

Нова модель загальної практики — сімейної медицини в Словенії

Професор Янко Керсник, MD, MSc, PhD, кафедра сімейної медицини, Медичний університет в Люблянї, Словенія

Переклад: доц. Ткаченко В.І., Рибицька М.О.

Первинна медична допомога посідає важливе місце в системі охорони здоров'я кожної країни. Сімейна медицина повинна відігравати ключову роль у забезпеченні високої якості первинної медичної допомоги всього населення. Комплексна допомога є однією з характеристик сімейної медицини і може бути досягнута шляхом міжпрофесійного співробітництва та командної роботи. У статті представлений приклад співпраці сімейних висококваліфікованих медичних сестер із лікарями загальної практики—сімейної медицини в Словенії.

Ключові слова: висококваліфіковані медичні сестри, командна робота, Словенія, первинна медична допомога.

Важлива роль високоякісної первинної медичної допомоги дуже добре визначена багатьма деклараціями, починаючи з Алма-Атинської конференції [1], а згодом — і в Люблянському Статуті, в програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх» тощо [2]. Статус первинної медичної допомоги та сімейної медицини у Центральній та Східній Європі і нових незалежних державах був низьким [3]. Системи охорони здоров'я країн були в основному зосереджені на спеціалізованій та стаціонарній допомозі. Після прийняття Європейського визначення «загальна практика—сімейна медицина» [4] академічна позиція сімейної медицини покращилася. Але існують значні відмінності між країнами щодо організації медичних послуг, опису профілю завдань лікарів загальної практики—сімейної медицини і розробки навчальних програм [5]. Досягнення успіху сімейної медицини можливе лише за умови використання фундаментальних характеристик сучасної первинної допомоги на практиці.

Однією з характеристик сімейної медицини також є комплексний підхід, який включає безперервну медичну допомогу пацієнтам, урахування всі їхні проблеми зі здоров'ям. У міру старіння населення хронічні захворювання стали суттєвою проблемою для всіх систем охорони здоров'я, і для Словенії зокрема [5]. Хоча ведення пацієнтів з неінфекційними хронічними захворюваннями стало одним з найбільш важливих завдань сімейної медицини, зазвичай повний потенціал можливостей вирішення цього питання не використовують. Однією з причин є недостатня організація надання медичних послуг, низький рівень командної роботи, при якому лікарі дотепер беруть на себе переважну більшість обов'язків щодо догляду за пацієнтами. Система охорони здоров'я Словенії значною мірою була організована навколо громадських некомерційних медичних центрів [7]. У Словенії сімейні лікарі відіграють лише часткову роль так званих «вартових», оскільки до певних спеціалістів пацієнти можуть звертатися безпосередньо, без направлення [8]. Традиційно команда з надання первинної допомоги складається з сімейного лікаря та медичної сестри, яка має ступінь бакалавра [8]. Ця система залишалася відносно незмінною протягом тривалого періоду, та останнім часом з'явилися ознаки того, що зміни необхідні. Одним з можливих шляхів вирішення цієї проблеми може бути зміна у складі команди, особливо введення висококваліфікованих сімейних медсестер. З іншого боку, існує зростаюча потреба у збільшенні кількості сімей-

них лікарів у багатьох країнах Європи, поліпшенні якості медичної допомоги і скороченні витрат на охорону здоров'я за рахунок залучення персоналу з меншою заробітною платнею [9], наприклад, висококваліфікованих сімейних медсестер. Ці причини сприяють створенню міждисциплінарного підходу до первинної медичної допомоги [10].

Існує достатньо доказів, що підтверджують роль міждисциплінарних команд та висококваліфікованих сімейних медсестер у зниженні навантаження на сімейних лікарів без впливу на якість медичної допомоги [11]. Висококваліфіковані сімейні медсестри відіграють значну роль як медичні працівники першої лінії у забезпеченні догляду та навчанні пацієнтів щодо розпізнавання, оцінювання перебігу та ефективності лікування найбільш поширених неконтрольованих захворювань [12], підтримуючи сімейних лікарів і доповнюючи їхню медичну допомогу [13]. Вони можуть взяти на себе основний обсяг робочого навантаження сімейних лікарів стосовно зміцнення здоров'я населення, пропаганди здорового способу життя та відігравати провідну роль у рутинному веденні пацієнтів із хронічними захворюваннями [13].

Сімейні лікарі та висококваліфіковані сімейні медсестри

Словенія має давню історію сімейної медицини, що була започаткована на початку 1920 року діяльністю Andjia Štampar у галузі охорони здоров'я та соціальної медичної допомоги, коли були створені перші комплексні центри первинної медичної допомоги, відомі як «здоровий дім», або «zdravstveni dom» [7]. У соціалістичну епоху ця модель була посилена. На жаль, розвиток сімейної медицини був пригальмований у зв'язку з розподіленням пацієнтів на окремі групи: робітники, жінки і діти [7]. За останні 20 років академічного розвитку сімейної медицини відбулося покращання відношення до цієї спеціальності, а в кінці першого десятиріччя ХХ століття Міністерством охорони здоров'я був прийнятий проект так званої моделі закладу сімейної медицини за підтримки всіх зацікавлених сторін у галузі охорони здоров'я. За даною моделлю кожна команда загальної практики—сімейної медицини складається з 1,0 посади сімейного лікаря на повну зайнятість, 1,0 посади медсестри зі ступенем бакалавра на повну зайнятість і 0,5 посади висококваліфікованої сімейної медсестри.

Висококваліфікованих сімейних медсестер визначають як медсестер зі ступенем бакалавра, які пройшли додаткове спеціальне навчання, що дозволяє їм забезпечувати більш широкий обсяг медичних послуг, який включає діагностику, призначення лікарських препаратів та, власне, лікування захворювань у певних умовах [14]. Як правило, вони беруть на себе пропаганду здорового способу життя і відіграють провідну роль у повсякденному рутинному догляді за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Хоча ще не зовсім визначено, чи висококваліфіковані сімейні медсестри є додатковими асистентами сімейних лікарів (або розширенням медичної команди) [13] або їх заміною [15], та вже очевидно, що вони самостійно можуть досягати таких самих резуль-

татів у стані здоров'я населення, як і сімейні лікарі [9, 13], навіть можуть мати ліпші навички міжособистісного спілкування [16] і краще задовольнити потреби пацієнтів [17].

У 2011 році у Словенії був уведений пілотний проект «модель закладу сімейної медицини», що фінансувався Міністерством охорони здоров'я Словенії [18]. Це проект покрокового переходу до нової системи, до якого поступово залучаються заклади сімейної медицини, що відповідають критеріям: обслуговування принаймні 1000 пацієнтів більше 30 років і наявність лікаря, який пройшов спеціалізацію за фахом «загальна практика-сімейна медицина» або має договір з іншим лікарем, який пройшов дану спеціалізацію. Потім даний заклад приймається Міністерством охорони здоров'я за «модель закладу сімейної медицини» з таким розрахунком, щоб усі регіони були однаковою мірою задіяні у впровадження нововведення.

«Модель закладу сімейної медицини» є новим підходом до ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги. У рамках пілотного проекту існуюча робоча команда сімейного лікаря була розширена залученням до роботи висококваліфікованих сімейних медсестер протягом чотирьох годин на день, або в еквіваленті, на 0,5 ставки. Обов'язки висококваліфікованих сімейних медсестер повинні включати деякі профілактичні заходи (скринінг та консультація з приводу факторів ризику серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, депресії, ХОЗЛ, гіпертензії та куріння, боротьба з курінням та зловживанням алкоголем серед населення) і рутинне ведення пацієнтів зі стабільним перебігом хронічних захворювань (ХОЗЛ, бронхіальна астма, гіпертонічна хвороба і цукровий діабет) [18]. Також були створені додаткові навчальні курси (організація роботи закладу сімейної медицини, профілактика захворювань та ведення хворих із бронхіальною астмою, ХОЗЛ, цукровим діабетом і гіпертонічною хворобою) для сімейних лікарів та висококваліфікованих сімейних медсестер. Метою цього проекту було забезпечення високої якості медичної допомоги, а також підвищення рівня задоволеності пацієнтів допомогою, що є загальноприйнятим індикатором якості [18].

Попередні результати

Проект стартував на початку 2011 року включенням перших 60 закладів сімейної медицини. До кінця року вже було залучено 107 закладів, а до кінця 2012 року – 217 закладів, охоплено 506 053 пацієнта, що є майже чвертю усього населення. До 2020 року поступово планується залучити до проекту всі 900 закладів сімейної медицини країни.

Оскільки багато хронічних захворювань не діагностуються на ранніх стадіях, ключовим завданням висококваліфікованих сімейних медсестер у новій організації сімейної медицини є скринінг. Скринінг проводиться кожні п'ять років у групі пацієнтів віком від 30 до 65 років, в яких відсутні дані про наявність у них серцево-судинних захворювань. Деякі скринінгові опитувальники для виявлення хронічних захворювань, включаючи депресію, використовуються під час рутинної скринінгової консультації висококваліфікованими сімейними медсестрами. З метою раннього виявлення порушень проводяться визначення глюкози крові та ліпидограма. Велика кількість нових випадків хронічних захворювань була виявлена і додана до реєстру диспансеризації пацієнтів. Тридцять одна тисяча вісімсот пацієнтів із серцево-судинними факторами ризику були внесені до списку і, що дивно, лише у 11 954 пацієнтів не було виявлено факторів ризику. Ці пацієнти мають бути оглянуті повторно через п'ять років.

Іншою метою проекту є поліпшення ведення пацієнтів із встановленими хронічними захворюваннями. Ще одним важливим кроком у комплексному догляді є складання

реєстру хвороб. На початку проекту в центрі уваги були астма, ХОЗЛ, цукровий діабет і гіпертензія. У центральному управлінні з впровадження проекту було відзначено, що у залучених до проекту практиках на кінець 2012 року було зареєстровано 11 018 хворих на астму, 5863 хворих на ХОЗЛ і 23 409 хворих на цукровий діабет. Пацієнтів з гіпертензією також реєстрували, але ці дані закладами сімейної медицини будуть представлені тільки наприкінці цього року. Висококваліфіковані сімейні медсестри відповідають за оновлення реєстру пацієнтів із хронічними захворюваннями та ведення пацієнтів зі стабільним перебігом хронічних захворювань.

Задоволеність пацієнтів медичною допомогою вважається важливим аспектом даного проекту. Попередні дослідження оцінки пацієнтами роботи сімейних лікарів Словенії виявили прогалини в організації медичної допомоги (час очікування в приймальні, можливість отримання консультацій по телефону) і комунікативними аспектами контакту лікаря з пацієнтами (допомога у вирішенні емоційних проблем і прояв інтересу до особистої ситуації пацієнта) [19]. Було розроблено опитувальник з оцінювання роботи висококваліфікованих сімейних медсестер. Коefіцієнт надійності (Альфа Кронбаха) опитувальника становив 0,941. Він показав високий рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою, що надається висококваліфікованими сімейними медсестрами. Середня загальна кількість балів за опитувальником становила 87,9±12,4 балу. Висока оцінка роботи висококваліфікованих сімейних медсестер відзначалася щодо забезпечення комплексного підходу або комунікативних аспектів допомоги (конфіденційність, навички спілкування) і найнижча – щодо забезпечення пацієнт-центрованого підходу (відносно емоційних проблем, інтересу до особистої ситуації пацієнта). Середній відсоток респондентів з відповідями 4 або 5 за п'ятибальною шкалою Likert по усіх пунктах опитувальника був 92,2% [20].

ВИСНОВКИ

Знадобилося майже 80 років для створення належних умов для забезпечення комплексного догляду за пацієнтами в сімейній медицині. Попередні результати свідчать про вагомості покращання допомоги з питань ранньої діагностики та лікування хронічних неінфекційних захворювань.

Новая модель общей практики – семейной медицины в Словении Янко Керсник

Первичная медицинская помощь занимает важное место в системе здравоохранения каждой страны. Семейная медицина должна играть ключевую роль в обеспечении высокого качества первичной медицинской помощи всему населению. Комплексная помощь является одной из характеристик семейной медицины и может быть достигнута путем межпрофессионального сотрудничества и командной работы. В работе представлен пример сотрудничества семейных высококвалифицированных медицинских сестер с врачами общей практики - семейной медицины в Словении.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, Словения, командная работа, высококвалифицированные медицинские сестры.

A new model of family practice in Slovenia Janko Kersnik

Primary care is high on the agenda of every country. Family practice should play a key role in delivering high quality primary care to the whole population. Comprehensive care is one of the characteristics of family medicine and can be achieved by interprofessional collaboration and team work. A Slovenian example of introducing nurse practitioners in family practice team is presented in the paper.

Key words: family medicine, team work, Slovenia, primary care.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Declaration of the International conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978, endorsed by the Thirty-second World Health Assembly in resolution WHA32.30 (May 1979).
2. Family practice development strategies. First meeting of an expert network. Copenhagen: WHO, 1995:1–12.
3. Jack B, Nagy Z, Varga Z. Health care reform in Central and Eastern Europe. *The European Journal of General Practice* 1997; 3:152–8
4. The European Definition of General Practice/Family Medicine, WONCA Europe 2005, <http://www.euract.org/html/page03f.shtml>
5. Grielen SJ, Boerma WG, Groenewegen P. Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 249–254.
6. Softic N, Smogavec M, Klemenc-Ketis Z, Kersnik J. Prevalence of chronic diseases among adult Slovene population. *Zdravstveno Varstvo* 2011; 50: 185–90.
7. Klančar D, Švab I, Kersnik J. The vision of health centers in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 2010; 49: 37–43. http://www.ivz.si/javne_datoteke/vestniki/datoteke/235-Klančar.pdf
8. 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.
9. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx E.W, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65: 391–401.
10. McIlrath C, Keeney S, McKenna H, McLaughlin D. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66: 269–81.
11. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting the growing burden of chronic disease: can the U.S. health care workforce do the job? *Health Aff (Millwood)* 2009; 28: 64–74.
12. Rance KS. Helping patients attain and maintain asthma control: reviewing the role of the nurse practitioner. *J Multidiscip Healthc* 4: 299–309.
13. Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 927.
14. Reay T, Golden-Biddle Km, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 396–403.
15. Halcomb EJ, Caldwell B, Samlmonson Y, Davidson PM. Development and Psychometric Validation of the General Practice Nurse Satisfaction Scale. *Journal of Nursing Scholarship* 2011; 43: 318–27.
16. Horrocks S, Anderson E. & Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *British Medical Journal* 2002; 324: 819–23.
17. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, Harbman P, Donald F, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada – thinking outside the box. *Nursing Leadership* 2010; 23: 239–59.
18. Poplas-Susic T, Marusic D. Referenčne ambulante. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav* 2011; 27: 9–17.
19. Klemenc-Ketis Z, Petek D, Kersnik J. Associations between family doctors' practices characteristics and patient evaluation of care. *Health Policy* 2012; 106: 269–75.
20. Klemenc-Ketis Z, Kravos A, Poplas-Susic T, Svab I, Kersnik J. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *J Clin Nurs* 2013; 22: doi: 10.1111/jocn.12377.