

Атаева Н. Б.¹, Белостоцкий А. В.¹, Гришина Н. К.², Значкова Е. А.³, Загоруйченко А. А.²

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛОМОБИЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

¹Государственное казенное учреждение г. Москвы «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³Департамент здравоохранения города Москвы, 115280, г. Москва

В статье проанализированы актуальные вопросы организации патронажной медицинской помощи маломобильным больным на дому в г. Москве с учетом проводимых организационных мероприятий на различных этапах оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам различных возрастных групп. Представлены результаты эффективности ее функционирования.

Ключевые слова: патронаж; патронажная служба; первичная медико-санитарная помощь; маломобильный пациент.

Для цитирования: Атаева Н. Б., Белостоцкий А. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А., Загоруйченко А. А. Организация патронажной медицинской помощи маломобильным пациентам. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):306—309. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309>

Для корреспонденции: Гришина Наталья Константиновна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Ataeva N. B.¹, Belostotsky A. V.¹, Grishina N. K.², Znachkova E. A.³, Zagoruychenko A. A.²

THE ORGANIZATION OF HOME-NURSING MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH LIMITED MOBILITY

¹The State Public Organization of Moscow “The Directorate on Coordination of Activities of Medical Organizations of the Moscow Health Care Department, 115280, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³The Moscow Health Care Department, 115280, Moscow, Russia

The article analyzes topical issues of organization of patronage medical care of patients with restricted mobility in Moscow, considering ongoing organizational measures at various stages of implementation of new organizational form of medical sanitary care of patients of different age groups. The results of analysis of effectiveness of its functioning are presented.

Keywords: patronage; nursing medical service; primary sanitary medical care.

For citation: Ataeva N. B., Belostotsky A. V., Grishina N. K., Znachkova E. A., Zagoruychenko A. A. The organization of home-nursing medical care of patients with limited mobility. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2020;28(2):306—309 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309>

For correspondence: Grishina N. K., doctor of medical sciences, the leading researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: otdel-77@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 29.11.2019

Accepted 28.11.2019

Введение

В здравоохранении России особое внимание уделяется реформированию системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1—6]. В последние годы все больший акцент делается на дифференцированном подходе к различным группам пациентов [2]. Одной из таких групп являются маломобильные пациенты, которые требуют повышенного внимания и, в силу тяжести своей патологии, значительных ресурсных затрат (частые вызовы скорой медицинской помощи, частые госпитализации из-за невозможности посещать врачей поликлиники, проходить необходимое обследование).

Понятие «патронаж» (франц. le patronage — покровительство), получившее распространение в Европе еще в начале XX в., означает форму работы медицинских учреждений, в первую очередь занятых в области охраны материнства и детства [6].

Патронажная служба оказывает медицинскую помощь на дому лицам старше 18 лет с ограничением

или отсутствием возможности передвижения и/или самообслуживания, возникшим в результате рожденного, приобретенного заболевания или травмы.

Целью исследования является анализ опыта организации медицинской патронажной помощи малоподвижным больным на дому в столичном регионе.

Материалы и методы

Источниками информации явились статьи, материалы государственной статистики, официальная отчетная документация Департамента здравоохранения г. Москвы, результаты социологического исследования. Использовались такие методы, как изучение и обобщение опыта, статистический, аналитический, хронометражное наблюдение, сравнительный анализ, организационный эксперимент.

Результаты исследования

В рамках проекта «Патронаж на дому» в г. Москве в структуре поликлиники патронажная служба орга-

Реформы здравоохранения

низуется на базе отделения по оказанию медицинской помощи взрослому населению на дому. Врачебный и сестринский медицинский персонал службы обеспечивает мониторинг состояния здоровья пациентов патронажной группы (диспансерное наблюдение, мероприятия, указанные в индивидуальной программе реабилитации, лечебно-диагностические, реабилитационные мероприятия и консультации на дому врачей-специалистов), ведение регистра патронажных пациентов, разработку индивидуальных программ обследования, лечения и реабилитации, контроль медикаментозной терапии, выписку рецептов, санитарное просвещение.

В рамках службы вызова врача на дом оказание медицинской помощи на дому осуществляется в день поступления вызова. Оформляются карта вызова врача на дом, журнал вызовов врача на дом (форма № 031/у), при необходимости — листок временной нетрудоспособности, оценивается степень маломобильности пациента, оформляются направления на анализы, обследования, экстренную или плановую госпитализацию. Принимаются вызовы от населения по телефону и передаются на исполнение персоналу, оказывающему медицинскую помощь на дому (врачи-терапевты, фельдшеры). Отдельно проводится мониторинг вызовов пациентами патронажной службы и передача на исполнение врачам соответствующего участка.

Основные критерии включения маломобильных пациентов в патронажную группу:

- невозможность самостоятельного посещения пациентом поликлиники;
- индивидуальная оценка состояния пациента по шкалам Лаутона и Бартела для выявления более уязвимой группы населения (по способности пациента к самообслуживанию и степени зависимости от посторонней помощи).

Оценка проводится в баллах по 5 разделам:

1. Способность к самообслуживанию (прием пищи, одевание, посещение туалета).
2. Способность к самостоятельному передвижению (передвижение, переход с кровати на стул, подъем по лестнице).
3. Способность к ориентации в пространстве.
4. Способность контролировать состояние своего здоровья, нуждаемость в помощи посторонних лиц (контроль артериального давления, прием лекарственных препаратов).
5. Способность к общению (использование телефона, интернета).

Максимальное количество баллов по разделам 1 и 2 составляет 20 баллов, по разделам с 3-го по 5-й — 10 баллов. Пациента включают в патронажную группу, если набрано от 0 до 55 баллов.

В ходе исследования выявлено, что в патронажную группу входят следующие категории маломобильных пациентов: требующие передвижения в инвалидной коляске (9,6%), лежачие больные (17,2%), пациенты, способные передвигаться только в пределах квартиры (70,4%), одинокие пациенты (7%), ветераны Великой Отечественной войны (9,1%). В дан-

Наиболее распространенные нозологии в группе патронажных пациентов и рекомендуемая периодичность осмотров медицинскими работниками в зависимости от нозологии

Нозология	Удельный вес нозологии у пациентов, %	Рекомендуемая частота осмотров врачом в зависимости от нозологии в год	Рекомендуемая частота осмотров медсестрой в зависимости от нозологии в год
Болезни сердечно-сосудистой системы	59	4	12
Сахарный диабет	13	4	12
Последствия перенесенного ОНМК	9	12	24
Бронхиальная астма, ХОБЛ	1	4	12
Онкологические заболевания	8	12	24
Посттравматические заболевания	2	4	12
Другие ХНИЗ	8	4	12

ной категории пациентов преобладали женщины старше 55 лет (66,9%).

Наиболее распространенными нозологиями в группе патронажных пациентов являются болезни сердечно-сосудистой системы (59%), сахарный диабет (13%), последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК; 9%), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ; 1%), онкологические заболевания (8%), посттравматические заболевания (2%), другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ; 8%; см. таблицу).

Согласно хронометражным наблюдениям, врач-терапевт (врач общей практики) должен обслуживать 350—400 пациентов патронажной группы, а одна медицинская сестра (фельдшер) — 150—200 пациентов.

В среднем врач посещает пациента патронажной группы 4 раза в год, медсестра — 12 раз в год. Пациентов с последствиями перенесенного ОНМК, а также страдающих онкологическими заболеваниями рекомендуется осматривать чаще (12 раз в год осмотр врача и 24 раза — медсестры; см. таблицу). У большинства маломобильных пациентов диагностируется несколько заболеваний, требующих врачебного наблюдения. В среднем каждого патронажного пациента врач посещает 2 раза в квартал, медсестра — не менее 1 раза в месяц.

Анализ показал, что более частые посещения (внеплановые врачебные, в том числе специалистами, медицинскими сестрами) необходимы пациентам с осложнениями сахарного диабета (трофические язвы, сухая гангрена — диабетическая стопа), нарушениями ритма сердца, получающим антикоагулянтную терапию (варфарин), пациентам со «свежими» переломами шейки бедра, позвоночника и прочих травм с целью облегчения болевого синдрома.

Процесс выделения персонала для работы в патронажной службе предусматривает следующие этапы:

- расчет необходимого числа врачей и медсестер (согласно предварительной оценки численно-

- сти патронажной группы медицинской организации);
- анализ внутренних кадровых ресурсов медицинской организации;
- выделение сотрудников из наличного штата с учетом сохранения доступности на амбулаторном приеме, профессиональных навыков, уровня подготовки и эмоциональной мотивации;
- набор новых сотрудников для работы с патронажной группой пациентов (в случае отсутствия внутренних кадровых резервов или специалистов с достаточным уровнем подготовки и эмоциональной мотивации).

Врачи патронажной службы могут быть как привлечены из наличного штата, так и быть дополнительно нанятыми врачами. В перспективе запланировано обучение врачей в рамках курса лекций по основным заболеваниям, встречающимся в их практике (осуществляется главными внештатными специалистами ДЗМ). Возможно повышение квалификации врачей по программе дополнительного профессионального образования «Актуальные вопросы гериатрии». Сотрудникам среднего медицинского персонала патронажной службы рекомендовано прохождение курсов патронажной медицинской сестры и ухода за тяжелобольными пациентами.

В настоящее время в поликлиниках г. Москвы реализованы две модели посещения патронажных групп на дому. В рамках первой модели в 42 медицинских организациях (только в 28 из них в расписании участковых врачей-терапевтов имеются выделенные квоты «выход к пациентам на дом») патронаж осуществляется участковыми врачами-терапевтами и медицинскими сестрами:

- врачи-терапевты участковые посещают пациента в будни или в дежурную субботу;
- медицинские сестры посещают пациента ежедневно в будние дни в выделенное рабочее время;
- участковый врач-терапевт ведет малочисленную группу патронажных пациентов своего участка (20–25 человек);
- предусмотрена низкая частота посещений пациентов участковым врачом (не более 4 раз в год);
- сокращается время амбулаторного приема из-за выделения квоты «выезд на дом»;
- отсутствует плановый характер наблюдения медсестрой (осуществляются только по назначению врача).

Вторая модель была реализована в 5 медицинских организациях, в которых патронажная медицинская помощь оказывается выделенным медицинским персоналом. Предусматривается:

- выделение врача-терапевта и медсестер для посещения пациентов ежедневно в течение всего рабочего дня;
- системность врачебного, сестринского (диспансерного) наблюдения пациента на дому;

- регулярный контроль клинических показателей;
- контроль эффективности медикаментозной терапии;
- обеспечение системы контроля оказания медицинской помощи на дому;
- возможность планирования и увеличения кратности посещений врачом и медсестрой;
- дополнительные затраты на автотранспорт.

Мероприятия по организации патронажной службы в поликлиниках г. Москвы проводятся в несколько этапов:

1. Информирование главных врачей (информирование главных врачей pilotных поликлиник).
 2. Набор персонала патронажной службы (отбор врачей, месестер, информирование персонала о порядке работы).
 3. Подготовка нормативной базы патронажной службы (положение о патронажной службе, должностные инструкции врача и медицинской сестры, трудовые договоры врача и медицинской сестры, внесение изменений в штатное расписание).
 4. Выделение и оборудование рабочих мест: кабинета(-ов) для персонала патронажной службы, оценка потребности в оборудовании для кабинета(-ов), — техническое задание на закупку оборудования и его закупка, подготовка места в картохранилище.
 5. Закупка укладок и портативного оборудования (оценка потребности в материалах для укладки врача и медсестры, техническое задание на закупку необходимых материалов и их закупка, обеспечение автотранспортом при необходимости).
 6. ИТ-настройки (формирование участка и ресурса в Единой медицинской информационно-аналитической системе — ЕМИАС, обеспечение телефонной связи).
 7. Формирование реестра патронажных пациентов (получение и консолидация данных от участковых терапевтов и службы вызова на дом, обзвон пациентов из предварительного списка для актуализации информации, приоритизация пациентов и формирование предварительного плана посещения на дому).
 8. Начало работы патронажной службы.
- Для совершенствования работы патронажной службы в г. Москве и оказания медицинской помощи маломобильным пациентам в необходимом объеме следует увеличить численность врачебного персонала патронажной службы. Так, при увеличении числа патронажных пациентов до 75 тыс. на конец 2018 г. количество врачей должно быть увеличено до 188, количество сотрудников среднего медицинского персонала — до 375, количество машин в патронажной службе — до 94, из расчета одна машина на двух врачей.

Обсуждение

В конце 2017 г. фактическое количество поликлиник, в которых функционирует проект «Патронаж

Реформы здравоохранения

на дому», составило 26. Проект охватил 70 врачей, 160 средних медицинских работников и 26 200 пациентов. Уже весной 2018 г. число поликлиник увеличилось до 46, врачей — до 128, медсестер — до 299 и пациентов — до 50 тыс. человек.

Значимой задачей при наличии выделенной патронажной службы, включающей врачей и средний медицинский персонал, является обеспечение необходимого числа посещения маломобильных пациентов. При этом анализ данных по оказанию медицинской помощи маломобильным пациентам установил эффективность модели с выделенным врачом по сравнению с посещениями участковым врачом:

- количество вызовов врачей службы вызова на дом в месяц сократилось на 51% (с 27,9 до 13,6 вызова на 100 пациентов);
- количество вызовов бригад неотложной медицинской помощи в месяц сократилось на 18% (с 4,7 до 3,8 вызова на 100 пациентов);
- количество вызовов бригад службы скорой и неотложной медицинской помощи в месяц сократилось на 6% (с 11,8 до 11,1 вызова на 100 пациентов).

В результате увеличение кратности посещений, обеспечение преемственности (врач — медсестра) и определение ответственности за группу патронажных пациентов позволили сократить количество обострений заболеваний и объем оказываемой им экстренной и неотложной медицинской помощи.

Заключение

Внедряемая система позволяет улучшить качество организации медицинской помощи при работе с маломобильными пациентами, требующими патронажа на дому, и получить ресурсосберегающий эффект, что способствует эффективному экономическому регулированию системы здравоохранения столичного региона.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбрaten А. Л., Ковалева В. В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы. *Здравоохранение*. 2011;(6):50—5.
2. Значкова Е. А. К вопросу о совершенствовании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Москве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;(2):98—101.
3. Гриднев О. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А., Загоруйченко А. А. Социологический анализ доступности и качества организации первичной медико-санитарной помощи в период реформирования в Москве. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;(2):68—71.
4. Белов Л. А. Пути повышения качества медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2009;(1):62—4.
5. Гриднев О. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А. Основные направления повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2016;1(2):30—4.
6. Патронаж. Доступно по ссылке: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B6> (дата обращения 05.10.2018).

Поступила 29.11.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Lindenbraten A. L., Kovaleva V. V. The quality control of organization of medical care: modern approaches. *Zdravookhranenie*. 2011;(6):50—5 (in Russian).
2. Znachkova E. A. On the issue of development of primary medical sanitary care of adult population in Moscow. *Problemy sotsial'noy gигиени, zdravookhraneniia i istorii meditciny*. 2016;(2):98—101 (in Russian).
3. Gridnev O. V., Grishina N. K., Znachkova E. A., Zagorui'chenko A. A. The sociological analysis of accessibility of and quality of organization of primary medical sanitary care during reforming period in Moscow. *Vestneyk Roszdravnadzora*. 2017;(2):68—71 (in Russian).
4. Belov L. A. The means of increasing quality of medical care. *Zdravookhranenie*. 2009;(1):62—4 (in Russian).
5. Gridnev O. V., Grishina N. K., Znachkova E. A. The main directions of quality increasing of organization of primary medical sanitary care in Moscow. *Bulleten' Natsional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ia im. N. A. Semashko*. 2016;1(2):30—4 (in Russian).
6. Patronage. Available at: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B6> (accessed 05.10.2018).