

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Модернизация модели оказания помощи на уровне семейной медицины: пример Словении

Antonija Poplas Susič¹, Igor Švab², Zalika Klemenc-Ketiš^{1,2,3}

¹ Районный центр медицинской помощи Любляны, Любляна, Словения

² Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, Университет Любляны, Любляна, Словения

³ Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, Мариборский университет, Марибор, Словения

Автор, отвечающий за переписку: Zalika Klemenc Ketiš (адрес электронной почты: zalika.klemenc@um.si)

АННОТАЦИЯ

Введение. С учетом стремительного развития медицины, демографических изменений, расширения спектра услуг и необходимости предоставления пациентам междисциплинарного подхода (с привлечением специалистов из других областей, таких как сестринское дело) требуются новые модели оказания помощи на уровне семейной медицины. По этой причине потребовались изменения, которые позволили бы семейным врачам в Словении реализовать персонализированный, комплексный и целостный подход.

Цель этой статьи состоит в том, чтобы описать новую модель оказания помощи на уровне семейной медицины в Словении и рассказать о первых результатах ее внедрения.

Методы. В 2011 г. в Словении на уровне первичной медико-санитарной помощи началась реализация проекта, в рамках которого была внедрена модернизированная модель оказания помощи на уровне семейной медицины, позволившая расширить медицинскую бригаду семейной практики за счет включения в нее зарегистрированной медицинской сестры, работающей четыре часа в день или в течение иного времени, эквивалентного 0,5 ставки. Задачей медицинских сестер было ведение пациентов со стабильными хроническими заболеваниями и осуществление профилактических мероприятий.

Результаты. К концу 2017 г. 775 из 968 клиник семейной медицины в Словении внедрила модернизированную модель оказания помощи. За этими клиниками официально закреплены 1 252 889 пациентов, что составляет 83,5% из 1 500 419 пациентов, в целом закрепленных за клиниками

семейной медицины в Словении. В период с 2011 по 2017 гг. скрининг на отдельные хронические заболевания и факторы риска прошли 428 191 пациент. В ходе профилактического скрининга у 108 546 пациентов было впервые выявлено как минимум одно хроническое заболевание и у 293 170 пациентов была выявлена подверженность факторам риска. У 349 402 пациентов уже было диагностировано не менее одного хронического заболевания, что обусловило их включение в соответствующие регистры в качестве пациентов с хроническими заболеваниями.

Выводы. Этот проект имеет значительный потенциал с позиций общественного здравоохранения. Он обеспечивает доступ к объективным и регулярно обновляемым данным о распространенности и частоте случаев хронических заболеваний, а также о подверженности населения Словении факторам риска. Эти данные могут лечь в основу мероприятий общественного здравоохранения, а также планирования политики общественного здравоохранения на национальном уровне, что приведет к улучшению состояния здоровья населения. На уровне первичной медико-санитарной помощи этот проект предполагает более высокое качество оказания медицинских услуг и постоянное повышение их качества. Он также позволяет обеспечить соответствие оказанной помощи одним и тем же стандартам, что является шагом вперед на пути к обеспечению равенства в области оказания медико-санитарной помощи. Благодаря этому проекту первичная медико-санитарная помощь в Словении была и может и далее быть усилена и выведена на ведущие позиции в рамках системы здравоохранения.

Ключевые слова: ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ БРИГАДЫ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

ВВЕДЕНИЕ

В 2008 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила доклад (1), содержащий обращение к правительствам с призывом уделять более пристальное внимание вопросам первичной медико-санитарной помощи и направлять политику в области здравоохранения таким образом, чтобы обеспечить максимально возможную эффективность и доступность первичной медико-санитарной помощи (2). Некоторые из стран успешно привели этот призыв в действие, преодолевая проблему фрагментированности медико-санитарной помощи и отсутствия ее ориентации на пациента (3). В Словении организация деятельности и оказание услуг в рамках системы медико-санитарной помощи опираются на взгляды Андрии Штампара (4), идейного вдохновителя первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности сообществ. Тем не менее первичная медико-санитарная помощь продолжает утрачивать свою важную роль в рамках системы медико-санитарной помощи, невзирая на то, что семейная медицина, в частности, получила значительное развитие в последние годы (5–8).

Словения – это центрально-европейская страна с населением примерно 2 миллиона человек. Национальную систему здравоохранения можно описать как сочетание моделей Бевериджа и Бисмарка. Каждый житель Словении застрахован в соответствии со статусом трудоустройства или, если является безработным, на уровне местного сообщества. Обязательное медицинское страхование покрывает более 80% расходов на получение медицинской помощи. Приобретение полиса добровольного медицинского страхования позволяет покрыть основные расходы, связанные с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи сверх базового пакета. Обязанностью государства является формирование сети учреждений медико-санитарной помощи, в состав которой входят государственные центры первичной медико-санитарной помощи, семейные врачи и стоматологи как независимые поставщики услуг, аптеки, службы специализированной помощи и государственные больницы.

Традиционно бригада семейного врача в Словении включает семейного врача и медсестру, имеющую степень бакалавра, или младшую медсестру. Такая бригада либо работает в медицинском центре бок о бок с другими бригадами семейных врачей или иными врачами-специалистами, либо выступает в качестве независимого поставщика услуг (7). Семейные врачи в Словении могут выбирать, работать им в качестве бюджетных работников с Национальной

страховой компанией или в качестве независимых поставщиков услуг, и большинство из них выбирает работу в бюджетных учреждениях. Финансирование семейных врачей – как бюджетных работников, так и независимых поставщиков услуг – происходит посредством Национальной страховой компании.

В практике семейной медицины в Словении реализуются компетенции общеевропейской семейной медицины (9) и работа с пациентами осуществляется с использованием персонализированного и комплексного подхода к оказанию услуг медицинской помощи. Тем не менее необходимы модернизированные модели оказания помощи ввиду стремительного развития медицины, в частности внедрения новых технологий и появления новых видов исследований; в силу демографических изменений, расширения спектра услуг первичной медико-санитарной помощи при сокращении сроков госпитализации, оказании более трудоемкой паллиативной помощи, а также помощи пациентам с мультиморбидностью; с учетом растущих ожиданий пациентов и увеличения числа пациентов, приходящихся на одного врача; а также ввиду необходимости применять междисциплинарный подход (с более широким привлечением специалистов из других областей, таких как сестринское дело) в работе с пациентами.

Эта статья призвана описать модернизированную модель оказания помощи на уровне семейной медицины, внедренную в Словении при поддержке Министерства здравоохранения, а также первые результаты ее внедрения. Модернизируя бригады врачей семейной практики, мы стремились добиться стандартизированного подхода к обеспечению качества и совершенствованию дальнейшей работы, повысить качество оказываемой помощи, создать возможности для реализации междисциплинарного, стандартизированного и персонализированного подхода в работе с пациентами, а также содействовать разделению рабочей нагрузки между всеми членами бригады в соответствии с их компетенциями.

МЕТОДЫ

ИЗМЕНЕНИЯ В БРИГАДАХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

В 2011 г. в Словении на уровне первичной медико-санитарной помощи началась реализация проекта, в рамках которого была внедрена модернизированная модель оказания помощи на уровне семейной медицины, позволившая расширить медицинскую бригаду семейной практики

за счет включения в нее зарегистрированной медсестры, работающей четыре часа в день или в течение иного времени, эквивалентного 0,5 ставки (10). Зарегистрированные медицинские сестры – это медсестры, имеющие степень бакалавра и прошедшие дополнительную последи дипломную профессиональную подготовку, которые могут выполнять более широкий круг профессиональных обязанностей в рамках конкретных медицинских учреждений, включая скрининг, проверку показателей, просвещение и консультирование в отношении состояния здоровья (11). Перед зарегистрированными медицинскими сестрами была поставлена задача ведения пациентов со стабильными хроническими заболеваниями и осуществления профилактических мероприятий, а задачей семейных врачей было ведение пациентов с впервые выявленными хроническими заболеваниями или заболеваниями в стадии ухудшения и пациентов с заболеваниями в острой форме.

МАСШТАБНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Среди лиц в возрасте от 30 лет и старше (за исключением лиц с остеопорозом в возрасте старше 60 лет) внедрено проведение профилактического скрининга на наиболее распространенные хронические неинфекционные заболевания, включая сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких, астму, гипертензию, депрессию, ишемическую болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз, а также на подверженность факторам риска таким как курение, употребление алкоголя, индекс массы тела, привычки питания, социальное положение и наследственность.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Зарегистрированные медсестры взяли на себя ведение пациентов со следующими хроническими заболеваниями: гипертензия, сахарный диабет, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, остеопороз, депрессия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и ишемическая болезнь сердца.

Одной из их первых задач стало создание регистров хронических больных. С целью обеспечить качественное ведение пациентов междисциплинарными группами, включающими различных специалистов, таких как специалисты в области семейной медицины, медицинские сестры, специалисты в области кардиологии, пульмонологии или лечения сахарного диабета, к которым пациентов направляют в соответствии с их хроническим заболеванием, были разработаны протоколы ведения пациентов

с отдельными хроническими заболеваниями. Протоколы служат отражением взаимосвязи и взаимодействия между различными уровнями медико-санитарной помощи, начиная от первичной и заканчивая вторичной и третичной (12). Эти протоколы содержат методические указания для бригад первичной медико-санитарной помощи в части лечения и организационных аспектов практики. Большое внимание уделяется поддержке самоконтроля со стороны пациентов, поскольку это необходимо для того, чтобы медицинская помощь оказывалась не только в кабинете врача, но и в повседневной жизни пациента. Протоколы включают в себя протоколы ведения пациента с целью обеспечить эффективное и результативное перемещение пациента в рамках системы медико-санитарной помощи. Они содержат следующие четко определенные составляющие:

- протокол проведения индивидуальной консультации с пациентом;
- критерии для ведения пациента со стабильным хроническим заболеванием;
- частота запланированных посещений;
- способы коммуникации;
- критерии, позволяющие определить критические ситуации;
- предпринимаемые на уровне первичной медико-санитарной помощи меры по направлению пациента в отделение неотложной помощи;
- показания к направлению пациента на уровень вторичной/третичной медико-санитарной помощи;
- пути ведения нестабильных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- каналы коммуникации между семейным врачом и пациентом;
- показатели качества для пациентов с хроническими заболеваниями;
- инструкции врачей в отношении деятельности зарегистрированных медсестер (12).

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И ЕГО ПОВЫШЕНИЕ

Обеспечение качества предполагает следующие составляющие: регистры пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов с факторами риска, протоколы по ведению различных групп пациентов, показатели качества и непрерывное обучение.

РЕГИСТРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Каждая клиника семейной медицины формирует регистры пациентов со следующими хроническими заболеваниями: сахарный диабет, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертензия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, депрессия, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, курение и избыточное употребление алкоголя. На уровне семейной медицины регистр содержит информацию о гендерной принадлежности пациента, его возрасте, назначенных лекарствах и клинических показателях (артериальное давление и уровень глюкозы в крови). Цифровые данные семейной медицины хранятся в электронных историях болезни, а затем учитываются национальной базой данных. На общенациональном уровне в отчетность включается лишь небольшое число пациентов с определенными хроническими заболеваниями.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА

Качество медико-санитарной помощи оценивается по 28 показателям, которые охватывают качество клинической работы, качество профилактических мероприятий и качество организации работы врачей и медсестер. Они призваны дать всестороннее представление о качестве, поскольку относятся ко всем трем категориям показателей: структуре, процессу и результатам. Кроме того, ежегодно оценивается удовлетворенность пациентов и персонала. Параметры для показателей качества автоматически собираются из электронных историй болезни клиники и электронной базы данных на национальном уровне. Каждая бригада семейной практики имеет доступ к данным о собственных пациентах и может сопоставить свою работу с работой других аналогичных бригад.

ОБУЧЕНИЕ

Важной составляющей обеспечения качества является надлежащее и непрерывное обучение. Прежде чем клиника семейной медицины сможет подключиться к проекту, весь коллектив обязательно изучает образовательный модуль, в котором отражены проект, работа, компетенции и информационные технологии. Зарегистрированные медицинские сестры должны затем пройти несколько образовательных модулей, чтобы приобрести навыки, необходимые для работы в составе бригады семейной практики.

Непрерывное профессиональное развитие бригад семейной практики обеспечивается путем проведения ежегодной профессиональной конференции, организуемой

Словенским обществом семейной медицины и кафедрой семейной медицины медицинского факультета Университета Любляны.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ЧИСЛО ПРАКТИК И ПАЦИЕНТОВ

К концу 2017 г. 775 из 968 семейных практик в Словении внедрили модернизированную модель оказания помощи. За этими 775 клиниками официально закреплены 1 252 889 пациентов, что составляет 83,5% из 1 500 419 пациентов, в целом закрепленных за клиниками семейной медицины в Словении.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В период с 2011 по 2017 гг. 428 191 пациент прошел скрининг на отдельные хронические заболевания и факторы риска. В ходе профилактического скрининга у 108 546 пациентов было впервые выявлено как минимум одно хроническое заболевание и у 293 170 пациентов была выявлена подверженность факторам риска (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА, ВЫЯВЛЕННЫХ В ХОДЕ СКРИНИНГА В 2011–2017 ГГ.

Состояние	Число пациентов
Факторы риска	293 170
Хронические заболевания ^a	108 546
Астма	3240
Хроническая обструктивная болезнь легких	5786
Сахарный диабет	21 460
Гипертензия	44 808
Депрессия	12 234
Сердечно-сосудистые заболевания	12 309
Ишемическая болезнь сердца	2449
Остеопороз	8264

^a Общее число хронических заболеваний не равно сумме отдельных заболеваний, поскольку у одного и того же пациента может наблюдаться более одного хронического заболевания.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К концу 2017 г. 349 402 пациента было включено в регистры в качестве имеющих не менее одного из выбранных хронических заболеваний. У большинства пациентов наблюдалась гипертензия (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ОТДЕЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ КЛИНИКАМИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ, ВНЕДРИВШИМИ МОДЕРНИЗИРОВАННУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Хроническое заболевание	Число пациентов
Сахарный диабет	72 449
Астма	31 426
Хроническая обструктивная болезнь легких	15 126
Гипертензия	252 189
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	42 471
Депрессия	51 504
Ишемическая болезнь сердца	31 481
Остеопороз	96 684

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА

Все эти годы удовлетворенность пациентов работой семейных врачей была очень высокой. Удовлетворенность работой зарегистрированных медсестер была ниже в первый год, но в последующие годы стабилизировалась на очень высоком уровне. Более всего пациенты были удовлетворены профессионализмом, отношением и соблюдением принципов этики со стороны врачей, а менее всего – возможностью связаться с клиникой по телефону (телефонные линии были почти все время заняты) и временем ожидания. Применительно к зарегистрированным медсестрам пациенты были более всего удовлетворены комплексным подходом в случаях привлечения различных специалистов, а также коммуникацией и менее всего – отсутствием персонализированного подхода (т. е. ориентацией в первую очередь на болезнь, а не на человека). Удовлетворенность персонала клиник с годами возрастала. Более всего сотрудники были удовлетворены работой в команде и менее всего – возможностью их замены в их отсутствие.

Шкала удовлетворенности пациентов за 2016 г. отразила высокую удовлетворенность созданием атмосферы конфиденциальности, равенства и уважения со стороны персонала клиник. Гибкость системы записи к врачу получила наиболее низкую оценку (табл. 3) (13).

ТАБЛИЦА 3. УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ (ПО КАЖДОМУ ИЗ ПУНКТОВ МОЖНО ВЫСТАВИТЬ ОЦЕНКУ ПО 5-БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ЛИКЕРТА – ОТ 1 ДО 5)

Показатель	Среднее (стандартное отклонение)
Система записи в этой клинике является гибкой.	4,7 (0,6)
В ходе консультации члены бригады предоставили мне достаточно информации о самоконтроле.	4,8 (0,5)
В ходе консультации члены бригады предоставили мне доступную информацию о состоянии моего здоровья и планируемом лечении.	4,8 (0,5)
В ходе консультации у меня была возможность озвучить членам бригады мои ожидания в отношении плана лечения.	4,8 (0,5)
В этой клинике всеми пациентами в равной степени занимаются все члены бригады.	4,9 (0,5)
Каждый из членов бригады в этой клинике хорошо знает свою роль.	4,8 (0,5)
Члены бригады в этой клинике уважительно относятся друг к другу.	4,8 (0,4)
В этой клинике соблюдается конфиденциальность моих данных.	4,9 (0,4)
В этой клинике все члены бригады уважительно обращаются со всеми пациентами.	4,9 (0,4)

Показатели качества применительно к структуре достигли стандартов качества, а применительно к процессу и результатам – нет. Кроме того, наблюдались существенные различия в показателях качества между отдельными клиниками, медицинскими центрами и регионами Словении.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проект по внедрению модернизированной модели оказания помощи пациентам на уровне семейной медицины в Словении был успешно реализован. Ожидается, что к концу 2018 г. эта модель оказания помощи будет внедрена всеми клиниками семейной медицины в Словении. Первые попытки анализа показали, что определенные сегменты качества, включая показатели качества структуры и удовлетворенности пациентов и персонала, достигли очень высоких значений, однако были и показатели качества, не достигшие удовлетворительного уровня.

В настоящее время четыре пятых всех клиник семейной медицины в Словении внедрили новую модель оказания помощи, что свидетельствует о высоком уровне признания этой модели бригадами семейной практики. С включением зарегистрированной медсестры в состав бригады семейной практики избыточная рабочая нагрузка (14, 15) может быть успешно распределена между врачами и зарегистрированными медсестрами, высвободив таким образом время для консультаций и способствуя более персонализированному подходу. Кроме того, обеспечивается возможность междисциплинарного подхода в работе с пациентами. Было показано, что зарегистрированные медсестры могут добиваться тех же показателей здоровья, что и сами семейные врачи (16, 17). Зачастую они обладают более развитыми навыками межличностного общения (18) и способны обеспечить высокую удовлетворенность пациентов (19, 20). Таким образом, то, что зарегистрированные медсестры берут на себя задачу проверки жизненных показателей у хронических пациентов и осуществление профилактических мероприятий, не только обосновано, но и доказывает успешность такого подхода в рамках других исследований (16, 17). Протоколы ведения пациентов с хроническими заболеваниями разработаны таким образом, чтобы обеспечить персонализированный подход в работе с пациентами. Большое внимание уделяется важности подключения пациента к принятию решений в отношении здоровья. Ведение отдельного пациента ориентировано на его потребности и приоритеты. Значительное время уделяется эффективной коммуникации, цель которой состоит в том, чтобы наделить пациента правами и возможностями участия в процессе оказания медико-санитарной помощи. Просвещение в отношении здоровья носит индивидуализированный характер с учетом возможностей, приоритетов и мотивации пациента (21).

Регистры пациентов с факторами риска и хроническими заболеваниями представляют собой шаг вперед в работе на уровне первичной медико-санитарной помощи. Они дают возможность получить более полное представление о прикрепленном населении и его потребностях в медико-санитарной помощи и обеспечивают более структурированный, персонализированный и популяционный подход в работе.

Показатели качества применительно к структуре достигли высокого уровня, что свидетельствует об успешном создании условий для измерения качества. Кроме того, высокий уровень удовлетворенности пациентов показывает, что новая форма оказания помощи на уровне семейной медицины хорошо воспринята пациентами. С другой

стороны, показатели применительно к процессу и результатам не отвечают стандартам, и это может быть вызвано несколькими причинами, включая отсутствие контроля качества и его повышения, недостаточное соблюдение методических указаний и протоколов, несовершенство показателей качества и неоптимальную информационную поддержку.

Этот проект обладает значительным потенциалом с позиций общественного здравоохранения. Он обеспечивает наличие объективных и регулярно обновляемых данных в отношении распространенности и частоты случаев хронических заболеваний и подверженности факторам риска среди жителей Словении. Эти данные могут лечь в основу действий в области общественного здравоохранения и послужить материалом для планирования политики общественного здравоохранения на общенациональном уровне, что может способствовать улучшению здоровья населения. На уровне первичной медико-санитарной помощи этот проект обеспечивает более высокий уровень качества помощи и постоянное повышение качества. Он также позволяет обеспечить соблюдение одних и тех же стандартов оказания помощи по всей стране, что является шагом на пути к более справедливому оказанию медико-санитарной помощи. Благодаря этому проекту первичная медико-санитарная помощь в Словении может быть усовершенствована и обрести ведущую роль в рамках системы медико-санитарной помощи.

По мере того как происходит внедрение этой модели, мы осознаем целый ряд вызовов, возможных в будущем. Внедрение этой модели всеми без исключения клиниками семейной медицины в Словении будет важным шагом на пути совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Словении. В планах внедрение в практику семейной медицины других специализированных профилей, таких как клинические фармацевты, диетологи, физиотерапевты и др. Еще одним вызовом является необходимость добиться непрерывного профессионального мониторинга качества, что потребует увеличения кадрового состава, финансовых ресурсов и инфраструктуры, а также необходимость обеспечения постоянной обратной связи с отдельными бригадами семейной практики с целью озвучить предложения по повышению качества.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи требует долгосрочных изменений. Такие изменения обеспечиваются этой модернизированной моделью, потенциально позволяющей улучшить показатели здоровья в Словении. Она также позволяет получить

представление о будущих моделях оказания первичной медико-санитарной помощи, которая, возможно, будет носить междисциплинарный характер. Реализация такого подхода требует скоординированного планирования, в котором должны участвовать специалисты всех уровней здравоохранения и соответствующих профессиональных групп, представители Министерства здравоохранения и иные ответственные должностные лица, а также пациенты. Еще до начала реализации проекта зарегистрированным медицинским сестрам необходимо пройти обучение в отношении особенностей нового подхода и их новых обязанностей, таких как профилактическая работа и ведение пациентов с факторами риска и хроническими заболеваниями. Специфику нового подхода необходимо разъяснить всей бригаде семейной медицины в целом. Следует разработать осуществимые стандартизированные руководства по ведению пациентов на всех уровнях медико-санитарной помощи. Компетенции и обязанности бригады семейной практики должны быть четко определены. Такой реализуемый на постоянной основе проект требует непрерывной и гибкой адаптации к реалиям существующей в стране системы медико-санитарной помощи. Кроме того, необходимо постоянное обновление протоколов с целью включения новых знаний, являющихся результатом профессионального развития специалистов.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: отсутствуют.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1).
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>).
3. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002;60:201-18 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965331>).
4. Stampar A. On health politics. 1919. *Am J Public Health.* 2006;96:1382-5 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522119/>).
5. Bulc M, Svab I, Pavlic DR, Kolsek M. Specialist training of Slovene family physicians. *Eur J Gen Pract.* 2006;12:128-32. doi: 10.1080/13814780600780759.
6. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflava A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract.* 2008;25:113-8. doi: 10.1093/fampra/cmn009.
7. Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice.* 2012;13:15. doi: 10.1186/1471-2296-13-15.
8. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e742-e50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract.* 2002;52:526-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314348/pdf/12051237.pdf>).
10. Poplas-Susic T, Svab I, Kersnik J. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdrav Vestn.* 2013;82:635-47 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/954>).
11. Reay T, Golden-Biddle K, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *J Nurs Manag.* 2003;11:396-403 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14641721>).
12. Vodopivec-Jamsek V. The protocol of chronic patient management in a family medicine practice. *Zdrav Vestn.* 2013;82:711-7 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/980>).
13. Klemenc-Ketis Z, Makivic I, Poplas Susic A. The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation scale. *PLoS One.* 2018;13:e0201385. doi: 10.1371/journal.pone.0201385.
14. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:29-34. doi: 10.1080/02813430701760789.
15. Živčec Kalan G, Petek Ster M, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdrav Vestn.* 2012;81:461-9 (<http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/viewFile/582/467>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 9 ноября 2018 г.

16. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65:391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x.
17. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2010;60:40-6. doi: 10.3399/bjgp10X482095.
18. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *Br Med J*. 2002;324:819-23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100791/pdf/819.pdf>).
19. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary health care in Canada - thinking outside the box. *Nurs Leadersh*. 2010;23:239-59 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478696>).
20. Klemenc-Ketis Z, Kravos A, Poplas-Susič T, Svab I, Kersnik J. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *J Clin Nurs*. 2014;23:1323-31. doi: 10.1111/jocn.12377.
21. Makivič I, Kersnik J, Klemenc-Ketis Z. The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review. *Zdr Varst*. 2016;55:86-95. doi: 10.1515/sjph-2016-0004. ■