



# ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

## УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УЗБЕКИСТАНЕ:

### Внедрение пакета основных вмешательств в отношении неинфекционных заболеваний с участием медсестер и расширение участия мужчин

Муборак Садырова<sup>1</sup>, Дильфуза Аниёзова<sup>2</sup>, Jill Farrington<sup>3</sup>, Елена Цой<sup>4</sup>

#### Резюме

В Кашкардарьинской и Ферганской областях Узбекистана внедрена интегрированная модель профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ). Модель объединяет поддержку изменения поведенческих факторов риска НИЗ на общинном уровне с изменениями в системе оказания первичной медико-санитарной помощи с целью стратификации и лечения пациентов с сердечно-сосудистым риском (ССР). Внедрение клинических протоколов привело к большему охвату целевого населения и улучшению стратификации населения по уровню ССР, выявлению и контролю факторов риска, а также выявлению артериальной гипертензии и сахарного диабета 2-го типа. Это также привело к улучшению организации медицинского обслуживания, распределения обязанностей между врачами и медсестрами, расширению роли медсестер в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и расширению участия мужчин в профилактике НИЗ.

#### Мотивация

В Узбекистане риск преждевременной смерти (среди населения в возрасте 30-69 лет) от четырех основных групп НИЗ составляет примерно 31%; ведущей причиной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания. Четверть взрослых в возрасте 18-64 лет и почти треть взрослых в возрасте 40-64 лет подвергаются высокому риску инфаркта или инсульта в течение ближайших 10 лет. Мужчины особенно подвержены сердечно-сосудистому риску, учитывая употребление ими табака и вредное употребление алкоголя. В целом, мужчины имеют тенденцию недостаточно использовать медицинские услуги; артериальное давление в этой группе населения контролируется также недостаточно. В Узбекистане на протяжении многих лет реализуются программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний, однако еще остается нерешенным ряд проблем, особенно связанных с переориентацией медицинского обслуживания в ПМСП с лечения на профилактику, а также с организацией предоставления медицинской помощи, нацеленной на выявление и лечение пациентов с высоким ССР, особенно среди мужчин. Среди проблем также недостаточный охват услугами здравоохранения, недостаточное внедрение "лучших покупок" ВОЗ - основанных на фактических данных и экономически эффективных рекомендаций в отношении НИЗ, - и частая недостаточная загруженность медсестер.

<sup>1</sup> Преподаватель кафедры повышения квалификации врачей общей практики, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup> Преподаватель кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

<sup>3</sup> Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

<sup>4</sup> Национальный сотрудник по НИЗ и укреплению здоровья на всех этапах жизни, СО ВОЗ в Узбекистане, Европейское региональное бюро ВОЗ

#### Ключевые выводы

- Расширение независимой роли медсестер требует систематического подхода, в том числе изменений в нормативно-правовой базе.
- Система внутреннего и внешнего поддерживающего кураторства является важным элементом непрерывного повышения качества оказываемой медицинской помощи.
- Мотивация и возможность сопоставления результатов работы команды являются важными аспектами укрепления приверженности медицинских работников повышению качества своей работы.
- Активное вовлечение пациентов в планы лечения вместе с медицинскими работниками может способствовать изменению поведения пациентов и снижению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
- Межсекторальное сотрудничество в целях улучшения показателей в отношении здоровья является ключевым фактором повышения информированности общественности и продвижения общинных программ охраны здоровья.

## Профилактика НИЗ в ПМСП

В сентябре 2015 года в двух областях Узбекистана были определены восемь учреждений ПМСП для экспериментального внедрения нового подхода с использованием пакета ВОЗ основных вмешательств в отношении неинфекционных заболеваний (WHO PEN) для ПМСП и системы непрерывного повышения качества оказываемых медицинских услуг. Для использования в Узбекистане были адаптированы Протоколы WHO PEN для выявления и лечения пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, а также, в последнее время, Протокол 3 по ведению случаев хронических респираторных заболеваний.

При внедрении протоколов PEN в повседневную практику основное внимание уделялось созданию потенциала учреждений ПМСП путем подготовки специалистов в команде и обновления клинических протоколов, а также путем внедрения механизмов поддерживающего кураторства для осуществления мониторинга и оценки эффективности работы команды, а также для повышения качества медицинских услуг. Это потребовало значительных изменений в организационной структуре оказания медицинской помощи.

- Учитывая высокую нагрузку врачей общей практики (ВОП), совместная работа ВОП и медсестер была оптимизирована путем четкого разграничения и делегирования обязанностей, а также расширения роли медсестер.
- Прикрепленными участками для врачей и медсестер являются местные общины (махалли). Для определения целевой группы взрослых в возрасте 40 лет и старше, а также для выявления пациентов, не пришедших в медицинское учреждение для проведения оценки ССР в указанный день, использовались амбулаторные карты пациентов.
- В местах ожидания в учреждениях ПМСП медсестры организовали доврачебные пункты осмотра и задавали пациентам вопросы о факторах риска; измеряли рост, вес и артериальное давление; рассчитывали индекс массы тела и затем направляли пациента к ВОП.
- Медсестры также использовали вопросники для выявления факторов риска во время домашних визитов.
- Для облегчения планирования и контроля первых и последующих визитов пациентов с учетом уровня ССР, медсестры начали вести журналы планирования и охвата оценкой ССР и фактических посещениях пациентов.
- Для облегчения отслеживания состояния здоровья пациента были разработаны индивидуальные планы ведения пациента, которые прилагаются к амбулаторным медицинским картам и, по возможности, предоставляются пациентам, чтобы они могли более активно участвовать в заботе о собственном здоровье.
- Медицинские учреждения были преобразованы в поликлиники, в которых анализ крови и анализ на холестерин предоставляются пациентам бесплатно; результаты анализов готовы в течение нескольких часов.
- Было разработано программное приложение для оценки и управления ССР, стратификации рисков, отслеживания показателей качества и оценки результатов; приложение интегрируется в информационную систему оказания амбулаторных услуг.
- Национальные и местные команды координаторов внедрения регулярно посещали медицинские клиники в пилотных районах для предоставления поддерживающего кураторства, а также для обеспечения мониторинга и оценки с использованием подхода, включающего аудит амбулаторных карт пациентов, наблюдение за консультацией врача общей практики, проведение интервью с персоналом и пациентами, предоставление обратной связи врачам/медперсоналу, и предложения по улучшению качества обслуживания.
- Показатели мониторинга и оценки ССР были включены в национальные руководящие принципы.

Медсестра проводит оценку ССР пациента с использованием инструментов PEN, Семейная поликлиника № 1 города Маргилана



©Европейское региональное бюро ВОЗ

Изменения в системе ПМСП поддерживаются общинным проектом укрепления здоровья ("Здоровая жизнь") на местном уровне, которым руководят органы местного самоуправления. Проект также успешно привлекает к участию другие правительственные учреждения, женские комитеты, молодежных и религиозных лидеров, журналистов и другие ключевые заинтересованные стороны для мобилизации инициатив по укреплению здоровья. Примеры работы включают широкомасштабные информационные

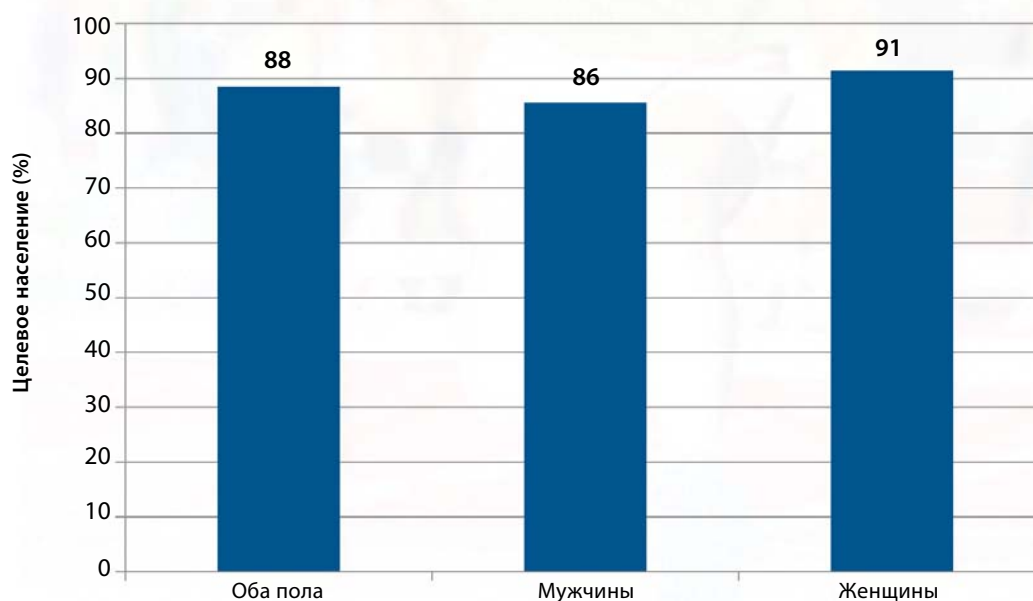
просветительские кампании для всего населения, мероприятия по укреплению здоровья для молодежи, скрининг на факторы риска развития НИЗ, а также инициативы, направленные на помощь населению в выборе здорового образа жизни.

## Воздействие

С внедрением новых клинических протоколов возросла роль профилактических мероприятий. Медицинские работники начали уделять больше внимания оценке риска с использованием подхода на основе оценки общего ССР; улучшился охват пациентов в возрасте 40 лет и старше.

Спустя год в восьми пилотных учреждениях оценка риска была проведена 32 052 пациентам, с почти 80%-ным охватом пациентов старше 40 лет скринингом на кардио-метаболический риск. Анализ данных трех пилотных учреждений об охвате оценкой риска пациентов по гендерному признаку показывает высокий уровень охвата мужчин (86%), практически равный уровню охвата женщин (рис.1).

Рисунок 1. Охват оценкой ССР у взрослых в возрасте 40 лет и старше (целевое население) в трех пилотных районах



Источник: база данных трех пилотных центров ПМСП в Ферганской области.

Другие результаты экспериментального проекта включают:

- почти 50%-ное увеличение числа пациентов с вновь выявленной артериальной гипертензией (с 1416 до 2039 зарегистрированных случаев) и диабетом 2 типа (с 175 до 272 зарегистрированных случаев);
- увеличение на 65% (с 54,2% до 89,6%) доли пациентов с артериальной гипертензией или диабетом 2 типа, которым назначено лечение в соответствии с протоколами WHO PEN;
- увеличение на 63% (с 28,9% до 47,2%) доли пациентов в возрасте 40 лет и старше с диабетом 2 типа или артериальной гипертензией и одновременно высоким уровнем холестерина в крови (выше 8 ммоль/л) и/или высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, которым назначены статины;
- улучшение качества и эффективности консультирования пациентов медицинскими работниками по факторам риска НИЗ и ведению здорового образа жизни;
- увеличение полноты клинических осмотров врачами в соответствии с протоколом;
- увеличение использования медицинских услуг мужским населением для прохождения оценки ССР в учреждениях ПМСП (предмет серьезной озабоченности ранее);
- повышение удовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи, поскольку врачи проявляют больше ответственности за здоровье своих пациентов;
- повышение доверия к медсестрам и расширение их возможностей в рамках своих новых обязанностей;
- расширение распределения обязанностей между врачами и медсестрами, а также содействие принятию решений всей командой.

## Извлеченные уроки

- **Расширение независимой роли медсестер потребовало систематического подхода, в том числе изменений в нормативно-правовой базе.** Процесс внедрения новых клинических протоколов проходил непросто; при выполнении своих новых обязанностей медсестры сталкивались со многими барьерами. Необходимо было пересмотреть нормативно-правовую базу, затрагивающую работников ПМСП. Участие главной медсестры в работе национальной руководящей группы, по-видимому, оказало решающее значение. Теперь медсестры имеют право расширить свою роль в лечебном процессе; например, они могут поставить рабочий сестринский диагноз, такой как повышенное артериальное давление, и давать рекомендации пациенту на основе собранной сестринской информации. Медицинские работники проходят подготовку по стандартным подходам и поддерживаются взаимным обучением «равный-равному».
- **Система внутреннего и внешнего поддерживающего кураторства является важным элементом непрерывного повышения качества оказываемой медицинской помощи.** Регулярные мониторинговые визиты руководителей национального, регионального и районного уровней, а также внутренние аудиты качества, которые обеспечивали конструктивную обратную связь, привели к выявлению и своевременному решению многих проблем. Эта практика должна продолжаться с акцентом на усиление самоконтроля для решения проблем с использованием новых протоколов в повседневной практике. Такой подход будет полезен для распространения опыта, полученного в рамках экспериментального проекта, в масштабах всей страны.
- **Мотивация и способность сопоставления результатов работы команды являются важными аспектами укрепления приверженности медицинских работников повышению качества своей работы.** Повышению удовлетворенности медицинских работников и улучшению качества медицинской помощи способствовали несколько факторов. Этими факторами были распространение опыта экспериментальных медицинских учреждений, представление результатов работы команды на региональном и национальном уровнях, вовлечение общин в оценку эффективности каждой команды и совместная работа с лидерами общин для достижения общих целей. Необходимо отметить мотивацию среднего медицинского персонала, осознающего свой вклад в общее дело и важность своей роли в улучшении работы учреждений ПМСП.
- **Активное вовлечение пациентов в планы лечения вместе с медицинскими работниками может способствовать изменению поведения пациентов и снижению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.** Пациенты, участвующие в принятии решения о том, когда и как они смогут понизить ССР, с большей вероятностью успешно изменят свое поведение. Медицинским работникам важно контролировать процесс достижения пациентом своей цели и вовлекать в этот процесс членов семьи пациента.
- **Межсекторальное сотрудничество в целях улучшения показателей в отношении здоровья является ключевым фактором повышения информированности общественности и продвижения общинных программ охраны здоровья.** Результаты реализации инициативы “Здоровая жизнь” показали, что, когда сектор здравоохранения взаимодействует с заинтересованными сторонами - органами местной власти, правительственным сектором, местными общинами, женскими комитетами, молодежными лидерами и религиозным сообществом - вероятность успеха возрастает. Такое взаимодействие поддерживает усилия сектора здравоохранения, особенно в плане увеличения числа мужчин, посещающих программы скрининга на НИЗ.

## Выражение признательности

Проект финансировался Министерством здравоохранения Узбекистана, Всемирным банком (Проект “Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)”), Европейским региональным бюро ВОЗ, а также за счет гранта, предоставленного Правительством Российской Федерации через Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

## Свяжитесь с нами

Этот краткий аналитический обзор является частью нашей рабочей программы по усилению реагирования системы здравоохранения на ситуацию с неинфекционными заболеваниями. Другие примеры передовой практики можно найти на нашем сайте

<http://www.euro.who.int/en/health-systems-response-to-NCDs>