

Преобразование системы здравоохранения в Узбекистане: Опыт осуществления проекта по улучшению профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) в рамках первичной медико-санитарной помощи

Д-р Jill Farrington, региональный медицинский специалист по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний и диабета

Д-р Елена Цой, технический специалист по вопросам интегрированного управления НИЗ

Европейское региональное бюро ВОЗ




Европейский регион



Улучшение доступа к услугам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в системе первичной медико-санитарной помощи

- *Цель: расширение охвата и внедрение «наиболее эффективных мер» ВОЗ по НИЗ для улучшения мер борьбы с НИЗ и профилактики осложнений с помощью системного подхода*
- *Временные рамки: трехгодичный проект*
- *Бюджет: 900 000 долларов США*
- *Получатели: Кыргызстан и Узбекистан*
- *Сфера охвата: Национальный и областной/районный уровень*



 , 2021-2024

**Improving access
for prevention and
control of NCDs in
Primary Care in
Uzbekistan and
Kyrgyzstan,
WDF21-1803**

Обзор проекта

ЦЕЛЬ 1:

Содействие обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения путем улучшения контроля и профилактики осложнений НИЗ в клинической практике с упором на первичную медико-санитарную помощь

ЦЕЛЬ 2:

Содействие улучшению самостоятельного контроля НИЗ и хронических заболеваний путем предоставления терапевтического обучения пациентам и повышения квалификации медсестер

ЦЕЛЬ 3:

Содействие улучшению стратегического руководства путем внедрения политики, основанной на фактических данных, и системного подхода к клинической практике и повышению качества услуг

Результат: Улучшение клинической практики и качества медицинской помощи

- 1.1.1. Применение научно-обоснованных вмешательств для улучшения клинической практики, включая профессиональную подготовку и поддерживающее курирование работы поставщиков услуг в ПМСП. Использование клинических протоколов для интегрированного ведения основных НИЗ (*местный уровень*)
- 1.1.2. Применение доказательной медицины посредством проведения клинических аудитов и использования систем медицинской информации для улучшения качества услуг (*местный уровень*)
- 1.1.3. Профилактика осложнений НИЗ за счет улучшения маршрутов помощи, последующего наблюдения и координации между поставщиками медицинских услуг (*национальный; местный уровень*)

Результат: Улучшение самостоятельного контроля

- 2.1.1. Подготовка медсестер и других соответствующих работников в области терапевтического обучения пациентов (*местный уровень*)
- 2.1.2. Поддержка ассоциаций пациентов с НИЗ и школ пациентов (*национальный; местный уровень*)
- 2.1.3. Контроль практики медсестер в различных клинических условиях (*национальный; местный уровень*)

Результат: Совершенствование научно обоснованной политики в отношении НИЗ и клинического руководства

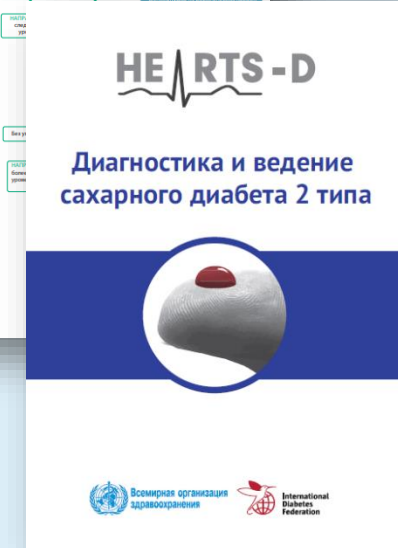
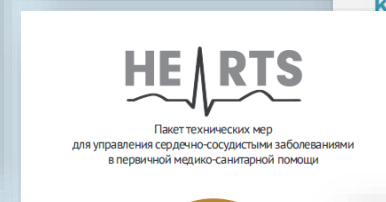
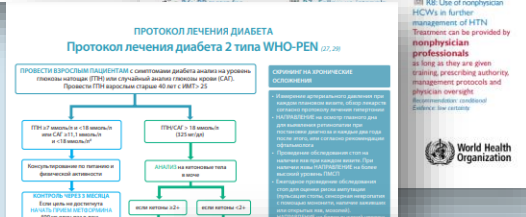
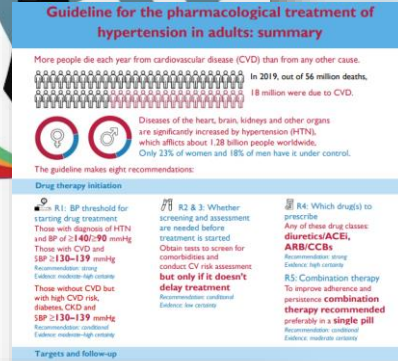
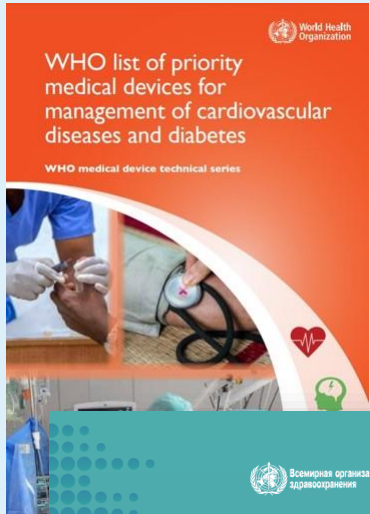
- 3.1.1. Разработка, совместно с ключевыми участниками и заинтересованными сторонами, дорожной карты действий по профилактике осложнений у больных диабетом (*национальный; местный уровень*)
- 3.1.2. Документирование фактических данных и достижений для использования при разработке политики и мер регулирования (*местный уровень*)
- 3.1.3. Разработка руководств по вопросам политики для содействия политическому диалогу по полученным результатам (*национальный; местный уровень*)



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Инструменты поддержки ВОЗ



Ожидаемые результаты: Улучшение показателей здоровья населения

ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ

Цели устойчивого развития: 3.4 (НИЗ); 3.8 (ВОУЗ)

Глобальные целевые показатели по НИЗ: 8 (терапия риска развития ССЗ); 9 (доступ к лекарствам и технологиям)

NB: Глобальные целевые показатели по диабету

ПРОЦЕСС

Все медсестры (в участвующих районах) прошли обучение по уходу и профилактике диабетической стопы

Увеличение числа пациентов с диабетом, поставленных на учет, по крайней мере на 10% по сравнению с исходным уровнем

Все выявленные пациенты, соответствующие критериям, после постановки на учет, будут проходить:

- Регулярные осмотры стоп (не реже одного раза в год))
- Скрининг на диабетическую ретинопатию (по крайней мере, один раз)

Все выявленные пациенты с СД2, после постановки на учет:

- Пройдут подготовку по самопомощи для больных СД2 (хотя бы один раз)

РЕЗУЛЬТАТ

70% пациентов в диапазоне согласованных целевых показателей контроля уровня глюкозы

70% лиц с нормальным АД

Система оценки: Оценка исходного уровня

• Первичные показатели

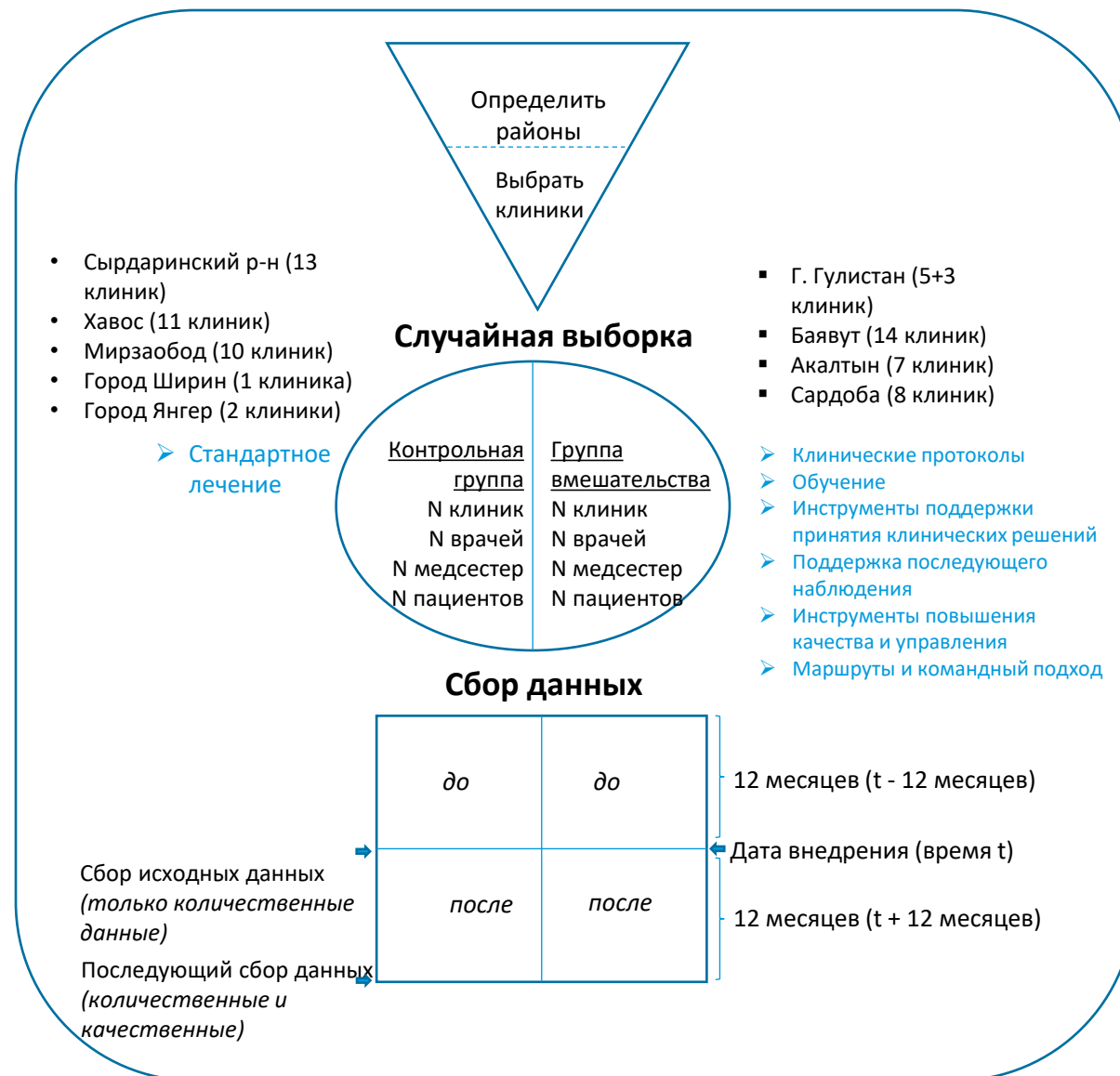
- Контролируется ли уровень глюкозы у пациентов с диабетом?
- Контролируется ли артериальное давление у пациентов с гипертонией?

• Вторичные показатели

- Проводится ли измерение основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) пациентам с диабетом/гипертонией?
- Проводится ли оценка риска развития ССЗ пациентам с диабетом/гипертонией?
- Назначались ли пациенту с диабетом препараты, снижающие уровень глюкозы?
- Назначались ли пациенту с гипертонией препараты, снижающие артериальное давление?
- Проводилось ли пациенту с сахарным диабетом обследование стоп?
- Проводился ли пациенту с сахарным диабетом скрининг на ретинопатию?
- Проводилось ли консультирование пациента с сахарным диабетом по вопросам самопомощи?

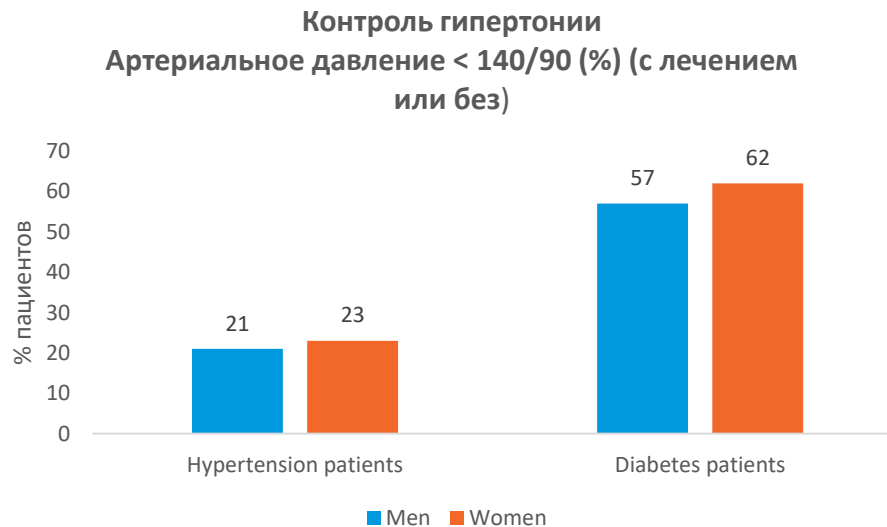
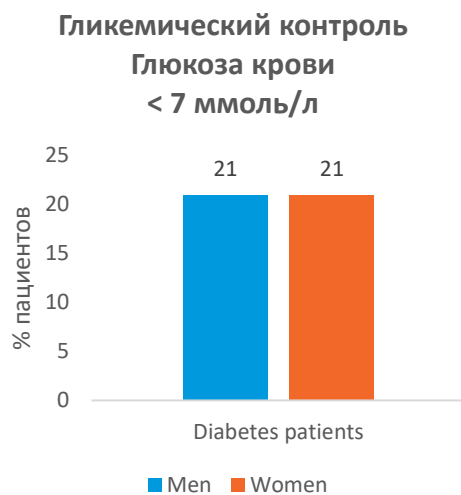
• Сбор исходных данных

Случайная выборка >4200 медицинских карт из групп вмешательства и контроля (пациенты с диабетом; пациенты с гипертонией; обычные пациенты >40 лет)

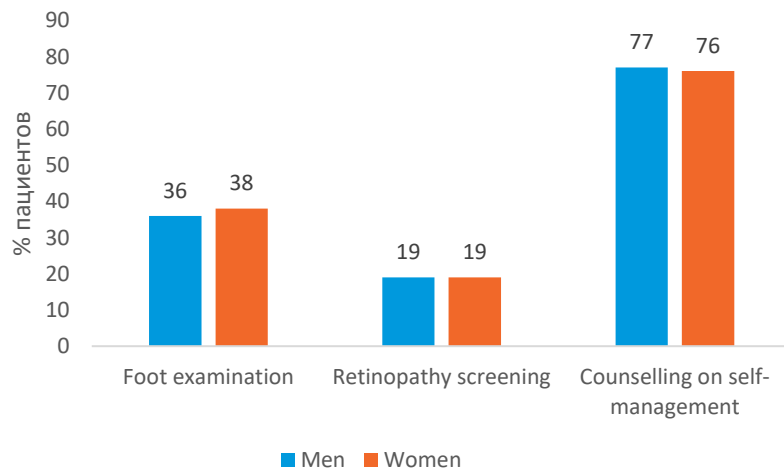


Исходные результаты:

Достижение целевых показателей лечения



Профилактика осложнений



- Многие факторы риска измеряются
- НО
- Лишь 4 из 5 (85%) пациентов с диабетом измерялся уровень сахара в крови в течение последних 12 месяцев
 - Лишь 1 из 5 (21%) пациентов с диабетом контролирует уровень гликемии
 - Артериальное давление контролировалось (< 140/90 мм рт. ст.):
 - лишь у 1 из 5 (22%) пациентов с гипертонией
 - лишь у 3 из 5 (60%) пациентов с диабетом
 - За предыдущие 12 месяцев:
 - лишь примерно каждому третьему (37%) пациенту с диабетом проводилось обследование стоп
 - лишь каждому пятому (19%) пациенту с диабетом проводился скрининг на ретинопатию



Внедрение и преобразования

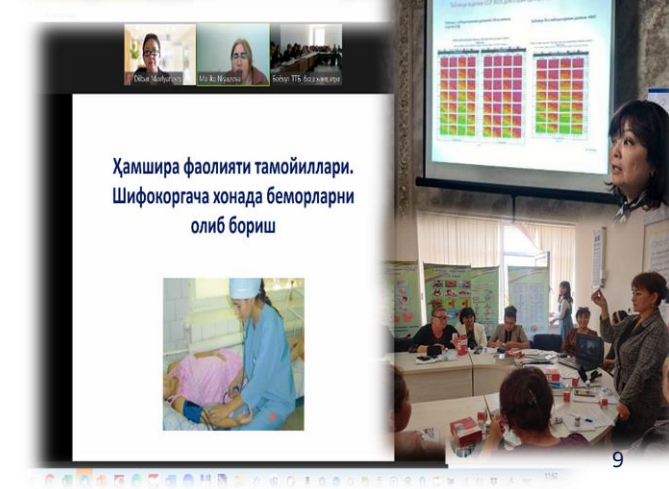


Обучение и наращивание потенциала Укрепление компетенций семейных врачей и медсестер

Особенности программ обучения

- **Смешанная команда тренеров:** эндокринологи, тренеры ВОП и медсестры, представители Ассоциации пациентов с СД Сырдарьинской области
- **Обучение в командах:** семейные врачи в команде с практикующими и патронажными медицинскими сестрами, а также узкими специалистами
- **Интерактивное обучение с практическими навыками**
- **Всего обучено 668** медицинских работников в 4 пилотных сайтах
- Планирование дополнительных тренингов в 2023-2024 гг.

	№ бригад	№ врачей	№ м/с	Всего
Г. Гулистан	49	49	165	214
Боёвутский район	66	42	196	238
Околтинский район	25	19	78	97
Сардобинский район	28	20	99	119
Итого обучено	168	130	538	668

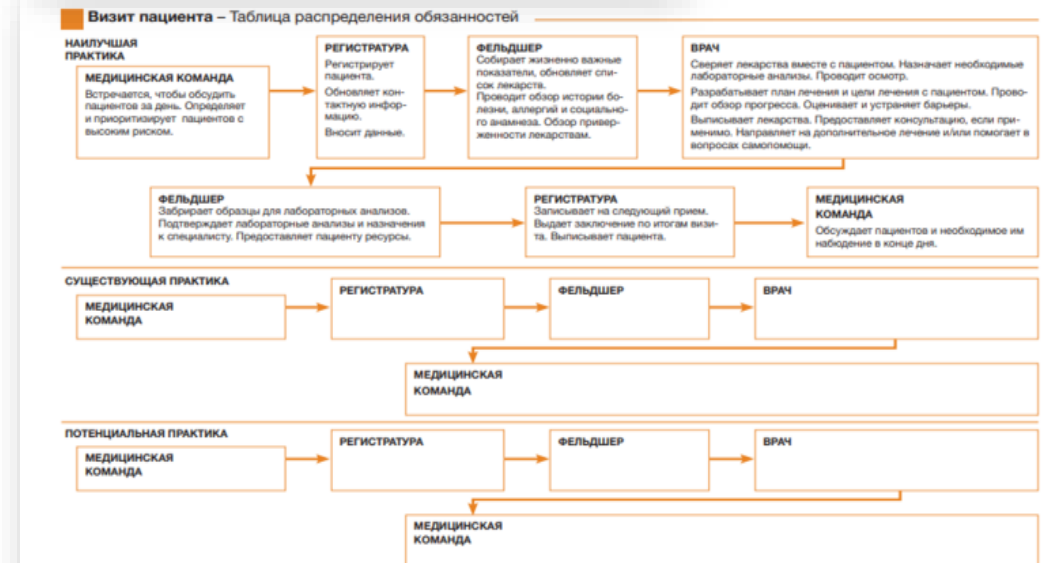
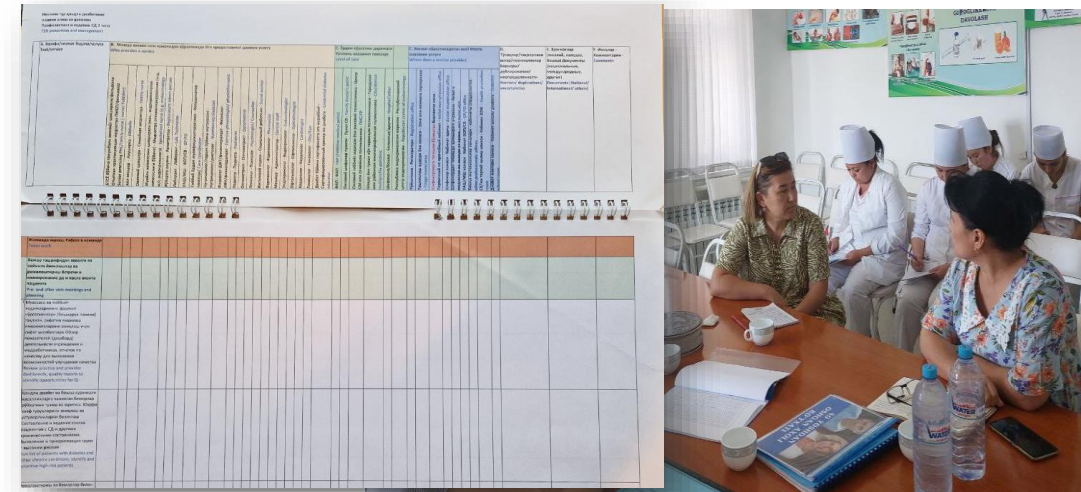


Маршруты предоставления помощи при диабете

Согласование маршрутов с медицинскими потребностями

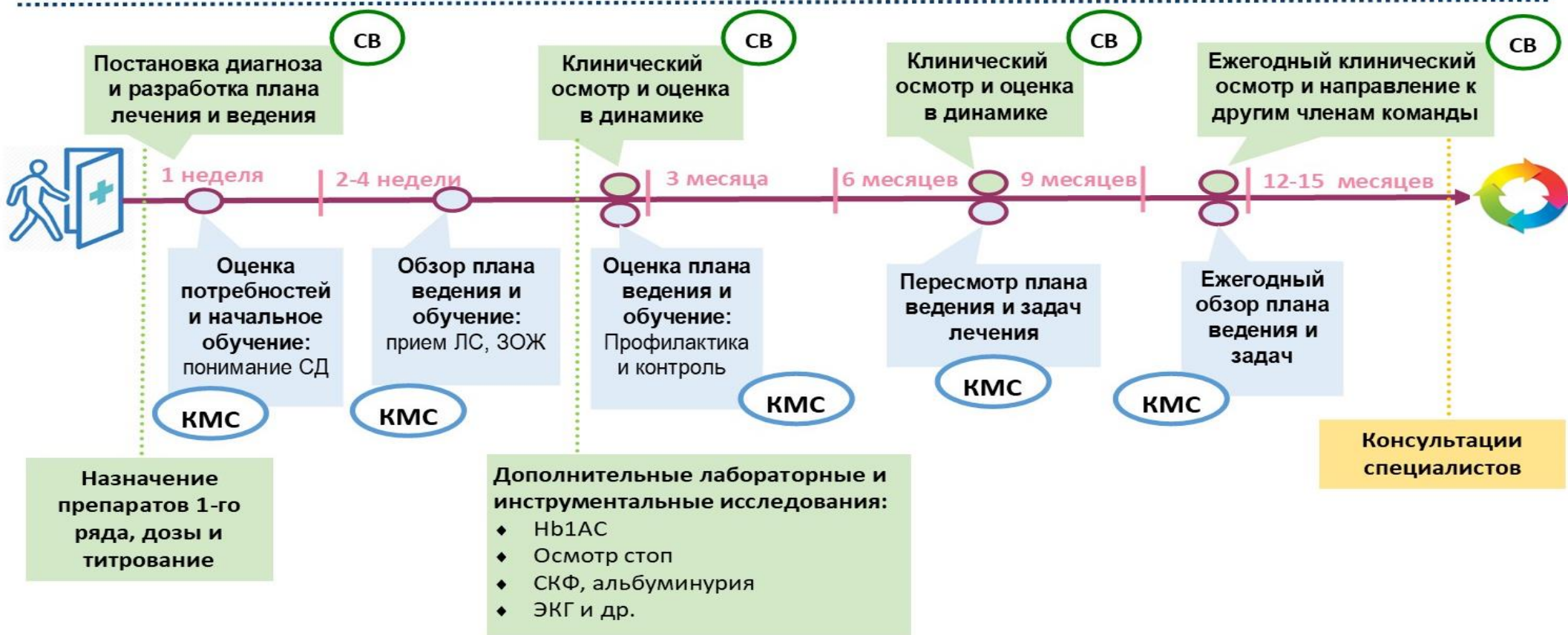
Процесс разработки и внедрения

- Определение мультидисциплинарной команды
- Определение основных услуг согласно протоколам
- Анализ существующей ситуации:
 - Определение барьеров, дублирования или отсутствия услуг
 - Фокус-группы с 13 пациентами с СД и вовлечение пациентов
 - Сравнение с идеальным и потенциально возможным маршрутами
- Разработка и обсуждение нового маршрута, ориентированного на пациента
- План внедрения, включая тестирование на практике, доработка и широкое внедрение
- Разработка национального мастер-плана с распределением функциональных обязанностей





Маршрут пациента с сахарным диабетом 2 типа



При необходимости, СВ направляет на консультацию к специалистам, а также по показаниям и согласно критериям направления на госпитализацию

Внеплановый визит: связь с СВ или КМС в любое время, если:

- Изменения самочувствия и в личной жизни
- Нужен общий совет или поддержка
- Изменения потребностей пациента в сфере здоровья или в назначении ЛС
- Появлении признаков опасности или новых симптомов

Маршрут пациента с СД 2 типа с осложнениями и острыми признаками опасности представлен отдельно

Члены команды по ведению СД:

- Семья и/или ухаживающие люди
- Семейный врач
- Команда м/с ПМСП
- Диетолог и консультанты по питанию
- Физиолог ЛФК/физиотерапевт
- Эндокринолог по направлению СВ, при необходимости
- Подиатр или обученная м/с: обучение уходу за стопой и осмотр
- Оптометрист: осмотр глаз (не менее 1 раза в год)
- Психолог/соцработник: психологическая поддержка
- Соцработник: социальная помощь



СВ

Семейный врач



КМС

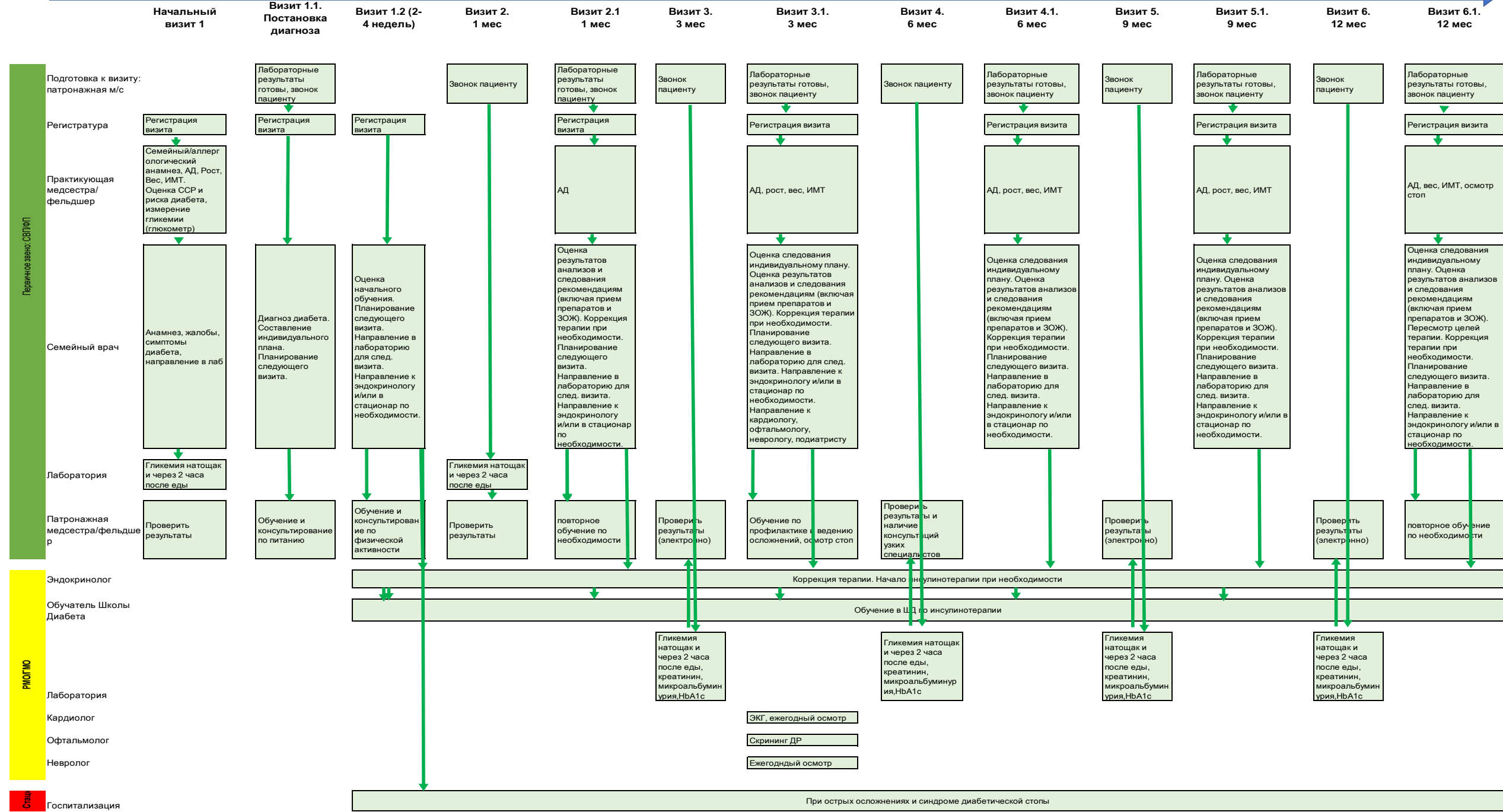
Команда медсестёр



Продолжающийся цикл

Маршрут пациента с СД 2 типа

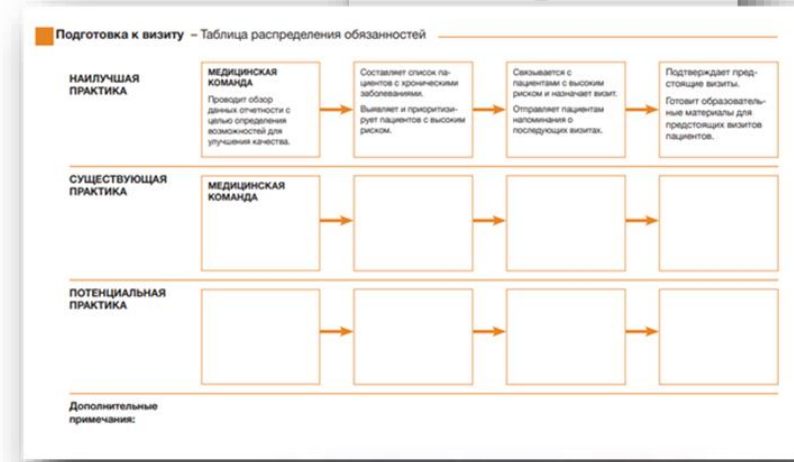
Временные рамки



Командный подход

Новые функции и методы работы в командах ПМСП

- **Усиление координирующей роли и компетенции семейных врачей**
 - Повышение потенциала семейных врачей в ведении СД 2 типа
 - Назначение метформина и сахароснижающих препаратов первого ряда
 - Подбор доз и коррекция лечения
 - Профилактика и контроль за осложнениями
 - координация работы бригады ПМСП: планирование командной работы, оценка индивидуального плана ведения пациентов с СД 2 типа
 - координация между семейными врачами и узкими специалистами – четкие критерии направления и необходимости дополнительной консультации
- **Новые функции медицинских сестер в ведении СД 2 типа, хронических заболеваний**
 - Сестринский осмотр пациента, уход за стопами пациентов с сахарным диабетом, глюкометрия
 - Терапевтическое обучение пациентов, включая разработку / мониторинг индивидуальных планов и поддержку самопомощи
 - Другие функции медсестер, например, функции по скринингу на диабетическую ретинопатию



Скрининг на диабетическую ретинопатию



Пример обеспечения тесного взаимодействия ПМСП и специализированной помощи

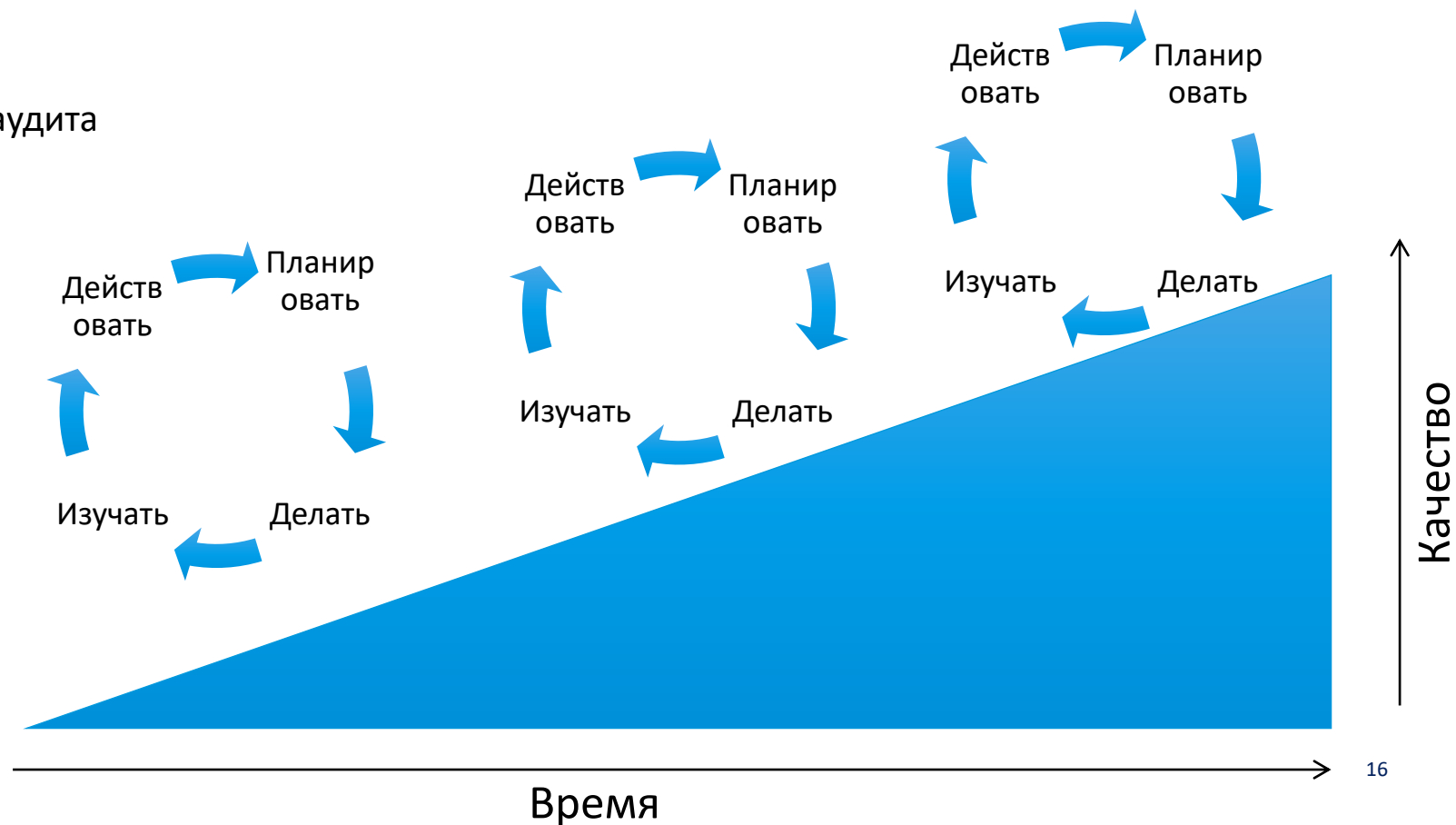
Предлагаемая модель скрининга на ДР для Узбекистана



Улучшение качества - это цикл

Измерение и контроль эффективности

- Предоставление результатов медицинским учреждениям с обсуждением планов по улучшению работы
- Обучение клинических аудиторов
- Периодическое повторение клинического аудита



Выводы

- Укрепление роли первичной медико-санитарной помощи невозможно без преобразования системы специализированной помощи
- Лечение диабета может продемонстрировать результаты проводимых реформ в системе здравоохранения
- Внедрение мер в отношении группы приоритетных состояний здоровья может способствовать наращиванию потенциала всей системы - гипертония/инсульт - еще одна возможность
- Эффективная реализация финансовой реформы невозможна без преобразования клинической практики, особенно в области ведения хронических заболеваний
- Информационные системы, позволяющие измерять и отслеживать показатели качества - ключ к успеху для оценки результативности реформ и принятия обоснованных решений

Спасибо



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион