

МОДЕЛІ АВТОНОМІЇ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СИСТЕМАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ КРАЇН

О. О. Прохоренко, А. А. Томків, О. О. Киричук, А. М. Бочуля, Х. І. Гук,
А. А. Белінська

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Реформа медичних послуг, потреба швидкого реагування і дефіцит персоналу підвищили відповідальність медичних сестер за рішення та обов'язки. У багатьох країнах автономна практика медичних сестер зростає, її рівень залежить від законодавства і системи охорони здоров'я. В Україні це поняття потребує глибокого аналізу, а вивчення міжнародних моделей допоможе вдосконалити практику та впровадити ефективні підходи.

Мета роботи – проаналізувати існуючі моделі медсестринської автономії в медичних закладах у світі, виявити особливості й вивчити потенціал, щоб визначити необхідність упровадження цієї практики в Україні задля підвищення якості системи охорони здоров'я.

Основна частина. У статті виконано порівняльний аналіз моделей автономії медичних сестер у США, Канаді, Великій Британії, Німеччині й Швеції з урахуванням меж самостійності, рівня освіти та їх ролі у наданні первинної і невідкладної медичної допомоги. Проведено контент-аналіз наукових публікацій, законодавчих документів та міжнародних звітів; розглянуто приклади автономії на практиці в різних країнах, статистичні дані щодо впливу автономії медичних сестер на рівень смертності, час реагування на невідкладні стани і загальну задоволеність пацієнтів. Середній медичний персонал у світі вже давно є самостійним суб'єктом в охороні здоров'я як медичні сестри розширеної практики (Advanced Practice Nurse) або практикуючі медичні сестри (Nurse Practitioners). Вони можуть надавати первинну медичну допомогу, діагностувати хвороби, замовляти й інтерпретувати діагностичні тести, оцінювати життєві показники, призначати лікування та проводити медичні втручання без постійного нагляду лікаря. Як результат у країнах із вищим рівнем автономії пацієнти швидше отримують невідкладну допомогу, менше часу перебувають у лікарні, тоді як менша самостійність медичних сестер у лікарнях піддає хворих підвищеному ризику. Також можливості середнього медичного персоналу залежать від рівня освіти, що надає їм більше законодавчо визначених прав. У деяких державах культура охорони здоров'я історично орієнтована на лікарів, що обмежує автономію медичних сестер.

Висновки. Законодавчі зміни, покращення умов праці та підтримка самостійності медичних сестер позитивно вплинуть на якість допомоги, професійний розвиток і задоволеність роботою.

Ключові слова: медсестринство; автономія; невідкладна допомога; первинна медична допомога.

MODELS OF NURSE AUTONOMY IN HEALTHCARE SYSTEMS OF DIFFERENT COUNTRIES

O. O. Prokhorenko, A. A. Tomkiv, O. O. Kyrychuk, A. M. Bochulia, Ch. I. Huk,
A. A. Belinska

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. Health care reform, the need for rapid response, and staff shortages have increased the responsibility of nurses for decisions and responsibilities. In many countries, the autonomous practice of nurses is growing, and its level depends on the legislation and health care system. In Ukraine, this concept requires in-depth analysis, and studying global models will help improve practice and implement effective approaches.

The aim of the study – to analyze the existing models of nursing autonomy in medical institutions around the world, identify features and study potential in order to determine the need to implement this practice in Ukraine to improve the quality of the health care system.

The main part. The study used a comparative analysis of nursing autonomy models in the USA, Canada, Great Britain, Germany and Sweden, taking into account the limits of autonomy, level of education and their role in the provision of primary and emergency medical care. A content analysis of scientific publications, legislative documents and international reports was conducted; examples of autonomy in practice in different

countries, statistics on the impact of nurse autonomy on mortality, response time to emergencies and overall patient satisfaction were considered. Nurse practitioners have long been an independent entity in healthcare in the world, as “Advanced Practice Nurses (APNs)” or “Nurse Practitioners”. They can provide primary care, diagnose illnesses, order and interpret diagnostic tests, assess vital signs, prescribe treatments, and perform medical interventions without the constant supervision of a physician. As a result, in countries with higher autonomy, patients receive emergency care faster and spend less time in the hospital, while lower autonomy of nurses in hospitals puts patients at increased risk. Also, the capabilities of nurses depend on the level of education, which gives them more legally defined rights. In some countries, the healthcare culture has historically been physician-centered, which limits the autonomy of nurses.

Conclusions. Legislative changes, improved working conditions, and support for nurses’ autonomy will have a positive impact on the quality of care, professional development, and job satisfaction.

Key words: nursing; autonomy; emergency care; primary health care.

Вступ. За сучасних умов у системах охорони здоров’я багатьох країн значну увагу приділяють підвищенню рівня автономії медичних сестер. Роль медичних сестер уже не обмежується виконанням завдань під безпосереднім керівництвом лікаря, вони здатні на основі своїх знань самостійно приймати клінічні рішення без стороннього схвалення. Це включає встановлення діагнозу, призначення лікування, проведення медичних процедур, надання невідкладної допомоги тощо.

Незалежність медичних сестер відіграє важливу роль у наданні медичних послуг, особливо первинної та невідкладної допомоги, у віддалених місцевостях чи при дефіциті кадрів. Час реагування в критичних ситуаціях особливо залежить від середнього медичного персоналу та його можливостей приймати рішення самостійно. Аналіз міжнародних моделей автономії дозволяє оцінити, які з них можна ефективно адаптувати до української системи охорони здоров’я.

Мета роботи – проаналізувати існуючі моделі медсестринської автономії в медичних закладах у світі, виявити особливості й вивчити потенціал, щоб визначити необхідність упровадження цієї практики в Україні задля підвищення якості системи охорони здоров’я.

Основна частина. Метод контент-аналізу дозволив вивчити законодавство та публікації міжнародних організацій, наприклад ВООЗ. У країнах, де медичні сестри мають високий рівень автономії, законодавство чітко визначає їх повноваження і дозволяє їм працювати самостійно або з мінімальним медичним наглядом.

У багатьох країнах зареєстровані практикуючі медичні сестри (Nurse Practitioners – NP), які можуть самостійно діагностувати, призначати лікування і лікувати пацієнтів на основі власного професійного

судження. Походження ролі NP сягає 1960-х років в Америці, де виникла ідея вирішити проблему нестачі лікарів первинної медичної допомоги, особливо в сільській місцевості та районах, в яких немає належного обслуговування. Канада наслідувала цей приклад у середині 1970-х років. Велика Британія інтегрувала роль медичних сестер розширеної практики (Advanced Practice Nurse – APN) наприкінці 1980-х років. Протягом 1990-х – на початку 2000-х років багато інших країн почало розвивати цю модель [1].

Шлях медичних сестер, які прагнуть більшої автономії, починається зі ступеня бакалавра медсестринства та зареєстрованої ліцензії медичної сестри. Далі кандидати на NP або APN повинні отримати ступінь магістра чи доктора медсестринської практики. Їх додаткова цінність ґрунтується на розширеній компетенції, включаючи цілісне уявлення про стан хворого і його тяжкість, пацієнторієнтовану допомогу, комбіновані та інтегровані медсестринські маніпуляційні навички, здатність до вирішення проблем і критичного мислення, комплексне прийняття рішень, експертні клінічні знання, лідерські та комунікаційні навички [2].

Рівень автономії медичних сестер розширеної практики у США варіюється між штатами і територіями, що залежить від локальних нормативних актів. У 30 штатах дозволено повну практику, в 15 – скорочену, в 11 – обмежену. Повна практика, дозволена державними законами та ліцензуванням медичних сестер США, передбачає можливість самостійного огляду, діагностики, замовлення тестів та проведення лікування, включаючи виписування медикаментів. Цю модель рекомендували Національна академія медицини та Національна рада державних рад медсестер. До прикладу, в Алясці, Нью-Мексико та інших штатах медичні сестри, які мають привілеї розширеної практики, самостійно встановлюють

діагноз, лікують хронічні захворювання та надають невідкладну допомогу при гострих станах, таких, як інсульт, інфаркт міокарда. Цей рівень автономії дозволяє їм надавати допомогу у віддалених районах, де доступ до лікарів обмежений.

Згідно із законодавством штату з обмеженою практикою медичних сестер, для надання медичних послуг медична сестра повинна протягом усієї своєї кар'єри працювати у регульованій співпраці з лікарем, а в разі нестачі відповідного вищого освітньо-професійного рівня – під постійним його наглядом. Обмежена практика дозволяє частково визначені компетентності та обмеження автономії. При такій моделі медична сестра працює під наглядом, за делегуванням або в складі мультидисциплінарної команди [3].

У Канаді сфера автономної діяльності подібна до американської, рівень якої також залежить від законодавчих нормативів. Проаналізовано, що існують відмінності між територіями у 30 із 38 ідентифікованих видів [4]. Таким чином, обмежується або забороняється виконання певної визначеної діяльності. Наприклад, у провінції Ньюфаундленд і Лабрадор практикуючі медичні сестри мають можливість проводити оцінку та діагностику стану здоров'я, призначати фармакотерапію, реєструвати і вести пацієнтів, скеровувати до інших медичних працівників, але мають певні обмеження щодо замовлення та інтерпретації діагностичних тестів.

У Великій Британії медичні сестри розширеної практики, здобувши вищий рівень освіти (магістр або доктор наук), отримують можливість працювати незалежно чи спільно з лікарями. Особливо це стосується сфер, де потрібен підвищений рівень якості надання медичних послуг та клінічної автономії, в такому випадку сестринський персонал має право надавати допомогу незалежно від лікарських консультацій і рекомендацій. Така стратегія відіграє важливу роль у сімейній медицині, дозволяючи швидше реагувати на потреби пацієнтів, уникаючи черг та очікування прийому. Вони можуть самостійно проводити первинний і вторинний огляд пацієнтів, діагностувати захворювання, призначати лікування та фармакотерапію, виписувати рецепти. Це дозволяє лікарям зосередитися на складніших випадках, а медичним сестрам – надавати медичну допомогу на госпітальному етапі.

На відміну від вищезгаданих країн, автономія медичних сестер у Німеччині обмежена. У відді-

леннях інтенсивної терапії вони можуть приймати деякі самостійні рішення щодо невідкладних станів пацієнтів, але в інших випадках завжди працюють під наглядом лікаря. Наприклад, у хворого, який перебуває в критичному стані, медична сестра може відновити прохідність дихальних шляхів за допомогою складних надгортанних пристроїв, використати дефібрилятор та вводити ліки, рекомендовані протоколом лікування.

У Швеції розвиток медичних сестер із розширеними практичними повноваженнями все ще перебуває на початковій стадії впровадження. На основі результатів поточних досліджень та отриманих даних зроблено висновок про зростання інтересу до цього. Відомо, що на національному рівні вже були неодноразові спроби введення автономної моделі медсестринської практики, однак остаточного рішення не прийнято. Національна рада з питань охорони здоров'я (2023) зазначає, що роль NP є актуальною та доцільною у сфері охорони здоров'я [5].

Аналіз статей, які містять результати опитувань медичних працівників, показав, що в США, Канаді та Великій Британії більшість медичних сестер визнає автономію як позитивний аспект своєї діяльності, який сприяє професійному розвитку, підвищенню мотивації і швидшому реагуванню на потреби пацієнтів. Стосовно обмеженої автономії медичних сестер, то вони засвідчили, що це є перешкодою для швидкого надання допомоги, особливо в екстрених ситуаціях, а також часто збільшує рівень стресу, що призводить до емоційного виснаження, незадоволеності роботою та зниження продуктивності [6].

Як результат, у країнах з вищим рівнем автономії пацієнти швидше отримують невідкладну допомогу та менше часу проводять у лікарні. Низька самостійність медичних сестер, навпаки, підвищує ризики для хворих [7].

Порівняльний аналіз моделей автономії медичних сестер у різних країнах світу дозволяє визначити ключові фактори, які гарантують їх автономію. Перш за все це культурні особливості. У країнах з високим рівнем автономії медичних сестер ця професія є соціально авторитетною, а система охорони здоров'я побудована за принципом горизонтальної ієрархії. Визнання ролі сестринського персоналу, підтримка командної роботи і взаємоповага між усіма учасниками процесу охорони здоров'я сприяють професійному розвитку та розширенню прав і можливостей медичних сестер [8]. Іншим важливим фактором

є рівень освіти. Магістерські та докторські ступені дають можливість медичним сестрам отримати глибокі знання, а також навички лідерства, комунікації і прийняття обґрунтованих клінічних рішень. Високий рівень підготовки дозволяє їм виконувати медичні маніпуляції, огляд пацієнта, встановлювати діагноз та призначати медикаменти, включно з рецептурними. Не менш важлива можливість медичних сестер обіймати керівні посади, що сприяє кар'єрному зростанню і більшій незалежності в їх професійній діяльності [9]. Третім важливим фактором є законодавча база, яка варіюється залежно від країн і безпосередньо впливає на рівень автономії медичних сестер. У деяких країнах медичні сестри мають повне право приймати клінічні рішення, призначати лікування і виписувати рецепти, тоді як в інших діяльність медичних сестер значною мірою залежить від лікарів [10]. Тому розвиток автономії медичних сестер вимагає не тільки покращення освіти сестринського персоналу, зміни ставлення суспільства до професії, але й реформування нормативно-правової бази стосовно медсестринської практики.

В Україні автономія медичних сестер багатопрофільної лікарні поки що обмежена. Однак з впровадженням медичної реформи та зміною моделі первинної медичної допомоги є потенціал для розширення їх повноважень. Це особливо актуально за умов повномасштабного вторгнення росії, коли існує кадровий дефіцит медичного персоналу. Важливо, щоб українські медичні сестри мали можливість отримувати відповідну кваліфікацію та досвід, що до-

зволить їм ефективно працювати в системі охорони здоров'я із розширеними практичними повноваженнями.

Висновки. Дослідження міжнародних моделей автономії медичних сестер показало, що незалежна практика позитивно впливає на якість і доступність медичної допомоги, особливо у віддалених районах. У таких країнах, як США, Канада, Велика Британія та Німеччина, практикуючі медичні сестри (NP) і медичні сестри розширеної практики (APN) вже давно працюють над зміцненням систем охорони здоров'я. Водночас рівень їх автономії залежить від місцевого законодавства. Найбільш незалежною професійною діяльністю займаються медичні сестри в США, Великій Британії і Канаді, тоді як у Швеції ця концепція все ще перебуває на початковому етапі розвитку. Впровадження іноземного досвіду в Україні могло б значно покращити ситуацію, особливо в сільській місцевості, де доступ до лікарів обмежений, а також в екстрених ситуаціях, коли важливо швидко провести необхідні втручання. Це дозволило б швидко реагувати на ургентні випадки. Необхідно реформувати законодавство та освітні програми, щоб забезпечити автономну практичну діяльність медичних сестер. Організації охорони здоров'я можуть підтримати цю модель, інвестуючи у безперервну освіту, розвиваючи лідерські навички, заохочуючи міждисциплінарну співпрацю, впроваджуючи політику підтримки і забезпечуючи адекватну заробітну плату, щоб сприяти ефективній діяльності та незалежному прийняттю рішень медичним персоналом.

REFERENCES

1. Clarke, V., Lehane, E., Mulcahy, H., & Cotter, P. (2021). Nurse Practitioners' Implementation of Evidence-Based Practice Into Routine Care: A Scoping Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(3), 180-189. DOI 10.1111/WVN.12510.
2. Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S.F., Thomsen, T., & Endacott, R. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54, 103142. DOI 10.1016/J.NEPR.2021.103142.
3. Kreedi, F., Brown, M., Marsh, L., & Rogers, K. (2021). Newly Graduate Registered Nurses' Experiences of Transition to Clinical Practice: A Systematic Review. *American Journal of Nursing Research*, 9(3), 94-105. DOI 10.12691/AJNR-9-3-4.
4. Marceau, R., O'Rourke, T., Montesanti, S., & Hunter, K. (2021). A Critical Analysis of Funding Models: Sustainability of the Nurse Practitioner Role in Canada. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(9), 1112-1117. DOI 10.1016/J.NURPRA.2021.05.024.
5. Ljungbeck, B., Carlson, E., & Sjögren Fors, K. (2024). Nurse Practitioners' Experiences of Transitioning to and Working in the Pioneering Nursing Role: An Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 0, 1-13. DOI 10.1111/JAN.16560.
6. Yang, B.K., Johantgen, M.E., Trinkoff, A.M., Idzik, S.R., Wince, J., & Tomlinson, C. (2020). State Nurse Practitioner Practice Regulations and U.S. Health Care Delivery Outcomes: A Systematic Review. *Sage Journal*, 78(3), 183-196. DOI 10.1177/1077558719901216.
7. Burke, J.R., Downey, C., & Almouadaris, A.M. (2022). Failure to Rescue Deteriorating Patients: A Systematic Review of Root Causes and Improvement Strategies. *Journal of Patient Safety*, 18(1), E140-E155. DOI 10.1097/PTS.0000000000000720.

8. Gottlieb, L.N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-I). *Journal of Healthcare Leadership, 13*, 169-181. DOI 10.2147/JHL.S221141.

9. Joseph, P.V., McCauley, L., & Richmond, T.S. (2021). PhD programs and the advancement of nursing science.

Journal of Professional Nursing, 37(1), 195-200. DOI 10.1016/J.PROFNURS.2020.06.011.

10. Yip, J.Y.C. (2021). Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE Journal, 7*. DOI 10.1177/23779608211011993.

Отримано 11.02.2025