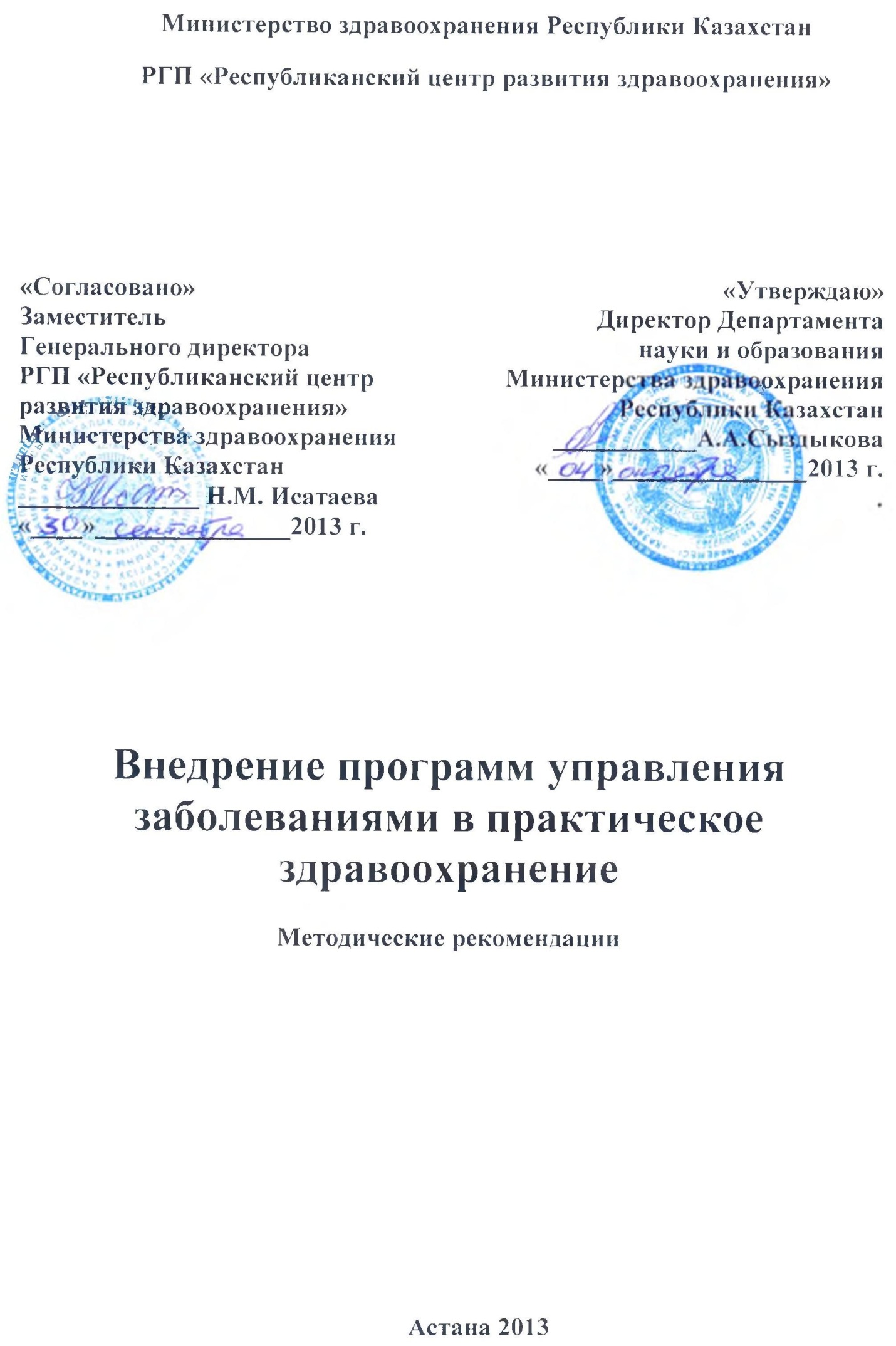
****

**УДК 614**

**ББК 51.1 (5Каз)**

**А 43**

Рецензенты:

Б.А. Айнабекова –

Г.А. Дербисалина –

Авторы:

Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.Т.

Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации./Актаева Л.М., Гаркалов К.А. и др. – Астана., 2013. – ХХ с.

ISBN 978-601-280-483-6

Данные методические рекомендации предназначены для практических врачей, участвующих в Республиканской программе управления заболеваниями. В методических рекомендациях рассмотрены организационные вопросы проведения мероприятий необходимых для успешного внедрения программ управления заболевания и достижения её эффективности, не касаясь вопросов диагностики и лечения заболеваний.

Авторы настоятельно рекомендуют при проведении лечебно-диагностических мероприятий по заболеваниям, включенных в данную республиканскую программу, руководствоваться стандартами оказания медицинской помощи, в частности клиническими протоколами.

Методические рекомендации обсуждены и рекомендованы к утверждению Ученым советом РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» (Протокол № 7 от 30 сентября 2013 г.)

Методические рекомендации подготовлены в рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Казахстана»

ISBN 978-601-280-483-6

Содержание

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Введение | 4 |
| 2. | Этапы внедрения программы управления заболеванием. | 9 |
|  | Этап 1. Выявление пациентов | 9 |
|  | Этап 2. Анкетирование и приглашение к участию в ПУЗ | 10 |
|  | Этап 3. Обучение пациентов | 11 |
|  | Этап 4. Организация контакта с участковым терапевтом | 14 |
|  | Этап 5. Организация работы мультидисциплинарной группы | 16 |
|  | Этап 6. Мониторинг данных и оценка результатов | 22 |
| 3. | Заключение | 23 |
| 4. | Список литературы. | 23 |
| 5 | Приложения. | 25 |
|  | Приложение 1. Примеры наглядной агитации | 25 |
|  | Приложение 2. Анкета | 28 |
|  | Приложение 3. Соглашение | 29 |
|  | Приложение 4. Примеры Программы школ для пациентов | 32 |
|  | Приложение 5. Примеры дневников самоконтроля | 35 |
|  | Приложение 6. Индикаторы эффективности ПУЗ | 37 |

1. **Введение.**

В 1993 году издательством Оксфордского университета была опубликована, ставшая уже классикой, книга «*Disease Control Priorities in Developing Countries*» (Приоритеты в контроле над болезнями в развивающих странах) и сопровождавший этот документ еще одно издание «*World Development Report 1993: Investing in Health*» (Доклад о мировом развитии 1993: инвестиции в здравоохранение), опубликованного Всемирным банком, ставшие целой вехой в медицинской литературе по теории общественного здоровья. Впервые лица принимающие решения в здравоохранении и работники общественного здравоохранения получили всеобъемлющий документ экономической эффективности доступных мер для решения наиболее распространенных проблем здравоохранения в развивающихся странах. В этих документах впервые были описаны закономерности здравоохранения по мере экономического развития стран и появляющиеся возможности экономии и перераспределения ресурсов через меры по управлению заболеваниями.

Авторы обратили внимание на ряд закономерностей. В частности, что каждый развивающийся регион сталкивается с переходом в эпидемиологическом профиле из одной среды с высокой рождаемостью и высокой смертности от предотвратимых причин, к другой среде в которой сочетаются в себе более низкие показатели рождаемости, изменение образа жизни, приводящее к старению населения и эпидемии табакокурения, ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и других хронических заболеваний. При чем сближение увеличения ожидаемой продолжительности жизни имеет место во всех развивающихся регионах независимо от их разницы в уровне доходов, и может быть объяснено только фактом расширений знаний о здоровье и прямого вмешательства систем общественного здравоохранения.

Проведение системных мероприятий, влияющих на наиболее распространенные и значимые, с точки зрения смертности, заболевания позволяют добиться улучшения показателей здоровья, при этом эти меры могут высокоэффективными с точки зрения и экономических затрат.

Хронические неинфекционные заболевания (далее - ХНИЗ) остаются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения, являясь ведущими причинами высокой преждевременной смертности и инвалидизации населения развитых стран (Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г., 2007; Brownson R.C., 2003). Не смотря на то, что в целом ряде стран мира отмечается рост показателей смертности от ХНИЗ, особенно от сердечно-сосудистой патологии, в то время как в США, Канаде и странах Западной Европы наблюдается снижение смертности от указанных заболеваний (Оганов Р.Г., 2003; Аронов Д.М., 2002). Развитие ХНИЗ объясняется воздействием многих факторов риска, основными из которых являются пол, возраст, курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела, повышенный уровень сахара крови, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность (Brownson R.C., 1998). По данным многих эпидемиологических исследований, роль вышеуказанных факторов в развитии сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний доказана и неоспорима (Оганов Р.Г., 2007).

Соответственно предупреждение факторов риска развития и прогрессирования ХНИЗ является важным направлением работы медицинских работников, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП). По данным Европейского региона ВОЗ, ХНИЗ обусловливает почти 86% от всей смертности и 77 % бремени болезней, что влечет за собой нагрузку на систему здравоохранения, наносит ущерб экономическому развитию. ХНИЗ являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан. Это обстоятельство делает проблему ХНИЗ для Казахстана особенно актуальной, особенно у жителей сельской местности, не всегда имеющих возможность наблюдения у специалиста.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) поставила перед собой цель глобального масштаба — снизить смертность по причине неинфекционных заболеваний еще на 2% в период с 2005 по 2015 год — избежав 36 миллионов смертей.

Профилактика заболеваний является приоритетной задачей ПМСП и включает в себя профилактику инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний, осуществляется на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. ХНИЗ – это ряд хронических заболеваний, включающих сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, хронические респираторные заболевания, психические расстройства, диабет.

Приоритетность мер по профилактике заболеваний в настоящее время является одним из принципов государственной политики в области здравоохранения. Одним из основных направлений профилактики является диспансеризация. Эффективность диспансерного учета остается сегодня одной из актуальных проблем современного здравоохранения.

Диспансеризация населения как система профилактических осмотров получила всеобщее распространение в 80-е годы ХХ-го века. Несмотря на высокие показатели охвата диспансеризацией в 80-е годы XX века (практически до 100%), эффективность результатов составляла не более 20% (И.М. Андреева, Н.Т. Комарницкая, 1989). До 80% от всех обращений населения за медицинской помощью составляют случаи обращения в амбулаторно-поликлиническое звено (Ю.П. Лисицын, 1982). Именно медицинские организации, оказывающие ПМСП, является тем учреждением здравоохранения, в котором ведется диспансерное наблюдение и учет диспансерных больных (Г.З. Демченкова, 1987; М.В. Кацман, М.М. Богданов, 1990).

В связи с накоплением большого объема информации по результатам диспансеризации и необходимостью их систематизации были разработаны автоматизированные скрининговые системы (Г.С. Попов с сотр., 1986; Л.А. Соколовская, 2005). Работы ученых тех лет (И.М. Андреевой (1989г.), Н.Т. Комарницкой (1986г., 1989г.), Г.З. Демченковой с соавт. (1979г., 1986г., 1987г.), М.Л. Полонского с соавт. (1987г.), И.Н. Тюльпина (1981г.), С .Я. Фредлина 1961г., 1964г., 1974г.), М.В. Кацман с соавт. (1990г.), В.А. Миняев с соавт. (1980г., 1983г., 1986г.), Г.А. Новгородцева (1983г., 1984г.), A.M. Сердюк (1991г.), А.Ф. Серенко (1976г., 1982г.) и др.) дали достаточно полную характеристику проблемам реализации диспансерного метода в городских поликлиниках и предложили различные подходы к их решению.

Однако, несмотря на огромное количество позитивных моментов, диспансеризация, особенно в том виде, в котором она проводится в настоящее время, является малоэффективной. В связи с чем необходимо искать новые формы профилактики и работы с населением, имеющим хронические неинфекционные заболевания.

Одной из таких форм являются так называемые программы управления заболеваниями (далее - ПУЗ).

Более десяти лет назад в ответ на ряд проблем, которые возникли в медицинском обслуживании за последние годы, была предложена концепция Disease Management – новый структурированный системный подход, по определению Epstein R.S. & Sherwood L.M. (1996) «максимально обеспечивающий реализацию функциональных возможностей пациента, снижающий риск развития болезней, инвалидизацию и смертность, и поднимающий на новый уровень продуктивность и рентабельность» здравоохранения.

Теория, лежащая в основе управления болезнью, утверждает, что ресурсы здоровья могут использоваться более эффективно, если пациент становится активным «центром, вокруг которого здравоохранение организуется» (Hunter D. G., 1999). Пациенты должны быть вовлечены как партнеры в процесс оказания помощи (Clark N. M., Gong M., 2000; Holman H., Lorig K., 2000), иметь широкий контроль над собственным лечением, быть полностью информированы и принимать ответственность за процесс управления своим здоровьем.

Управление болезнью (Disease Management) – целостная концепция, которая организует структуру и порядок оказания медицинской помощи адекватно процессу развития заболевания у конкретного пациента.

Согласно определению Американской ассоциации управления болезнью (DMAA), Disease Management – система скоординированных вмешательств и коммуникаций в целях охраны здоровья населения, имеющего состояния, при которых усилия самого пациента по охране здоровья являются существенными.

Концепция включает поддержку взаимодействия между врачом и пациентом с целью совместного планирования индивидуальной стратегии управления болезнью; акцент на предотвращении обострений и осложнений хронических заболеваний, используя научно-обоснованные принципы и модели, предполагающие полноценное участие пациента в процессе получения медицинской помощи; оценку результатов клинических, психологических и экономических усилий с целью последующей разработки мер по улучшения здоровья в целом.

Управление болезнью обеспечивается следующими составляющими ():

1) процесс идентификации групп пациентов, нуждающихся в управлении болезнью;

2) организация помощи в процессе управления болезнью на основе достоверно измеренных данных актуального состояния пациента;

3) модель практического сотрудничества пациента с врачами и другими поставщиками медицинских услуг (средний медицинский персонал /менеджеры по уходу за пациентами/, клинические фармакологи, социальные работники, волонтеры);

4) обучение пациента самоуправлению здоровьем (может включать первичную профилактику, программы модификации поведения, комплайенс-наблюдение);

5) текущий и окончательный анализ, оценка и планирование;

6) регулярная обратная связь (может включать обстоятельные беседы с пациентом, врачом и вспомогательными службами в целях коррекции «плана здоровья»).

Характерная особенность указанного подхода – стремление помочь пациентам быть более компетентными в управлении своим поведением и эмоциями, которые могут быть вызваны самыми различными факторами при получении медицинской помощи.

Концепция особенно эффективна при хронических болезнях, рассматривая пациентов скорее как индивидуумов, переносящих хронический клинический курс болезни и ее лечения, нежели как переносящих ряд дискретных эпизодов. К тому же, каждая хроническая болезнь – астма, диабет, артрит, депрессия и т. д. – более не рассматривается отдельно. Пришло понимание того, что одинаковые стратегии (образовательные, поведенческие и когнитивные вмешательства, социальная поддержка и др.) могут быть одинаково эффективны в лечении многих хронических состояний. Современные подходы в лечении синтезируются, основываясь на физических, психологических, социальных, культурных и духовных потребностях пациентов.

Важным является пересмотр известного представления о выздоровлении - это более не «возврат к норме» или «исцеление». Выздоровление включает «глубоко личный уникальный процесс изменения установок, ценностей, чувств, целей, навыков и «ролей» человека. Оно подразумевает плодотворную жизнь, даже при наличии ограничений, связанных с болезнью, и включает развитие нового смысла и цели жизни человека по мере того, как он преодолевает катастрофические эффекты болезни» (Roberts G., Wolfson P., 2004).

Disease management развивается как важный раздел здравоохранения (Davis R. M. et al., 2000; Hunter D. J., 2000); широко поддерживается реформаторами здравоохранения, желающими сокращать затраты финансирования и улучшать результаты лечебно-профилактических мероприятий (Hunter D., Fairfield G., 1997; Robinson R., Steiner A., 1998).

Управление болезнью располагает широкой международной поддержкой как оптимальный подход к планированию и обеспечению охраны здоровья (Kesteloot K., Defever M., 1998). Оно приветствуется как структурированное системное решение ряда проблем, которые возникли в медицинском обслуживании в последние годы.

1. **Этапы внедрения программы управления заболеванием.**

**Этап 1. Выявление пациентов**.

Основное концептуальное положение эффективности любой ПУЗ – успешная работа первичного звена, как элемента системы здравоохранения, как наиболее часто и массово взаимодействующего с населением. Именно медработники ПМСП являются ведущим звеном в оказании помощи больным ХНИЗ. В связи с тем, что в республике Казахстан планируется внедрение программ управления такими заболеваниями, как: сахарный диабет (далее - СД), артериальная гипертензия (далее – АГ) и хроническая сердечная недостаточность (далее - ХСН), в дальнейшем мы будем вести речь только об этих трех патологиях.

Одной из важных задач при организации оказания помощи больным СД, АГ и ХСН является организация процесса выявления таких больных среди прикреплённого населения. Раннее привлечение пациентов к Программе управления заболеванием, применение пациентом профилактических мер и базисной терапии позволит предотвратить осложнения, выход на инвалидность, преждевременную смертность.

В настоящее время существуют несколько способов выявления этих заболеваний:

- профилактические медицинские осмотры целевых групп населения (скрининги);

- самообращение пациентов с соответствующими жалобами;

- активное выявление пациентов, обращающихся в МО по другим причинам.

На наш взгляд резерв последнего способа также задействован недостаточно. Население помимо обращений к своему врачу (участковому, общей практики) обращается и в другие медицинские организации (далее - МО) или к врачам специалистам, средним медработникам данной МО. До настоящего времени этот резерв контактов не был в достаточной мере использован для организации выявления больных с СД, АГ и ХСН.

В связи с этим предлагается следующие меры:

- обязательное измерение артериального давления всем обратившимся за медицинской помощью;

- обязательное исследование обратившегося в МО в рамках скрининга, при соответствии возраста, независимо от повода обращения;

- активное использование наглядных пособий для обращения внимания населения на первые симптомы АГ, СД, ХСН (Приложение 1);

- создание условий для обследования обратившегося при появлении у него мотивации (доврачебные кабинеты, кабинеты для скрининга и т.п.).

**Этап 2. Анкетирование и приглашение к участию в ПУЗ**.

Следующим этапом, для вновь диагностированных, и первым для лиц, уже имеющих заболевание, является его анкетирование (Приложение 2). Анкета проводится для решения следующих задач:

- Определение уровня информированности населения о ПУЗ;

- Определение наилучшего канала информации о ПУЗ для населения;

- Наличие согласия/несогласия участия в ПУЗ и их причины;

- Определение уровня мотивации пациента к участию в ПУЗ;

- Ожидания пациента.

После получения согласия пациента на участие В ПУЗ ему еще раз должны объяснить преимущества его участия в Программе, на что пациент имеет право в рамках ПУЗ, а также его обязанности (Приложение 3). После чего заключается договор.

Обращаем внимание медицинских работников, что договор имеет двустороннюю ответственность и обязательства. Свою эффективность ПУЗы показали в странах со страховой моделью здравоохранения, так в данном процессе были заинтересованы обе стороны: пациент получал улучшение качества жизни, страховая компания экономила ресурсы, в связи с меньшим количеством обращений за медицинской помощью разного уровня и наступлением более длительной ремиссией заболевания.

Опыт проведения ПУЗ в Германии (Х. Наджел и др., 2008)свидетельствует, что с того момента, как договор заключен, сотрудники здравоохранения должны лечить человека в соответствии с последними рекомендациями клинических руководств, строго следовать рекомендуемым правилам и тщательно заносить всю документацию в компьютер. От сотрудников здравоохранения также требуется определить цели индивидуального лечения, что следует делать совместно с каждым человеком, страдающим заболеванием, а затем разработать индивидуальный план лечения. Каждому человеку с заболеванием следует прикрепиться к врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь, посещать образовательные семинары по конкретным проблемам и регулярно посещать поликлинику или врачебную амбулаторию.

**Этап 3. Обучение пациентов.**

Самые подробные рекомендации, полученные от врача, не могут охватить все разнообразие ситуаций, в которых может оказаться человек. Необходимость создания центров обучения, которые в нашей стране получили название «школ» (Школа диабета, Школа больных артериальной гипертензией, Астма-школа и др.), определяется прежде всего низким уровнем знаний людей о своем заболевании и стремлением расширить свои представления о нем. Свидетельством неправильных представлений о болезни могут служить такие примеры, как распространение мифических способов излечения от неё или применение неапробированных методов лечения, которые могут нанести серьезный вред организму.

Роль самого человека в лечении хронического заболевания не может ограничиваться пассивным подчинением медицинским назначениям, как при острых ситуациях. К сожалению, до сих пор приходится сталкиваться в практике лечения ХНИЗ с такой позицией, когда врач считает: «Я знаю про заболевание больше, чем пациент, значит, я буду решать за него». Такой врач обычно отказывает человеку в активном участии в лечебном процессе, не одобряет поиска информации с его стороны и практически не принимает во внимание психологические особенности и обстоятельства жизни. Разумеется, экспертом в области болезни является врач. Однако принятие окончательных решений по проблемам жизни с этим заболеванием, — безусловно, прерогатива самого человека. Руководствуется он при этом не только медицинскими, но также социальными соображениями, и принимает такие решения в силу своих психологических особенностей. Соответственно, врач не может не принимать во внимание перечисленные обстоятельства, так как они непосредственно влияют на результаты лечения.

На самом деле успешное лечение всех хронических заболеваний невозможно без активного, грамотного и самостоятельного проведения лечения самими людьми в амбулаторных условиях. Например, практика лечения диабета требует от человека многих специальных знаний и навыков и, с учетом меняющихся обстоятельств жизни (разные условия питания, поездки, сопутствующие заболевания и т.д.), – принятия самостоятельных решений медицинского характера. Разумеется, для освоения таких умений необходима специальная подготовка с участием медицинских профессионалов, которую, собственно, и называют обучением. Хотелось бы подчеркнуть, что принципиальной целью терапевтического обучения является не просто передача информации о болезни, а оказание лечебного эффекта.

Методологической основой обучения являются специально разрабатываемые структурированные программы (Приложение 4). Структура программы подразумевает четкую регламентацию объема и определенную последовательность изложения материала. Для каждого раздела формулируются учебные цели и оговаривается необходимый набор наглядных материалов, а также педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков. Программа должна содержать необходимый минимум информации, но при этом предусматривается возможность для каждого человека с диабетом получить дополнительные сведения, овладеть какими-либо навыками (например, использованием глюкометра или тонометра), даже если они не входят в структуру программы.

Обучение в «школе» не имеет ничего общего с простым чтением лекций. Ведь проводящий лекцию специалист не получает прямой информации о том, достигают ли слушатели целей обучения. В отличие от этого, наши занятия имеют форму беседы, обучающий персонал должен найти к каждому человеку в группе свой подход. Приветствуется, когда в процессе обучения люди задают обучающему любые волнующие их вопросы, участвуют в дискуссиях, свободно выражая свое, пусть нестандартное, мнение, а обучающий внимательно их выслушивает и анализирует. Несмотря на то, что процесс обучения по заболеванию называют «школой», нельзя понимать его в банальном смысле этого слова, так же, как и в качестве варианта санитарно-просветительной работы.

Обучение эффективно только при проведении его «живым лицом» - врачом, медицинской сестрой и т.д. Аудио-визуальные средства обучения (книги, брошюры, фильмы, компьютерные программы и т.д.) служат лишь дополнением или применяются для контроля полученных знаний. Основными формами обучения являются групповая, т.е. «школа» (не более 7-10 человек), и индивидуальная (применяется, например, при впервые выявленном диабете). Школа диабета во многом значительно эффективнее индивидуального обучения при работе со взрослыми, так как появляется возможность делиться опытом, наблюдать успехи у других и самому стремиться к достижению таких успехов Обучение может проводиться как в стационарном (5-10 дней пребывания в больнице), так и амбулаторном (по типу дневного стационара) вариантах. Второй вариант хорош тем, что позволяет врачу наблюдать за течением болезни в реальной, а не больничной жизни.

Кроме теоретических знаний, в «школе» в обязательном порядке даются практические навыки, касающиеся самоконтроля. Так при диабете необходимо обучить самостоятельному контролю глюкозы крови, технике инъекций инсулина, правил ухода за ногами, выбора правильного питания, физических нагрузок и в целом ведения более свободного образа жизни. Необходимым компонентом обучения является работа с «личными дневниками пациента». Результаты самоконтроля АД или глюкозы крови обучаемый человек заносит в дневник, что служит базисом для самостоятельного лечения и его последующего обсуждения с врачом. Обученный человек сам может менять дозы базисных препаратов или корректировать свое питание, добиваясь приемлемых значений, позволяющих предотвратить в будущем развитие осложнений. На основе дневников, которые ведут обучаемые, проводится разбор ошибок и разъяснение вопросов, оставшихся неясными во время обсуждения на занятии.

Таким образом, обучение больных ХНИЗ улучшает самоконтроль, повышает приверженность пациентов к лечению. В результате обучения в «Школах здоровья» происходит улучшение качества жизни больных, к снижению числа госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи. По данным клинико-экономического анализа применение всех форм обучения больных ХНИЗ приводит к снижению показателя «стоимость болезни» вследствие снижения потребности в медицинской помощи, а также к оптимизации структуры затрат на лечение пациентов.

**Этап 4. Организация контакта с участковым терапевтом**

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации ВОЗ скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения как развитых, так и развивающихся стран мира.

Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения. Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю и уходит корнями в советское прошлое. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г., согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению.

Однако запланированное ежегодное всеобщее обследование населения не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным. Центральной фигурой её проведения должен являться участковый врач. Именно на него, как хорошо знающего население своего территориального участка, наряду с участковой медсестрой ложится вся ответственность за проведение профилактических осмотров и скринингов. Однако, с учетом целого ряда факторов (большая нагрузка на участковую службу, отсутствие её материальной заинтересованности в качественном проведении, разрозненность со специализированной службой, куда в основном стремяться попасть пациенты, снижение мотивации самих пациентов в участии в диспансеризации, её заорганизованность) привели к значительному снижению эффективности диспансеризации.

Программа управления заболеваниями подразумевает несколько иную роль участковых медицинских работников. Тем не менее необходимо учитывать предыдущий опыт наблюдения за хроническими больными. Однако, есть опасения, что без специальных образовательных курсов, заинтересованности и контроля со стороны руководства медицинской организации, стимулов для всех участников процесса результат внедрения программы управления заболеваниями может не превзойти результаты системы диспансеризации.

В связи с чем, участковая служба должна работать в команде хорошо выполняя свою часть ответственности.

На участкового врача ложиться выполнение следующих задач.

- раннее выявление СД, АГ и ХСН, основных факторов риска их развития у пациента;

- совместно с врачом ЗОЖ разрабатывается индивидуальная программа по снижению имеющихся факторов риска;

- проведение разъяснительной работы среди пациентов о программе управления заболеваниями;

- организация подписания соглашения по участию в ПУЗ;

- заполнение карты участия пациента в ПУЗ и составление индивидуального плана пациента по участию в ПУЗ;

- организация группы для проведений занятий в «школе»;

- участие в мультидисциплинарной группе по ведению и лечению пациента;

- мониторинг приверженности пациента рекомендациям и ведения дневника самоконтроля (Приложение 5);

- поддержка связи (в том числе телефонной) с пациентом;

- организация обследования, консультации специалистов в соответствии с индивидуальным планом или показаниями;

- сбор и анализ данных о пациентах, участвующих в ПУЗ;

**Этап 5. Организация работы мультидисциплинарной группы**

С течением времени роль медицинского работника меняется. Эти изменения происходят под влиянием социальных, технологических и политических факторов и научных исследований, которые влияют на способы и уровень предоставления медицинской помощи и на роль пациентов с ХНИЗ в лечебном процессе.

В разных странах внедрение междисциплинарного подхода в обучение и управление больных с ХНИЗ находится на разных этапах развития. Конкретные задачи, выполняемые отдельным членом междисциплинарной группы, будут различаться в зависимости от страны и категории специалистов. Различия будут также определятся имеющимися ресурсами и оборудованием. В должностных инструкциях обычно описываются задачи, а не роль специалиста. С конца 19 века медицина шагнула далеко вперед, но до сих пор существуют значительные различия в подготовке специалистов по обучению больных ХНИЗ и контроле болезни, по сути у нас в стране никто не учит врачей этим навыкам.

Во многих странах специалисты, оказывающие медицинскую помощь людям с ХНИЗ, получают дополнительную подготовку. По своему содержанию эти специализированные программы обучения междисциплинарные, их продолжительность колеблется от двух недель до нескольких лет на аспирантском уровне.

А ведь роль специалиста по соответствующей нозологии гораздо больше, чем просто скорректировать терапию участкового терапевта. Как мы уже говорили одна из его задач обучение пациента, ибо это основа самоконтроля, который играет важнейшую роль в улучшение результатов лечения ХНИЗ. Обучение необходимо для приобретения навыков самоконтроля (или изменения поведения) и эффективного и уверенного осуществления самоконтроля на протяжении всей жизни с хроническим заболеванием.

Медицинские работники несут ответственность перед людьми с ХНИЗ за предоставление им современных знаний и формирование у них навыков, необходимых для управления течением болезни и достижения оптимальных результатов. Для предоставления эффективного обучения от медицинских работников требуются прочные знания о хроническом заболевании и навыки; установление позитивных отношений с людьми, страдающими ХНИЗ, и членами их семей. В пределах своих функций и области работы, медицинские работники, оказывающие специализированную медицинскую помощь, должны нести ответственность за обучение больных самостоятельному управлению заболеванием. Научные исследования способствуют быстрому развитию науки о хронических заболеваниях, что обусловливает необходимость в постоянном совершенствовании знаний. Медицинские работники обязаны повышать свой уровень знаний и анализировать практику с целью повышения качества обучения и медицинской помощи. В зависимости от системы здравоохранения, в обучении людей с ХНИЗ, их лечении и уходе участвуют специалисты разных профилей. Важно, чтобы оказываемая ими помощь была согласованной и научно обоснованной.

*Основные области деятельности специалистов*.

Медицинские работники разных профилей выполняют функции специалиста по СД, АГ или ХСН. В их деятельности можно выделить шесть основных, интегрированных областей:

- Клиническая работа – оценка, выбор способов лечения, терапевтическое вмешательство и исследования;

- Обучение – включает обучение людей с соответствующим заболеванием, первичную и вторичную профилактику болезни и профессиональное развитие;

- Консультирование;

- Научные исследования – умение находить отчеты исследований и критически их оценивать; умение применять данные исследований на практике (научно обоснованная практика); проведение исследовательских программ и программ управления качеством;

- Управление/руководство – включает планирование, ведение документации, руководство отделами, планирование предоставления услуг;

- Лидерство и образец поведения.

Время, отводимое на каждое направление, зависит от обязанностей в должностной инструкции и других факторов, действующих в определенный период. Область применения и задачи определяются компетенциями. Компетенции обозначают умения специалиста, которых от него ожидают пациенты с ХНИЗ, коллеги и работодатели.

*Объем работы специалиста*.

- Анализ клинического состояния диабета и потребностей в обучении

- Планирование – разработка индивидуальных планов, предусматривающих необходимые вмешательства и процесс изменения поведения

- Реализация согласованных индивидуальных планов обучения

- Оценка результатов обучения и помощи

- Документирование образовательного процесса, включая последующую работу

- Воздействие на системные преобразования - содействие развитию и воздействие на стратегическое планирование и политику в области здравоохранения в части профилактики, ухода, обучения, лечения и научных исследований применительно к диабету.

Специалисты по заболеванию (кардиолог, эндокринолог) должны взять на себя обязанности, выходящие за рамки оказания непосредственной помощи больным с ХНИЗ.

Повышение осведомленности общества о значении профилактики и о трудностях жизни с СД, АГ и ХСН должны стать одним из основных предназначений узкого специалистов в поликлинике.

Эти специалисты должны защищать интересы людей с СД, ХСН и АГ для обеспечения им адекватного уровня медицинской помощи и возможности участия в общественной жизни. Помимо этого, необходимо привлечь внимание людей к особой роли обучения в управлении заболеванием.

Специалисты по ХНИЗ могут оказать существенное влияние на правительства и структуры, обеспечивающие финансирование здравоохранения, в плане разработки политики, учитывающей значимость непрерывного образования, клинического лечения и научных исследований в соответствующей области.

*Роль междисциплинарной группы*

В круг обязанностей членов группы входит обучение, медицинская помощь и лечение, разработка внутренних правил, проведение мероприятий и мониторинг.

Многие из медицинских работников, а иногда им помогают и пациенты, выполняют все или часть этих обязанностей, в зависимости от знаний и компетенций, что в значительной степени определяется их образованием.

Каждый из членов группы имеет свою область специализации и навыки. Специалисты определенной категории, например, в области ухода за ногами больного диабетом или сестринского дела, работают в соответствии с правовыми и профессиональными требованиями, установленными для этой категории работников.

Не следует забывать, что каждый из специалистов имеет ограниченные знания и компетенции и поэтому в необходимых случаях следует консультироваться или направлять пациента к другому специалисту.

С ростом числа хронических больных повышается потребность в специалистах широкой квалификации. Поэтому требуется уважение, терпимость, разделение обязанностей и тесное взаимодействие между членами команды для предоставления людям с ХНИЗ научно обоснованного обучения и лечения.

*Согласованная работа группы*

Команды, в которых усилия членов действительно объединены, более эффективны. Это не значит, что один специалист выполняет работу другого, но границы обязанностей в таких группах более подвижные и существуют возможности их дублирования.

Например, диетолог понимает значение показателей глюкозы в крови и может помочь людям в их интерпретации. Медсестра может оказать помощь в вопросах питания, врач может закрепить то, чему пациента научили медсестра и диетолог.

Определяющим фактором успеха работы команды является тесное взаимодействие между ее членами.

К сожалению, в настоящее время в нашем здравоохранении у врачей поликлиник отсутствуют навыки работы в команде и пациент предоставлен сам себе (Рисунок 1). И в настоящее время неизвестно, как на возможности создания команд повлияют проводимые рефрмы финансирования ПМСП, в частности введение КПН.

Рисунок 1. Современное взаимоотношение медицинских работников и пациента

Предоставление же медицинской помощи группой специалистов требует коллективных усилий, при этом пациент с ХНИЗ остается в центре внимания (Рисунок 2). Все члены команды, включая пациента, должны совместно определять способы лечения, обучения и самоконтроля и отслеживать достижение этих целей.

В каждой стране существуют свои программы подготовки со специализацией в обучение больных и управлением заболеванием. Нашей стране только предстоит организовывать подобные курсы.

Можно выделить основные необходимые компетенции для работы в команде

по управлению заболеванием. Хорошим источником информации для развития таких компетенций является Международная учебная программа подготовки специалистов по диабету.

Психологические, личностные и социально-экономические факторы оказывают значительное влияние на исход лечения хронических болезней и могут иметь для человека большее значение, чем его личные знания о болезни. Поэтому специалисты по ХНИЗ должны уметь правильно оценивать эти состояния.

Непрерывность предоставления медицинской помощи играет важную роль и обеспечить это будет легче, если у членов команды общая основная база знаний.

Рисунок 2. Работа мультидисциплинарной команды требует совместных усилий

Преподавание и учение составляют часть непрерывного, взаимосвязанного процесса. Наряду с эффективным общением они являются необходимыми компонентами в реализации роли специалиста по хроническому заболеванию.

Таким специалистам необходимо учитывать взаимодействие между обучением, изменением поведения и самостоятельным управлением пациентом своим заболеванием.

Учитывая научную обоснованность их практики, научные исследования являются важным компонентом в реализации роли специалиста. Это означает, что они должны уметь:

- выявлять трудности или проблемы в оказании медицинской помощи

- давать точное описание проблемы

- найти и просмотреть соответствующую литературу, в том числе руководства и протоколы, чтобы ознакомиться с существующими взглядами на проблему

- оценить соответствие результатов и рекомендаций и возможность их применения

Для подготовки специалистов для участия в ПУЗ существует незначительное количество аккредитованных программ в учебных заведениях за рубежом. Большая часть программ, предлагаемых на уровне бакалавра, например сестринское дело и диетология, уделяют ограниченное время СД, ХСН или АГ и не готовят специалистов для работы по обучению этих больных.

Многие специалисты осваивают основы специальности на рабочем месте. Важную роль играет обучение на основе опыта, но такое обучение лучше сделать частью формальной программы обучения, которая основана на научных данных и включает участие наставника и процесс оценки.

После каждого вмешательства, специалистам проводящим лечение больного с хроническим заболеванием следует осмыслить происшедшее и спросить себя, что можно улучшить и какие знания и навыки им необходимы для профессионального развития.

Результатом рефлективной практики является новый опыт и профессиональный рост.

Таким образом, мультидисциплинарная команда должна играть важную роль в ведении пациента, участвующего в ПУЗ, и руководителям медицинских организаций ПМСП необходимо пересматривать организацию работы по мере уменьшения нагрузки на специалистов, если он заинтересован в эффективности ПУЗ.

**Этап 6. Мониторинг данных и оценка результатов**.

Оценочная деятельность — важная часть программы. Цель мониторинга и оценочные исследования — оценить эффективность программ по управлению заболеванием в сравнении с традиционным лечением, а также определить уровень удовлетворенности программами.

Недавно были опубликованы первые результаты по исследованию ELSID. Первоначальные результаты этого исследования, включавшего 3500 человек с диабетом типа 2, изучало уровень мотивации и качества лечения

по отзывам этих людей. Те, кто участвовал в программе по управлению заболеванием с большей готовностью называли свое лечение структурированным и совместным, в котором пациент занимает центральное место. Эти результаты свидетельствуют о том, что программы по управлению заболеванием могут действительно оказывать значительное влияние на проведение лечения. И хотя внедрение новых предписаний принесет и без того занятым сотрудникам здравоохранения определенные неудобства, управляемое лечение людей, получающих амбулаторное лечение в рамках программы, все же значительно улучшится.

Поэтому очень важно фиксировать все результаты, полученные в ходе участия пациентов в программе управления, используя карты пациента и индикаторы.

Особую роль играют дневники самоконтроля. Полученные результаты ежедневного мониторинга гликемии, или измерения АД, а также дозы употребляемых лекарственных средств, события, которые могли, по мнению пациента, повлиять на контроль АД или глюкозы (например, физическая нагрузка), записываемые пациентом в дневник самоконтроля дают большую информацию для анализа и последующих действий. Дневник с соответствующими регулярными записями является основой для коррекции терапии как самостоятельно, так и при консультациях с врачом. Пациентам, не ведущим дневник самоконтроля, тяжелее достигнуть хорошего контроля заболевания и управлять своим заболеванием.

Индикаторы предлагается разделить на несколько уровней: для пациента, медицинской организации и в целом для региона (Приложение 6.)

1. **Заключение.**

В настоящее время, благодаря развитию эффективных методов диагностики и лечения, большинство хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, хотя и нельзя полностью излечить, можно надежно контролировать и обеспечивать профилактику осложнений. Доказательством этого служат многие исследования. В частности, многолетнее исследования по профилактике осложнений при сахарном диабете 1 типа показало, что при соответствующем обучении, проведении самоконтроля глюкозы крови интенсивная инсулинотерапия позволяет снизить развитие осложнений диабета на 50-70%. Полноценное и своевременное применение этих мер существенно продлевает жизнь людей, а также повышает ее качество. Конечно, это не такая простая задача, но она вполне выполнима. И обязательным компонентом такого лечения является совместные слаженные действия пациента и медицинской команды.

То же касается исследований управления гипертонии в рамках ПУЗ, проводимых в США (Luepker RV, 1994) и Финляндии (Tuomilehto J, 1984), которые выявили снижение частоты инсульта, и распространенность его среди мужчин. Исследователи связывали этот результат с активным участием в программе всех ресурсов в контроле гипертонии – самих пациентов, их родственников, медработников, а также санитарного просвещения, в том числе с участием средств массовой информации.

Таким образом, изменение поведения, приверженность лечебным и профилактическим советам медицинской команды, контроль и самоконтроль заболевания может привести к значительному улучшению показателей здоровья региона при этом не требуя больших экономических вложений, как пересадка сердца, и другие инвазивные методы лечения, к которым вынуждены прибегать медицинские работники в случаях неуправляемого заболевания. Внедрение же программ управления заболеванием способствует лучшим показателям, но требует усилий не только пациента, но и всей системы здравоохранения.

1. **Список литературы**
2. Романова Е.В., Мельничук В.Г. « Современная концепция управления болезнью», перевод с сайта [Disease Management Association of America /DMAA.org/](http://www.dmaa.org/)
3. Полуничева Е.В. "Ближайшие и отдаленные результаты обучения больных гипертонической болезнью в ""Школе пациента", автореф. к.м.н.
4. Ушакова С.Е. «Клинико-экономическое обоснование системы обучения пациентов с артериальной гипертонией», автореф. к.м.н.
5. International Diabetes Federation :International Curriculum For Diabetes Professional Education, 2nd Ed. Brussels, 2008. Роль медицинских работников в уходе, обучении и лечении больных сахарным диабетом, перев.
6. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors: the Stanford Five-City Project. JAMA. 1990;264:359 –365.
7. Luepker RV, Murray DM, Jacobs DR, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, Crow R, Elmer P, Finnegan J, Folsom AR, Grimm R, Hannan PJ, Jeffery R, Lando H, McGovern P, Mullis R, Perry CL, Pechacek T, Pirie P, Sprafka JM, Weisbrod R, Blackburn H. Сommunity education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. Am J Public Health. 1994;84:1383–1393.
8. Tuomilehto J, Nissinen A, Wolf E, Geboers J, Piha T, Puska P. Effectiveness of treatment with antihypertensive drugs and trends in mortality from stroke in the community. BMJ. 1985;291:857– 861.
9. WHO (World Health Organization). 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development—Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO. <http://www.cmhealth.org/>.
10. 2002. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO.
11. 2003a. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO.
12. 2003b. Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva: WHO.
13. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Ed, 2006 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
14. Effects of a Long-term Hypertension Control Program on Stroke Incidence and Prevalence in a Rural Community in Northeastern Japan, Hiroyasu Iso, Takashi Shimamoto, Yoshihiko Naito, Shinichi Sato, Akihiko Kitamura, Minoru Iida, Masamitsu Konishi, David R. Jacobs, Jr and Yoshio Komachi, Stroke. 1998;29:1510-1518
15. Программы по управлению заболеванием для людей с диабетом в Германии: rонцепция, применение и перспективы/ Хейнц Наджел, Томас Бэхринг, Вернер А Щербаум/ DiabetesVoice, 2008, #3
16. Nagel H, Baehring T, Scherbaum WA. Implementing Disease Management Programs for Type 2 Diabetes in Germany. Managed Care, 2006; Special issue: S50-S53.
17. Дедов И.И, Шестакова М.В. Значимость результатов исследования ADVANCE для контроля сахарного диабета в России // Сахарный диабет. 2009; 2: 4–5.

Приложение 1.

Пример наглядной агитации по раннему выявлению сахарного диабета

**Если:**

* **Вы чувствуете себя уставшим;**
* **Вы теряете вес;**
* **У вас появилась инфекция, которая медленно вылечивается;**
* **Вам постоянно хочется пить;**
* **Ваше зрение становится расплывчатым.**
* **У вас частое мочеиспускание**
* **Вас беспокоит зуд кожи или слизистых оболочек.**

Пример наглядной агитации по раннему выявлению артериальной гипертонии

**ЕСЛИ ВЫ ЗАМЕЧАЛИ У СЕБЯ:**

****

**Головокружения**

**Головные боли**

**Пульсирующее ощущение в голове**

**Сердцебиение**

**Покраснение лица**

**Ухудшение памяти**

**Снижение работоспособности**

**Мушки перед глазами**

**Потемнение в глазах**

**Онемение рук и пальцев**

**Отеки лица и век утром**

**Тревогу, озноб**

Измерьте

артериальное давление

Пример наглядной агитации по раннему выявлению сердечной недостаточности

**При первых признаках**

**сердечной недостаточности:**

**- повышенная утомляемость;**

**- одышка при привычной физической нагрузке;**

**- кашель с выделением белой или розовой пенистой мокроты, усиливающийся в горизонтальном положении, в ночное время;**

**- отеки на ногах, появление «ямок» при надавливании;**

**- снижение массы тела;**

**- посинение носогубного треугольника или ногтей;**

**Срочно обратитесь к врачу!**

•



Приложение 2.

Анкета

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ год рождения , пол\_\_ М Ж

Диагноз: (заполняется врачом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие средства вы принимаете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Слышали ли о Программах управления заболеваниями до сегодняшнего дня?

Если да, то:

- от своего участкового врача

- от врача-специалиста

- из газет, радио, телевидения

- от других пациентов, страдающих этим же заболеванием

- другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Готовы ли Вы участвовать в Программе управления заболеванием Да? Нет?

Если **нет,** то почему? :

- считаю это очередной кампанией без определенного эффекта!

- самостоятельно хорошо справляюсь со своим заболеванием!

- не верю в возможность медиков улучшить мое состояние!

- другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если да, то почему?

- появилась возможность более тесного общения со специалистом!

- давно искал подобную программу, чтобы улучшить свое состояние!

- подписание договора дисциплинирует и способствует выполнению назначений!

- появилась возможность постоянно находится под наблюдением разных специалистов!

- другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оцените свое желание участвовать в программе от 1 до 10 баллов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Что вы ждете от данной программы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спасибо за участие в анкетировании!

Приложение 3.

Соглашение

об участии в Программе управления

хроническими неинфекционными заболеваниями

№ \_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Гражданин (гражданка) (или его законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (ая) (Ф.И.О., дата рождение, удостоверение личности)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» с одной стороны и «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», лицензия на право (наименование организации здравоохранения)

осуществления медицинской деятельностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, дата выдачи, кем выдано)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий (ая) на основании Устава

(должность, Ф.И.О.)

(Положения), с другой стороны, именуемое в дальнейшем «Организация здравоохранения» заключили настоящее Соглашение об участии в Программе управления хроническими неинфекционными заболеваниями (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Организация здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) обеспечивает пациента:

- бесплатными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на амбулаторном уровне;

- консультированием на постоянной основе;

- внеочередным обслуживанием, в том числе с использованием телекоммуникаций;

- обучением принципам оказания самопомощи;

- информационными материалами по самообразованию и здоровому образу жизни;

- дополнительными видами поощрения, по усмотрению администрации организации здравоохранения.

1.2. Пациент принимает все меры для укрепления и сохранения своего здоровья, а также выполнения рекомендаций специалиста Организации здравоохранения в связи с участием ПУЗ.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Организация здравоохранения вправе:

2.1.1. Определять длительность лечения, объем лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с клиническими руководствами и с состоянием здоровья Пациента;

2.1.2. В случае несоблюдения Пациентом требований пункта 2.4. организация в праве отказать в выписке рецептов на бесплатные лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

2.2. Организация здравоохранения обязуется:

2.2.1. Обеспечивать Пациента бесплатными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с Перечнем лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами;

2.2.2. Обеспечивать права Пациента на получение бесплатных лекарственных средств и изделий медицинского назначения на амбулаторном уровне, а также достойное обращение в процессе участия в ПУЗ, уважительное отношение к культурным и личностным ценностям пациента.

2.2.3. Информировать Пациента о правилах и порядке приема лекарственных препаратов.

2.2.4. Информировать Пациента о возможных побочных явлениях лекарственных средств, которые могут появиться в ходе лечения.

2.2.5. Информировать и обучать Пациента навыкам ведения здорового образа жизни, профилактике заболеваний, использованию изделий медицинского назначения.

2.2.6. Поставить пациента на диспансерный учет, вести динамическое наблюдение за ним и обучать пациента в профильных школах здоровья и кабинетах здорового образа жизни навыкам ведения здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

2.2.7. Обеспечивать пациента информационно-образовательным материалам по профилактике заболеваний (в зависимости от заболевания пациента) и факторам риска.

2.2.8. Осуществлять выписку пациенту рецептов на бесплатные лекарственные средства и изделия медицинского назначения в сроки, определенные организацией здравоохранения.

2.2.9. Выдавать пациенту рецепты на бесплатные лекарственные средства и изделия медицинского назначения заблаговременно, за несколько дней до окончания лекарственных средств, выданных в предыдущий раз.

2.2.10.

2.3. Пациент вправе:

2.3.1. На достойное обращение в процессе участия пациента в ПУЗ, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям.

2.3.2. Получать лекарственные средства и изделия медицинского назначения на амбулаторном уровне лечения бесплатно в рамках Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами по бесплатным рецептам.

2.3.3. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о бесплатных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, в том числе о побочных явлениях лекарственных средств.

2.3.4. Получать информационно-образовательный материал по профилактике заболеваний (в зависимости от заболевания пациента) и факторам риска.

2.4. Пациент обязуется:

2.4.1. Неукоснительно выполнять все необходимые требования и предписания специалистов по приему лекарственных средств, в том числе режиму и времени приема (например: пациент с артериальной гипертензией должен принимать лекарственные средства даже при нормальном артериальном давлении), соблюдение иных требований и предписаний, обеспечивающих эффективность лечения.

2.4.2. Сотрудничать с медицинскими работниками, проявлять уважение при общении с ними.

2.4.3 Встать на диспансерный учет и соблюдать все требования диспансеризации, в том числе сроки посещения врача, прохождение назначенного врачом объема исследований и т.д.

2.4.4. Принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья, включая своевременное и полное прохождение профилактических осмотров (скрининговых исследований), отказ от вредных привычек, являющихся факторами риска возникновения заболеваний или обострения хронических заболеваний, приводящих к тяжелым последствиям (осложнениям) (избыточная масса тела, употребление табака, наркотиков, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность), соблюдение рекомендуемой врачом диеты, физической нагрузки, режима дня и отдыха.

2.4.5. Проходить обучение по профилактике заболеваний в профильных школах здоровья, кабинетах здорового образа жизни (в зависимости от заболевания).

2.4.6. Предоставить врачу подробные сведения о непереносимости каких-либо лекарственных средств, о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам, табакокурении и иные сведения.

2.4.7. Хранение лекарственных средств в домашних условиях осуществлять в соответствии с инструкцией по применению.

2.4.8. Не допускать приема лекарственных средств с истекшим сроком годности.

3. Заключительные положения

3.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами в связи с исполнением обязательств по настоящему Соглашению, решаются путем проведения переговоров, с учетом взаимных интересов.

3.2. В случае невозможности достижения согласия путем переговоров, все споры и разногласия по настоящему Соглашению разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

3.3. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является обязательным для исполнения обеими сторонами.

3.4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, которые хранятся в Организации здравоохранения и у пациента.

Организация здравоохранения Пациент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4.

***Примерная программа для школы диабета***.

I. Как в здоровом организме протекают процессы , нарушенные при диабете.

1. Поджелудочная железа.

2. Кровеносная система.

3. Печень и почки.

4. Роль углеводов в организме.

5. Виды углеводов и утилизация глюкозы. Роль инсулина.

II. Основные понятия о сахсрном диабете (СД).

1. Возникновение диабета Основные причины.

2. Классификация СД. Два типа СД.Особые разновидности СД.

3. Понятия о личении и контроля сахарного диабета.

4. Диагностика диабета.Какие отклонения в анализах говорят о наличии диабета.

5. Какие осложнения ожидают больных СД.

III. Диабет 1 типа-ИЗСД.

1. Инсулин.Как действует инсулин.

2. Виды инсулинов:сверх быстрого действия, короткого действия, промежу- точного

действия, длительного действия, смешанные.

3. Зоны инъекции инсулина.Как инсулин всасывается со временем.

4. Дозы инулина. Какие факторы влияют на дозу.

5. Когда делать уколы инсулина.Связь этого фактора с временем еды и от продуктов

Питания

6. Тактика компенсации диабета. Подсчет коэффициентов компенсации.

Как ими пользоваться для подсчета дозы инсулина.

7. Гипогликемия. Методы купирования.

8. Гипергликемия. Методы выхода из неё.

IV. Диабет 2 типа-ИНЗСД.

1. Особенности диабета 2 типа.

2. Сахароснижающие препараты (ССП).

1) Стимулирующие секрецию инсулина.

2) Тормозящие превращение сложных углеводов в глюкозу.

3. Схема леения СД с помощью ССП обоих типов.

4. Лечение лекарственными травами.

V. Питание при СД.

1. Компоненты продуктов питания:белки,жиры,углеводы.

2. Классификация пищевых углеводов по сложности:простые сахара,сложные сахара.

3. Скорость всасывания углеводов.Понятие о гликимическом индексе(ГИ).

4. Понятие о хлебной единице ( ХЕ ).

5. Особенности отдельных групп продуктов с точки зрения содержания в них

углеводов ( или ХЕ ).

6. Особенности диеты при ИЗСД .

7. Особенности диеты при ИНЗСД.

VI. Контроль диабета.

1. Что нужно контролировать при диабете.Какие параметры.

2. Самоконтроль.Ведение дневника.Форма таблиц для записи режима питания, доз

инсулина, анализов.

3. Приборы для контроля диабета.

4. Методы контроля.

VII. Физические нагрузки при диабете,

1. Виды физических нагрузок,

2. Оценка интенсивности физических нагрузок,

3. Как компенсировать диабет при физических нагрузках.

VIII. Хронические осложнения при диабете.

1. Диабетическая ангиопатия. Последствия.

2. Ретинопатия-поражение сетчатки глаз. Последствия.

3. Нейроптия. Последствия.

4. Нефропатия. Последствия.

5. Диабетическая стопа. Последствия .

6. Грибковые заболевания.

7. Особенности диабета у женщин.

8. Особенности диабета у мужчин.

Практическиезанятия в школе диабета.

1. Способы самоконтроля

1. Определение сахара в крови. Глюкометр. Как пользоваться?

2. Определение сахара в моче. Индикаторные полоски.

3. Определение ацетона в моче. Тест-полоски.

4. Ведение дневника самоконтроля.

2. Методика инъекций инсулина

1. Инсулиновые ручки и действия с ними

2. Выбор места для инъекций. Что от этого зависит.

3. Продукты и их свойства

1. Подсчет количества углеводов.Хлебная единица (ХЕ).

2. Калорийность пищи. Подсчет калорийности.

3. Скорость всасывания.

4. Методика компенсации диабета I –типа при интенсивной инсулинотерапии

1. Подсчет коэффициента компенсации

а) доза инсулина для 1 ХЕ К1

б) повышение сахара крови на 1г углеводов К2

2. Выбор дозы инсулина с применением К1

и К2.

3. Ккомпенсация при смешанной инсулинотерапии (пользование несколькими видами

инсулина).

5. Методика компенсации диабета II –типа

1. Инсулинотерапия.

2. Сочетание приема сахароснижающих таблеток с инсулином.

6. Методика пользования инсулиновыми помпами

7. Как купировать гипогликемию, гипергликемию

8. Физические нагрузки при диабете

1. Планирование и расчет.

2. Оценка интенсивности физических нагрузок.

3. Комплекс упражнений.

***Примерная программа для школы больных артериальной гипертензией***

Занятие 1. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

Занятие 2. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ.

Занятие 3. ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ .

Занятие 4. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ .

Занятие 5. КУРЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ .

Занятие 6. СТРЕСС И ЗДОРОВЬЕ .

Занятие 7. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ

С полным содержанием «Школы здоровья для больных артериальной гипертензией», информационно-методическое пособие для врачей Под редакцией академика РАМН Р. Г. Огановавы можете ознакомиться на сайте: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/hpschool.pdf>

Либо обратиться в Центр стандартизации здравоохранения РЦРЗ.

***Примерная Программа занятий школы для больных ХСН***

1. Строение и функция сердца.
2. Что такое сердечная недостаточность
3. Причины развития сердечной недостаточности
4. Проявления сердечной недостаточности
5. Причины декомпенсации сердечной недостаточности
6. Правила образа жизни больного хронической сердечной недостаточностью, как можно предупредить ее прогрессирование.
7. Ограничение потребления поваренной соли, перечисление наиболее распространенных пищевых продуктов с высоким содержанием натрия хлорида.
8. Ограничение потребления жидкости.
9. Самоконтроль пациента с сердечной недостаточностью.
10. Необходимость постоянного приема препаратов.
11. Необходимость регулярных дозированных физических нагрузок.
12. Ответы на вопросы пациентов.

Приложение 5.

Пример дневника самоконтроля для больного сахарным диабетом



**Дневник самоконтроля АД (пример)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **Параметры** | **время** | | | | **заключение** |
| **8.00** | **12.00** | **16.00** | **20.00** |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |
|  | **АД** |  |  |  |  |  |
| **ЧСС** |  |  |  |  |  |
| **Жалобы** |  |  |  |  |  |
| **Прием лекарств** |  |  |  |  |  |
| **Пища / Вес тела** |  |  |  |  |  |

Пример Карты самоконтроля для больных ХСН

|  |  |
| --- | --- |
| **Зоны состояния пациента с хронической сердечной недостаточности** | |
| **Каждый день** | **✔ Взвешивайтесь утром перед завтраком, запишите результат и**  **Сравните его с вчерашним весом.**  **✔ Принимайте лекарство, как предписано врачом.**  **✔ Проверьте отеки на стопах, лодыжках, ногах и животе.**  **✔ Принимайте пищу с низким содержанием соли.**  **✔ Соблюдайте баланс активной деятельности и периодов отдыха.**  **В какой зоне сердечной недостаточности вы сегодня?**  **Зеленой, Желтой, Красной?** |
| **Зеленная зона** | **Все понятно - эта зона является вашей целью.**  **Ваши симптомы находятся под контролем. В этой зоне у Вас:**  **✔ Нет одышки.**  **✔ Нет увеличения веса или есть снижение веса около 500-900г (эти изменения могут произойти в течение нескольких дней).**  **✔ Нет отеков стоп, лодыжек, ног или живота.**  **✔ Отсутствуют боли в груди.** |
| **Желтая зона** | **Внимание - эта зона является предупреждением.**  **Позвоните своему врачу, если:**  **✔ Вы прибавляете в весе 700-1200г в день или Вы зафиксировали увеличение веса на 2 кг и больше в неделю.**  **✔ Вы чувствуете усиление одышки.**  **✔ У вас более выражены отеки на стопах, лодыжках, ногах или животе.**  **✔ Вы чувствуете себя более уставшим, нет сил.**  **✔ у вас сухая, надсадный кашель.**  **✔ Вы чувствуете головокружение.**  **✔ Вы чувствуете беспокойство.**  **✔ Вам стало труднее дышать в положении лежа. Вы вынуждены спать сидя в кресле.** |
| **Красная зона** | **ОПАСНОСТЬ**  **Позвоните в «Скорую помощь» - 103**  **Позвоните лечащему врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **если у вас есть любой из следующих симптомов:**  **✔ Вам трудно дышать, непрекращающаяся одышка, вы сидите неподвижно на стуле/ в кресле.**  **✔ Боль в груди.**  **✔ Путаница в мыслях или невозможно ясно мыслить** |
| Данная карта заимствована из буклета «Heart Failure. A patient’s guide», подготовленный «Barnabas Health. Heart Centers» | |

Приложение 6.

***Индикаторы качества ведения программы управления Диабетом***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **На уровне пациента** | | |
| 1 | Доля больных СД, участвующих в ПУЗ, регулярно ведущих дневник самонаблюдения (в %) | Число больных СД, участвующих в ПУЗ, предоставивших дневник самонаблюдения за отчетный период / Общее число больных СД, участвующих в ПУЗ, х 100% |
| 2 | Доля больных СД, участвующих в ПУЗ, прошедших «Школу диабета» (в %) | Число больных СД, участвующих в ПУЗ, которые посетили «школу диабета» / Общее число больных СД, участвующих в ПУЗ, х 100%. (Свидетельством является заполненные пациентом анкеты на 1 и последнем занятии) |
| 3 | Доля больных СД, участвующих в ПУЗ, имеющих индивидуальный глюкометр (в %) | Число больных СД, участвующих в ПУЗ, которые имеют глюкометр в домашних условиях / Общее число больных СД, участвующих в ПУЗ, х 100% |
| 4 | Доля больных СД, участвующих в ПУЗ, госпитализированных в стационар в связи с ухудшением (в %) | Число больных СД, участвующих в ПУЗ, которые были госпитализированы за отчетный период / Общее число больных СД, участвующих в ПУЗ, х 100%  (Данные АИС стационар) |
| 5 | Доля больных СД, участвующих в ПУЗ, у которых достигнуты целевые значения глюкозы крови (в %) | Число больных СД, участвующих в ПУЗ, у которых были достигнуты целевые показатели глюкозы крови за отчетный период / Общее число больных СД, участвующих в ПУЗ, х 100% (дневники самонаблюдения) |
| **На уровне медицинской организации** | | |
| 1 | Доля лиц, прошедших скрининг на сахарный диабет (в %) | Число лиц, прошедших скрининг на сахар крови/ на число лиц, которых планировалось проверить в рамках скрининга Х 100% |
| 2 | Доля больных СД старше 18 лет, которым в течение последнего года был сделан тест на гликилированный гемоглобин, (в %) | Число больных СД 18 лет и старше, которым выполнен тест на гликилированный гемоглобин за отчетный период / Общее число больных СД 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете) х 100% (Амбулаторные карты) |
| 3 | Доля больных СД, которым проводилось исследование на микроальбуминурию 1 раз за 6 месяцев (в %) | Число больных СД 18 лет и старше, которым выполнен тест на микроальбуминурию за отчетный период / Общее число больных СД 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете) х 100% (Амбулаторные карты) |
| 4 | Доля больных СД, которым проводилось исследование на чувствительность стоп (в %) | Число больных СД, которым проводилось исследование на чувствительность стоп за отчетный период / Общее число больных СД, состоящих на диспансерном учете) х 100% (Амбулаторные карты) |
| 5 | Доля больных СД, которым было выполнено исследование глазного дна (в %) | Число больных СД, которым выполнено исследование глазного дна за отчетный период / Общее число больных СД, состоящих на учете, х 100% |
| **На уровне региона** | | |
| 1 | Доля больных СД среди лиц, перенесших ампутации конечностей, % | (Число больных СД 18 лет и старше, перенесших ампутацию нижних конечностей на любом уровне за отчетный период / Общее число больных 18 лет и старше, которым была выполнена ампутация нижних конечностей на любом уровне) х 100% |
| 2 | Доля больных СД, вышедших на инвалидность (в %) | Число больных СД 18 лет и старше, вышедших на инвалидность за отчетный период / Общее число больных 18 лет и старше, состоящих на учете х 100% |
| 3 | Частота вызовов скорой помощи по поводу СД на 1 пациента страдающего диабетом | Число вызовов скорой помощи по поводу СД за отчетный период / Общее число больных 18 лет и старше, состоящих на учете |

***Индикаторы качества ведения программы управления Артериальной гипертензией***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **На уровне пациента** | | |
| 1 | Доля больных АГ, участвующих в ПУЗ, регулярно ведущих дневник самонаблюдения (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, предоставивших дневник самонаблюдения за отчетный период / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, х 100% |
| 2 | Доля больных АГ, участвующих в ПУЗ, прошедших «Школу больных артериальной гипертензией» (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, которые посетили «школу АГ» / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, х 100%. (Свидетельством является заполненные пациентом анкеты на 1 и последнем занятии) |
| 3 | Доля больных АГ, участвующих в ПУЗ, уменьшившие лишний вес на 5% и более от исходного (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, которые снизили свой вес на 5% от исходного / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, имевших лишний вес на момент начала участия в ПУЗ х 100% (Дневники самонаблюдения, амбулаторные карты) |
| 4 | Доля больных АГ, участвующих в ПУЗ, госпитализированных в стационар в связи с ухудшением (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, которые были госпитализированы за отчетный период / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, х 100%  (Данные АИС стационар) |
| 5 | Доля больных АГ, участвующих в ПУЗ, у которых достигнуты целевые значения АД (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, у которых были достигнуты целевые показатели АД за отчетный период / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, х 100% (дневники самонаблюдения) |
| **На уровне медицинской организации** | | |
| 1 | Доля лиц, прошедших скрининг на АГ (в %) | Число лиц, прошедших скрининг на АГ/ на число лиц, которых планировалось проверить в рамках скрининга Х 100% |
| 2 | Доля больных АГ, которым в течение последнего года был сделан тест на общий холестерин, (в %) | Число больных АГ, которым выполнен тест на холестерин за отчетный период / Общее число больных АГ, состоящих на диспансерном учете) х 100% (Амбулаторные карты) |
| 3 | Доля больных АГ, которым проводилось исследование на микроальбуминурию (в %) | Число больных АГ, которым выполнен тест на микроальбуминурию за отчетный период / Общее число больных АГ, состоящих на диспансерном учете) х 100%  (Амбулаторные карты) |
| 4 | Доля больных СД, которым проводилось исследование на глюкозу крови (в %) | Число больных АГ, которым выполнен тест на глюкозу крови за отчетный период / Общее число больных СД 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете) х 100% (Амбулаторные карты) |
| 5 | Доля больных АГ, которым было выполнено исследование глазного дна (в %) | Число больных АГ, которым выполнено исследование глазного дна за отчетный период / Общее число больных АГ, состоящих на учете, х 100% |
| **На уровне региона** | | |
| 1 | Госпитальная летальность при остром нарушении мозгового кровообращения, на 100 госпитализированных | (Число умерших в стационаре с диагнозом ОНМК / Общее число госпитализированных с диагнозом ОНМК) х 100 |
| 2 | Доля больных АГ, вышедших на инвалидность в связи с ОНМК (в %) | Число больных АГ, вышедших на инвалидность в связи с последствиями ОНМК за отчетный период / Общее число больных АГ, состоящих на учете х 100% |
| 3 | Частота вызовов скорой помощи по поводу повышенного давления на 1 пациента страдающего АГ | Число вызовов скорой помощи по поводу повышения давления за отчетный период / Общее число больных АГ, состоящих на учете |

***Индикаторы качества ведения программы управления ХСН***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **На уровне пациента** | | |
| 1 | Доля больных ХСН, участвующих в ПУЗ, регулярно ведущих дневник самонаблюдения (в %) | Число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, предоставивших дневник самонаблюдения за отчетный период / Общее число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, х 100% |
| 2 | Доля больных ХСН, участвующих в ПУЗ, прошедших «Школу больных ХСН» (в %) | Число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, которые посетили «школу ХСН» / Общее число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, х 100%. (Свидетельством является заполненные пациентом анкеты на 1 и последнем занятии) |
| 3 | Доля больных ХСН, участвующих в ПУЗ, уменьшившие лишний вес на 5% и более от исходного (в %) | Число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, которые снизили свой вес на 5% от исходного / Общее число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, имевших лишний вес на момент начала участия в ПУЗ х 100% (Дневники самонаблюдения, амбулаторные карты) |
| 4 | Доля больных ХСН, участвующих в ПУЗ, госпитализированных в стационар в связи с ухудшением (в %) | Число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, которые были госпитализированы за отчетный период / Общее число больных ХСН, участвующих в ПУЗ, х 100%  (Данные АИС стационар) |
| 5 | Доля больных ХСН, участвующих в ПУЗ, у которых достигнуты целевые значения АД (в %) | Число больных АГ, участвующих в ПУЗ, у которых были достигнуты целевые показатели АД за отчетный период / Общее число больных АГ, участвующих в ПУЗ, х 100% (дневники самонаблюдения) |
| 6 | Доля больных ХСН, участвовавших в ПУЗ, вышедших на инвалидность в связи с прогрессированием ХСН (в %) | Число больных ХСН, участвовавших в ПУЗ, вышедших на инвалидность в связи с прогрессированием ХСН за отчетный период / Общее число больных ХСН, участвовавших в ПУЗ х 100% |
| 7 | Доля больных ХСН, участвовавших в ПУЗ, умерших по поводу ХСН, на 100 человек | Число больных ХСН, участвовавших в ПУЗ, умерших в связи с ХСН за отчетный период / Общее число больных ХСН, участвовавших в ПУЗ х 100 |