



# НИДЕРЛАНДЫ

Преобразование  
системы первичной  
медицинско-санитарной  
помощи во время  
пандемии

## РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ К ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В НЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ

**Авторы:** Henk Nies (Профессор, PhD, директор по стратегии и развитию, Vilans, профессор организации и политики в области долгосрочного ухода, Vrije Universiteit (VU), Амстердам); Lian Stouthard (MSc, старший научный сотрудник, Vilans); Diny Stekelenburg (MSc, младший научный сотрудник, Vilans); Barbara de Groen (MSc, старший научный сотрудник, Vilans)



### МОТИВАЦИЯ

Демографические изменения вынуждают большинство стран Европейского региона ВОЗ реформировать систему первичной медико-санитарной помощи с учетом потребностей стареющего населения. Оказание комплексной первичной медико-санитарной помощи в нерабочее время – наиболее важный инструмент в арсенале средств адаптации к потребностям пожилых людей, которым располагает система здравоохранения. Подобная мера позволяет пожилым пациентам избежать госпитализации в нерабочее время, остаться дома и сохранить более высокое качество жизни, способствуя снижению риска длительной зависимости от услуг стационара. Сокращение числа необязательных госпитализаций также позволяет системе здравоохранения минимизировать вероятность дорогостоящих вмешательств.

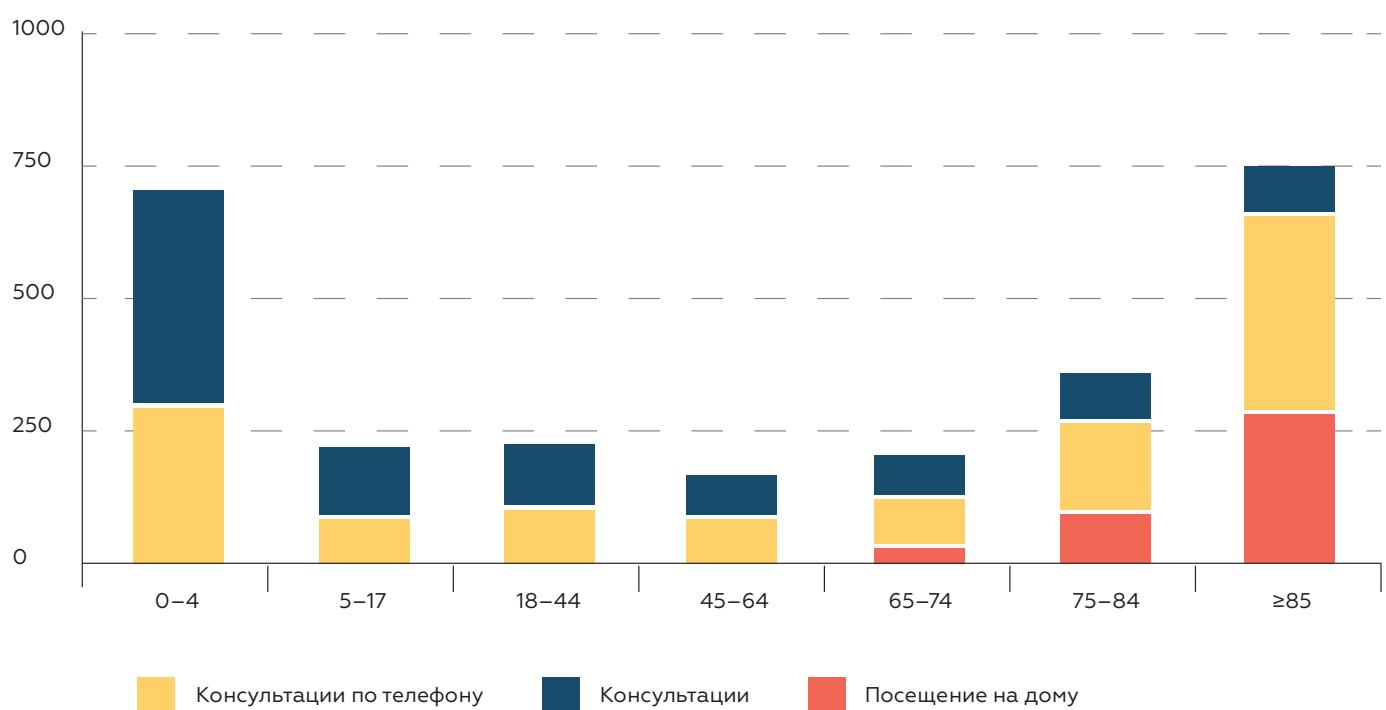
По состоянию на 2017 г. лица в возрасте 65 и более лет составляли около 20% населения Нидерландов (3,2 млн человек). Услуги, оказываемые в нерабочее время, не были в полном объеме объединены с социальной помощью, в отличие от дневных услуг, в связи с чем нужды пожилых людей не всегда учитывались в полном объеме. Ситуация изменилась под влиянием пандемии, в условиях которой процесс интеграции социальной помощи и оказываемых в нерабочее время услуг ускорился.

## УСЛУГИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В НЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ: ОПЫТ НИДЕРЛАНДОВ

Помощь, оказываемая в нерабочее время, — это услуги, оказанные с 17:00 до 8:00 по рабочим дням, а также в выходные и праздничные дни. Первичную медико-санитарную помощь в нерабочее время в Нидерландах оказывают специалисты различного профиля под руководством врача общей практики (участкового врача); дежурный врачебный пост называют *Huisartsenpost* (HAP). Сети HAP сформированы в целях реагирования на срочные запросы пациентов, которые нельзя отложить до начала стандартного рабочего дня врача общей практики, обычно обслуживающего пациента. Во вставке 1 перечислены главные характеристики HAP. HAP оказывают услуги в нерабочее время посменно — в среднем в работе HAP задействовано 70 врачей общей практики в каждом регионе. Обслуживание населения в нерабочее время входит в должностные обязанности врача общей практики.

Модель HAP является общей для всей страны. В 2020 г. в Нидерландах действовало 113 HAP, каждый из которых обслуживал от 100 тыс. до 500 тыс. человек. HAP может направить пациента в больницу либо в отделение неотложной помощи (в экстренных случаях).

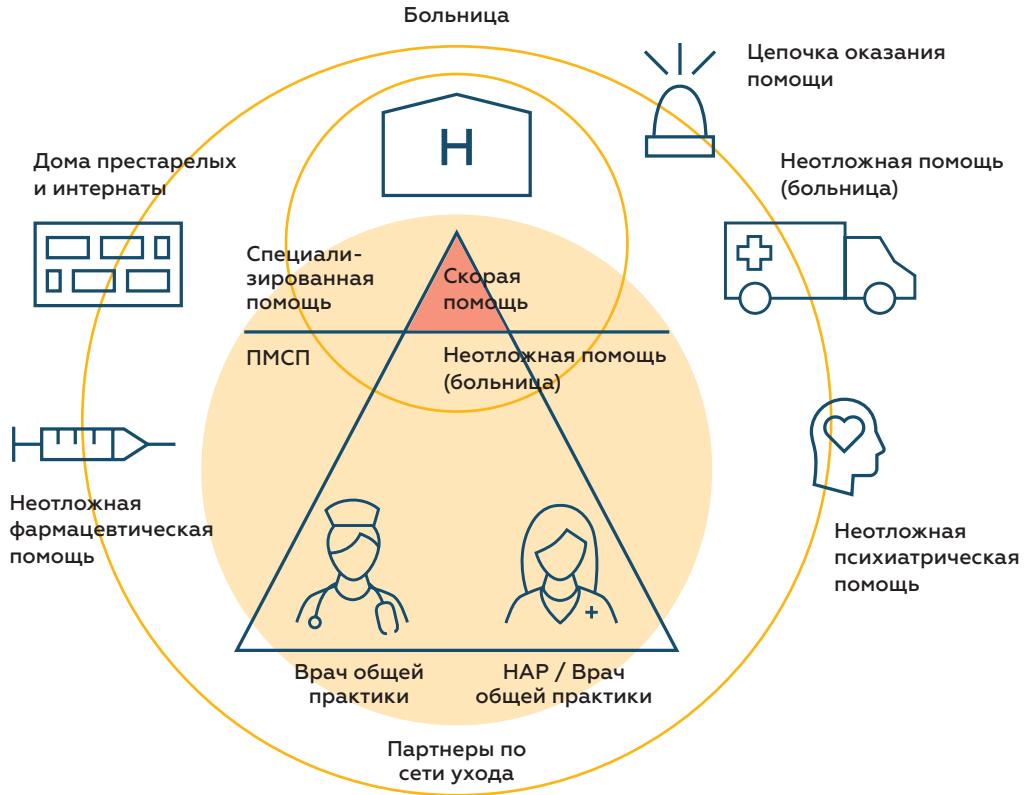
Рис. 1. Использование услуг HAP в разбивке по возрасту (2019 г.)



Источник: Nivel Zorgregistraties Eerstelijn

Большая часть 4,3 млн ежегодных обращений в HAP поступает ранним вечером и в субботу утром. Несмотря на то что услуги HAP не ориентированы именно на пожилое население, в основном в HAP обращаются либо сами пожилые люди, либо лица, обеспокоенные состоянием пожилых людей в возрасте 85 лет и старше или детей младшего возраста. Вызовы врача на дом принимаются преимущественно для пациентов не моложе 75 лет или ослабленных больных (см. рис. 1). На рис. 2 приводится схема отношений HAP с другими службами.

**Рис. 2. Обзор сотрудничества НАР и отделений неотложной помощи**



#### Вставка 1. Главные характеристики НАР

##### Общие сведения

НАР работают с 2000 г.

Каждый врач общей практики обязан отработать в объединении врачей общей практики минимальное количество смен, чтобы не потерять регистрацию.

В НАР задействованы **50–250 врачей** общей практики, обязанных отработать в среднем 4 часа дежурства в неделю, которое оплачивается по ставке около 65 евро в час.

В Нидерландах действуют в общей сложности около **120 НАР**.

Один НАР обслуживает от 100 тыс. до 500 тыс. пациентов, в среднем **250 человек на 1 тыс. населения в год**.

Обращающихся за помощью пациентов сортируют в зависимости от категории срочности – от высокой до низкой (в 2014 г. картина распределения по категориям срочности была следующей: 1 – 2,1%; 2 – 13,7%; 3 – 35,3%; 4 – 20,9% и 5 – 27,5%).

Парамедики и медсестры при необходимости посещают пациентов вместе с врачом общей практики для оказания помощи в более сложных случаях.

НАР имеют доступ к «ночным аптекам», которые созданы исключительно для обслуживания НАР в нерабочее время. Часто, но не всегда ночные аптеки расположены в больницах.

##### Материально-техническая база

Врач посещает пациентов на дому в сопровождении подготовленного водителя, обладающего базовыми навыками оказания экстренной медицинской помощи, на автомобиле с соответствующей маркировкой, оборудованном всем необходимым (кислород, система для внутривенного вливания, автоматический внешний дефибриллятор и лекарственные препараты для интенсивной терапии).

Информационно-коммуникационные технологии, включая электронную регистрацию данных пациента, онлайн-подключение к автомобилю и в некоторых случаях – к электронным медицинским картам дневных служб первичной медико-санитарной помощи.

#### **Местоположение**

Как правило, НАР находится в больнице или рядом с ней.

Расстояние между НАР и пациентом не должно превышать 30 км.

#### **Доступность**

Для получения помощи используется единый региональный номер телефона. Первым контактным лицом обычно является медицинская сестра, осуществляющая сортировку больных (только 5–10% пациентов приходят на врачебный пост без предварительного звонка).

Медсестры осуществляют сортировку звонящих под надзором врача общей практики: обратившиеся за помощью получают консультацию по телефону (40%), в медицинском центре (50%) либо обслуживаются врачом общей практики на дому (10%).

Пациенты НАР подвергаются сортировке, которую проводит квалифицированный специалист (см. вставку 2). Врач общей практики консультирует только пациентов со сложными или неотложными состояниями, решение о которых не может быть принято специалистом по сортировке.

Специалисты по сортировке — это либо квалифицированные медсестры, либо помощники врача с несколькими годами практического опыта, которые проходят дополнительную подготовку в аккредитованном НАР. Специалист по сортировке оценивает состояние пациента по телефону либо на месте. Специалисты по сортировке принимают пациентов в региональном центре и при необходимости посещают на дому (2). Врач общей практики, если потребуется, обеспечивает надзор за действиями специалистов по сортировке.

Специалисты по сортировке ориентируются на стандарт сортировки, действующий в Нидерландах, — компьютеризированный стандартизированный протокол, содержащий вопросы, которые позволяют оценить состояние пациента. Тот же протокол на основе метода АБВГД используют медсестры отделений неотложной помощи и диспетчеры службы скорой помощи. Оценив срочность проблемы пациента, специалист по сортировке принимает решение о принятии надлежащих мер, к которым относятся: направление пациента в отделение неотложной помощи или службу скорой помощи, запись на прием к врачу общей практики или посещение на дому, консультирование пациента по телефону о методах самопомощи или рекомендация посетить врача общей практики в ближайший рабочий день. Специалисты по сортировке также оказывают медицинскую помощь и выдают документ, подтверждающий оказание помощи.

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ИНТЕГРАЦИЮ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ТЕЧЕНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Первичная медико-санитарная помощь, уход на дому и социальная помощь одиноким пожилым людям предоставлялись разными независимыми организациями и специалистами. На практике они нередко сотрудничали на уровне районов в силу знакомства друг с другом. Но если уход на дому и социальная помощь предоставляются целым рядом поставщиков, наладить их сотрудничество может быть непросто. В нерабочее время организаций, оказывающие услуги ухода на дому, часто сотрудничают друг с другом и работают посменно, но не согласуют свои действия с учреждениями первичной медико-санитарной помощи. В течение смены в нерабочее время пациент может связаться со специалистом по уходу на дому по телефону, в срочной ситуации специалист посещает пациента на дому. В нерабочее время и врачи общей практики, и службы по уходу на дому оказывают помощь только в случае крайней необходимости и предлагают краткосрочные решения.

Пандемия ускорила налаживание согласованной работы различных служб. В начале спровоцированного COVID-19 кризиса существующие структуры реагирования на кризисы и стихийные бедствия, а также учреждения, оказывающие краткосрочную помощь, и органы общественного здравоохранения по борьбе с эпидемиями приступили к исполнению задач, предписанных действующим законодательством и национальным правительством. Координацию мер реагирования на эпидемию COVID-19 осуществляли 25 регионов безопасности. Регион безопасности — это сети взаимодействия, созданные в целях реагирования на кризисы и стихийные бедствия, оказания медицинской помощи в условиях кризиса и сотрудничества с органами здравоохранения. Руководство такими сетями осуществляют мэры муниципалитетов

и директора государственных органов здравоохранения. Оперативное управление медицинскими службами в период пандемии было поручено региональным сетям взаимодействия по оказанию краткосрочной помощи, которые принимали решение о том, как разместить в больницах и других службах региона необходимый персонал и как наилучшим образом распределить средства защиты и оборудование и организовать использование объектов инфраструктуры.

По всей стране быстро наращивалось сотрудничество учреждений первичной и вторичной медико-санитарной помощи, а также учреждений, занимающихся оказанием краткосрочной и долговременной помощи, и органов здравоохранения. Решения о том, куда и как госпитализировать пациентов, какой уход, лечение и реабилитацию после лечения должны получать пациенты и как организовать эти виды помощи, согласовывались на местном уровне. Пожилые пациенты направлялись в дома престарелых по уходу за пациентами с COVID-19, была налажена координация услуг на дому для пациентов с и без COVID-19, врачи общей практики соответственно организовывали свою работу. Налаженная система действовала круглосуточно и без выходных, с учетом того что в вечернее время и по выходным дням частота оказания помощи, как и ее сложность, снижаются, а стандартные договоренности и схемы для нерабочего времени имеют преимущественную силу.

Группы различных заинтересованных сторон, включая национальный институт общественного здоровья, врачей общей практики, национальные зонтичные организации, аналитические центры (например, Vilans), социальные сети и другие источники, помогали национальным органам власти распространять понятную информацию о новых мерах. Основным средством коммуникации был интернет. В результате некоторые общественные группы оказались недостаточно информированы, и врачи общей практики и организации по оказанию ухода на дому были вынуждены связываться с пациентами, которые могли не получить информацию.

## АДАПТАЦИЯ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Первоочередное внимание к нуждам пожилых людей привело к корректировке работы некоторых типов служб, в частности, было организовано оказание услуг местному населению в связи с COVID-19, оказание первичной медико-санитарной помощи в нерабочее время было объединено с услугами по уходу на дому в те же часы, проводилось более заблаговременное планирование помощи в привычной пациенту среде.



**Расширена сеть НАР, к которой отнесли помощь пациентам с COVID-19 и койки первичной медико-санитарной помощи.** Большинство НАР в Нидерландах находятся в больницах или в непосредственной близости к ним. В течение пандемии было крайне важно не допустить пребывания пациентов с симптомами COVID-19 в больничных отделениях, где помощь таким пациентам не оказываются. По этой причине многие больницы организовали НАР за пределами больниц в резервных зданиях или тентах. Сформированы группы специалистов по лечению пациентов с COVID-19 для оказания совместно с НАР помощи лицам с COVID-19. Для пожилых людей с COVID-19, не желающих лечиться в условиях стационара или отделении интенсивной терапии, или подлежащих выписке несмотря на потребность в пристальном наблюдении и помощи, создана система коек первичной медико-санитарной помощи. Ведение пациентов, занимающих такие койки, организовано в формате тесного сотрудничества с больницами, домами престарелых, врачами общей практики и НАР (в нерабочее время). В 2019 г. обеспечение кислородом на дому и мониторинг сатурации кислородом, артериального давления, пульса, температуры и уровня глюкозы в крови с помощью ЛНК под надзором больничного центра мониторинга было для Нидерландов относительно новой практикой, но в условиях пандемии этот подход получил широкое распространение. Оказалось, что это полезная услуга, которая позволяет пациентам восстанавливать здоровье на дому, экономить средства и снизить нагрузку на больницы.

**Активизация сотрудничества между НАР и службами по уходу на дому в ночное время.** До вспышки COVID-19 многие организации по оказанию ухода на дому уже начали реструктуризацию оказания услуг в ночное время в целях повышения эффективности. Персонал, ранее не согласовывавший свои действия с НАР и распределенный по различным поставщикам услуг ухода на дому, стал более тесно взаимодействовать с НАР, а с началом пандемии эти сотрудники призвали организации, предоставляющие услуги ухода на дому, активизировать сотрудничество и ускорить согласование работы вочные смены. По сути, это привело к повышению темпа уже запущенных процессов активизации сотрудничества на местном и региональном до беспрецедентных показателей.

**Забота о достоинстве пожилых пациентов благодаря тщательному и заблаговременному планированию помощи.** В течение пандемии НАР была поставлена задача уделять дополнительное внимание заблаговременному планированию помощи пожилым людям во избежание направления в больницы тех, кто в экстренной ситуации предпочитает оставаться дома, получая качественную паллиативную помощь вместо больничного лечения и/или пребывания в отделении интенсивной терапии. Кроме того, для приема пациентов, прошедших лечение в больницах, и больных, которым ухода на дому оказалось достаточно для выздоровления от COVID-19, были расширены мощности учреждений долговременного ухода.

**«ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ МЕЖОРГАНИЗАЦИОННОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО БЫЛО НАЛАЖЕНО НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ, ПОСКОЛЬКУ НЕХВАТКА КОЕК, ПЕРСОНАЛА И ОБОРУДОВАНИЯ ПОСТАВИЛА ПОД УГРОЗУ МЕСТНЫЕ РЕСУРСЫ».**

## **ПЕРВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ**

Помощь пожилым людям в нерабочее время в Нидерландах организована надлежащим образом. Оказание помощи в рамках реагирования на пандемию показало, что качество обслуживания пожилых пациентов с учетом интересов отдельных людей может быть повышенено. Пандемия COVID-19 придала дополнительный импульс уже начавшимся в Нидерландах преобразованиям, без которых невозможно будет решить проблемы, неизбежно предстоящие в будущем в связи со старением населения.

В течение пандемии наблюдались укрепление связей и активизация сотрудничества между органами общественного здравоохранения, службами экстренной медицинской помощи и учреждениями долговременного ухода (особенно домами престарелых). Лечебно-профилактические учреждения (оказывающие экстренную медицинскую помощь и долговременный уход) занимались распределением пациентов, определяли порядок использования инфраструктуры и оборудования, а также распределяли специалистов по всем типам лечебных учреждений на региональном уровне. В то же время надежная структура районной первичной медико-санитарной помощи продолжала функционировать и в рабочее время оставалась эффективной. Представляется важным расширять оказание помощи в условиях нехватки ресурсов и в случае если необходимую вторичную медико-санитарную помощь невозможно организовать на местном уровне.

Региональные органы власти оказали существенную поддержку местным структурам. Поскольку в настоящее время продолжаются дискуссии на тему подготовки к будущим чрезвычайным ситуациям и управления экстремальным потенциалом, опыт Нидерландов является наглядным примером того, что региональные сети могут служить эффективным инструментом организации дополнительных ресурсов, потребность в которых возникает в условиях чрезвычайной ситуации.

Расширенное региональное сотрудничество сыграло важную роль по ряду причин. Во-первых, оно помогло учесть желания пожилых людей, которые предпочитали пребывание дома или в доме престарелых поблизости, но при этом нуждались в помощи круглосуточно и без выходных. Во-вторых, оказание помощи пожилым людям в привычной среде помогает более полно удовлетворять как медицинские, так и социальные потребности. В-третьих, это помогло ослабить и без того существенную нагрузку на больницы. На пике первой волны заболеваемости многих пациентов приходилось переводить в Германию. Учет проблем, обусловленных недостатком мощностей, как и понимание того, что больница не всегда является подходящим местом для пожилых людей, позволили оказать жизненно важную помощь каждому, кто в ней нуждался.

## **ВЫВОДЫ НА ОСНОВЕ ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА**

**1. Помощь в нерабочее время в Нидерландах хорошо организована и доступна пожилым людям.** Структура оказания помощи, особенно пожилым людям, оказалась одинаково эффективной и в штатной ситуации, и в условиях пандемии. Плановое оказание услуг учреждениями, представляющими ПМСП в нерабочее время (НАР), примерно соответствовало прежнему порядку получения помощи пожилыми пациентами, не инфицированными COVID-19.

**2. Налаженное сотрудничество между НАР и организациями, оказывающими услуги по уходу на дому, стало основой для расширения мер реагирования на COVID-19.** В эпоху до COVID-19 главным направлением межучрежденческого сотрудничества было оказание услуг в рабочее время, причем зачастую на местном уровне. В течение пандемии межучрежденческое сотрудничество начало развиваться на региональном уровне, поскольку нехватка коек, персонала и оборудования ограничила возможности для взаимодействия на местах. Важную помощь пациентам с COVID-19, предпочитавшим лечиться в привычной среде, оказывали учреждения первичной медико-санитарной помощи, действовавшие в нерабочие часы.

**3. Налаживание связей на региональном уровне — важный инструмент адаптации процесса оказания услуг в условиях чрезвычайной ситуации.** Существующая система служб экстренной медицинской помощи, сетей реагирования на кризисы и стихийные бедствия и органов общественного здравоохранения по борьбе с эпидемиями были оперативно задействованы и усовершенствованы за счет привлечения специалистов из смежных областей — учреждений по оказанию долговременной помощи и домов престарелых. Региональным сетям удалось наладить и организовать логистику пациентов (или из размещение), а также распределение средств индивидуальной защиты и объектов инфраструктуры. Несмотря на то, что причины такого активного объединения носили печальный характер, пандемия COVID-19 позволила ускорить темпы сотрудничества и координации в сфере оказания помощи пожилым людям, проживающим дома либо находящимся в домах престарелых. Выяснилось, что это повышает качество жизни пожилых людей, ослабляет нагрузку на больницы и позволяет обеспечить безопасность лиц пожилого возраста.

**4. Междисциплинарное совместное планирование и принятие решений способствуют повышению эффективности и качества круглосуточного предоставления услуг.** В Нидерландах в региональные сети координации цепочек оказания экстренной медицинской помощи входят разнообразные субъекты, представляющие самые разные профессии, категории организаций и секторы. Для применения комплексного подхода к реагированию на кризисы (и оказанию услуг в целом) в процессе принятия решений следует учитывать все точки зрения, отдавая должное роли каждого специалиста и его вкладу в оказание услуг.



Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

# НИДЕРЛАНДЫ

Преобразование  
системы первичной  
медицинско-санитарной  
помощи во время  
пандемии

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы благодарят за идеи и помощь в рецензировании странового обзора:

**Henk Meussen** — руководитель НАР Арнема, Нидерланды

**Inge Nuyten** — ВОП и медицинский специалист по уходу за пожилыми людьми, НАР Арнема, Нидерланды

**Manfred Huber** — координатор программы «Здоровое старение, инвалидность и длительный уход», ЕРБ ВОЗ

**Stefania Ilinca** — научный работник, Европейский центр политики и исследований в области общественного благосостояния

**Naomi Nathan** — консультант, ЕРБ ВОЗ

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Качество первичной медико-санитарной помощи в нерабочее время в Нидерландах: повествовательный обзор. Ann Intern Med. 2011;155:108–13.

2. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. Развитие и эффективность оказания первичной медицинской помощи в нерабочее время в Нидерландах: повествовательный обзор. Ann Intern Med. 2017;166:737–42.