



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

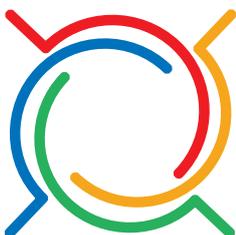


Повышение качества внедрения пакета основных мероприятий в отношении в отношении неинфекционных заболеваний в Кыргызстане:

оценка смешанными методами



Авторы:
Dylan Collins, Jill Farrington,
Анна Концевая и Алийна
Алтымышева



**Европейский офис ВОЗ по
профилактике неинфекционных
заболеваний и борьбе с ними**

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
NCDoffice@who.int**

**Вебсайт:
www.euro.who.int/ru/NCDoffice**



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Повышение качества внедрения пакета основных мероприятий в отношении в отношении неинфекционных заболеваний в Кыргызстане: оценка смешанными методами

Авторы: Dylan Collins, Jill Farrington, Анна Концевая и Алияна Алтымышева

РЕФЕРАТ

В разработанном ВОЗ пакете основных мероприятий неинфекционных заболеваний (PEN) определен минимальный набор основных вмешательств в отношении НИЗ, который должен быть внедрен в практику работы учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Кыргызстан осуществляет пилотное внедрение протоколов PEN с 2014 г. В конце 2016 г., по истечении 12 месяцев после начала работы ВОЗ выполнила количественную оценку их внедрения в центрах семейной медицины. В ходе оценки были определены затраты, понесенные в связи с пилотированием, однако продемонстрировать эффективность внедрения оказалось невозможным. В продолжение начатого проекта ВОЗ осуществила описываемую в настоящем документе качественную оценку. Анализ 30 интервью, проведенных с работниками ПМСП в пяти пилотных PEN-клиниках, позволил выявить 11 тем, которые были изучены в ходе оценки, например, медицинские работники недостаточно уверенно и умело использовали шкалу прогнозирования 10 летнего риска летального исхода, не использовали стратификацию риска для определения объема лечения пациентов. Данные результаты можно объяснить недостаточной подготовкой персонала, нехваткой времени, кадров, отсутствием поддерживающих технологий и недостатком обучающих материалов для пациентов. Для улучшения качества внедрения методики оценки сердечно-сосудистого риска и ведения пациентов с риском в Кыргызстане изучаемые темы исследования были интегрированы с количественными данными и возможными областями дальнейшего изучения. Например, корректировка модели обучения; адаптация/переработка схемы оценки сердечно-сосудистого риска с использованием поддерживающих технологий; систематизированный подход к выявлению, набору и контрольному наблюдению целевого контингента, поддержка вмешательств ПМСП мерами на уровне местных общин и всего населения и информационными кампаниями с целью подкрепления главного тезиса о профилактике.

Ключевые слова

CARDIOVASCULAR DISEASES – prevention and control

PRIMARY HEALTH CARE – methods

CHRONIC DISEASE – prevention and control

DELIVERY OF HEALTH CARE – methods

HEALTH SERVICES

PROGRAM EVALUATION

KYRGYZSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	iv
Акронимы и аббревиатуры	iv
Резюме	v
Введение	1
Цель и задачи оценки	2
Цель	2
Задачи	2
Методика	2
Критерии включения участников	2
Сбор данных	3
Анализ данных	3
Этическое одобрение	3
Результаты	3
Тематический анализ	4
Интегрирование с результатами количественной оценки	9
Обсуждение результатов	9
Резюме результатов.....	9
Результаты оценки в контексте имеющихся исследований	10
Выводы	11
Библиография	12

Выражение благодарности

Авторы выражают искреннюю благодарность Министерству здравоохранения Кыргызстана и многочисленным практическим медицинским работникам, работникам управленческого и административного звена, которые принимали их в своих учреждениях и не пожалели своего времени для участия в данном исследовании для прохождения интервью.

Авторами отчета являются г-н Dylan Collins, Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам самопомощи, Центр доказательной медицины, Оксфордский университет, Соединенное Королевство; д-р Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания; профессор Анна Концевая, ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины”, Министерство здравоохранения Российской Федерации и консультант ВОЗ; д-р Алияна Алтымышева, врач-кардиолог и консультант ВОЗ, Страновой офис ВОЗ, Кыргызстан.

Авторы также благодарны г-же Rosemary Bohg за литературное и общее редактирование и верстку и г-ну Александру Решетову за перевод документа.

Оценка выполнялась под общим руководством д-ра Jarno Habicht, представителя ВОЗ в Страновом офисе ВОЗ в Кыргызстане и д-ра Gauden Galea, директора отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ.

Подготовка отчета координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве на период 2016/2017 гг. между Министерством здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ. Финансирование подготовки отчета было обеспечено за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

iv

Акронимы и аббревиатуры

ВОП Врач общей практики

НИЗ Неинфекционные заболевания

ПМСП Первичная медико-санитарная помощь

ССЗ Сердечно-сосудистые заболевания

ЦСМ Центр семейной медицины

PEN Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний

Резюме

На долю сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане приходится половина общего числа случаев смерти, и они составляют один из главных разделов национальной программы реформирования здравоохранения на период 2012–2016 гг. Для того, чтобы достичь глобальных и национальных целевых показателей снижения преждевременной смертности от четырех основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), необходимо осуществить практические действия в области их профилактики и ведения. В разработанном ВОЗ пакете основных мероприятий неинфекционных заболеваний (PEN) определен минимальный набор основных мер вмешательства в отношении НИЗ, который должен быть внедрен в практику работы учреждений первичной медико-санитарной помощи в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Кыргызстан осуществляет пилотное внедрение протоколов PEN с 2014 г. По прошествии 12 месяцев работы ВОЗ провела количественную оценку их внедрения в центрах семейной медицины. В ходе оценки удалось установить расходы, понесенные в связи с внедрением, однако продемонстрировать эффективность пилотирования оказалось невозможным. Вероятно, это явилось отражением недостатков самой оценки и/или внедрения протоколов. Поэтому ВОЗ предложила дополнить первоначальную оценку другими методами с тем, чтобы добиться лучшего понимания модели в рамках укрепления первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в условиях ограниченности ресурсов, и подумать о соответствующих корректировках модели, которые могут потребоваться.

Цель оценки состояла в том, чтобы выявить возможности повышения качества внедрения PEN в Кыргызстане. Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи: провести полуструктурированные интервью один на один с медицинскими работниками пилотных PEN-клиник, непосредственно работающими с пациентами; проанализировать интервью с точки зрения разных тем, чтобы выявить, что мешает внедрению, и интегрировать результаты качественной оценки с результатами количественными и тем самым завершить оценку внедрения PEN в Кыргызстане смешанными методами. Для получения поперечного среза медицинских учреждений с разным уровнем качества внедрения была сформирована выборка медицинских центров и медицинских работников, где были одинаково представлены врачи, медицинские сестры и работники управленческого звена.

Анализ 30 интервью, проведенных с работниками ПМСП в PEN-клиниках, позволил выделить 11 тем, изученных в ходе оценки. У поставщиков ПМСП было недостаточное понимание концепции стратификации риска и они не могли применять надлежащим образом диаграммы прогнозирования риска. Им мешала нехватка времени, и в их распоряжении не было техники, которая могла бы облегчить им эту задачу. Кроме того, у них не было полного понимания показаний к медикаментозному лечению, и они отдавали предпочтение консультированию по факторам риска, а не лечению. Им не хватало учебных материалов, чтобы можно было использовать в работе с пациентами, и они отмечали отсутствие информационных кампаний, направленных на все население, которые могли бы подкреплять излагаемые ими идеи и способствовать профилактике заболеваний. Они были озабочены тем, что целевой контингент не участвовал в достаточной степени в оценке рисков, и выразили мнение о том, что более широкому участию мешали бытующие среди населения представления о профилактике и о трудностях, связанных с доступом к ней (нужно много раз приходить на прием, трудно добираться). Эти изученные темы были интегрированы с результатами количественной оценки.

Возможные области, требующие дальнейшего изучения с целью повышения качества внедрения методики оценки сердечно-сосудистого риска и ведения пациентов в Кыргызстане, включают: корректировку модели обучения таким образом, чтобы она предусматривала больше возможностей для практической отработки, повышения квалификации, а также возможности укрепления имеющихся навыков и качества помощи и оказания методической помощи; адаптацию/переработку модели оценки сердечно-сосудистого риска и поддержку этой модели с использованием соответствующих технических средств с тем, чтобы в случае необходимости можно было провести оценку за один прием пациента и недалеко от места жительства; систематизированный подход к выявлению, набору и контрольному наблюдению целевого контингента и поддержку вмешательств ПМСП вмешательствами на уровне местных общин и всего населения и информационными кампаниями с целью подкрепления главного тезиса о профилактике.

Предварительные результаты оценки обсуждались с Министерством здравоохранения, участвующими в оценке медицинскими учреждениями и медицинскими работниками 20 сентября 2017 г.



Введение

Кыргызстан – расположенная в Центральной Азии страна со средне-низким уровнем доходов, с населением чуть более шести миллионов человек. На долю сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится половина общего числа случаев смерти, и эти заболевания составляют один из главных разделов национальной программы реформирования здравоохранения («Ден-Соолук») на период 2012–2016 гг. с последующим продлением (1). Более чем у одной трети взрослых имеются три и более факторов сердечно-сосудистого риска, а вероятность умереть от какого-либо неинфекционного заболевания в возрасте от 30 до 70 лет составляет 28%. Тремя факторами риска, на долю которых приходится наибольшее бремя (НИЗ) болезни, являются неправильное питание, высокое кровяное давление и употребление табака. Около половины (48,2%) мужчин курят, у более двух пятых (42,9%) взрослых в возрасте 25-64 года повышено кровяное давление, а у четверти взрослых (23,6%) повышен уровень общего холестерина. В 2013 г. почти каждый пятый взрослый (17,4%) был отнесен к группе высокого сердечно-сосудистого риска, т.е. вероятность наступления сердечно-сосудистого события или смерти в ближайшие 10 лет составляла 30% и выше (2).

Для того, чтобы достичь глобальных и национальных целевых показателей снижения преждевременной смертности от четырех основных НИЗ, необходимо осуществить практические действия в области профилактики и ведения этих заболеваний. В разработанном ВОЗ пакете основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) определен минимальный набор основных мер вмешательства в отношении НИЗ, который должен быть внедрен в практику работы учреждений первичной медико-санитарной помощи в условиях низкой обеспеченности ресурсами (3). PEN включает четыре протокола клинической практики для раннего выявления четырех основных НИЗ и их диагностирования с использованием недорогих технических средств, фармакологических и нефармакологических подходов к модификации факторов риска развития НИЗ и доступных по стоимости лекарственных средств. Протокол PEN 1 касается профилактики инфарктов, инсультов и заболеваний почек посредством интегрированного ведения сахарного диабета и артериальной гипертензии. В поддержку этого протокола предлагается протокол PEN 2, касающийся санитарного просвещения и консультирования по вопросам здорового поведения. Протоколы предусматривают оценку сердечно-сосудистого риска с использованием инструментов прогнозирования рисков, разработанных ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии (4).

Внедрение PEN в Кыргызстане началось в июне 2014 г. с назначения национального координатора и рабочей группы по вопросам PEN и определения центров семейной медицины (ЦСМ) для включения в пилотный проект. После этого было начато пилотное внедрение протоколов PEN 1 и 2 в городах Баткен, Бишкек, Чуй и Иссык-Куль. Из 22 ЦСМ в г. Бишкеке протоколы PEN были внедрены в десяти отобранных по случайному принципу центрах (около половины общего числа), деятельность которых охватывала 40,1% населения (481213 человек). Обучение работе в соответствии с протоколами PEN включало первоначальный однодневный курс для руководителей в начале пилотного проекта (май 2015 г.), который проводила группа по внедрению PEN из Министерства здравоохранения. За этим последовало специальное поддерживающее обучение для всего персонала ЦСМ, ответственными членами рабочей группы по внедрению PEN и затем индивидуально среди медицинских работников во время посещений с целью мониторинга. В Бишкеке первоначальное обучение применению протоколов PEN в рамках однодневного учебного курса прошли 90% врачей и медсестер (97 человек), работавших в десяти ЦСМ пилотного внедрения PEN. Курс обучения проводился в интерактивном формате и включал практическую отработку навыков и разбор примеров из практики; за ним в течение двух-трех месяцев следовали отдельные занятия для врачей и медицинских сестер.

Для использования медицинскими сестрами были установлены четкие алгоритмы работы, и работа медсестер была реорганизована таким образом, что они укомплектовали доврачебные кабинеты в ЦСМ. Скрининг пациентов проводился без определенного плана: каждому посетителю ЦСМ предлагалось прийти в доврачебный кабинет и пройти оценку сердечно-сосудистого риска в соответствии с протоколом PEN 1 и с применением разработанных ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии диаграмм прогнозирования. Поддержку персоналу оказывали члены рабочей группы по внедрению PEN, которые каждые две-три недели посещали ЦСМ пилотного внедрения PEN для анализа медицинских карт, консультирования медицинских работников и наблюдения за

приемом пациентов. Все пациенты, которые по результатам оценки были отнесены к группе повышенного риска (т.е. пациенты, у которых оценка риска наступления сердечно-сосудистого события или смерти в ближайшие 10 лет составляла более 30%) были направлены к семейному врачу, который осуществлял их последующее ведение. Пациентов, у которых не выявлялся сердечно-сосудистый риск или у которых этот риск был низок, вели медицинские сестры. Они давали рекомендации относительно образа жизни и советовали снова прийти к медицинской сестре через три месяца.

В период с августа по декабрь 2016 г. ВОЗ провела количественную оценку внедрения PEN в Бишкеке по прошествии 12 месяцев работы (с июня 2015 г. по июнь 2016 г.); результаты оценки были опубликованы в марте 2017 г. (5). В ходе оценки удалось установить расходы, понесенные в связи с внедрением, однако продемонстрировать эффективность внедрения оказалось невозможным. Процент выявления курения, артериальной гипертензии и сахарного диабета остался относительно низким, без значимых улучшений с течением времени или в сравнении с учреждениями, не участвовавшими в проекте внедрения PEN. Точно так же не было значимых улучшений в эффективности контроля артериального давления. Это могло быть отражением недостатков самой оценки и/или внедрения протоколов.

Поэтому ВОЗ предложила дополнить первоначальную оценку другими методами с тем, чтобы добиться лучшего понимания модели в рамках укрепления первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в условиях ограниченности ресурсов, и подумать о том, какие могут потребоваться корректировки модели.

Цель и задачи оценки

2

Цель

Цель оценки заключалась в том, чтобы выявить возможности повышения качества внедрения PEN в Кыргызстане.

Задачи

Перед оценкой были поставлены следующие задачи:

- провести полуструктурированные интервью один на один с медицинскими работниками пилотных PEN-центров, непосредственно работающими с пациентами;
- проанализировать интервью с точки зрения разных тем, чтобы выявить, что мешает внедрению;
- интегрировать результаты качественной оценки с количественными результатами.

Методика

Критерии включения участников

Проведенная ранее количественная оценка позволила оценить уровень внедрения протоколов PEN в десяти ЦСМ в Бишкеке, в которых осуществлялось пилотное внедрение PEN. Хотя выявленные изменения не были статистически значимыми, очевидные тенденции были использованы для разделения уровней внедрения на категории: низкий уровень (отсутствие положительной динамики показателей), средний уровень (положительная динамика некоторых показателей) и высокий уровень (положительная динамика большинства показателей). Затем были выбраны два ЦСМ с самым низким уровнем внедрения, два ЦСМ с самым высоким уровнем и один ЦСМ из группы со средним уровнем.

Для участия в процедуре интервьюирования были отобраны медицинские работники, работающие в этих пяти ЦСМ и непосредственно оказывающие помощь пациентам (как медицинские сестры, так и врачи), а также представители управленческого и административного персонала, которые могли обсуждать организацию и осуществление клинической помощи.

Сбор данных

Два автора посетили каждый медицинский центр и отобрали участников для интервью. Они провели полуструктурированные интервью, для чего использовали руководство по проведению интервью, разработанное для предыдущих исследований (6,7). Такой подход дал возможность непосредственного обсуждения предполагаемых тем исследования, а также позволил предлагать для изучения новые темы.

В каждом медицинском центре первое интервью проводили вместе два интервьюера, а следующие интервью проводились один на один. Один интервьюер был знаком участникам по проекту внедрения PEN, а со вторым они знакомы не были. Интервью проводились на русском языке, который был родным для обоих интервьюеров. Интервью записывались на магнитофонную пленку и затем излагались дословно в письменном виде и по мере необходимости переводились на английский язык.

Анализ данных

Изложенные в письменном виде интервью анализировались методом рамочного анализа, имеющим в основном характер описания. Первоначальные рамки анализа были заимствованы и адаптированы из прежних исследований, проводившихся в других условиях (6,7), а по мере возникновения к этим рамкам добавлялись дополнительные темы. Два автора вместе кодировали интервью, выявляли и резюмировали основные темы и выделяли показательные высказывания. На всех этапах анализа, а также на этапе сбора данных результаты обсуждались со всей группой, проводившей оценку. Интервью были анонимными, и всем участникам было присвоено кодовое имя на основании их роли в медицинском учреждении (например, медсестра А, врач В).

Этическое одобрение

Поскольку это была оценка услуг, по правилам ВОЗ этического одобрения не требовалось. Разрешение на проведение оценки было запрошено и получено от Министерства здравоохранения до начала работы. В каждом медицинском центре интервьюеры сначала встречались с руководителем, показывали ему/ей официальное письмо от Министерства здравоохранения, в котором выражалась поддержка проводимой работы, и объясняли, что интервью будут анонимными, проводиться один на один и записываться. Перед каждым интервью разъяснялись главная цель и задачи исследования и у каждого участника брали письменное информированное согласие на проведение интервью.

Результаты

Были проведены интервью с тридцатью участниками (15 врачей и 15 медицинских сестер) из пяти учреждений, включенных в проект пилотного внедрения PEN. Из них семь врачей были также руководителями ЦСМ или руководителями групп семейных врачей (т.е. врачами, координирующими работу нескольких врачей общей практики). Врачи и медсестры имели разный уровень полученной последипломной подготовки в области семейной медицины. Они также различались в том, какое обучение они прошли по использованию протоколов PEN.

Ниже приводится краткое изложение результатов тематического анализа, указываются основные темы, выявленные при проведении качественной оценки, и цитируются подтверждающие их высказывания. Было выделено одиннадцать тем, которые можно разделить на темы, ориентированные на поставщиков услуг, и темы, ориентированные на пациентов. В следующем за этим разделе, касающемся интегрирования с результатами количественной оценки, представлена связь этих тем друг с другом и с основными итогами количественной оценки.

Тематический анализ

Темы, ориентированные на поставщиков услуг

1. Включение протоколов PEN в повседневную практику работы

Во всех обследованных медицинских учреждениях, участвующих в пилотном проекте внедрения PEN, все участники заявляли, что они знакомы с протоколами PEN, а лечащий персонал утверждал, что использует их в своей повседневной практике, хотя и в разной степени. Все участники знали, что протоколы PEN внедряются в их центрах и что они должны следовать этим протоколам. Было очевидно, что во всех пяти обследованных ЦСМ протоколы PEN стали частью повседневной практики всех медицинских работников, хотя и в разной степени.

«Раньше мы не очень много знали о рисках. А теперь мы знаем, как работать с пациентами, имеющими разные уровни риска.» *Врач А.*

Обследованные медицинские учреждения различались по степени соблюдения протоколов: например, некоторые медицинские сестры считали, что они используют диаграмму прогнозирования риска ССЗ, тогда как на самом деле они главным образом применяли шкалу индексов массы тела. В других случаях врачи оценивали уровни риска в баллах приблизительно, не используя диаграммы прогнозирования риска, утверждая, что теперь у них уже имеется большой опыт и им не нужно каждый раз при оценке риска смотреть в диаграмму.

Одним из факторов, способствовавших широкому внедрению, было, по всей вероятности, добросовестное соблюдение PEN руководителями ЦСМ, которые положительно восприняли идею внедрения. Там, где руководитель ЦСМ поддерживал внедрение, оно проходило более согласованно, балльные оценки рисков фиксировались в бланке клинических данных, проводилось обучение вновь принятых на работу сотрудников.

4

2. Применение вмешательств в отношении образа жизни

Большинство участников – как врачей, так и медицинских сестер – уделяли больше внимания консультированию по факторам риска, чем другим разделам протокола. Врачи, как правило, отдавали предпочтение вмешательствам в отношении образа жизни, а не медикаментозному лечению, даже в случаях, когда лекарственные препараты были показаны. Лист с рекомендациями по образу жизни был наиболее часто используемой частью протокола PEN, потому что участники считали его простым, удобным для использования и имеющим четкую структуру. Когда участников спрашивали, что они будут делать, если обнаружат, что у пациента высок сердечно-сосудистый риск, некоторые особо подчеркивали необходимость вмешательств в отношении образа жизни.

«Это кардинально меняет тактику лечения. Прежде всего, мы рекомендуем ограничить потребление соли, жидкости, животных жиров, затем рекомендуем вести здоровый образ жизни, исключить курение и алкоголь. Мы говорим пациентам, что очень полезно ходить пешком каждый день от 30 минут до часа. Мы также назначаем соответствующее медикаментозное лечение. В случае первоначальных проявлений гипертонической болезни мы назначаем один лекарственный препарат.» *Врач В.*

«[Мы рекомендуем] правильное питание тем, кто страдает ожирением и высоким артериальным давлением – уменьшить потребление жиров и соли (5 г в день), есть меньше жареной, копченой и соленой пищи.» *Медсестра D.*

3. Обучение применению протоколов PEN

Не все медицинские работники в пилотных учреждениях прошли начальное обучение по применению протоколов PEN. Все группы (врачи, медицинские сестры, работники управления) отметили, что отсутствие систематического обучения новых работников, пропустивших курс начального обучения является проблемой. Ни один из недавно принятых на работу участников не проходил однодневный вводный курс. Они учились применять протоколы PEN по-разному: например, в ходе посещения учреждения группой по внедрению PEN с целью мониторинга или же их коллеги обучили их в индивидуальном порядке. В одном случае вновь принятая медсестра, работающая в доврачебном кабинете, ходила в соседний ЦСМ, чтобы изучить, как работают там ее коллеги, занимающие такую

же должность. ЦСМ также различались по степени поддерживающего обучения: одни работники говорили, что они проходили такое обучение несколько раз в году, другие утверждали, что фактически никак не были обучены.

«Меня и моих коллег обучил врач, но я не проходила общего курса обучения. В курсе обучения участвовала руководитель группы семейных врачей (ГСВ).» *Медсестра F.*

«Фактически никакого специального обучения не было. Я просто слушала ее в течение рабочего дня и старалась все запомнить. Но, конечно, было бы хорошо пройти обучение.» *Медсестра D.*

«Есть необходимость в проведении периодических обучающих семинаров. Повышение квалификации полезно, так как некоторые врачи могут забывать информацию, полученную на предыдущем семинаре.» *Руководящий работник А (руководитель группы семейных врачей ГСВ).*

4. Понимание и использование шкалы прогнозирования сердечно-сосудистого риска

Лишь несколько врачей и буквально две-три медсестры могли точно определить риск ССЗ. Остальные врачи давали определение риска как сочетание факторов риска (без исходов), включая те факторы риска, которые не используются в номограммах риска. Медсестры преимущественно использовали шкалы индекса массы тела и иногда не отличали их от номограммы риска ССЗ. Хотя врачи общей практики (ВОП) в основном использовали диаграммы правильно, иногда они путались относительно того, когда нужно их использовать. Балльные оценки риска не могли рассчитываться при первом консультировании пациента, так как без лабораторных анализов не было информации об уровне холестерина.

В медицинских учреждениях не было единообразного использования прогнозирования рисков. Иногда риск оценивался медсестрами, работающими в доврачебных кабинетах. В некоторых случаях рекомендовать меры по ограничению или снижению риска медсестра могла, только если риск составлял 10% или меньше, в противном случае оценка риска выполнялась врачом. В других случаях медсестра, работающая в доврачебном кабинете, измеряла и фиксировала уровни факторов риска, а оценку риска выполнял врач.

«Номограмма? Мы оцениваем фактор риска, физическую активность и индекс массы тела и рассчитываем процент. Избыточная масса тела – свыше 25%, тучность 30%, потом ожирение. Я вношу все эти данные в регистрационную карту. В принципе, определять фактор риска должен врач.»
Медсестра В.

«Нам не хватает времени: слишком много пациентов. Бывает, что я не понимаю, как этим пользоваться.» *Врач Q.*

«Что касается таблицы, я не очень умею ею пользоваться. Она больше рассчитана на врача.»
Медсестра С.

«Я мало знаю о риске ССЗ. Я больше консультирую по вопросам правильного питания и здорового образа жизни. Медсестры чаще занимаются повышением информированности.» *Медсестра F.*

5. Применение медикаментозного лечения

Врачи редко пользовались номограммой риска ССЗ для принятия решения относительно лечения. Лишь три из 15 врачей (двое из которых являются руководителями ГСВ) могли описать алгоритм лечения на основе суммарного риска, этапы лечения и медикаментозное лечение, которое должно быть назначено, включая комбинированную терапию и применение статинов. Планы лечения не всегда соответствовали уровню выявленного сердечно-сосудистого риска. Врачи не назначали статины всем пациентам старше 40 лет, страдающим сахарным диабетом.

Врачи главным образом используют клинические протоколы, утвержденные Министерством здравоохранения. Поскольку внедрение протокола PEN осуществлялось на экспериментальной основе, этот протокол еще не был утвержден в качестве национального протокола, поэтому сохранялась двусмысленность в отношении его статуса.

«Имеются три препарата в случае высокого риска и только один препарат в случае низкого риска.» *Врач С.*

6. Отсутствие кадровых ресурсов

Респонденты считали, что врачебный персонал чрезмерно перегружен и врачей не хватает. В нескольких случаях было сказано, что один врач выполняет работу двух или трех ВОП. В большой степени перегрузка врачей обусловлена необходимостью заниматься бумажной работой и писать отчеты. Много времени уходит на посещение пациентов на дому: в некоторых случаях пациенты проживают в нескольких километрах от ЦСМ. В результате на консультирование пациентов не хватает времени. Было признано, что возможное решение для улучшения консультирования заключается в более активном привлечении медицинских сестер и повышении их ответственности до уровня выше помощника врача, но на этом пути могут возникать трудности. Некоторые респонденты высказывали мнение, что медсестрам за выполнение этой роли не платят или что они не заинтересованы в этом материально, что они и без того перегружены и может оказаться, что у них не будет должной мотивации.

«Трудности заключаются в том, что не хватает врачей; один врач обслуживает два-три участка. Поэтому мы понимаем, что невозможно охватить каждого и обеспечить 100-процентное выявление ...У терапевтов тяжелая нагрузка.» *Руководящий работник А (руководитель группы ЦСМ).*

«Возможно, следует увеличить количество времени, мы работаем только до 14.00. Следует увеличить продолжительность рабочего времени до конца рабочего дня (17.00). Соответственно, и зарплату нужно повысить.» *Медсестра А.*

«Участковые медсестры не так хорошо выполняют эту функцию, как медсестры, выполняющие доврачебную оценку. Нам нужно больше времени на прием пациента. Как уже отмечалось, нужно увеличить численность врачей. Врачей не хватает. Нам приходится заниматься писаниной, и это отнимает очень много времени.» *Врач Р.*

«Необходимо привлекать и медсестер. Не знаю, как, но нужно передать медсестрам ответственность за определенную область или блок задач, касающихся ССЗ.» *Врач J.*

«Медсестрам ничего не платят. Специальный коэффициент за впервые выявляемые случаи выплачивается только врачам. Было бы хорошо включить в эту программу и медицинских сестер. Они ведут большую работу и нужно их поощрять.» *Медсестра L.*

7. Отсутствие материалов для просвещения пациентов

В целом врачи и медицинские сестры полагали, что им не хватает материалов для просвещения пациентов, в том числе наглядных материалов, плакатов и листовок о факторах риска ССЗ. Два из пяти ЦСМ имели тесные связи с Республиканским центром укрепления здоровья и у них было несколько разновидностей материалов для просвещения пациентов (по гипертензии и еще по нескольким темам). Остальные три ЦСМ жаловались, что у них таких материалов нет. В одном из ЦСМ было несколько плакатов о НИЗ и риске ССЗ, о борьбе против табака и материалы, предназначенные не только для пациентов, но и для проведения просветительной работы со всем населением.

«Было бы хорошо для разъяснения иметь больше наглядных пособий, показывать видеофильмы.» *Медсестра А.*

«Пациенты уже хорошо понимают, как следить за состоянием своего здоровья. Им необходимо все время напоминать эту информацию, освежать их знания.» *Медсестра L.*

«Нужно иметь больше информации, которую могли бы читать пациенты, например, брошюры о ССЗ, сахаре и холестерине.» *Врач О.*

«Раздаточные материалы, например, дневник самоконтроля, брошюры о питании – мы раздали такие дневники для ксерокопирования. Вначале пациенты не обращали внимание, но когда кровяное давление повышается, они начинают бегать и заполнять [дневник].» *Руководящий работник В.*

8. Кампании по укреплению здоровья на уровне всего населения

Участники просили, чтобы на телевидении или в рамках кампаний в средствах массовой информации проводились мероприятия на уровне всего населения для повышения осведомленности о проблемах здоровья и привлечения людей в ЦСМ. Большинство участников предлагали провести кампанию в СМИ хотя бы по информированию о факторах риска развития НИЗ и разработать инфографику о НИЗ, так как большинство населения, особенно в сельских районах смотрит телевизор и слушает радио.

«СМИ должны активно участвовать в информационных кампаниях, направленных против курения, алкоголя и т.д., и содействовать укоренению здорового образа жизни, включая пропаганду пользы фруктов и овощей и правильного питания.» *Медсестра R.*

«[Нужны] совместные усилия населения и средств массовой информации. Эффективность одних врачей недостаточна. Мы должны улучшать положение дел вместе со всем обществом.» *Руководящий работник А.*

«[Нужно] больше информации о РЕН: рекламирование среди населения по радио, через видеоматериалы.» *Руководящий работник С.*

9. Современные технологии

Участники часто просили внедрять в деятельность по оценке рисков и профилактическому консультированию современные технологии, такие как персональные компьютеры, гаджеты и мобильные приложения (например, для номограмм риска ССЗ). Они считали, что, если у каждого врача будет персональный компьютер, можно будет иметь номограммы и писать рекомендации в электронном формате, а приложения для расчета риска помогут сократить время консультирования. Еще одним легким способом оказания помощи медицинским работникам было бы использование приложений для мобильных телефонов. Было высказано мнение о том, что мобильные телефоны можно было бы также использовать для проведения различных кампаний в СМИ, таких как рассылка коротких мотивационных сообщений.

«Я думаю, что, может быть, нужны какие-то другие устройства для измерения содержания сахара и тому подобного, для анализов при проведении доврачебной (сестринской) оценки. Было бы хорошо, если бы эти данные были введены в компьютерную базу данных. Также надо бы вводить данные об артериальном давлении (для мониторинга).» *Медсестра А.*

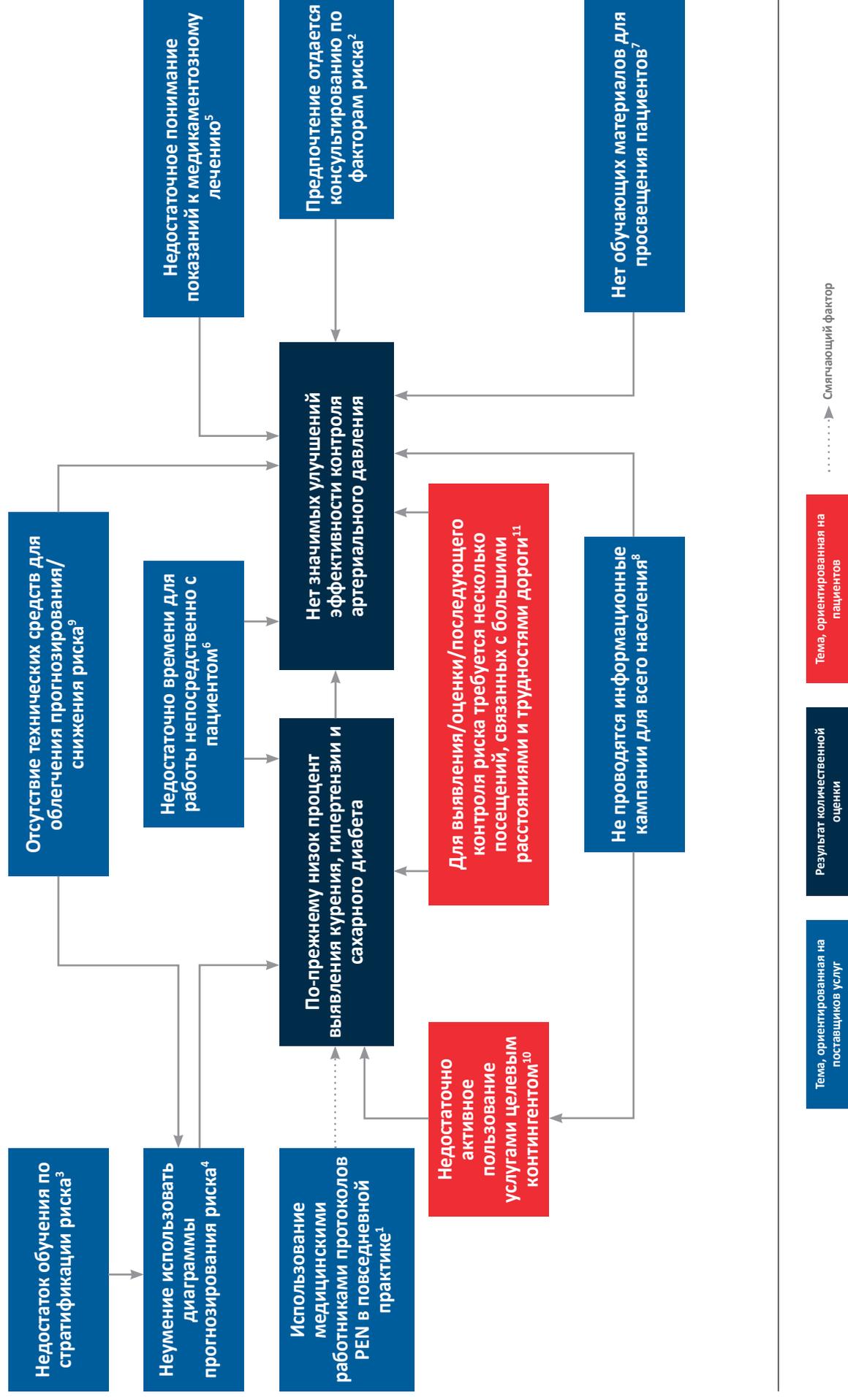
«Было бы здорово, если у нас было мобильное приложение с моделью расчета балльной оценки риска.» *Врач D.*

Факторы, связанные с пациентами

10. Демографическая характеристика пациентов

Участники заметили, что главными пользователями услуг ЦСМ являются люди пожилого возраста (старше 70 лет) с множеством сочетанных заболеваний или женщины более молодого возраста с маленькими детьми. Мужчины трудоспособного возраста почти никогда не обращаются в ЦСМ: видимо, у них нет для этого никакой мотивации. Так что основные целевые группы (взрослые в возрасте старше 40 лет, особенно мужчины) для оценки риска, ведения и профилактики ССЗ в ЦСМ не приходят и с ними невозможно проводить какую-либо профилактику.

Рис. 1. Интегрирование качественной и количественной оценок и иллюстрация взаимосвязей между ними и внутри них



Темы: ¹включение протоколов PEN в повседневную практику работы; ²применение вмешательств в отношении образа жизни; ³обучение по применению протоколов PEN; ⁴понимание и использование диаграмм прогнозирования сердечно-сосудистого риска; ⁵применение медикаментозного лечения; ⁶нехватка кадров; ⁷отсутствие материалов для просвещения пациентов; ⁸кампании по укреплению здоровья для всего населения; ⁹современные технологии; ¹⁰демографические характеристики пациенты; ¹¹доступ к услугам по оценке риска.

«Молодежь не думает о своем здоровье и о будущем. Профилактика очень важна.» *Врач А.*

11. Доступ к оценке риска

Существуют некоторые практические препятствия, мешающие людям получить доступ к оценке сердечно-сосудистого риска. Пациенты вынуждены по много раз приходить в ЦСМ для оценки своего здоровья и получения результатов. Обычно может требоваться три посещения: одно для первоначальной оценки и проведения измерений, одно для анализа крови и одно для получения результатов и первоначального консультирования. Это неудобство может осложняться большими расстояниями и потенциальными трудностями, связанными с дорогой до ЦСМ.

«Наша группа семейных врачей обслуживает наиболее отдаленные районы, и к нам приходится добираться издалека. Не каждому захочется ехать сюда несколькими маршрутными такси с пересадками (прямое сообщение отсутствует). Это также один из факторов, объясняющих, почему пациенты не приходят – большие расстояния, около 5 километров (в радиусе).» *Врач D.*

«Когда к нам приходит пациент с высоким артериальным давлением, врач осматривает его, медсестра выписывает направления (на анализ на уровень холестерина, на протромбиновый тест) ... он сдает анализы на следующий день. Лаборатория работает каждый день. Результаты анализов готовы через день. Мы приглашаем пациента. Если он не может ходить, врач приходит к нему на дом. Мы информируем родственников о том, что пациент должен вести дневник, куда нужно записывать время, дату и другие необходимые данные о лекарствах и т.д. Все записывается.» *Руководящий работник В.*

Интегрирование с результатами количественной оценки

9

На рис. 1 отображены возможные связи между результатами качественной и количественной оценки и показаны возможности улучшения качества внедрения.

Обсуждение результатов

Резюме результатов

Оценка внедрения протоколов PEN в Кыргызстане осуществлялась смешанными методами. Вначале была проведена количественная оценка (5) с целью анализа показателей достигнутых результатов/качества и эффективности по истечении 12 месяцев работы по внедрению PEN в ЦСМ в г. Бишкеке. Было установлено, что процент выявления курения, гипертензии и сахарного диабета по-прежнему относительно низок, значимых улучшений с течением времени или по сравнению с медицинскими учреждениями, не участвовавшими в пилотном проекте внедрения PEN, не произошло. Не наблюдалось значимых улучшений в эффективности контроля артериального давления. Затем были проведены индивидуальные интервью с врачами, медицинскими сестрами и руководящими работниками в выборке пилотных PEN-клиник в Бишкеке. В результате качественного анализа было выделено 11 тем, которые, похоже, могут помочь объяснить результаты количественной оценки.

В целом сложилось впечатление, что медицинские работники недостаточно уверенно и умело использовали графики/шкалу прогнозирования 10 летнего риска летального исхода и не использовали стратификацию риска для определения объема лечения пациентов. Это можно объяснить недостаточностью подготовки, нехваткой времени, кадров (и передачей части функций врачей медицинским сестрам), отсутствием поддерживающих технологий и

недостатком материалов для пациентов. Предпочтение отдавалось консультированию по вопросам образа жизни, а не медикаментозному лечению, даже когда было показано именно такое лечение. Были выявлены некоторые конкретные недоработки, например, в обучении вновь принимаемых сотрудников.

Как выяснилось, существует целый ряд препятствий практического характера, мешающих пациентам получить доступ к услугам по оценке риска и мерам по его снижению: это, например, большие расстояния, трудности, связанные с проездом, необходимость несколько раз приходить в ЦСМ ввиду существующей последовательности действий по оценке риска и необходимости выполнения лабораторных анализов крови. Сегодня пациентам нужно иметь высокую мотивацию для того, чтобы преодолеть эти препятствия, и нужны как подталкивающие, так и притягивающие факторы, такие как массовые кампании по поощрению пациентов к посещению своих ЦСМ (подталкивание) и изменение структуры услуг с целью облегчить обращение в ЦСМ (притягивание). Медицинские работники, с которыми проводились интервью, считали, что пациенты, которым нужно было бы пройти осмотр и оценку здоровья, оставались неохваченными. В случае мужчин наблюдалась тенденция винить их в отсутствии мотивации, вместо того, чтобы проанализировать такие факторы, как доступность.

Участники высказали свои предложения относительно того, как можно было бы решить проблемы и устранить препятствия. Были также приведены положительные примеры работы медицинских учреждений и медицинских работников по решению этих проблем, например, получение материалов для санитарного просвещения

Если говорить о смягчающих факторах, успех, как можно видеть, заключается в том, что протоколы PEN стали частью повседневной практики, причем особенно полезным оказался протокол 2, касающийся консультирования по вопросам здорового образа жизни. Очевидно, что положение дел бывает лучше там, где руководители и работники управленческого звена хорошо информированы и поддерживают внедрение PEN.

10 **Результаты оценки в контексте имеющихся исследований**

Это не первое исследование, в котором было установлено, что процесс внедрения клинических руководств и достижения лучшего качества клинических исходов может быть сложным, и результаты данного исследования не отличаются от результатов других подобных исследований. Для успешного внедрения клинических руководств требуется многогранный подход. Важным фактором улучшения соблюдения руководств является образование поставщиков медико-санитарной помощи (8).

Это исследование является одним из очень немногих исследований, в которых оценивалось внедрение протоколов PEN в реальных условиях жизни. В исследовании, проведенном в Бутане (9), тоже проводился скрининг посетителей ЦСМ без определенного плана и тоже было установлено, что очень трудно обеспечить охват услугами целевого контингента (за все три месяца, в течение которых проводилось исследование, лишь 10% обратившихся в ЦСМ были лицами в возрасте старше 40 лет, причем большинство составляли женщины). Результаты этого исследования также имеют некоторые общие элементы с результатами исследования смешанными методами, проведенного в Иордании: в частности, сходство было в том, что поставщики помощи путались относительно того, как и когда использовать диаграммы риска, и отдавали предпочтение вмешательствам по поводу образа жизни, а не медикаментозному лечению (7).

Что касается ограниченности исследования, то это был проект по оценке услуг, а не проект научных исследований, и на него было выделено относительно мало средств и времени, поэтому не было возможности провести интервью с пациентами. В ходе исследования не рассматривался вклад в количественные результаты доступа к медикаментозному лечению, в частности, вклад результатов контроля артериального давления, однако другие исследования, проведенные в Кыргызстане, показали, что стоимость лекарственных препаратов может быть высока и может стать препятствием для обращения за медицинской помощью (10,11).

Рекомендации

Интегрирование результатов количественной оценки, осуществленной в предыдущем исследовании, с результатами качественной оценки, проведенной в описываемом исследовании, позволило выделить целый ряд возможных областей повышения качества внедрения методики оценки сердечно-сосудистого риска и ведения пациентов с риском в Кыргызстане. К ним относятся:

- корректировка модели обучения таким образом, чтобы она предусматривала больше возможностей для практической отработки, повышения квалификации, а также возможности укрепления имеющихся навыков и качества помощи и оказания методической помощи;
- адаптация/переработка модели оценки сердечно-сосудистого риска и поддержка этой модели с использованием соответствующих технических средств с тем, чтобы при необходимости можно было провести оценку за один прием пациента и недалеко от места жительства;
- систематизированный подход к выявлению, набору и контрольному наблюдению целевого контингента;
- поддержка вмешательств ПМСП вмешательствами на уровне местных общин и всего населения и информационными кампаниями с целью подкрепления главного тезиса о профилактике.

Учитывая уровни имеющихся ресурсов, приоритетной задачей может быть сосредоточение усилий на совершенствовании системы обучения и поддержки, а также внедрение систематизированных подходов к вовлечению целевого контингента. Вполне очевидно, что успешные подходы к выполнению этой задачи есть: например, пилотное внедрение протоколов PEN 1 и 2 в Узбекистане позволило оценить риск более чем у 80% целевого контингента (мужчины и женщины старше 40 лет).

Представляется, что при наличии возможностей и ресурсов есть целый ряд путей и способов повышения качества оценки сердечно-сосудистого риска и ведения пациентов с риском за счет некоторых специальных технических средств, таких как электронные истории болезни и приложения для расчета риска.

Выводы

Качество внедрения концепции полной оценки сердечно-сосудистого риска, в данном случае посредством протоколов PEN и диаграмм прогнозирования риска, всегда выигрывает от разностороннего и периодически повторяющегося обучения, поддержания качества вмешательства, применения систематизированных подходов к выявлению целевого контингента и обеспечению его охвата, а также от упрощения схемы проведения оценки риска. В целом данная концепция положительно воспринимается поставщиками помощи, но ее внедрение в практику требует тщательного планирования и досконально продуманных действий, а также более широкого использования подходов на доказательной основе к внедрению клинических руководств и изменению клинической практики. Аналогичным образом, вовлечение пациентов и расширение охвата целевого контингента, скорее всего, потребует сочетания поддерживающих факторов подталкивания и притягивания.

Библиография

1. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики “Ден соолук” на период 2012–2016 гг. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики; 2011 г. (<http://densooluk.med.kg/ru/home-ru/2-uncategorised/3-den-sooluk-2.html>, по состоянию на 19 сентября 2017 г.).
2. Калиев М., Джакипова Р., Кыдыралиева Р., Алтымышева А., Князева В., Рыскулова С. Исследование STEPS с целью изучения эпиднадзора за факторами риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике. Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; 2015 г.
3. Implementation tools. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resources settings. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.physio-pedia.com/images/b/b0/Implementation_tools_for_NCD_intervention_in_low_resourced_settings.pdf, accessed 15 September 2017).
4. Cardiovascular risk prediction charts [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Chart_predictions/en/, accessed 15 September 2017).
5. Концевая А., Farrington J. Внедрение пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в Кыргызстане: оценка эффективности и затрат в течение одного года. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/337845/PEN-Evaluation-RUS-FINAL.pdf?ua=1, по состоянию на 19 сентября 2017 г.).
6. Liew S, Blacklock C, Hislop J, Glasziou P, Mant D. Cardiovascular risk scores: qualitative study of how primary care practitioners understand and use them. *Br J Gen Practice*. 2013; 63(611):e401–7. doi:10.3399/bjgp13X668195.
7. Collins D, Jobanputra K, Frost T, Muhammed S, Ward A, Shafei A et al. Cardiovascular disease risk and prevention amongst Syrian refugees: mixed methods study of Médecins Sans Frontières programme in Jordan. *Confl Health*. 2017;11:14. doi:10.1186/s13031-017-0115-z.
8. Jeffery RA, To MJ, Hayduk-Costa G, Cameron A, Taylor C, Zoost CV. Interventions to improve adherence to cardiovascular disease guidelines: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2015;16:147.
9. Wangchuk D, Viridi NK, Garg R, Mendis S, Nair N, Wangchuk D. Package of essential noncommunicable disease interventions in Bhutan. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2014;3(2):154–60.
10. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-reform-in-kyrgyzstan-2016>, по состоянию на 19 сентября 2017 г.).
11. Акказиева Б., Якаб М., Темиров А. Долгоосрочные тенденции финансового бремени в ходе обращения за медицинскими услугами в Кыргызстане, 2000–2014 гг. [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/long-term-trends-in-the-financial-burden-of-health-care-seeking-in-kyrgyzstan,-20002014-2016>, по состоянию на 19 сентября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int