

M.K. KOSHIMBEKOV, M.R. RYSULY, K.K. KURAKBAYEV, G.E. ASKAROVA, A.D. ADENOVA
MONITORING OF LABORATORY QUALITY AND STANDARD OF PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE
(PHC) IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: Decree of the President of the Republic of Kazakhstan dated January 15, 2016 approved the State Programme of the Republic of Kazakhstan for Health Development "Densaulyk" for the years 2016-2019, and medical care at the level of primary health care (PHC), revised list of diagnostic services will be expanded. However, laboratory tests in areas of PHC professionals in rural areas not assigned to trained medical personnel (medical assistant, nurse). In these conditions it is necessary to further consider the issue of ensuring the quality of laboratory tests carried out in the countryside. It requires the introduction of new diagnostic methods of research on the basis of ISO 22870 are largely similar to the current on the territory of RK ISO 15189 (2015 years).

Keywords: Primary health care (PHC), laboratory medicine, ISO

К.А. ТУЛЕБАЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Д. КУЗИЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

**ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ
КОМАНД СПЕЦИАЛИСТОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ**

УДК 614.2:005.591.6

Новые модели оказания первичной медико-санитарной помощи требуют изменений в практике с исторической модели, где медицинскую помощь оказывает только врач, на модель функционирования команды первичной медико-санитарной помощи. Многопрофильная группа специалистов здравоохранения является широко используемым понятием, которое подразумевает сотрудничество различных специалистов в области здравоохранения. Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах. Командный подход, ориентированный на ПМСП показал, что успех зависит от того, как каждый член команды- медицинский работник, сотрудник и пациент,- может пересечь социокультурные границы, поделиться своими задачами и более глубоко понять конечные цели. Другими словами, работа в команде предполагает больше, чем просто наличие другого персонала, способного эффективно поддерживать врачей. Она включает в себя коллективную идентичность истинной команды.

Ключевые слова: мультидисциплинарные команды, первичная медико-санитарная помощь, ПМСП

Введение. Организации первичной медико-санитарной помощи являются местом, где население может скорее всего получить практический, научно-обоснованный и социально- приемлемый уход, который является одновременно устойчивым и общедоступным [1].

Первичная медико-санитарная помощь выполняет множество ролей в системе здравоохранения, одна из которых заключается в том, что центры первичной медико-санитарной помощи являются местом первого контакта населения с организациями здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь также чаще берет на себя роль в координации дальнейшего ведения пациента и потребностей в медицинском уходе. Ее можно рассматривать с разных сторон. С одной стороны, это автономный и независимый субъект в системе здравоохранения, а с другой, медико-санитарную помощь можно расценивать как первую ступень к более широкому спектру ресурсов здравоохранения [2].

Во многих странах происходит рост потребности в медицинских услугах высокого качества, в то же время имеются ограничения в государственном финансировании здравоохранения. Возникает необходимость поиска подходящей альтернативы высокой стоимости медицинской помощи специалистов здравоохранения.

Системы здравоохранения с наиболее развитой медико-санитарной помощью, как правило, требуют наименьших затрат [3], а так же развитие первичной медико-санитарной помощи способно обеспечить низкий уровень смертности от всех причин, в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний [4,5,6].

В экономически развитых странах сердечно-сосудистые заболевания составляют существенную долю расходов здравоохранения [7,8]. Возникает необходимость выбора между высокими затратами на оказание больничной медицинской помощи и оказанием помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, которая сопровождается [9] трудностями в получении специализированной помощи, в том числе длительное время ожидания консультации специалистов [10], оказание фрагментарной медицинской помощи в связи с организацией систем здравоохранения [11].

Старение населения в сочетании с долговечностью многих людей, которые страдают хроническими заболеваниями, требующими специализированного ухода, также приводит к увеличению потребности населения в медицинских услугах [12].

В результате увеличения количества нуждающихся в медицинских консультациях и обследований системы здравоохранения делают все возможное для обеспечения требуемых медицинских услуг в наиболее короткие сроки [13]. Расширение услуг

больничной помощи в соответствии со спросом на медицинские услуги не является идеальным решением, так как увеличение пропускной способности и доступности больничных организаций, кроме увеличения затрат на здравоохранение, в результате не приводит к улучшению доступа к медицинским услугам для всех групп пациентов [14, 15]. В течение последнего десятилетия, с целью более эффективного использования ресурсов здравоохранения, происходит перераспределение некоторых медицинских услуг с больничного ухода на первичный уход [16].

По данным Saba и др. [17] новые модели оказания первичной медико-санитарной помощи требуют изменений в практике, с исторической модели, где медицинскую помощь оказывает только врач, на модель функционирования команды первичной

медико-санитарной помощи.

Многопрофильная группа специалистов здравоохранения является широко используемым понятием, которое подразумевает сотрудничество различных специалистов в области здравоохранения.

Основная часть. Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах. Она может включать в себя: врача общей практики или терапевта и педиатра, медицинскую сестру, социального работника и медицинского психолога (рисунок 1). В составе команды могут быть и фармацевт, диетолог, акушер, физиотерапевт, родственники, люди, окружающие пациента, которые заинтересованы в его выздоровлении и реабилитации, представители общественных организаций.



Рисунок 1- Пример состава мультидисциплинарной команды

На практике, в большинстве случаев, возможны совмещения. Например, медицинская сестра и социальный работник – в лице медицинской сестры с углубленной подготовкой по социальной помощи, социальный работник и медицинский психолог – в лице медицинского психолога с углубленной подготовкой по социальной помощи.

Различные авторы отмечают, что хорошо организованная командная работа может освободить время высококвалифицированных врачей, и это позволит врачам сосредоточиться на заботе о самых сложных пациентах [18,19].

Livio Garattini и др. считают, что большую часть функций, выполняемых на уровне первичной медико-санитарной помощи, могут успешно выполнять сотрудники без высшего медицинского образования, освобождая время клиницистов. Около 17% времени врачей первичного звена отводится на оказание профилактической помощи, большую часть которой можно было бы делегировать другим членам мультидисциплинарной команды. Врачи ПМСП около 37% времени отводят на лечение хронических заболеваний, причем большая часть этого времени занимает просвещение и консультирование по образу жизни и приверженности лечению пациента. Это так же успешно могут выполнять подготовленные члены команды, не имеющие высшего медицинского образования [20].

Мультидисциплинарный подход нашел свое применение в Великобритании, где за каждым пациентом закреплен конкретный специалист такой команды, который отвечает за формирование и

поддержание физической и социальной активности пациента, проведение комплексной оценки его потребностей, ранжирование приоритетности нужд вместе с пациентом, проведение лечения или реабилитации в рамках своей компетентности и направление к другим членам мультидисциплинарной команды для различных видов лечения или реабилитации.

С помощью указанного ряда мер будет достигаться координация помощи и оценка ее эффективности. И практика показывает, что за пациентом может быть закреплен член мультидисциплинарной команды любой специальности, который установил наилучший психологический контакт с пациентом.

Многие авторы считают, что мультидисциплинарная командная работа может способствовать более эффективной доставке первичной медицинской помощи [21, 22, 23], определяя работу межпрофессиональных команд как "предоставление комплексных медицинских услуг для частных лиц, семей и / или сообщества в целом, по меньшей мере, двух медицинских работников по работе с пациентами, семейных воспитателей и коммунальных служб, которые совместно работают над общими целями для достижения ухода, который является безопасным, эффективным, личностно-ориентированным, своевременным, эффективным и справедливым."

Участие медицинских специалистов в консультативных и образовательных мероприятиях является важным элементом, способствующим улучшению результатов. Важно обучать всех членов

команды общим базовым навыкам оценки и взаимодействия, что обеспечит хорошее качество работы и эффективную междисциплинарную связь внутри команды. Медицинские сестры являются ключевыми членами команды, обеспечивая оказание многих услуг [24, 25] и, дополняя помощь, оказываемую врачами и другими медицинскими работниками [25].

Некоторые исследования показывают, что наиболее эффективные медицинские услуги были оказаны частично на дому [26], и методы, используемые в домашних условиях, в полной мере применимы на уровне первичной медико-санитарной помощи, например, контроль за соблюдением лечения, обучение пациента самопомощи и другое [27, 28].

В США в штате Орегон была внедрена модель управления сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичной медицинской помощи [29]. Группа специалистов состояла из 2-х врачей-терапевтов и их медсестер. Медицинское обслуживание и фармакотерапия основывались на национальных руководствах. Основные критерии оценки данной модели включали в себя качество жизни пациентов, функциональный класс болезни и все причины плановой и неотложной госпитализации в течение 12 месяцев до и после взятия на учет данной группой; вторичным конечным результатом была удовлетворенность пациентов. Результаты показали сокращение как плановой, так и неотложной госпитализации, улучшение качества жизни и высокую степень удовлетворенности пациентов. Эта модель управления сердечно-сосудистыми заболеваниями, предназначенная для пациентов и организаций здравоохранения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, была вполне осуществимой и успешной. Кроме того, в США было проведено еще одно исследование, при котором сравнивалась эффективность управления хронической сердечной недостаточностью в домашних условиях с лечением данного заболевания в условиях клиники [30]. В результате проведенного исследования не было обнаружено различий в результатах двух групп. При домашнем уходе не наблюдалось увеличение смертности или госпитализации по сравнению с пациентами, находящимися в условиях клиники. Тем не менее, уход на дому был связан со значительно меньшими затратами здравоохранения.

Модели, основанные на медицинском обслуживании на уровне ПМСП, имеют ряд преимуществ. Большинство пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью имеют другие сопутствующие заболевания и психологические проблемы, которые, легче всего мониторировать и управлять ими, врачам [31].

Как и в работе любой команды, где присутствует много разных специалистов, существуют проблемы, которые встречаются и у команды специалистов в области здравоохранения. Трудности в работе команды специалистов здравоохранения возникают при координации роли каждого специалиста в соответствии с целью создания сплоченной команды и возможности оказания полного набора услуг в интересах пациентов и членов команды [32], так же могут быть проблемы с преодолением отсутствия доверия и уважения между членами команды [33].

Тремя важными элементами для эффективного управления в организациях ПМСП, независимо от конкретной модели, являются [34]:

- 1) подготовленные специалисты медсестры,
 - 2) знания пациентов и медперсонала о данном заболевании,
 - 3) свободный доступ к врачам, подготовленным в соответствующей области медицины.
- Врачи первичного звена более доступны, и это делает возможным обеспечение непрерывности медицинской помощи.

Ghorob A. и Bodenheimer T. [21,35] определили пять ключевых элементов в командной работе:

- 1) определенные цели, которые должны быть конкретными, измеримыми и оперативными;
- 2) системы расположения, в том числе физического расположения членов команды и клинических организаций (например, порядок действия в наиболее распространенных ситуациях);
- 3) разделение труда, в том числе четкой постановки задач и определения роли каждого члена команды;
- 4) обучение членов команды своим функциям; и
- 5) связь, в том числе вид связи (например, обмен мгновенными сообщениями и неформальные встречи лицом к лицу членов клинической команды) [36] и процессов (например, обратная связь, разрешение конфликтов).

Состояние пациента оценивается на регулярных собраниях, что способствует актуализации и накоплению опыта персонала. Собрания команды используются для профессиональной поддержки специалиста от старшего коллеги с целью обеспечения безопасной и эффективной клинической практики и дальнейшего развития профессиональных компетенций, а так же решения следующих конкретных задач:

- оценка нужд и психологической динамики конкретных пациентов,
 - поиск способов обеспечения безопасной и эффективной практики лечения и реабилитации,
 - конструктивная обратная связь в отношении выбора и применения лечения и социальной реабилитации,
 - обеспечение доступа к другим специалистам и сопутствующей терапии (где необходимо),
 - психологическая поддержка закрепленного специалиста в условиях эмоциональной нагрузки.
- Совместная межпрофессиональная работа, в большей степени, развивается как механизм реагирования на вызовы системы здравоохранения путем сокращения затрат на медицинские услуги, повышения качества медицинской помощи и совершенствования работы и повышение удовлетворенности персонала в организациях здравоохранения [37].
- Таким образом, мультидисциплинарная команда должна иметь:
- связанный теоретический подход к лечению и оказанию социальной и иной помощи,
 - взаимное уважение к профессиональной квалификации и клиническим суждениям других коллег,
 - наличие обратной связи в любой момент времени,
 - ясное понимание, кто участвует в лечении и реабилитации пациента,
 - индивидуальную ответственность каждого специалиста,
 - четкие критерии приема на лечение, выписки, частоты и интенсивности терапевтической поддержки на протяжении всей работы с пациентом,
 - эффективную профессиональную и административную поддержку, (помещение для

собраний, согласованное время регулярных собраний, материалы и оборудование для представления случаев, система регистрации решений, наличие председательствующего, профессиональное требование обязательного посещения собраний, наличие лечебных и реабилитационных протоколов, устанавливающих виды лечения и помощи пациентам).

Факторы, влияющие на широкое внедрение работы многодисциплинарных команд:

- система качественного обучения современным научно-доказанным методам оказания психологической помощи;
- обучение целой команды или ее существенной части, а не отдельных членов;
- организация работы так, чтобы специалисты могли применять новые методы лечения и помощи;
- нагрузка должна быть приемлемой с учетом интенсивного характера методик;
- регулярная поддержка старших коллег.

Необходимо поддерживать идею управления некоторыми хроническими заболеваниями в первичном звене, интеграцию врачей общей практики и других специалистов здравоохранения в мультидисциплинарных командах.

Несмотря на многочисленные обсуждения о командной работе, ориентированной на пациента, практической информации для поставщиков ПМСП о том, как функционируют такие команды, недостаточно. Существует большое количество литературы по совместной работе специалистов в промышленной, военной областях, а в последнее время, и о командной работе в больницах [38].

Исследования совместной работы специалистов в здравоохранении, как правило, сосредоточены на отделениях интенсивной терапии, неотложной помощи или операционных залах. В этих контекстах, команды специалистов с четко определенными ролями, собираются, например, вокруг кровати или стола больного и осуществляют определенный набор задач. В данном случае, пациент, в основном, пассивен и не в состоянии принимать какие-либо решения или участвовать в обсуждении его дальнейшего лечения [38, 40]. Развитие литературы о совместной работе в организациях первичной медико-санитарной помощи, что значительно отличается от таковой в условиях больницы, находится на ранней стадии.

В первичной медико-санитарной помощи детали работы команды специалистов сложнее определить. Практическая команда должна быть более обширная, может включать других поставщиков медицинских и немедицинских услуг. Более того, пациент является активным членом команды, и взаимодействие практической команды с каждым пациентом может происходить в течение длительного периода времени.

Заключение. Более детальное изучение данного вопроса проводится исследователями [21, 22, 23, 41,

42], но многое еще предстоит изучить в направлении того, как практика первичного звена может развивать подобные функциональные группы.

Командный подход, ориентированный на ПМСП показал, что успех зависит от того, как каждый член команды- медицинский работник, сотрудник и пациент,- может пересечь социокультурные границы и делиться своими задачами и более глубоко понять конечные цели [41, 42, 43]. Другими словами, работа в команде предполагает больше, чем просто наличие другого персонала, способного эффективно поддерживать врачей. Она включает в себя коллективную идентичность истинной команды.

Исследования эффективности работы мультидисциплинарных команд в первичной медико-санитарной помощи продолжают во многих странах и в настоящее время. Зарубежный опыт уже неоднократно показал эффективность мультидисциплинарных команд на примере проведения многочисленных исследований, но, в то же время, эти исследования показывают, что остались незавершенные вопросы исследования. Существует необходимость в продолжении создания новых методик развития в этом направлении с учетом специфики каждой страны.

В Казахстане существовала советская модель здравоохранения Семашко. Центральное место в этой модели занимал участковый врач, отвечающий за предоставление и координацию оказания медицинской помощи населению на участке. В соответствии с реформами в области здравоохранения, происходящими в настоящее время, медицинская помощь должна оказываться с использованием мультидисциплинарного подхода. Одним из приоритетных направлений программ развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016 - 2019 годы является углубление мер, направленных на развитие универсальной, интегрированной, социально ориентированной, доступной и качественной медицинской помощи на первичном звене. При этом семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами общей практики и/или мульти-дисциплинарными командами из числа ныне действующих участковых врачей (терапевтов, педиатров, гинекологов). По мере роста оснащенности врачами общей практики и их компетенций, они будут замещать мульти-дисциплинарные команды.

В настоящее время актуально развитие новых подходов оказания медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне, что диктует необходимость постоянного совершенствования медицинской помощи населению с учетом международных стандартов, глобализации. Таким образом, необходимо изучать процессы, происходящие на уровне первичной медико-санитарной помощи в настоящее время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 WHO. Declaration of the Alma-Ata: international conference on primary health care. - Alma-Ata: 1978. – 278 p.
- 2 Powell-Davies G, Fry D. General Practice in Australia. Canberra , Australian Government Department of Health and Ageing. Chapter 10 // General Practice in the health system. - 2004. - P. 421–464.
- 3 Starfield B. Is Primary care essential? // Lancet. – 1994.- № 344(8930). – P. 1129–1133.
- 4 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970–1998 // Health Serv Res. – 2003. -№38(3).- P. 831–865.
- 5 Health Serv Res.- 2003.- №38(3).- P. 831–865.
- 6 Atun R, WHO . What are Advantages and Disadvantages of Restructuring Health Care System to be More Focused on Primary Care Services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). - 2004. – 187 p.
- 7 Berry C, Murdoch DR, McMurray JJV. Economics of chronic heart failure // Eur J Heart Fail. - 2001. - №3(3). - P. 283–291.
- 8 Lee WC, Yoko E, Chavez MPH, Baker T, Luce BR. Economic burden of heart failure: A summary of recent literature // Heart Lung J Acute Critical Care. - 2004. - №33(6). - P. 362–371.
- 9 Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, Anderson GM. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. // Can J Public Health.- 2001.-№ 92.- P 155–159.
- 10 Grace SL, Tan Y, Marcus L, Dafoe W, Simpson C, Suskin N, Chessex V. Perceptions of cardiac rehabilitation patients, specialists and rehabilitation programs regarding cardiac rehabilitation wait times // BMC Health Serv Res. – 2012.- P.12–259.
- 11 Fuat A, Hungin APS, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study // BMJ. -2003.- P.196- 326.
- 12 Hospital Episode Statistics: Hospital Outpatient Activity 2011–12 Summary report // The Health and Social Care Information Centre. - P. 24–28.
- 13 Grace SL, Tan Y, Marcus L, Dafoe W, Simpson C, Suskin N, Chessex V. Perceptions of cardiac rehabilitation patients, specialists and rehabilitation programs regarding cardiac rehabilitation wait times // BMC Health Serv Res.- 2012.– P. 12–259.
- 14 Taylor K, Dangerfield B. Modelling the feedback effects of reconfiguring health services // J Oper Res Soc. -2005.- №56.- P. 659–667.
- 15 Newton JN, Henderson J, Goldacre MJ. Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding // BMJ. -1995.- №311.- P. 783–785.
- 16 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. -2005.- №83(3).- P. 457–502.
- 17 Saba GW, Villela TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T: The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative // Ann Fam Med. -2012.- №10(2).- P.169–173.
- 18 Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices // Ann Fam Med. -2013.- №11(3).- P. 272–278.
- 19 Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases // JAMA. -2003.- №289(4).- P. 434–441.
- 20 Livio Garattini, Alessandro Curto, Nick Freemantle. Access to primary care in Italy: time for a shake-up? // The European Journal of Health Economics. -2015. - P. 1-4.
- 21 Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care // N Engl J Med. -2012. - №366(21). - P.1955–1957.
- 22 Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices // Ann Fam Med.- 2013.- №11(3).- P. 272–278.
- 23 Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, Rundall T, Oswald N, Schaffler H, Wang MC. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases // JAMA. -2003.- №289(4).- P. 434–441.
- 24 McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, Tsuyuki RT. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus. Study of cardiovascular risk intervention by pharmacists–hypertension // Arch Intern Med. – 2008.- №168(21).- P. 2355–2361.
- 25 Schadewaldt V, Schultz T. Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review // Int J Evidence-Based Healthcare. - 2011.- №9(3).- P.199–214.
- 26 Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure // Heart. – 2005.- №91.- P. 899–906.
- 27 McAlister FA, Stewart S, Ferua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk of admission: a systematic review of randomised trials // J Am Coll Cardiol. – 2004.- №44(4).- P. 810–819.
- 28 Philbin EF. Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure // J Gen Intern Med. – 1999.- №14(2).- P.130–135.
- 29 Hershberger RE, Nauman DJ, Byrkit J, Gillespie G, Lackides G, Toy W, Burgess D, Dutton D. Prospective evaluation of an outpatient heart failure disease management program designed for primary care: the Oregon model // J Card Fail.- 2005.- №11(4).- P.293–298.
- 30 Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, Davidson PM, Macdonald P, Horowitz JD, Krum H, Newton PJ, Reid C, Chan YK, Scuffham PA. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (which heart failure intervention is most cost-effective & consumer friendly in reducing hospital care). multicenter, randomized trial // J Am Coll Cardiol. -2012.- №60(14).- P.1239–1248.
- 31 Scott I, Jackson C. Chronic heart failure management in Australia – time for general practice centred models of care? // Aust Fam Physician. -2013.- №42(5). - P. 343–346.
- 32 Nancarrow S: Dynamic role boundaries in intermediate care services // JIPC. -2004.- №18(2).- P. 141–151.

- 33 Bélanger E, Rodriguez C: More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams // JIPC.- 2008.- №22(6).- P. 587–597.
- 34 Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure // Heart.- 2005.- №91.- P. 899–906.
- 35 Bodenheimer T. 2007 CHCF Lessons Learned when listing the 5 key elements of primary care team building. Ann S. O'Malley, Rebecca Gourevitch, BA, Kevin Draper, BA, Amelia Bond, Manasi A. Tirodkar. Overcoming Challenges to Teamwork in Patient-Centered Medical Homes: A Qualitative Study // J Gen Intern Med. - 2015 Feb.- № 30(2).- P. 183–192.
- 36 Fogarty CT, Schultz S. Team huddles: the role of the primary care educator // Clin Teach. -2010.- №7(3).- P.157–160.
- 37 Byrnes V, O'Riordan A, Schroder C, Chapman C, Medves J, Paterson M, Grigg R: South eastern interprofessional collaborative learning environment (SEIPCLE): nurturing collaborative practice // J Res Interprof Prac Educ.- 2012.- №2(2).- P. 168–186.
- 38 Salas E, Frush K. Improving Patient Safety Through Teamwork and Team Training. 1. - Oxford: Oxford University Press.- 2013. – P. 56-62.
- 39 Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers // Qual Saf Health Care. – 2004.- №13, Suppl 2. – P.3–9.
- 40 Baker DP, Salas E, King H, Battles J, Barach P. The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations // Jt Comm J Qual Patient Saf. -2005.- №31(4).- P.185–202.
- 41 Oandasan IF, Conn LG, Lingard L, Karim A, Jakubovicz D, Whitehead C, et al. The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform // Primary Health Care Research and Development. -2009.- №10.-P. 151–162.
- 42 Shaw SN. More than one dollop of cortex: patients' experiences of interprofessional care at an urban family health centre // J Interprof Care. – 2008.- №22(3).- P. 229–237.
- 43 Quinlan E. The “actualities” of knowledge work: an institutional ethnography of multi-disciplinary primary health care teams // Sociol Health Ill. -2009.- №31(5).- P. 625–641.

Қ.А. ТӨЛЕБАЕВ, Б.С. ТҰРДАЛИЕВА, Г.Д.КУЗИЕВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

ШЕТЕЛ ТӘЖІРИБЕСІ АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК МАМАНДАРДЫ ЖҰМЫС КӨПСАЛАЛЫ КОМАНДАСЫ

Түйін: Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету жаңа моделі медициналық көмек МСАК командасының жұмыс істеуін үлгісіне, тек дәрігер ұсынған тарихи моделіне тәжірибеде өзгерістер талап етеді. Денсаулық сақтау кәсіпқойлар көпсалалы тобы түрлі денсаулық сақтау мамандары арасында ынтымақтастықты көздейді кеңінен пайдаланылатын термин болып табылады. А көпсалалы командасы - әдетте келісілген қағидаттары туралы мәселені шешуді аралас кәсіпқойлар тобы. Әлеуметтік-мәдени шекараларды кесіп алады, олардың мақсаттарын бөлісуге және жақсы қорытынды мақсатқа түсіну - БМСК командасы бағдарланған тәсіл табысты команда-медицина қызметкерінің, қызметкердің және науқастың әрбір мүшесі қалай байланысты екенін көрсетті. Басқаша айтқанда, командада жұмыс тиімді дәрігерлер қолдау қабілетті басқа да қызметкерлерінің ғана қатысуымен әлдеқайда көп нәрсені қамтиды. Ол шынайы командасының ұжымдық басын қамтиды.

Түйінді сөздер: көпсалалы командалар, бастапқы медициналық-санитарлық көмек, бастапқы медициналық-санитарлық көмек

K.A. TULEBAYEV, B.S. TURDALIYEVA, G.D. KUZIYEVA

Kazakh National Medical University after Asfendiyarov S.D., Almaty, Kazakhstan

FOREIGN EXPERIENCE A MULTIDISCIPLINARY TEAM OF EXPERTS IN PRIMARY CARE

Resume: The new model of primary health care require changes in practice, with the historic model where medical assistance is provided only by a doctor, on the model of functioning of primary health care team. A multidisciplinary group of health professionals is a widely used term, which implies cooperation among the various health care professionals. A multidisciplinary team - a group of professionals who combined solution of a problem on commonly agreed principles. Team-oriented approach to PHC has shown that success depends on how each member of the team-health worker, employee and patient - can cross socio-cultural boundaries, to share their goals and understand more deeply the ultimate goals. In other words, teamwork involves more than just the presence of other staff capable of supporting physicians effectively. It includes collective identity as a true team.

Keywords: multidisciplinary teams, primary health care, primary health care