

Рудень В.В., д-р мед. наук,
проф., зав. кафедрой
Львовский Национальный
медицинский университет
им. Д. Галицкого,
Украина

Участник конференции,
Национального первенства
по научной аналитике,
Открытого Европейско-
Азиатского первенства
по научной аналитике

УПРАВЛЕНИЕ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ ФАКТОРАМИ РИСКА В ПРЕВЕНТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (С50) У ЖЕНЩИН

Акцентируется внимание на преодолении стереотипов в клиническом мышлении врачей: из лечебно-диагностического процесса РМЖ (С50) на его эпидемиологические принципы – факторы риска в возникновении этого заболевания (С50). В связи с этим авторами разработана организационно-функциональная модель управления факторами риска относительно возникновения РМЖ (С50) у лиц женского пола – как базис превентивной деятельности семейного врача в условиях реформирования медицинской отрасли независимой Украины.

Ключевые слова: медицинская помощь, семейный врач, клиническая эпидемиология, рак молочной железы, профилактика, модель управления, факторы, риск.

In the work is pointed out attention on changing stereotypes in clinical thought: from diagnostic and treatment process at breast cancer (C50) to epidemiology principles – risk factors of development this cancer (C50). Due to this authors worked out organization and functional model of management of risk factors in the process of development breast cancer (C50) in women as basis for preventive activity of doctor of primary level in the conditions of reformation of medical sphere in the independent Ukraine.

Keywords: medical care, doctor of primary level, clinical epidemiology, breast cancer, prophylaxis, model of management, risk, factor.

Актуальность. Архиважным в процессе реформирования функционирующей “семашков-ской” медицинской отрасли независимой Украины [5] является решение довольно известной и простой истинной проблемы – укрепление и сохранение здоровья лиц трудоспособного возраста, что является неоспоримым фактом и аксиомой в ежедневной работе врача общей практики/ семейного врача (далее – ВОП/СВ) на первичном уровне медицинского обеспечения населения.

Истолкованием этого является существующий в общественной жизни страны процесс “старения” населения, что привело как к его депопуляции и увеличению демо-экономической нагрузки на работающую категорию населения, а также к трудностям в формировании рабочего ресурса страны для обеспечения народного хозяйства здоровой рабочей силой и т.д. Особенно присущими это процессы есть для лиц женского пола, поскольку именно на женщину трудоспособного возраста в контексте гендерной политики Украины [4], помимо всего этого, возлагается еще груз хранительницы семьи/женщины-матери, женщины-супруги, женщины-домохозяйки, женщины-менеджера, женщи-

ны-общественного деятеля, женщины-политика и т.д. [22].

Однако, интегральные показатели состояния здоровья (распространенность заболеваемости, уровень инвалидности и смертности и т.д.) среди населения Украины, что целесообразно расценивать как составляющие индекса развития человеческого потенциала (Human Development Index) [8], в течение последних лет демонстрируют устойчивую тенденцию к ухудшению здоровья украинского населения в трудоспособном возрасте, в том числе и среди лиц женского пола [16].

Особое беспокойство в этом вопросе вызывает рак молочной железы (в дальнейшем – РМЖ) (С50), который является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин мира как в развитых странах, так и развивающихся странах, о чем убедительно свидетельствуют следующие эпидемиологические данные:

– в мире по причине РМЖ (С50) ежегодно преждевременно заканчивает период существования на Земле 460 000 женщин от 7,6 миллиона случаев смерти от онкологических заболеваний, что определяет 5-е рейтинговое место среди всех раковых заболеваний [21];

– в Украине в течение 2009 года официально было зарегистрировано 16 384 факта РМЖ (С50), что составляло 99,2% случаев у лиц женского пола, тогда как уровень смертности по причине данной патологии (С50) среди женщин составлял 32,24 случая на 100 тысяч женского населения или 7 989 случаев (99,14% всех смертей по причине РМЖ (С50)). Собственно, эти показатели (С50) занимали первое рейтинговое место как в структуре общей заболеваемости (19,9%), так и в структуре смертности (21,0%) от всех злокачественных новообразований (С00-С75) среди населения Украины [19].

В контексте изложенного выше, целесообразно отметить, что краеугольным камнем в борьбе против РМЖ (С50) среди лиц женского пола является поиск и совершенствование механизмов превентивного действия по досрочному выявлению этой болезни (С50) в целях улучшения последствий лечения и выживаемости среди пациентов, что и делает данное исследование злободневным и актуальным в собственной сущности.

Цель исследования. Разработка организационно-функциональной модели управления факторами риска в процессе возникновения РМЖ (С50)

– как основы профилактической деятельности врача общей практики / семейного врача среди населения семейно-территориального участка в условиях реформирования медицинской отрасли Украины.

Методы исследования. В ходе выполнения научного исследования использованы такие методы как квалитетический, ретроспективный, эпидемиологический, социологический, математический, абстрактный, а также методы описательного моделирования, дедуктивного осмысления, структурно-логического анализа с учетом принципов системности. Полученные данные сведены и обработаны автоматизированным способом на персональном компьютере с использованием программ “Microsoft Office Excel 2003” и “SPSS”.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно требованиям положений приказа МЗ Украины № 417 от 15.07.2011 года “Об организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине” [11], где говорится, что “... процесс диспансеризации здоровья женщин, которые отнесены к группе риска в развитии РМЖ (С50), должен осуществляться участковыми врачами-терапевтами и врачами общей практики/семейными врачами”, а также в соответствии с реализацией цели исследования нами разработано Организационно-функциональную модель управления факторами риска в процессе возникновения рака молочной железы (С50) (в дальнейшем – Модель) – как основу профилактической деятельности ВОП/СВ в медицинском обеспечении населения.

За базис в предлагаемой Модели нами взяты классические принципы организации процесса управления [3], что дало возможность разработать и объединить воедино по принципу преемственности шесть основных ее этапов и сделать, в собственном смысле, последовательными их соответствующие операции/процедуры в промежутке – от планирования сбора данных, начиная с анамнеза до расчета эффективности проводимых профилактических мероприятий (рис. 1).

В контексте предлагаемой Модели мы сознательно не будем останавли-

ваться на содержании I-III-го этапов ее формирования, поскольку эти этапы исследования/клинического наблюдения довольно известными по сути, как практикующим врачам, так и ученым.

Однако, самым значимым в ходе реализации в практической деятельности ВОП/СВ предлагаемой Модели управления риском – как опасности для здоровья человека, в возникновении РМЖ (С50) является IV-й этап – этап АНАЛИЗА ПОЛУЧЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ И РАСЧЕТ РИСКОВ (AR и RR) ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ РМЖ (С50), где сочетается реализация следующих последовательных и взаимодополняющих друг друга действий, а именно:

- выделение отдельных рисков в возможном возникновении РМЖ (С50) среди определенной когорты исследуемых лиц;

- определение абсолютного риска (AR) в возникновении РМЖ (С50);

- расчет AR и относительного (RR) рисков в возникновении РМЖ (С50) для каждой женщины и сведение полученных результатов в таблицы (простые, групповые, комбинационные);

- установление причинно-следственных связей между уровнем имеющегося AR РМЖ (С50) и действием других факторов негативного влияния на здоровье исследуемого лица/ когорты лиц;

- осуществление прогноза изменения AR относительно возможного возникновения онкопатологии молочной железы (С50) в соответствии с конкретными признаками индивидуума.

На IV-ом этапе формирования Модели важным методическим приемом в процессе ее реализации является наличие на рабочем месте ВОП/СВ персонального компьютера и разработанной нами программы “Лилея” (рис. 2), что дает возможность ему автоматически получать величину AR в возникновении РМЖ (С50) в конкретной женщины/когорты лиц.

Это достигается путем фиксации ВОП/СВ полученных ответов на поставленные вопросы по разработанной нами программой “Социально-гигиеническое состояние и факторы риска

в возникновении рака молочной железы” с последующим автоматическим расчетом производных величин AR в возникновении РМЖ (С50), их графическим изображением и моделированием при всех возможных комбинациях сочетания действия имеющихся факторов опасности на организм конкретной женщины / когорты лиц с возможным прогнозированием на одногодичный период, а при необходимости – на средне- и долгосрочный прогностический период с обязательным сохранением данной информации для последующего анализа и сравнения в динамике.

В условиях перехода к электронному документообороту целесообразно интегрировать программы “Социально-гигиеническое состояние и факторы риска в возникновении рака молочной железы” и “Лилея” в фрагменты электронного “Индивидуального паспорта здоровья жителей семейно-территориального участка” [17], что позволило бы ВОП/СВ увеличить банк данных о здоровье лиц женского пола семейно-территориального участка, иметь быстрый и достаточно доступный способ просмотра информации о состоянии здоровья пациентки, а также облегчило бы процесс напоминания ВОП/СВ о необходимости проведения с пациентом ряда профилактических или диагностических и лечебных мероприятий. Разумное использование созданной, таким образом, компьютерной базы данных на семейно-территориальном участке имеет большое значение для регулирования уровня организацией как обследования женщин у ВОП/СВ, так и для мониторинга результатов системы профилактики РМЖ (С50) среди лиц женского пола.

На V-ом этапе формирования модели – этапе ПРОРАБОТКИ ВАРИАНТОВ ПЛАНОВОГО УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ по предупреждению возникновения/облегчения течения заболеваний РМЖ (С50) превентивные меры в собственном смысле направляются на своевременную диагностику данной патологии (С50) через механизмы:

- накопление исходной информации о состоянии здоровья женщины, анализа ситуации, предварительной

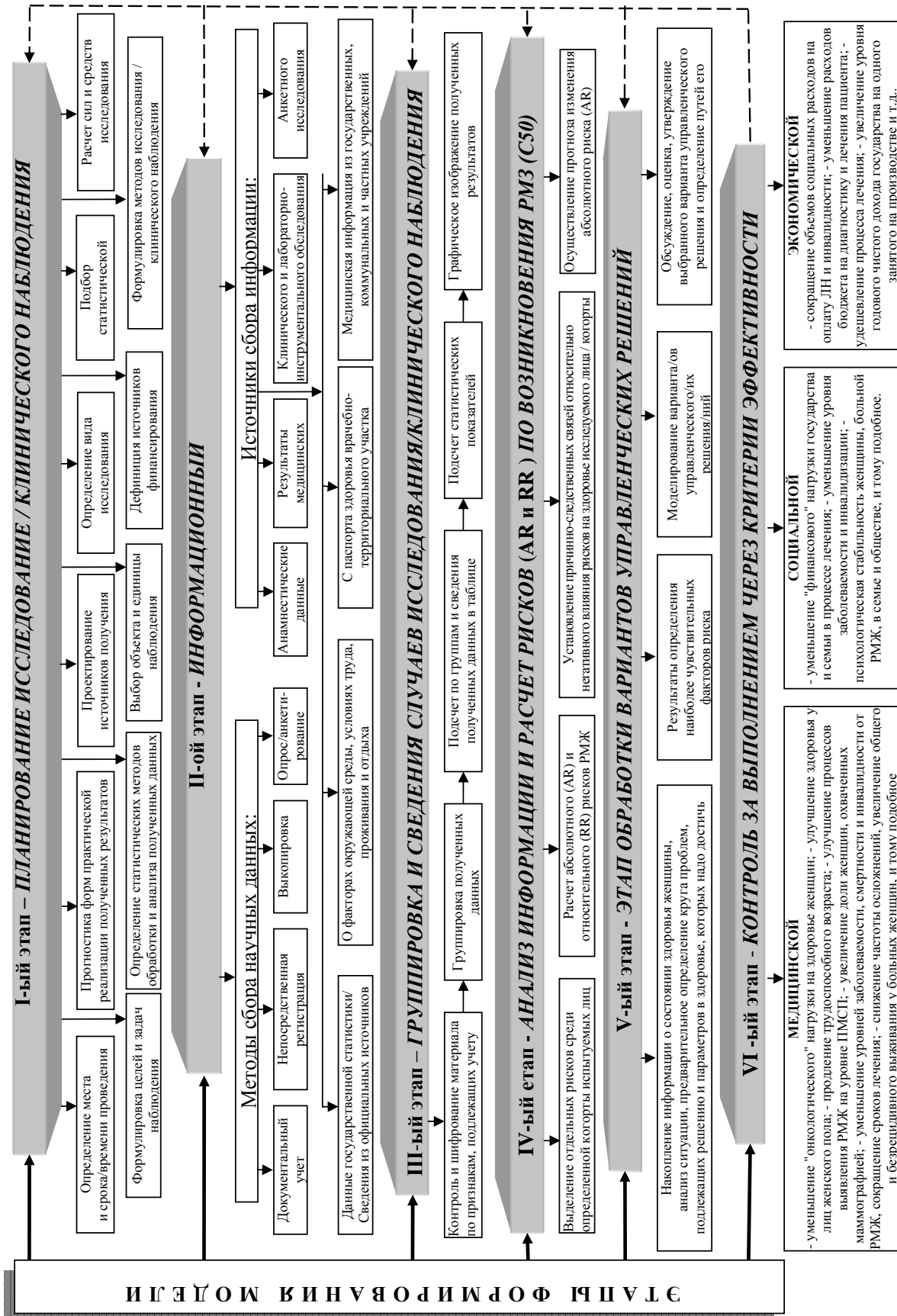


Рис. 1. Организационно-функциональная модель управления факторами риска относительно возникновения / развития РМЖ (C50)

дефиниции круга проблем в здоровье, подлежащих решению и определение параметров, которых надо достичь;

- нахождение наиболее чувствительных факторов риска (элементов объекта управления), превентивное воздействие на которые разрешило б снизить AR в возникновении РМЖ (C50) и сформулировать конечные условия задачи, которые необходимо решить;

- моделирование варианта управленческого решения, где основу составляет выбор экономически выгодных его вариантов, оценка отобранных вариантов по неэкономическим критериями, а также выбор оптимального варианта проекта решения;

- обсуждение, оценка, утверждение выбранного варианта, его оформления и внедрения.

Однако основу проработки вариантов планомерных управленческих решений составляют результаты AR, полученные на предыдущем IV-этапе формирования модели.

Следовательно, в зависимости от значимости уровня AR возможности возникновения РМЖ (C50), мы предлагаем такой методический подход к наработкам на V-этапе формирования модели как “Алгоритм превентивных действий семейного врача относительно возникновения/развития РМЖ (C50)” (далее Алгоритм) (рис. 3), где исследованные лица женского пола разделены на две группы: с низким ($AR < 2\text{‰}$) и высоким риском ($AR \geq 2\text{‰}$) онкопатологии молочной железы (C50), что позволяет одновременно производить как популяционную профилактику на семейно-территориальном врачебном участке относительно возникновения/развития РМЖ (C50), так и профилактическую работу в группах риска.

Собственно, в контексте предлагаемого нами Алгоритма, в основу вариантов управленческих решений должны быть положены данные результатов [2]:

- самообследование молочной железы (МЖ), где основными составляющими являются осмотр и прощупывание;
- клинического обследования МЖ, проводимого ВОП/СВ с целью оценки ее функционального состоя-

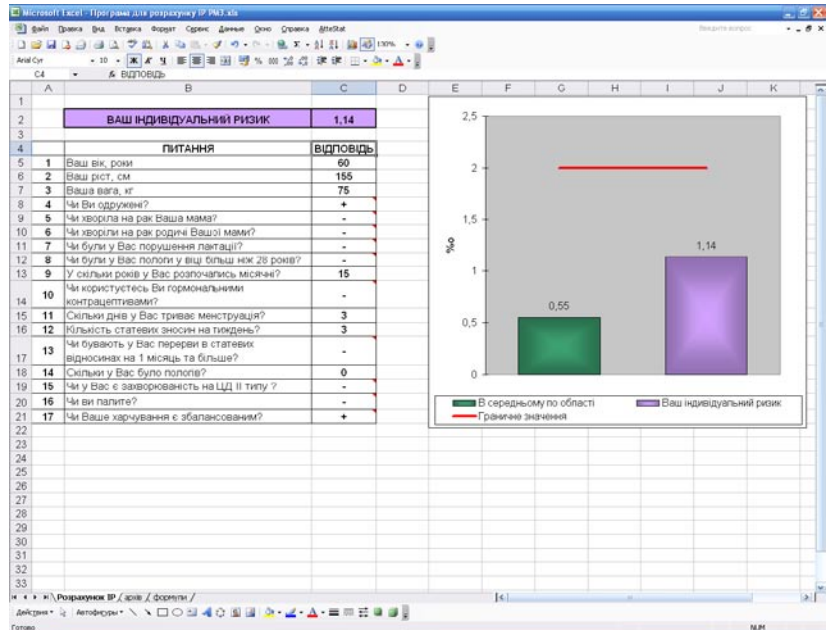


Рис. 2. Компьютерная программа “Лилея” для автоматического расчета абсолютного риска (AR) в возникновении РМЖ (C50)



Рис. 3. Алгоритм превентивных действий врача первичного уровня по результатам абсолютных рисков (AR) по предупреждению возникновения/развития РМЖ (C50)

ния для разработки индивидуальной программы контроля в конкретном случае здоровье женщины и плана дальнейших превентивных действий. При этом необходимо учесть данные таких компонентов клинического обследования, как: общение с

женщиной; обследования пациентки в положении сидя; пальпация области расположения лимфатических узлов: надключичных, подключичных, подмышечных; обследования пациентки в положении лежа и т.д.;

– рентгенологическое обследование МЖ (маммография) – как один из самых распространенных методов обследования МЖ в мире, тогда, когда во многих странах маммография широко применяется для скрининга с целью выявления заболеваний МЖ, которые имеют скрытый ход;

– биопсии и цитологического исследования;

– ультразвуковой маммографии;

– термографии МЖ, а также данных таких перспективных методов исследования как магнито-резонансной томографии МЖ и радионуклидной диагностики опухолей МЖ.

Весомым консеквентным приемом на этом этапе является то, что при принятии любого управленческого решения должны быть рассмотрены все возможные полезные последствия и риски каждого вмешательства, где обязательными должны быть такие профилактические и диагностические мероприятия направлены на предупреждение РМЖ (С50) как:

– обязательное обучение женщин методике самообследования молочных желез с вручени-ем листка-рекомендации;

– формирование ответственности у женщины за состояние своего здоровья; – обсуждение с женщинами факторов риска и степени угрозы их здоровью;

– психологическая поддержка женщины в процессе принятия решения о проведение маммографии;

– разработка стратегии дальнейшего наблюдения.

Важное место в работе врача ВОП/СВ отводится психологической работе по устранению таких препятствий, как негативное отношение у женщин к маммографии и страх в получении результатов, которые препятствуют проведению регулярной маммографии. Именно таким организационным моментом в работе ВОП/СВ должна стать, с привлечением санитарно-образовательных и психологических технологий, формирование ответственности у женщины за свое здоровье и активное привлечение женщин к программам скрининга РМЖ (С50). Именно наличие у лиц женского пола информации о способах профилактики рака (С50), которые они могут осу-

ществлять самостоятельно, о чем подтверждают 79,6% исследуемых лиц, позволяет им чувствовать себя интегрированными в процесс контроля над состоянием собственного здоровья, и в 82,4% служит мотивом относительно регулярного проведения маммографии.

В случае функционирования соответствующих электронных систем в амбулаториях семейной медицины по необходимости проведения визита к ВОП/СВ могут быть задействованы такие методы напоминания как: компьютерные подсказки, автоматические телефонные или почтовые (на e-mail) напоминание. В случае их отсутствия – напоминание об очередном визите должно осуществляться исходя из данных медицинской карты амбулаторного больного (ф. № 025/у), с помощью информационных бюллетеней или данных регистратуры.

И на последнем, VI этапе формирования модели – этапе контроля над исполнением через критерии эффективности, обязательным является исследование эффективности внедренных управленческих решений в превентивности проведенных мероприятий по заболеваемости женщин РМЖ (С50), где проводится оценка критериев эффективности медицинской, социальной и экономической.

Внедрение результатов и выводов, полученных согласно предлагаемой Модели, в работе ВОП/СВ должно происходить через механизм:

– информирование государственных органов, органов местного самоуправления (сельский, поселковый, райадминистрация, городской совет, облгосадминистрация и областной совет), заинтересованных организаций, а также граждан о факторах риска и путях профилактики РМЖ (С50) у женщин;

– наработку и издание информационных листов и методических рекомендаций, утвержденных МЗ Украины;

– публикации в средствах массовой информации и в научных изданиях; – выступлениях на съездах, конференциях, симпозиумах и т.д.

Кроме того, для эффективного функционирования предлагаемой

Организационно-функциональной модели управления факторами риска в процессе возникновения/развития РМЖ (С50) – как основы профилактической деятельности – в деятельности ВОП/СВ в условиях реформирования медицинской отрасли на уровне государства Украины должен быть разработан и задействован комплекс общегосударственных мер, к которым следует отнести:

– создание сети маммологических кабинетов и обеспечение их надлежащим оборудованием;

– функционирования выездных комплексных маммологических групп (в составе врача-маммолога, врача-рентгенолога, врача-специалиста УЗИ, врача – цитолога, рентген-лаборанта, регистратора) для предоставления онко-маммологической помощи женскому населению сельских районов;

– введение предлагаемой нами модели на государственном уровне, с учетом особенностей, связанных с регионом проживания; – подготовка кадров;

– адекватное финансирование системы профилактики РМЖ (С50) у женщин.

Заключение. Именно такой организационно-методический и управленческий подход к профилактике РМЖ (С50) в виде предлагаемой модели в значительной степени положительно повлияет на качество как индивидуального, так и общественного здоровья населения Украины новейшего формата и позволит:

– во-первых: реализовать на деле в практическом здравоохранении независимой Украины рекомендации ВОЗ по достижению определенного снижения риска заболеваемости РМЖ (С50) с помощью профилактических технологий [14], поскольку в Украине на профилактических осмотрах в 2010 году было выявлено среди женщин 51,8% данной патологии (С50), тогда как из числа впервые заболевших в данном году по TNM III-IV стадию имели 22,2% пациентов, а у 2,2% – стадия болезни (С50) была не определена;

– во-вторых: в контексте концепции Государственной программы “Репродуктивное здоровье нации на 2006-2015 годы”, где основные

акценты делаются на предотвращение и своевременное лечение раковых заболеваний репродуктивных органов на начальных стадиях [15], создать в системе медицинского обеспечения единою стратегию относительно своевременного выявления факторов риска, своевременному обследованию пациента и ранней диагностике РМЖ (С50);

– в-третьих сделать шаг к выяснению не выяснено до сих существующего, так называемого “накопителя” за Джон Сноу (1813-1858), который вызывает РМЖ (С50) и можно ли “перенести” выше / ниже течение “[1,13], что позволило бы добиться значительного успеха в предупреждении этой болезни (С50);

– в-четвертых: переформатировать в лекарственной среде страны к европейскому стандарту имеющееся воображение в клиническом мышлении то, что РМЖ (С50) и другие злокачественные новообразования (С00-С75) – это сочетание конкретных результатов наблюдения в клинических исследованиях и практического опыта врача в контексте эпидемиологического анализа данных случаев по выявлению и фиксации имеющихся факторов риска в их возникновении [7] и последующего управления ими в состоянии здоровья конкретного пациента/когорты пациентов, а не только на клинический вопрос, как это сегодня в практическом здравоохранении независимой Украины, где лечащими врачами просто игнорируется изучение причин возникновения онкопатологии (С00-С75), что приводит к позднему обращением больного за медицинской помощью к врачу и лишение конкретного пациента своевременного предоставления лечащим врачом качественной медицинской помощи, особенно на догоспитальном этапе;

– в-пятых: годится говорить нам и о том факте, когда в медицинской практике Украины, в отличие от европейского стандарта, лечащими врачами просто игнорируется изучение причин возникновения онкопатологии молочной железы (С50), т.е. не происходит в клиническом мышлении врача сочетания конкретных результатов наблюдения в клинических исследо-

ваниях и практического опыта врача в контексте эпидемиологического анализа случаев РМЖ (С50) по выявлению имеющихся факторов риска в возникновении данной патологии (С50) и последующего управления ими в состоянии здоровья пациента;

– в-шестых: дает основание к пересмотру в системе медицинского обеспечения страны существующих подходов в решении данной проблемы путем переноса акцентов в профилактике РМЖ (С50) на условия, обстоятельства, конкретные причины, то есть “факторы риска” [9, 18], и служит своего рода “пусковым механизмом” в возникновении и дальнейшем развитии ряда болезней, в том числе, нежелательной болезни (С50) среди населения.

Собственно, своевременное распознавание/выявления факторов риска ВОП/СВ в каждом конкретном случае РМЖ (С50) [10,12] дает возможность своевременно вмешаться в процесс приостановки возникновения и дальнейшего развития данной патологии (С50) [6, 20], а также вовремя начать процесс диагностики/лечения данного недуга, что и делает последнее своевременным, комплексным, полноценным, эффективным и качественным в собственных действиях в контексте укрепления и сохранения здоровья населения Украины новейшего формата.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в проведении экспертной оценки данной модели с привлечением высококвалифицированных управленческих кадров, как практического здравоохранения, так и медицинской науки, а также в изучении предложенной модели как ранних, так и более отдаленных результатов ее функционирования при условии ее внедрения в деятельность ВОП/СВ и учебного процесса кафедр социальной медицины и организации здравоохранения и организации и управления здравоохранением, а также кафедр управлений и организации здравоохранения.

Литература:

1. Великое зловоние. – Режим доступа: http://ru.wikipedia.org/wiki/Великое_зловоние

2. Диспансеризация жінок із доброякісними захворюваннями молочної залози (методичні рекомендації) Київ – 1999. – 12 с.

3. Журавель В.И. Менеджмент в системе медицинской помощи: [учеб. пособие для студ. мед. вузов] / В.И. Журавель, В.Н. Запорожан, 2000. – 432 с.

4. Закон Верховної Ради України від 08.09.2005 року за № 2866-IV “Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків”: – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2866-15>

5. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава Програми Економічних реформ / Комітет з економічних реформ при Президентові України. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/rogra_ma_reform_FINAL_2.pdf

6. Здоровье общественное. – Режим доступу: <http://www.google.com.ua/#sclient=psy-ab&hl=ru&source=hp&q=«>

7. Иванов В.Г. Эпидемиологические факторы риска, ранняя диагностика рака молочной железы. / Практическая онкология. – Т.3, – №1. – 2002. – С. 1-5.

8. Индекс розвитку людського потенціалу: – Режим доступу: http://uk.wikipedia.org/wiki/Індекс_розвитку_людського_потенціалу

9. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение РФ, 1998. №3. С. 49-52.

10. Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции “Общественного здоровья” // Общественные науки и здравоохранение / Отв. Ред. И.Н. Смирнов / Ю.П. Лисицын // М.: Наука, 1987. С.48-62.

11. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 року “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”. – Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_417.html

12. Общественное здоровья и здравоохранения/ Учебник: Глава 1. Здоровье как социально-экономическая категория. – Режим доступу: http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=books/proh04/gl_01

13. Популярная история медицины, Елена Грицак. – Режим доступу: <http://fictionbook.in/elena>

gricak-populyar-naya-istoriya-medicini.html?page=66

14. Рак молочной железы: профилактика и борьба: – Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/ru/index.html>

15. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 р. № 244-р “Концепція Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації на 2006-2015 роки””. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/244-2006-p>

16. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 року за № 1164-р “Про схвалення Кон-

цепції Загальнодержавної програми “Здоров’я 2020: український вимір””: – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-p>

17. Рудень В.В. Методичні рекомендації по організації моніторингу стану здоров’я населення у діяльності сімейного лікаря та розробки комп’ютерного паспорту здоров’я / Рудень В.В., Гутор Т.Г. // Київ. – 2008. – 30 с.

18. Тихомирова И.А. Физиологические основы здоровья. Краткий курс лекций по валеологии. Глава 4. Факторы, влияющие на здоровье человека. – Режим доступу: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/node5.html>

19. Український канцер-реєстр: – Режим доступу: <http://users.iptelecom.net.ua/~ucr/>.

20. Ядов В.А. Социология в России Глава 24. Социология быта, здоровья и образа жизни населения (Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов), 1998. – Режим доступу: http://sbiblio.com/biblio/archive/jadov_sociologija/23.aspx

21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/index.html>

22. www.csr-review.net/wp.../Draft_discussion_paper_1_for_OR.doc



WORLD RESEARCH ANALYTICS FEDERATION

Research Analytics Federations of various countries and continents, as well as the World Research Analytics Federation are public associations created for geographic and status consolidation of the GISAP participants, representation and protection of their collective interests, organization of communications between National Research Analytics Federations and between members of the GISAP.

Federations are formed at the initiative or with the assistance of official partners of the IASHE - Federations Administrators.

Federations do not have the status of legal entities, do not require state registration and acquire official status when the IASHE registers a corresponding application of an Administrator and not less than 10 members (founders) of a federation and its Statute or Regulations adopted by the founders.

If you wish to know more, please visit:

<http://gisap.eu>