

Основанная на ценностях, с цифровой поддержкой, пациент-ориентированная система медицинской помощи: норвежские и международные тенденции

Бернтшен Г

Пациенты с множественными хроническими заболеваниями (МХЗ) на протяжении длительных периодов сталкиваются с несколькими параллельными процессами лечения, несколькими лечащими специалистами и организациями [1]. Современные системы медицинской помощи как на международном уровне, так и в Норвегии профессионально-ориентированы, реактивны и характеризуются фрагментированностью ответственности и потока информации [2, 3]. Это особенно сильно сказывается на качестве обслуживания пациентов с МХЗ [1, 2, 5, 6]. Эта категория пациентов доминирует в качестве 10% самых дорогих пациентов и составляет 2/3 расходов вторичной медико-санитарной помощи [6, 7]. Не самое оптимальное качество медицинской помощи - это не только источник человеческих страданий; это также ведёт к расходам на медицинское обслуживание для этой группы пациентов [5, 8].

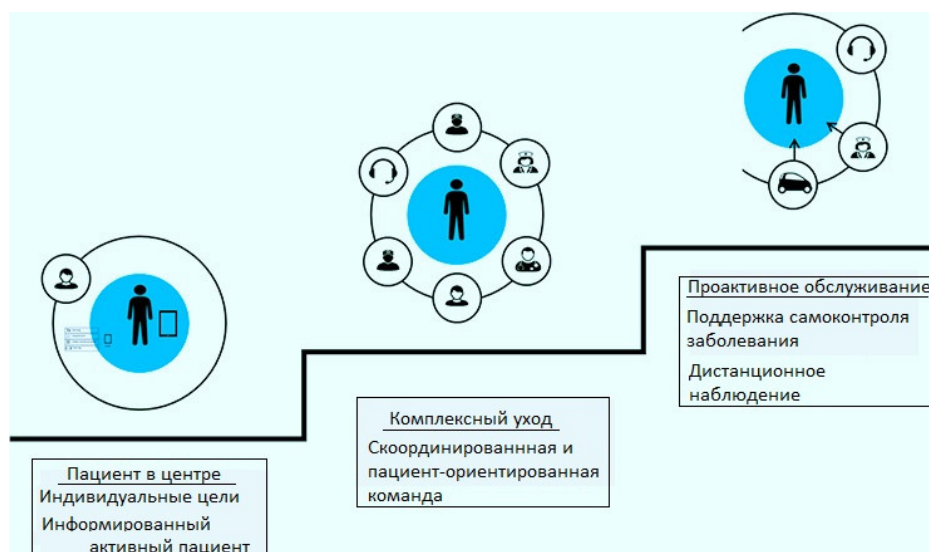
Растущие затраты, увеличение доли пациентов с МХЗ и увеличивающаяся продолжительность жизни негативно сказываются на устойчивости систем здравоохранения [11]. Существующие инфраструктуры ИКТ, как правило, отражают и закрепляют организационную раздробленность. К сожалению, норвежские и международные публикации показывают схожие системные проблемы для этой группы пациентов во всех западных странах [1, 2].

Актуальная литература указывает на модель помощи хроническим больным (МПХ) (Chronic Care Model) как наиболее хорошо документированную и наиболее широко изученную модель помощи пациентам с МХЗ. Она имеет системную, клиническую и пациентарную перспективы [10] и растущую базу фактических данных о влиянии на процессы оказания медицинской помощи, результаты в отношении здоровья и экономическую эффективность [11-13]. МПХ строится на двух столпах: «Информированный активный пациент» и «Проактивно подготовленная медицинская команда», участвующая в «продуктивных взаимодействиях» для «лучшего здоровья и функциональных результатов».

Хотя МПХ интуитивно понятен и воспринимается с энтузиазмом, в нём не указано, как реализовать эти идеи. Международные рекомендации требуют перехода от профессионально-ориентированной к пациент-ориентированной, от эпизодической к процессно-ориентированной, от реактивной к проактивной помощи и от лечения заболевания одним специалистом к скоординированной командной помощи [14].

Норвежский контекст ни в коем случае не является уникальным, поскольку системы здравоохранения борются за реформирование медицинской помощи во всем мире [14, 15]. ИКТ является ключевым стратегическим компонентом успеха МПХ. В амбициозном официальном документе «Один гражданин - один медицинский журнал пациента» норвежские органы здравоохранения признают ИКТ в качестве стратегического инструмента не только для улучшения рабочего процесса и качества медицинской помощи, но и жизненно важным для целей политики здравоохранения, связанных с вовлечением пациентов, самостоятельного контроля пациентов за заболеванием и их самоопределением.

В поисках более осязаемых стратегий исследователи рекомендуют трансформацию медицинской помощи с использованием цифровых инструментов, которая имеет три основных компонента: персонально-ориентированная, комплексная и проактивная помощь [15, 16].



Шаг 1: Персонально-ориентированная помощь. Компонент ПОП является основополагающим для партнерства между медицинскими специалистами и пациентом. Помощь, ориентированная на пациента, интересуется ответом пациента на вопрос «Что для вас важно?», лояльно относясь к этому ответу и реагируя/перестраиваясь в зависимости от него. На основании этого могут быть сформулированы индивидуальные реалистичные цели по уходу. Такие цели являются отправной точкой для скоординированных планов, а также для оценки и корректировки медицинской помощи.



Шаг 2: Интегрированная команда по уходу. Когда цели ясны, легче выявить наиболее важные типы компетенции медицинских специалистов, необходимые для разработки и реализации плана оказания медицинской помощи, соответствующего целям конкретного пациента. Члены профессиональной команды с дополняющими друг друга навыками/компетанциями работают вместе для достижения общей цели. *Примечание: без общей цели, описанной в шаге 1, координированное взаимодействие команды не возможно.*

Шаг 3: Проактивная и плановая помощь. Проактивная помощь начинается с поддержки самоконтроля заболевания пациентом, что позволяет пациенту, который извлекает максимальную выгоду из раннего вмешательства, эффективно выполнять свои задачи. Кроме того, план оказания медицинской помощи/ план лечения должен включать компоненты плановой и неотложной помощи, основанные на фактических данных, если таковые имеются, соответствующие целям конкретного пациента. Наконец, для небольшой части пациентов последующее наблюдение с помощью датчиков и/ или самоотчётность может помочь выявить ситуации, характеризующиеся повышенным риском предотвратимых кризисов. *Примечание: без идентифицированной команды, полученной на шаге 2, план активной интегрированной помощи не может быть составлен.*

Список литературы

1. Tinetti ME, Fried T, Boyd C. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. JAMA: the journal of the American Medical Association 2012;307(23):2493-94. doi: 10.1001/jama.2012.5265
2. Care ITISfQIH, ed. The Perspectives of Patients with Complex, Long-Term Pathways: A Mixed Method Analysis In Light Of Recommended Practice. # 1937. 32nd International Conference: Building Quality and Safety into the Healthcare System, 4th - 7th October, 2015; National Convention Center, Doha, Qatar.
3. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, et al. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. Family Practice 2008;25(4):287-93. doi: 10.1093/fampra/cmn040
4. Relman A. On Breaking One's Neck. The New York Review of Books 2014 Feb 6, 2014.
5. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ 2015;350 doi: 10.1136/bmj.h176
6. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. Journal of General Internal Medicine 2007;22 Suppl 3:391-5.
7. Helsedirektoratet. Prioriteringer i helsesektoren – Verdigrunnlag, status og utfordringer, 2012.
8. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. British Journal of General Practice 2011;61(582):e12-e21.

9. Heiberg I. High utilisers of somatic specialist health care in Northern Norway. [Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord]: SKDE; 2015 [Available from: <http://www.helse-nord.no/getfi...> accessed 2015-12-06.
10. Scott IA, Shohag H, Ahmed M. Quality of care factors associated with unplanned readmissions of older medical patients: a case-control study. *Intern Med J* 2014;44(2):161-70. doi: 10.1111/imj.12334
11. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs* 2008;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
12. Wagner EH, Austin BT, VonKorff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;74(4):511-&.
13. Scott IA. Chronic disease management: a primer for physicians. *Intern Med J* 2008;38(6):427-37.
14. de Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy* 2012;107(2-3):108-45. doi: 10.1016/j.healthpo.2012.06.006
15. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, et al. The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers. *Health Affairs* 2010;29(5):835.
16. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality & Safety in Health Care* 2004;13(4):299-305.
17. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report. Service Delivery and Safety, WHO, 2015.
18. WHO. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services, 2015.