

УДК 615.859:616.379-008.64

Кочуровська А.О.<sup>1</sup>, Лукашенко Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>студентка, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

<sup>2</sup>проф., Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

## **ОЗДОРОВЧІ ПРАКТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Сфера первинної медичної допомоги стикається з труднощами. Дослідження Merritt Hawkins за методом «таємного покупця» показало, що час очікування прийому у лікаря первинної ланки зріс на 30% з 2014 до 2023 року. Через складнощі з доступом пацієнти звертаються в інші медичні установи. З 2002 по 2023 рік кількість гострих візитів до лікарів первинної ланки на душу населення скоротилася на 30%, тоді як відвідування невідкладних центрів, роздрібних клінік та відділень невідкладної допомоги зросло [5]. Тобто існує проблема перевантаження системи охорони здоров'я і це перевантаження відбувається за рахунок того, що більшість проблем з якими звертають хворі до лікаря являються такими, які потребують уваги не лікаря, а фізіотерапевта. Тобто звернення по допомогу до лікарів первинної та вторинної ланок часто виявляються проблемами фізіотерапевтичного масштабу і не потребують лікарського втручання. Тому фізіотерапевти можуть допомогти розвантажити лікарів, водночас покращуючи якість догляду.

**Тому мета роботи:** знайти яким чином інтеграція оздоровчих фізіотерапевтичних методик в систему охорони здоров'я може сприяти її розвантаженню.

Систематичний огляд 2014 року показав, що пацієнти, які напряму зверталися до фізіотерапевтів, мали кращі результати (швидше досягали цілей лікування, відчували менше болю, пропускали менше робочих днів), нижчі витрати, вищу задоволеність послугами, менше використання діагностичної візуалізації та медикаментів, а також не зазнавали підвищеного ризику ускладнень. Кількість відвідувань лікарів зменшилася, що вказує на зниження навантаження на лікарів [4].

Законодавство США дозволяє прямий доступ до послуг фізіотерапевтів у всіх 50 штатах, хоча конкретні деталі залежать від юрисдикції [4].

Розглянемо модель до пандемії COVID-19. Припустимо, що лікар працює 200 днів на рік і приймає 20 пацієнтів на день, що складає 4000 візитів на рік. Якщо цей лікар має 2000 пацієнтів, які в середньому потребують 3 візити на рік, то загальний попит на прийоми становить

6000 візитів на рік. Різниця між попитом і пропозицією становить 2000 візитів, що спричиняє обмежений доступ для пацієнтів [1].

Фізіотерапевти можуть значно допомогти в цьому. М'язово-скелетні проблеми – одна з найпоширеніших причин звернення до лікаря. Дослідження показують, що 10–27% візитів до лікарів первинної допомоги пов'язані з такими станами. Якщо 15% візитів лікарів припадає на м'язово-скелетні проблеми, які фізіотерапевти можуть лікувати самостійно, це становить 600 візитів на рік. Це зменшує розрив між попитом і можливостями лікаря до 1400 візитів. Додатково, залучення медсестер, фармацевтів та спеціалістів з поведінкової медицини може повністю закрити цей розрив, покращуючи доступність допомоги без перевантаження лікарів [1].

Медична мережа Bellin Health у штаті Вісконсин створила ефективні основні команди, у яких два клінічні асистенти («координатори команди догляду») працюють разом із кожним лікарем. Bellin впроваджує програму, в якій фізіотерапевти, що працюють безпосередньо у відділеннях первинної допомоги, допомагають лікарям скорочувати час прийому пацієнтів [4].

Програма розпочалася у 2018 році у рамках одного підрозділу первинної допомоги. Кожного буднього дня один фізіотерапевт працює у підрозділі, обслуговуючи пацієнтів із м'язово-скелетними скаргами. Фізіотерапевти, які зазвичай працюють у відділенні фізичної терапії в межах того ж медичного закладу, по черзі виконують функцію інтегрованого спеціаліста. Такий підхід дозволяє фізіотерапевтам щодня співпрацювати з лікарями, пацієнтами та медичними командами [8].

Фізіотерапевти надають допомогу пацієнтам із болем у шії, спині, плечах, стегнах, колінах, щиколотках і стопах. Вони також займаються лікуванням запаморочення, проблем з рівновагою та проводять навчання з фізичних вправ для пацієнтів із діабетом, депресією та хронічним болем.

Пацієнти спочатку проходять коротку консультацію у лікаря, а потім їх передають фізіотерапевту. Це зручно, оскільки багато відвідувань стосуються не лише м'язово-скелетних проблем, а й інших медичних питань.

Попередні оцінки програми Bellin показали позитивні результати. В опитуванні 2018 року всі лікарі відзначили, що інтегрована фізіотерапія підвищила якість догляду за пацієнтами. Пацієнти оцінили рівень задоволеності програмою на 98,6%, оскільки вони одразу отримували необхідне лікування без додаткового запису [4].

Фізіотерапевти теж позитивно сприйняли цю модель, оскільки вона урізноманітнює їхню практику, дозволяє раніше впливати на стан

пацієнта, покращує результати лікування та зменшує використання дорогих діагностичних процедур [7].

Як і в більшості штатів, у Вісконсині пацієнти можуть безпосередньо звертатися до фізичного терапевта без направлення. Однак у Bellin вирішили, що початковий прийом має здійснювати лікар, після чого пацієнт може бути направлений на фізичну терапію. Це дозволяє лікарям отримувати вищу оплату порівняно з візитами виключно до фізичного терапевта. Розглядаючи можливість прямого доступу, Bellin виявив, що це могло б бути фінансово вигідним у контексті контрактів на основі цінності, але менш життєздатним у системі оплати за послугу [4].

Один із позитивних аспектів такого підходу – збільшення кількості направлень до відділу фізичної терапії. Наприклад, в одному з центрів Bellin кількість направлень зросла на 34% протягом року після інтеграції. До впровадження програми лише один з 42 прийомів у лікаря первинної ланки закінчувався направленням до фізичного терапевта, тоді як після змін цей показник покращився до одного з 33. Крім того, інтеграція фізичних терапевтів може сприяти зниженню загальної вартості медичних послуг у міру зростання популярності оплати за результат. Проте фінансова доцільність такого підходу все ще потребує подальшого аналізу [4].

Інтеграція фізичних терапевтів у первинну медицину почалася ще до пандемії. Проте COVID-19 продемонстрував, що фізична терапія можлива і через відеоконсультації. Декілька систематичних оглядів показали, що телемедицина у фізичній терапії може ефективно зменшувати біль та покращувати функціональність пацієнтів так само, як і очне лікування. Це стосується таких станів, як остеоартрит, біль у попереку чи реабілітація після ендопротезування колінного суглоба.

Фізичні терапевти можуть дистанційно оцінювати біль, набряки, амплітуду рухів, силу м'язів, рівновагу, ходу та загальну функціональність пацієнта. Дослідження показують, що діагностична точність телемедицини у фізичній терапії варіюється від 60% до 93%, а рівень відповідності прийнятих рішень між відео- та очними консультаціями досягає 83%. Більш того, рівень задоволеності пацієнтів онлайн-реабілітацією може бути навіть вищим, ніж у разі традиційних прийомів [3].

**Висновок.** Отже, багато медичних закладів можуть інтегрувати фізичних терапевтів до своєї команди, що допоможе покращити доступність послуг, збільшити пропускну здатність системи та навіть зменшити рівень вигорання лікарів. Одним із викликів є фінансова обґрунтованість такого підходу. Керівники медичних закладів повинні

залучати фінансових директорів ще на етапі планування. Ми дійшли висновку, що інтеграція фізичних терапевтів у маленькі клініки невігідна через недостатню кількість пацієнтів. Щоб виправдати витрати на утримання фізичного терапевта, йому потрібно приймати достатньо пацієнтів для створення додаткових напрямлень до відділу фізичної терапії.

#### Список використаних джерел

1. Боденгаймер Т., Куксдорф Дж., Торн А., Єрзак Дж. Інтеграція фізіотерапевтів у первинну медичну допомогу в межах великої системи охорони здоров'я // Журнал Американської ради сімейної медицини. 2021. Т. 34, № 4. С. 866–870. DOI: 10.3122/jabfm.2021.04.200432. PMID: 34312283.

2. Бургесс Р., Бішоп А., Льюїс М., Гілл Дж. Моделі, що використовуються для коригування випадків за допомогою показників, повідомлених пацієнтами (PROMs) у мускулоскелетній охороні здоров'я: систематичний огляд літератури // Фізіотерапія. 2019. Т. 105. С. 137–146.

3. Котрелл М. А., Рассел Т. Г. Телемедицина для мускулоскелетної фізіотерапії // Практика мускулоскелетної науки. 2020. Т. 48. С. 102193.

4. Єрзак Дж., Сідіккі Г., Сінські К. А. Розширена командна допомога: як ми це реалізували // Журнал сімейної практики. 2019. Т. 68. С. E1–E8.

5. Merritt Hawkins. Опитування часу очікування на прийом до лікаря 2017 року. URL: <https://www.merrithawkins.com/news-and-insights/thought-leadership/survey/survey-of-physician-appointment-wait-times/>

6. Ойха Х. А., Снайдер Р. С., Девенпорт Т. Е. Прямий доступ порівняно з направленими епізодами фізіотерапії: систематичний огляд // Фізична терапія. 2014. Т. 94. С. 14–30.

7. Олайвола Дж. Н., Боденгаймер Т., Дюб К., Віллард-Грейс Р., Грумбах К. Сприяння інтеграції догляду в громадських центрах здоров'я // Центр передового досвіду в первинній медичній допомозі UCSF, 2014. URL: [https://blueshieldcafoundation.org/sites/default/files/publications/downloadable/BSCF\\_Facilitating\\_Care\\_Integration\\_Mar\\_2014.pdf](https://blueshieldcafoundation.org/sites/default/files/publications/downloadable/BSCF_Facilitating_Care_Integration_Mar_2014.pdf)

8. Ур Рехман С. Обізнаність про практику фізіотерапії серед медичних працівників // ResearchGate. 2018. URL: [https://www.researchgate.net/publication/324567456\\_Awareness\\_about\\_Physical\\_Therapy\\_practice\\_among\\_Health\\_Care\\_Professionals](https://www.researchgate.net/publication/324567456_Awareness_about_Physical_Therapy_practice_among_Health_Care_Professionals)