за превантивни общински здравни грижи. Конкретната функция на този персонал, продължителността на обучението му и рамките, в които те работят са различни, както са различни и титлите им. Програмите за общопрактикуващи селски здравни работници в някои области не са достатъчно контролирани и понякога се налага търсенето на услуги срещу заплащане. Доброволните общински здравни работници, съветници или "промотори" се използват основно в Латиноамериканските страни, много често като доброволци. ОЗР се препоръчват за селските райони за изпълнението на широк кръг диагностични и лечебни услуги в развиващите се страни, които са без надзор или контакт с професионалното здравно обслужване.

Общинските здравни работници обслужват категорийни или целеви болести. Това са контрол на маларията, терапия на директно наблюдавана туберкулоза (осигуряват контролирано лечение), обслужване и консултации за семейства с много проблеми в градските бедни райони, проследяване на болестите, предавани по полов път, промоция и имунизации. Прототипи на целево-ориентирани ОЗР са тези за контрол на маларията в Колумбия и тези в Ню Йорк, работещи със случаи на туберкулоза и СПИН. В Африка, ОЗР се използват в програмите за унищожение на дракункулоза (*guinea worm disease*) и речна слепота.

Програма за ОЗР, насочена към превантивно здравно обслужване е разработена през 1985 г. в Хеброн, Западния бряг, първоначално под израелско, а по-късно под палестинско управление. ОЗР работят като работници по превенцията като местни представители на правителствените здравни служби, осигуряващи пренатални детски грижи, имунизации, консултации по храненето, грижи за бременните в екип с медицинска сестра, първа помощ, издаване на спешни или неотложни направления за общинската болница или близките медицински клиники. ОЗР се обучават да изпълняват първични здравни грижи в общината като част от организираната здравна система. Посещенията на надзорен професионален персонал са важни за функционирането на тази система. Ударението може да бъде върху превантивното и общинското обслужване в малките села без местно обслужване или като част от допълнителни помощни услуги в градовете.

Общинските здравни работници трябва да се назначават от съответната община и да се обучават в заведения с дидактически и практически опит. Обучаването на селските ОЗР може да е различно от това, провеждано в училищата за обучение на конвенционален здравен персонал. Обикновено обучението се провежда в селските здравни центрове или болници, към които са оборудвани учебни стаи и студентски общежития. Почти винаги обучението се спонсорира от министерството на здравеопазването, понякога в сътрудничество с чужди агенции или международни организации. Кандидатите за такова обучение са обикновено млади хора от селски семейства, избрани от своите общини. По време на обучението студентът трябва да получава заплата и при завършване на обучението си да се върне и да работи в общината, която го е избрала.

ПАНЕЛ 14.6

МОДЕЛИ ЗА ПРОГРАМА НА ОБЩИНСКИ ЗДРАВНИ РАБОТНИЦИ**Независими ОЗР:**

1. Фелдшери в Русия, в селските здравни служби;
2. "Боси лекари" в Китай, в селските здравни служби;
3. "Където няма лекар" ОЗР изпълняват всички здравни грижи в отдалечени села в Латинска Америка.

Категорийни ОЗР:

1. Специфични ОЗР програми, т.е. контрол на маларията в Колумбия, дракункулоза и онхоцеркоза в Африка, СПИН или туберкулоза в Ню Йорк, имунизации в Лос Анжелис;
2. ОЗР като разширени дейности на сестра от общественото здравеопазване, т.е. Здравния департамент в област Олбани, щата Ню Йорк.

Превантивно ориентирани ОЗР:

1. Превантивни селски здравни работници, осигуряващи услуги на място като част от системата за общественото здравеопазване, извършване на медицински-сестрински услуги и надзор, т.е. Хеброн, Западния бряг, Палестинско управление;
2. "Градски села", т.е. градските бедни райони в САЩ, където ОЗР са част от организациите на областния здравен департамент или от общинските здравни организации.

В САЩ сестрите от общественото здравеопазване се считат за традиционни изпълнители на програмите за домашни посещения или допълнителните програми за осигуряване на здравни грижи и просвета за нуждаещи се семейства. Създаването на общинско-ориентирана първична здравна помощ разширява тази стратегия, използвайки избрани и обучени общински жители като ОЗР. Концепцията за ОЗР е използвана за провеждането на много обществени програми в САЩ през 60-те и 70-те год. на XX-ти век. Доброволни и платени работници извършват домашни посещения или работят като здравни съветници в програми в избрани области или целеви групи от населението, като бременни жени или многодетни семейства. Други програми за ОЗР в САЩ включват общините Навахо, градските здравни центрове, селските райони в Тексас и Аляска.

Общински здравни работници са обучени за управление на случаи в комплексната среда на щата Ню Йорк, като помагат на високо рискови семейства в районите, необезпечени с медицински специалисти, на пациенти със СПИН, на болни от полово-преносими болести, туберкулоза, особено случаи на директно наблюдавана туберкулоза. Опитът на ОЗР, работещи с бездомни и психично болни пациенти показва положителни резултати. В последно време проекти за ОЗР са разработени за бедняшките райони на Лос Анжелис, проекти за общественото жилищно настаняване с допълнително осигурени услуги в местни клиники и спонсирани медицински центрове.

По отношение на населението и контролните групи и определянето на промените в мерките за намаляване на смъртността, заболяемостта и физиологичните индикатори като ръст, трудно може да се направи оценка разход-полза на програмите за ОЗР.

Това ограничение важи за много здравни програми, не само за първичната здравна помощ, но може би, още повече за високо технологичната медицина. В последните години концепцията за селски здравен работник е както критикувана, така и защитавана. Възможно е ОЗР като многофункционален изпълнител както на превантивни, така и на лечебни услуги, да не може да се задържи като професия. От друга страна, по-избирателният подход с ОЗР, демонстриращ обещаващ потенциал за осигуряването на нов параметър в здравеопазването, може да се окаже по-полезен и управляем.

АЛТЕРНАТИВНА МЕДИЦИНА

Използването на алтернативна медицина се е превърнало в широко разпространено явление в индустриалните страни и си остава основно в неразвитите страни. Алтернативните медицински грижи се базират на убеждението, че болестта включва физически, психически, социални и духовни фактори. Алтернативната медицина гледа на здравето по-скоро като на положително състояние, отколкото на отсъствието на болест и вярва във възможностите на естественото излекуване на човешкото тяло. Нейните интервенции са неинвазивни и по-малко технологични, отколкото конвенционалните медицински грижи.

Нарастването на популярността на алтернативната медицина от части се дължи на широко разпространената заблуда за деперсонализацията и технологическото ориентирание на медицинските грижи. Други фактори са невъзможността на медицината да лекува пациента като цяло, склонността към единични причини и използването на "магически куршум" за лечение на болест. Разочарованието от традиционната медицина е често срещано явление, предизвикано от провала на дадено лечение или усложненията от лечението като ятрогенна болест. В САЩ броят на посещенията при практикуващите неконвенционална терапия е по-голям, отколкото броя на посещенията при лекарите от първичната здравна помощ и то срещу заплащане, изцяло от страна на пациента. Потребителите на алтернативна медицина са преди всичко от възрастовата група 25-49 години и то сред по-образованите хора с високи доходи. Категориите на алтернативната медицина са хиропрактика, масажи, програми за отслабване, диети и начин на хранене, лечение с билки, терапия с витамини, групи за взаимна помощ, лечение с енергия, биообратна връзка, хипноза, хомеопатия, акупунктура и народна медицина.

Промяна на отношението в рамките на конвенционалната медицина се наблюдава в нарастващата тенденция за включване на някои вече считани за излишни професии като оптометрия, хиропрактика и акупунктура, в осигурителните ползи или даже в мултидисциплинарните здравни системи, като допълнителни към конвенционалните медицински грижи. Самата конвенционална медицина е в процес на промяна с добавянето на много парамедицински професии и приемането на ограниченията на биомедицинския модел като единствена база за здравни грижи.

Потребителското търсене играе важна роля в тази промяна, както и желанието на практикуващите медици да насочват към алтернативно лечение някои хронични здравни проблеми като болки в гърба и шията, стрес и свързаните с него проблеми, фобии и привикване (към наркотици или вещества), алергия и други кожни проблеми, хормонални и менструални нарушения. Аналогично, практикуващите алтернативна медицина все повече се убеждават в ограниченията в лечението на състояния като рак, хипертония и хронични и наследствени нарушения, както и в необходимостта от пре-

насочване за лечението им с методите на конвенционалната медицина. През последните няколко десетилетия, професията на медицинската сестра в САЩ съдейства за използването на "контактна" терапия като независима лечебна възможност.

Приемането на "холистични методи" от практикуващите медици е широко разпространено. Много основни медицински центрове понастоящем включват и отделения за алтернативна или "холистична" медицина, с акупунктура, хипноза и други нетрадиционни подходи в списъка на предлаганите услуги. Това увеличава легализирането, статуса и доходите на практикуващите алтернативна медицина, но трябва да се отбележи, че е постигнато с продължителна борба и опозиция от страна на ортодоксалната медицинска практика. През 1992 г. Американският Конгрес утвърждава създаването в рамките на Националния здравен институт, Канцелария за алтернативна медицина, която през 1998 г. се разширява и става Национален център за заместваща и алтернативна медицина. Европейските медицински и здравни агенции, с дълги традиции в използването на лечебни бани и санаториуми, са по-отворени към прилагането на заместваща и алтернативна медицина, отколкото тези в Северна Америка.

ПРОМЯНА В БАЛАНСА

Все повече страни съкращават разходите за здравни грижи и в съответствие с тенденцията за намаляването им, стриктно ги контролират. Стресът от тази пренастройка трябва да се понесе от здравните работници. Ако подобни мерки се въведат изведнъж, а не в по-продължителен период от време като част от преход и пренастройка, този процес ще генерира враждебност, отбранителна позиция и политическа опозиция. Ако, все пак, дългосрочното планиране отчита човешкия фактор в работната сила в променящия се баланс на здравното обслужване, тогава тежестта върху здравни работници, които трябва да посрещнат тези съкращения, ще се намали.

През 60-те год. на XX-ти век Канада предприема своята национална здравно осигурителна програма, а водещите съвременни "мислители" призовават за бързо разрастване на медицинските и сестринските училища с оглед задоволяването на бъдещите здравни нужди на населението. Те допускат, че националното здравно осигуряване ще позволи на една значителна част от населението достъп до здравни услуги, какъвто до момента не е имала и по този начин ще се стигне до претоварване на медицинското и болничното обслужване. В средата на 90-те год. на XX-ти век, всички провинции съкращават болнични легла, създавайки по този начин безработица между медицинските сестри и поддържащия персонал. Провинциите се опитват да ограничат броя на практикуващите лекари и да модифицират системите за заплащане, които са били на базата на заплащане за услуга. Повишеното потребление на здравни грижи и нарастването на цените предизвикват по-скоро криза на управлението, отколкото структурна реформа, целяща по-интегрирана, ориентирана към пациента организация на здравеопазването. Това може да бъде причина за голямо обществено и професионално недоволство в здравната система.

ОБУЧЕНИЕ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

Успешното внедряване на Новото обществено здравеопазване изисква съвместната работа на много здравни дисциплини. Институцията, която ще провежда обуче-

нието трябва да има капацитет за интердисциплинарно обучение по обширна програма, включваща фундаментални и приложни изследвания, както и връзки с обслужващи програми и общински здравни организации.

За да улеснят екипната работа, всички специалисти по обществено здравеопазване трябва да имат познания по основните медицински науки, епидемиология, икономика, социални науки, околна среда и здраве, трудова медицина, анализ на здравни системи и теория на управлението. Много е важно те да познават термините и концепциите и на други области, освен своята собствена. Това може да се създаде в университетска атмосфера, а не в отделни специализирани институти.

ПАНЕЛ 14.7

НАМАЛЯВАНЕ НА СРЕДСТВАТА - ЕФЕКТ ВЪРХУ ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В КАНАДА

"В Канада има почти четвърт милион регистрирани медицински сестри, но много малка част от тях са в първичната здравна помощ. Повечето медицински сестри работят в болниците за активни грижи, където са в много висок риск от съкращаване, тъй като болничните легла се намаляват и местата за мениджъри от средното ниво изчезват. Ние имаме също и 6 000 регистрирани медицински сестри, работещи в кабинетите на лекарите, 7 000 за домашни грижи и около 10 000 сестри от общественото здравеопазване..."

"Около 75% от болничния бюджет е за персонала, което означава, че не можете да правите големи съкращения в него изведнъж, без да съкращавате персонал. Без внимателно разработена стратегия за пренасочване на бюджета и освободения персонал към общинските служби, медицинските сестри и болничните работници ще се окажат на улицата. И точно това се случва. От април 1993 г. повече от 10 000 медицински сестри са съкратени и почти 20 000 други болнични работници вземат социални помощи за безработни."

Източник: Rachils M, Kushner C., 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's health Care System*, pp.245, 291, Toronto: Harper-Collins.

Университетските ресурси са важни за всяко училище по обществено здравеопазване, тъй като те предполагат наличието на преподаватели и курсове от други училища (катедри) като училище по бизнес администрация и социални, физически и биологически науки. На училищата, които не са свързани с университети, предлагащи бакалавърска или магистърска степен, липсва академична атмосфера и изисквания, а така също и връзката с основните дисциплини като икономика, социология, микробиология и бизнес мениджмънт.

Подготовката на персонал за общественото здравеопазване и здравния мениджмънт трябва да бъде на ниво бакалавърска или магистърска степен, последвано от непрекъснато обучение. Докладът на Американския институт по медицина от 1988 г., озаглавен *Бъдещето на общественото здравеопазване*, дефинира необходимостта от училища по обществено здравеопазване, които да обучават не само в професионални и преподавателски умения, но също така и в начините на свързване на определена дис-

циплина с общественото здравеопазване като цяло и ценностната система, която е част от единството на общественото здравеопазване.

Лекари започват да се обучават по общественото здравеопазване във Великобритания през 1871 г. в Тринити Колидж, Дъблин, като след приключване на обучението си са получавали Диплома по общественото здравеопазване. Програмата е предназначена да осигурява обучението на практикуващи лекари за санитарни инспектори, които да бъдат начело на здравните бордове, създадени с актовете за общественото здравеопазване. По-късно и други университети под надзора на Колегиума на лекарите и хирурзите предлагат обучение, завършващо с Диплома по общественото здравеопазване, тъй като общественото здравеопазване става призната медицинска специалност. През 1924 г. Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина обединява няколко института и създава основен център за обучение и практика по общественото здравеопазване. След доклада на Ачесън от 1991 г. за училищата по общественото здравеопазване, такива училища се създават под различно наименование в много университети. Това съвпада с увеличаване интереса на Националната здравна служба във Великобритания да работи за постигането на здравните цели, а не само за самото управление на здравните услуги.

Традицията на училищата по общественото здравеопазване е изключително силна в САЩ, където през 1913 г. са създадени училищата по общественото здравеопазване Джон Хопкинс и Харвард. През 1915 г., фондацията Рокфелер спонсорира национална програма за промоция на обучението по общественото здравеопазване в университета в Мичиган, университета в Йейл и университета в Пенсилвания, които въвеждат бакалавърско и магистърско обучение на професионалисти по общественото здравеопазване, за да посрещат нуждите на големите индустриални градове в САЩ. Тези училища виждат своята мисия първо в обучението на практикуващи специалисти по общественото здравеопазване и второ в осигуряването на академичен, преподавателски и научен персонал в тази област. Те се опитват да разработват и внедряват нови знания в практиката на общественото здравеопазване. Развитието на общественото здравеопазване като мултидисциплинарна област го прави независимо, но свързано с обучението по медицина. Училищата по общественото здравеопазване в САЩ са създали много генерации добре подготвени епидемиолози, изследователи в областта на социалните науки, преподаватели в областта на здравеопазването, практики и ръководители, които са изключително полезни за развитието на тази област.

ПАНЕЛ 14.8

ЕЛЕМЕНТИ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Цели (според *ASPH* - Американската асоциация на училищата по общественото здравеопазване):

1. Да подготвя целево-ориентирани практики, изследователи, здравно-политически анализатори и мениджъри;
2. Да осигурява непрекъснато обучение за практикуващите общественото здравеопазване;
3. Да подпомага изследванията в общественото здравеопазване и в здравно-политическите анализи;

4. Да съдейства и защитава въпросите, свързани със здравето в обществената политика.

Изисквания (според ASPH - Американската асоциация на училищата по обществено здравеопазване):

1. Следдипломно обучение в академична институция с различни факултети;
2. Мултидисциплинарен подход;
3. Обучение за придобиване на проблемно-ориентирани умения за идентифициране на целите и управленски подходи в решаването на проблемите;
4. Свързване на обучението, изследователската дейност и обслужването в общественото здравеопазване.

Основен учебен план (според Roemer):

1. Основни инструменти на социалния анализ: история на общественото здравеопазване, демография, медицинска социология и антропология, биостатистика, методи за формиране на извадки от населението и методи за провеждане на проучвания, политически аспекти на здравните системи, принципи за оценка на програми и здравна икономика;

2. Здраве и болест сред населението: основна статистика на жизненоважни показатели, основни човешки болести и зоонози, епидемиология на болестите и рискови фактори, методи за клинична диагностика и превенция, инфекциозни и хронични болести, хранене, околна среда, специални болести и рискови групи, глобална екология на болестите и рискови фактори;

3. Промоция на здравето и превенция на болестите: контрол на заразните болести, хронични болести и тяхната превенция, трудова медицина и медицина на околната среда, здравни нужди на майките, децата, юношите, възрастните и старите хора, психично здраве, контрол на болестите, предавани по полов път и СПИН, хранене и стоматологично здраве, здравна просвета и промоция, рехабилитация, здраве на бежанците, емигрантите и затворниците, военна медицина и действия при бедствия;

4. Здравни системи и управлението им: организация и функциониране на националните здравни системи, здравно осигуряване и социална сигурност, развитие на здравните служби и персонал, здравни заведения и управлението им, лекарства и лекарствено снабдяване, здравно планиране, принципи на управление и бюджетиране на здравни програми, контрол на цените и финансов мениджмънт, информационни системи и медицински записи, проучване на здравните системи, здравно законодателство и етика, оценка на технологиите, акредитиране и промоция на качеството в здравеопазването, информационни системи, мониторинг и изследователски методи в управлението, глобално здраве.

Източник: American Association of Schools of Public Health website: <http://www.asph.org>, Roemer M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. Journal of Nursing Scholarship, 31; 43-44

През 60-те год. на XX-ти век училищата по обществено здравеопазване са критикувани поради отделянето им от и липсата на влияние върху обучението по медицина. В някои страни това води до закриване и заменяне на катедрите по комунална медицина с факултети по медицина. Така става и във Великобритания и в страните от Британ-

ската общност. Двете училища по обществено здравеопазване в Канада са закрити и са заменени с катедри по социална и превантивна медицина или комунална медицина към училищата по медицина. Катедрите по комунална медицина в рамките на медицинските факултети остават изолирани сред многото клинични катедри и катедрите по фундаменталните науки. По принцип, такива катедри губят престижа си в йерархията на медицинските училища, в среда предлагаща тесен, медицински ориентиран подход към общественото здравеопазване с недостатъчно мултидисциплинарна програма и преподавателски състав. Този модел осигурява обучение на студентско, магистърско и докторско ниво. Пълният академичен потенциал на училище по обществено здравеопазване, предлагащо бакалавърско, магистърско и докторско обучение най-добре може да се развие в независим, мултидисциплинарен, базиран в университет център за обучение и научно-изследователска дейност по обществено здравеопазване.

Периодично възникват заплахи от "поглъщане" на училищата по обществено здравеопазване от други сектори на университета. През 1994 г. се разработва план за закриването на Училището по обществено здравеопазване в Университета в Калифорния, Лос Анжелис и прехвърлянето му към Училището по обществена политика. Този план е спрян благодарение на протеста на университета, подкрепен от цялата област. Понякога се приема, че здравната администрация се интегрира по-добре с училищата по бизнес, както става с Училището по обществено здравеопазване в Университета в Минесота.

От 80-те год. на XX-ти век в САЩ се наблюдава възраждане на училищата по обществено здравеопазване и съответното разширение на пазара за завършилите такива училища. Понастоящем, студентите в училищата по обществено здравеопазване са с различно базово образование, включително медицина, стоматология, здравни грижи, инженерство, икономика, социални науки, статистика, психично здраве, ветеринарни науки и други. През 1995 г. 4 145 студенти са завършили магистърско обучение, а 491 докторско. Най-популярните специалности са били международно здраве и епидемиология. Възможностите за кариерата на завършилите училище по обществено здравеопазване понастоящем включват не само други традиционни за публичния сектор позиции, но също така по-високо платени позиции в частния сектор, като консултанти на фирми и организации за управлявани грижи. През 1996-1997 академична година 14 007 студенти са приети в училищата по обществено здравеопазване в САЩ.

В САЩ има 28 висши училища по обществено здравеопазване (училища, които провеждат програми на бакалавърско, магистърско и докторско ниво), които са акредитирани от Съвета по обучение по обществено здравеопазване. Те използват мултидисциплинарен подход на обучение и практическа подготовка по обществено здравеопазване, включващ техническа и административна помощ и ръководство по епидемиология на заразните и незаразните болести, биостатистика, мениджмънт на индивидуалните здравни услуги, околна среда, майчино и детско здраве, здравна икономика, здравна просвета и други свързани области. Интердисциплинарният аспект на общественото здравеопазване се подчертава чрез широкия диапазон на базисното обучение и професионалният опит на студентите и техните различни области на специализация. Способностите да анализират проблеми с умения от епидемиологията, социологията и други подобни дисциплини позволяват на завършващите да навлизат в практиката с изграден подход за решаване на проблемите. Други 26 университета имат програми за бакалаври, магистри и доктори по обществена здравна просвета, комунално здраве и превантивна медицина, които също са акредитирани. По този начин обучението по обществено здравеопазване е покрило по-голямата част от страната.

Акредитацията включва външен преглед и оценка на сгради и съоръжения, учебни планове, критерии за прием на студентите, практика или работа на поле и академични стандарти. Акредитираното училище има възможност за по-добра организация и генериране на изследователска дейност и фондове за стипендии и субсидии и е по-атрактивно за студентите с оглед бъдещите им възможности за кариера в разширяващия се пазар на заетостта в тази област. Акредитираните, както и множество други неакредитирани училища или университетски катедри, снабдяват действащите агенции за обществено здравеопазване и здравни грижи с добре подготвен персонал с широк диапазон от теоретичен и професионален опит, като по този начин обогатяват областта не само с практики, но също така и с изследователи, администратори и здравно-политически анализатори с високо качество.

Училищата по обществено здравеопазване трябва да поддържат тесни работни отношения с щатските и местните здравни агенции, като наемат персонал на непълнен работен ден от обслужващите здравни агенции и провеждат изследвания по реални проблеми на общественото здравеопазване, с които агенциите се сблъскват. Училищата по обществено здравеопазване могат да бъдат изключително полезни за департаментите по здравеопазване в извършването на изследователска дейност и консултации, както и за оценка на проблеми и други въпроси на общественото здравеопазване.

Училищата по обществено здравеопазване, които провеждат обучение на бакалавърско, магистърско и докторско ниво се категоризират всяка година от комисии, съставени от декани, висши администратори и висш научно-преподавателски състав. Тази категоризация е част от непрекъснатите инспекции на висшите училища в САЩ, публикувани в седмично списание (*U.S. News and World report*). Тези инспекции се базират на годишни оценки, включващи репутация на деканите и висшия преподавателски състав (40 %), изследователска дейност (30 %), критерии за прием на студентите (20 %) и ресурси на факултета (10 %). През 1998 г. най-висока категория са имали училищата по обществено здравеопазване Джон Хопкинс, Харвард, университета Чапел Хил в Северна Каролина, университета във Вашингтон, университета в Мичиган, университета Бъркли в Калифорния, Колумбийския университет в Ню Йорк, университета в Минесота, университета Емъри, Джорджия, университета в Питсбърг и университета Йейл в Кънектикът. Въпреки, че тези инспекции и категоризиране нямат официален характер, те са важни за студентите при избора им на висше училище, тъй като по-добрите училища и университети предлагат изследователски проекти, субсидиране, както и възможност за работа.

В континентална Европа обучението по обществено здравеопазване се е осъществявало традиционно чрез професионално обучение, свързано със заеманата длъжност, провеждано в държавни или независими институти под формата на курсове за здравни администратори или болнични мениджъри. От 80-те год. на XX-ти век или началото на 90-те год. на XX-ти век, в Европа започват да се създават училища по обществено здравеопазване от по-широк тип, като тези в Билефелд, Германия, в Холандия, Франция, Испания, Полша и Румъния. Норвежкото училище по обществено здравеопазване, обслужващо Скандинавските страни е създадено през 70-те год. на XX-ти век в Гьотеборг. То добавя социологичен аспект върху анализа на здравните системи, но все още му липсват широката епидемиология, практиката по обществено здравеопазване и икономическата сила на американските училища. Създава се и Асоциация на европейските училища по обществено здравеопазване (*ASPHER*), която има за цел

промоция на идеята за стандартизация и реципрочност на образователната степен "магистър по обществен здравеопазване" в Европа.

Училищата по обществен здравеопазване са от огромно значение за развиващите се страни поради изключителната важност на подходите на общественото здравеопазване за решаване на техните здравни нужди. Нигерия е страна с многобройно население, където основните здравни въпроси са главно в сектора на общественото здравеопазване. Въпреки това, в страната има повече от 20 медицински училища и нито едно училище по обществен здравеопазване. Катедри по социална или комунална медицина, занимаващи се преди всичко с обучението на студенти по медицина, има в повечето медицински училища, но те не могат да осигурят на студентите от горните курсове академичната среда и мултидисциплинарното обучение и специализация, които общественото здравеопазване изисква за осигуряването на ръководни кадри, които могат да се изправят срещу здравните предизвикателства в своите страни.

Ръководните постове в здравните системи на местно, щатско или федерално ниво понастоящем се заемат от клинични лекари, често с някакво допълнително обучение по обществен здравеопазване. Много малко от тях са преминали обучение по мениджмънт, като повечето имат някаква подготовка, фокусираща се върху специфична подобласт на общественото здравеопазване. От друга страна, училищата по обществен здравеопазване на докторско ниво се фокусират върху подготовката на научни работници и преподаватели, а не върху здравно ръководство и мениджмънт. Някои търсят обучение в магистърски програми по бизнес администрация (МБА). Новият подход в подготовката на доктори по обществен здравеопазване изисква 5 години следбакалавърско обучение, покриващо широка област от знания: социални анализи, здраве и болест на населението, промоция на здраве и превенция на болест, здравни системи и тяхното управление (Виж панел 14.8). Някои училища по обществен здравеопазване също следват тази посока, предлагайки специални задочни програми за висши здравни служители. Това ще бъде изключително важно в подготовката на ръководители, способни да се справят с комплексността на управляваните грижи или областните здравни програми, развивани в много страни, решавайки смело организационните, икономическите и етичните аспекти на здравето на индивида и населението като цяло.

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Подготовката за роля в политиката и мениджмънта на общественото здравеопазване и здравните системи, е широко разпространена в училищата по обществен здравеопазване и училищата по бизнес в САЩ. Тази тенденция безусловно ще се увеличава с увеличаването на управляваните грижи и когато междусекторното сливане или други функционални споразумения започнат да стават все по-чести. Катедрите по мениджмънт и политика или здравно обслужване в училищата по обществен здравеопазване имат мисията да проучват и да търсят методи за подобряване на ефикасността и ефективността на персонала и обществените здравни организации. Като академична област те са насочени към населението и включват интердисциплинарни преподаватели от областта на икономиката, правото, мениджмънта, медицината, историята, социологията и здравно-политическите анализи. Те се фокусират върху обществените, човешките, икономическите и организационните перспективи.

Разходите за персонала са най-голямата еднотипна компонента от общите разходи за здравеопазване така, че управлението и използването на този ресурс е от първо-

степенно значение за здравната система. Здравният персонал трябва да се наема, обучава и използва по начин, подходящ да посреща здравните нужди на населението. Това означава наемането на техните умения при условие, че те допринасят за ефективната работа. Управлението на човешките ресурси включва определянето на категориите работници, които могат по най-добър начин да извършват специфични дейности, броя на необходимите работници и организационната рамка, подходяща за осигуряването на нужните грижи по най-ефективен начин. Това изисква не само делегиране на отговорности, но също така и ресурси с възможности да изпълняват тази задача.

Управлението на човешките ресурси включва определянето на броя и типове здравен персонал, необходими за бъдещата здравна система. Делегирането на отговорности от професионален характер може да се прави към подходящо квалифицирани парапрофесионалисти. Това включва планиране, управление, ограничаване на финансите, лицензиране и дисциплинарни мерки, както и мерки за контрол на качеството. Отговорността за изпълнението е важна за всяка система, насочена към осигуряването на качествени грижи и постигането на собствените си цели за по-добър здравен резултат.

Намаляване броя на професионалистите понякога се прави в интерес на дадена професионална група с цел ограничаване на конкуренцията. Свръхналичността може да се окаже скъпа и пагубна за обществения интерес, тъй като може да доведе до неправилно разпределение на здравните ресурси по непродуктивен или даже вреден начин. Наличието на повече от необходимия брой хирурзи може да генерира по-висок дял избираеми хирургични процедури, отколкото са нужни или безопасни, а недостигът на лекари в първичната здравна помощ може да доведе до неадекватност на основното здравно обслужване. Недостигът или лошото качество на сестрински персонал компрометира качеството на болничните грижи и общинските първични здравни грижи. Това изисква продължителна преквалификация и навременно разработване и внедряване на политики за преразпределение на персонала, а не спорадично масово съкращаване на медицински сестри и друг болничен персонал.

Управляваните грижи в САЩ и подобни програми за всестранно здравно обслужване в други страни осигуряват възможност за търсене на нов баланс на услугите и въвеждането на нови роли в здравеопазването. Лекарите, практикуващите медицински сестри, общинските здравни работници и много други видове здравни професионалисти и техници ще бъдат част от комплекса на обезпечаването на здравните грижи, когато намаляването на разходите изисква рентабилност, когато превенцията и лечението станат част от един и същи комплекс и когато подходът на здравната промоция стане фундаментален за целите на организацията.

ОБОБЩЕНИЕ

Обучението и практическата подготовка на медицински и друг здравен персонал са важни за развитието на здравните системи и включват както количествени, така и въпроси, свързани с качеството. Необходимо е да се прави регулярна оценка, да не би броят на "произведените" практикуващи медицински специалисти да е по-голям или по-малък, отколкото е необходим за осигуряване на здравното обслужване и да не би стандартите да са се влошили.

Подготовката на мениджъри и плановици, способни да извършват анализи на данни и програми, с умения за ръководство и внедряване, е толкова важно, колкото и обучението на изпълнители на здравни грижи. Обучението на здравни професиона-

листи трябва да се придружава от ориентиране към широкия обхват на Новото обществено здравеопазване, включително неговото управление и умения за оценка. Ролите на новите здравни професионалисти ще се развиват на базата на индивидуалния пациент и общинските здравни нужди.

Управлението в Новото обществено здравеопазване се сблъсква с много трудни въпроси по отношение на кадровата политика. Те включват не само количеството и качеството на обучението, но също така възможностите за използване, включително преразпределение на персонала от заведенията за институционални грижи, към общинските здравни дейности и дейностите на здравната промоция. За персонала са нужни около 75 % от разходите за здравни грижи и всяка програма за преразпределяне на ресурсите към общински и превантивни грижи ще трябва задължително да включва здравните кадри, не само от гледна точка на икономиката, но също и от гледна точка на качеството. Тези професионални и въпроси на личността трябва да се решават с внимание и прецизност.

Накрая, всяка здравна система зависи от качеството, етиката, самочувствието и професионалните умения на членовете на своя екип. Следователно, обучението и преквалификацията на такъв персонал е фундаментален фактор в Новото обществено здравеопазване.

ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

Американска академия на практикуващите медицински сестри (AANP)

<http://www.aanp.org/care@nurse.net> и <http://www.nurse.net/>

Американска академия по педиатрия (AAP) - <http://www.aap.org/>

Американски борд за медицински специалности (ABMS) - <http://www.abms.org/>

Американска медицинска асоциация (AMA) - <http://www.ama.org/>

Американска асоциация по обществено здравеопазване (APHA) - <http://www.apha.org/>

Асоциация на училищата по обществено здравеопазване (ASPH) - <http://www.asph.org/>

Асоциация на училищата по обществено здравеопазване в европейския регион (ASPHER) - <http://www.ensp.fr/aspher/>

Асоциация на преподавателите по превантивна медицина (ATPM) - <http://www.atpm.org/>

Съвет по образованието по обществено здравеопазване (CEPH) - <http://www.ceph.org/>

Общ съвет за акредитация на здравните организации (JACHO) - <http://www.jacho.org/>

Национална лига по сестринство (NLN) - <http://www.nln.org/info-history.html/>

ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

Feil, E. G., Welch, H. G., Fisher, E. S. 1993. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *Journal of American Medical Association*, 269:2659-2663.

Hundler, A., Schieve, L. A., Ippoliti, P., Gordon, A. K., Turnock, B. J. 1994. Building bridges between schools of public health and public health practices. *American Journal of Public Health*, 84:1077-1080.

Kahn, K., Tollman, S. M. 1992. Planning professional education at schools of public health. *American Journal of Public Health*, 82:1653-1657.

Legnini, K. W. 1994. Developing leaders vs. training administration in the health services. *American Journal of Public Health*, 84:1569-1572.

Roemer, M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 31:43-44.

Weiller, P., Hiatt, H., Newhouse, J., Brennan, T. A., Leape, L., Johnson, W. P. 1993. *A Measure of Malpractice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Bender, D. E., Pitkin, K. 1987. Bridging the gap: The village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine*, 24:515-528.
- Berman, P. A., Watkin, D. R., Burger, S. E. 1987. Community-based health workers: Head start or false step toward Health for All? *Social Science and Medicine*, 25:443-459.
- Council on Graduate Medical Education. 1994. Fourth Report: *Recommendations to Improve Access to Health Care through Physician Workforce Reform*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Council on Graduate Medical Education. 1998. Tenth Report: *Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. February.
- Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1992. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press.
- Eisenberg, D. M., Keser, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., Delbanco, T. L. 1993. Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328:246-252.
- Fee, I., Acheson, R. M. (eds). 1991. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Fulop, T., Roemer, M. I. 1987. *Reviewing Human Resources development: A Method of Improving National Health Systems*. Public Health Papers, 83. Geneva: World Health Organization.
- General Medical Council. 1993. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, December.
- Harper, D., Johnosn, J. 1998. *The new generation of nurse practitioners: Is more enough?* *Health Affairs*, 17:158-164.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press.
- Kindig, D. A., Cultice, J. M., Mullan, F. 1993. The elusive generalist physician: Can we reach a 50% goal? *Jornal of American Medical Association*, 270:1069-1073.
- Kohler, L. 1991. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health*, 1:2-9.
- McKee, M., Clarke, A., Kornitzer, M., Gheysens, H., Krasnik, A., Brand, H., Levett, J., Bolumar, F., Chambaud, L., Herity, B., Auxilia, F., Castali, S., Lanheer, T., Lopes Dias, J., Ria, T. 1992. Public health medicine training in the European community: Is there scope for harmonization? *European Journal of Public Health*, 2:45-53.
- Miullan, F., Rivo, M. L., Politzer, R. M. 1993. Doctors, dollars, and determination: Making physician work force policy. *Health Affairs*, 12(Supplement):138-151.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States, 1998, with Socioeconomics Status and Health Chartbook*. Hyattsville MD: DHHS (PHS) 98-1232.
- Rachils, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Richards, R., Fulop, T., Bannerman, J., Greenholm, G., Gulbert, J. J., Wunderlich, M. 1987. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. Publication No. 102. Geneva: World Health Organization.
- Roemer, M. I. 1987. Health manpower allocation in developing countries. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 1:20-24.
- Schorr, T. M., Kennedy, M. S. 1999. *100 Years of American Nursing: Celebrating a Century of Caring*. Baltimor: Lippincott Williams and Wilkins.
- Walt, G., Gilson, L. (eds). 1990. *Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, PA: Open University Press.
- Werner, D., Thuman, C., Maxwell, J. 1992. *Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook*. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation.