

Концептуальні підходи до забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги

Г.О. Слабкий¹, С.П. Троянов²

¹Ужгородський національний університет

²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ

У статті висвітлено розроблену концептуальну модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги, яка має п'ять складових: готовність первинної медико-санітарної допомоги до проведення відновного лікування пацієнтів з різною патологією та різним станом здоров'я; готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування; міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування; технології та процес відновного лікування; забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням. Запропоновано також комплексну модель управління організацією відновного лікування на первинному рівні.

Ключові слова: відновне лікування, первинна медико-санітарна допомога, концептуальна модель.

В умовах реформування системи охорони здоров'я пріоритетним є розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [3, 5]. Визначені функції та обсяги діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ), які ґрунтуються на компетентнісному підході [4, 6]. У функції ЛЗП-СЛ входить і організація на рівні ПМСД відновного лікування пацієнтів [1, 2].

Мета дослідження: обґрунтування та розробка концептуальних підходів до забезпечення відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги (ПМСД).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні використано дані особистих наукових досліджень та наукової літератури, застосовані методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, бібліосемантичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Організація відновного лікування – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги) та суб'єктивний (відновне лікування, як воно сприймається медичними працівниками та пацієнтами). Модель відновного лікування, яку запропонував А. Donabedian для оцінювання якості медичної допомоги і яку широко використовують в організаціях охорони здоров'я у країнах світу, ґрунтується на трьох основних компонентах: процеси, структурі і результативності [8, 9].

Структурна компонента відновного лікування на рівні ПМСД характеризується та оцінюється рівнем забезпечення та якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм реабілітаційної допомоги. Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісними та доступними заходами з відновного лікування. Структурний аспект визначається як по відношенню до лікувально-профілактичного закладу (сімейна амбулаторія) з її ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника ПМСД окремо. У цьому випадку оцінюються їхні професійні якості – сума знань, умінь, навичок з проведення відновного лікування.

Процесна компонента відновного лікування є складовою су-

часного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому на рівні ПМСД. Вона включає технології проведення відновного лікування.

Результат – це компонента відновного лікування, що відображає його ефективність. Оцінка за результатами включає отримання позитивних результатів внаслідок наданої медичної допомоги, у тому числі зниження інвалідності пацієнтів працездатного віку.

З позиції системного підходу всі наведені компоненти відновного лікування пов'язані між собою. Так, на ефективність відновного лікування впливає наявність та якість обладнання, технологій, рівень кваліфікації персоналу тощо. Отже, на результативність відновного лікування можна впливати через удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру.

Під час проведення теоретичного обґрунтування концептуальних підходів до впровадження на рівні ПМСД відновного лікування автори спиралися на низку міжнародних документів.

Так, у Таллінській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» (25–27 червня 2008 р.) зокрема зазначається, що пацієнтам потрібно забезпечити доступ до високоякісної медичної допомоги і впевненість у тому, що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші і надійні дані в медичній науці, а також використовують найбільш адекватні технології, забезпечуючи ефективність і безпеку втручання.

Щодо питань фінансування системи охорони здоров'я, у Хартії зазначається, що механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального надання медико-санітарних послуг, а «загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати необхідний баланс із метою найбільш повного задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я» [7].

Використовуючи світовий досвід, були розроблені концептуальні підходи до впровадження на рівні ПМСД відновного лікування, які охоплюють організацію, усі види діяльності і ресурсів. Концепція орієнтована на пацієнтів та полягає у досягненні певного рівня ефективності реабілітаційних заходів. Вона ґрунтується на відомих підходах, які свідчать, що:

- для отримання кращих результатів модель необхідно змінювати;
- результативність моделі визначається її властивостями;
- різні вкладення в модель гарантують поліпшення тільки тою мірою, якою вони можуть вплинути на зміну моделі, тобто будь-яка діяльність (навчання, заохочення, оцінювання) приводить до поліпшення, тільки якщо має місце відповідне покращення самої системи;
- змінам мають піддаватися не тільки окремі компоненти моделі відновного лікування (структура, процес, результат), але і зв'язки між ними.

Виходячи з цього, безперервне забезпечення ефективності відновного лікування на рівні ПМСД передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення та вирішення існуючих проблем.

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підхо-

дів було використано під час розробки концептуальної моделі впровадження відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги. Основними складовими концептуальної моделі впровадження відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги стали:

- готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтів з різною патологією та різними станами здоров'я;
- готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги;
- міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД;
- технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД;
- забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД.

Далі детально розглянемо зміст кожної складової.

1. Готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтів з різною патологією та різними станами здоров'я.

Вирішення цього завдання полягає у:

– теоретичній та практичній підготовці лікарів та медичних сестер, яку вони отримують під час навчання на курсах спеціалізації та передатестаційних циклах, стажуванні на робочому місці, а також під час відпрацювання спеціальних навичок на профільних тренінгах;

– методичному забезпеченні ПМСД з питань організації відновного лікування, яке полягає у наявності у ЛЗП–СЛ клінічних протоколів та керівництв, методичних рекомендацій та інструкцій, а також типових програм відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги при різних нозологічних формах та станах пацієнтів;

– інформаційному персоналізованому забезпеченні, яке полягає у наявності програм реабілітації, що розробляються МСЕК для осіб зі стійкою втратою працездатності, і рекомендацій щодо відновного лікування, які надаються пацієнтам під час виписки після стаціонарного лікування;

– матеріально-технічному забезпеченні процесу відновного лікування, яке залежить від місця його проведення (у лікарській амбулаторії або вдома) і полягає в оснащенні сімейної амбулаторії відповідно до затверджених табелів оснащення чи наявності вдома індивідуальних засобів реабілітації відповідно, а також наявності місця для проведення заходів з відновного лікування;

– комп'ютеризації сімейних амбулаторій (СА) з доступом до мережі Інтернет.

2. Готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги.

Складовими вирішення цього завдання є:

- забезпечення фізичної та економічної доступності як ПМСД, так і засобів з відновного лікування;
- особистісні характеристики пацієнта та рівень його мотивації і готовності до проведення відновного лікування;
- забезпечення технічними засобами реабілітації, у тому числі індивідуальними, вміння користуватися ними та їхня експлуатація;
- умови проживання, соціальне середовище та рівень економічного статусу сім'ї.

Важливе значення має рівень готовності членів сім'ї до підтримки та їхня допомога особі, яка проходить реабілітацію.

3. Міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД

Рішення цього завдання передбачає взаємодією ЛЗП–СЛ з:

– лікарями-спеціалістами відповідної спеціальності у процесі реабілітаційної діагностики, розробки індивідуальної програми відновного лікування та контролю ефективності лікування і корегування програми, а за необхідності – їхньої участі у процесі відновного лікування (психологи);

– МСЕК із загальних питань надання медичної допомоги особам із стійкою втратою працездатності;

– службами соціального захисту населення з питань забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації, а за необхідності – їхнього ремонту і заміни, а також організації патронажної допомоги працівниками служби.

Можливим напрямком міжсекторальної взаємодії є спільна робота медичних працівників ПМСД зі службами Червоного Хреста та недержавними організаціями, які опікуються проблемами інвалідів.

4. Технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД.

Основними складовими вирішення даного завдання є:

– етапність проведення реабілітаційної діагностики, яка включає вивчення медичної документації та проведення первинної бесіди з пацієнтом і членами його родини, проведення первинного реабілітаційно-діагностичного обстеження та обстеження соціального середовища пацієнта і психодіагностичного обстеження;

– первинне реабілітаційне тестування та оцінювання реабілітаційного потенціалу і формування реабілітаційного діагнозу;

– формування індивідуальної комплексної програми відновного лікування;

– проведення заходів комплексної медичної, соціальної, психологічної реабілітації та надання реабілітаційно-технічних послуг.

5. Забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД.

У рішенні цього завдання важливе значення має запровадження:

- індикаторів оцінювання ефективності відновного лікування на рівні ПМСД;

– мотиваційних механізмів для медичних працівників ПМСД до широкого використання сучасних технологій відновного лікування;

– забезпечення ЛЗП–СЛ інструктивно-методичними матеріалами з технологій відновного лікування, які ґрунтуються на доказах;

– міжсекторального механізму контролю за організацією відновного лікування на рівні ПМСД.

На базі концептуальної моделі впровадження відновного лікування на рівні ПМСД із застосуванням теорії системності обґрунтована і розроблена модель управління організацією відновного лікування, яка складається з об'єкта та суб'єкта управління і блоку наукового регулювання.

Об'єктом управління є організація відновного лікування.

Суб'єктом, який керує організацією відновного лікування на рівні Центру ПМСД, є головний лікар, а на рівні регіону – керівник управління (департаменту) охорони здоров'я відповідного рівня.

У процесі управління організацією відновного лікування передбачається наявність та систематичне поповнення усіх видів інформації з питань забезпечення пацієнтів відновним лікуванням, наявності ресурсів. Це стосується статистичних, фінансово-економічних, кадрових показників, інформації щодо результатів застосування відновного лікування, яка розповсюджується на кожний ієрархічний рівень за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи. Інформація із особистих джерел включає дані медико-соціологічних досліджень щодо задоволення пацієнтів організацією та якістю відновного лікування, яке проводиться у ЗОЗ, спілкуванням з медичним персоналом, санітарними умовами тощо.

Інформаційні процеси управління мають здійснюватися на основі державної політики інформатизації охорони здоров'я.

При цьому встановлено такий розподіл функцій: головний лікар несе відповідальність та управляє матеріально-технічним, фінансовим, кадровим забезпеченням, а ЛЗП–СЛ несе відповідальність за якість та ефективність медичної допомоги з відновного лікування. Структурний аспект системного підходу вирішує питання організації внутрішніх взаємозв'язків між всіма компонентами суб'єкта відновного лікування пацієнтів на рівні ПМСД.

Слід зазначити, що одним з основних видів управління є стратегічний.

Визначена стратегія безпосереднього впровадження відновного лікування на рівні ПМСД, при якій управлінська інформація від апарату управління галузевого рівня скеровується на рівень депар-

таментів охорони здоров'я обласних держадміністрацій та міських і районних управлінь і доводиться до відома медичних працівників Центрів ПМСД. Запропонована концептуальна модель організації відновного лікування на рівні ПМСД має свій розвиток під впливом багатьох факторів і умов, тому крім стратегічного будуть застосовуватись оперативний, ситуаційний, проблемно-тактичний види управління. Взаємозв'язок між апаратом управління має здійснюватись при стратегічному та оперативному видах управління на основі лінійного і функціонального зв'язку.

Для оцінювання ефективності відновного лікування у Центрах ПМСД застосовують карти і протоколи експертної оцінки ступеня виконання стандарту відновного лікування, який визначено клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Упровадження інформаційних технологій служить механізмом контролю якості відновного лікування.

Ключовою ідеєю у вирішенні окреслених завдань стало послідовне розв'язання пріоритетної проблеми забезпечення населення якісними послугами з відновного лікування, що ґрунтуються на доказах, з метою відновлення втрачених у результаті хвороби функцій.

Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових

фінансових ресурсів та матеріально-технічного забезпечення сімейних амбулаторій відповідно до галузевих стандартів.

ВИСНОВКИ

Була розроблена концептуальна модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги, яка є основою для запровадження відновного лікування пацієнтів на первинному рівні надання медичної допомоги. Модель має п'ять складових, які вирішують наступні завдання: готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтів з різною патологією та різними станами здоров'я; готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги; міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД; технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД; забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД. Запропоновано комплексну модель управління організацією відновного лікування на рівні ПМСД.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності відновного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Концептуальні підходи к забезпеченню восстановительного лечения на первичном уровне медийнської помощи Г.А. Слабкий, С.П. Троянов

В статье освещена разработанная концептуальная модель обеспечения восстановительного лечения на первичном уровне медицинской помощи, имеющая пять составляющих: готовность первичной медико-санитарной помощи к проведению восстановительного лечения пациентов с различной патологией и разным состоянием здоровья; готовность пациента и его семьи к проведению комплексного восстановительного лечения; межсекторальный подход к обеспечению восстановительного лечения; технологии и процесс восстановительного лечения; обеспечение непрерывного повышения качества и контроль восстановительного лечения. Предложена также комплексная модель управления организацией восстановительного лечения на первичном уровне.

Ключевые слова: *восстановительное лечение, первичная медицинская помощь, концептуальная модель.*

Conceptual approaches to maintenance of rehabilitation treatment at primary level of health care G.A. Slabksy, S.P. Troyanov

Conceptual model of rehabilitation treatment providing at primary health care level having five components is developed: willingness of primary health care to carrying out rehabilitation treatment of patients with different pathologies and different health conditions; patient's and his family willingness for carrying out comprehensive rehabilitation treatment; intersectoral approach to providing restorative treatment; technologies and process of restorative treatment; ensuring continuous quality improvement and control over rehabilitation treatment. Integrated model of management organization of rehabilitation treatment at primary level is also offered.

Key words: *rehabilitation treatment, primary health care, conceptual model.*

Сведения об авторах

Слабкий Геннадий Алексеевич – Ужгородский национальный университет, 88000, г. Ужгород, ул. Подгорная, 46.
E-mail: G.Slabkyi@mail.ru

Троянов Сергей Петрович – Украинский институт стратегических исследований, 02099, г. Киев, пер. Волго-Донский, 3.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голяченко А.О. Організація медичної реабілітації на рівні первинної медико-санітарної допомоги / А.О. Голяченко, Г.О. Слабкий // Охорона здоров'я. – 2007. – № 1. – С. 114–115.
2. Голяченко А.О. Реабілітація в діяльності сімейного лікаря / А.О. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 108–109.
3. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
4. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики–сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: метод. рекомендації / НМАПО ім. П.Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, В.Г. Слабкий, М.В. Олійник. – К., 2010. – 27 с.
5. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина: монографія / З.М. Митник, Г.О. Слабкий, Н.П. Крижина; за ред. В.М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
6. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок

- планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги) / Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

7. Системи охорони здоров'я – здоров'я – благополуччя: матеріали Європейської міністерської конференції ВООЗ по системам охорони здоров'я, 25–27 черв. 2008 р., Таллінн, Естонія [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: <http://www.who.int/en/> – Назва з екрану.
8. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? / A. Donabedian // Am. J. Public Health. – 1981. – Vol. 71, № 4. – P. 409–412.
9. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. – Vol. 1 : The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. – 143.

Статья поступила в редакцию 11.03.2015