

Дискуссия

УДК616-002.5:362.1

**Проблемы оказания медико-социального сопровождения
больным туберкулезом и пути их решения***В.А.Краснов^{1,2}, Д.В. Степанов¹, О.В. Ревякина¹, Р.А. Митрофанов¹*¹*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза»**Минздрава России, Новосибирск, Россия.*²*Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей ГБОУ ВПО НГМУ**Минздрава России, Новосибирск, Россия.***Резюме.**

Вопросы оказания медико-социальной помощи больным туберкулезом в современных условиях является чрезвычайно важной составляющей системы противотуберкулезных мероприятий. В представленной работе определены ключевые проблемные области оказания медико-социальных мероприятий больным туберкулезом с учетом изменений произошедших в государстве на современном этапе. Предлагаются новые понятия и определения медико-социальной помощи, медико-социального сопровождения. Предложен вариант организации медико-социального сопровождения в противотуберкулезной службе с оптимальными расходами бюджетных средств и отсутствием юридических противоречий: создание на базе противотуберкулезных учреждений группы медико-социального сопровождения. Дан вариант структуры, штатов, алгоритм функционирования.

Ключевые слова: туберкулез, медико-социальная помощь, организация здравоохранения, противотуберкулезный диспансер

В отечественной фтизиатрии всегда уделялось большое внимание социальной адаптации больного туберкулезом в обществе. Осуществлялись меры социальной помощи, предусмотренные законодательством (переселение бактериовыделителей из общежитий и коммунальных квартир, использование права на дополнительную жилую площадь, первоочередное направление детей из очага туберкулезной инфекции в санатории, детские дошкольные учреждения, вопросы трудоустройства и др.). Все эти мероприятия включались в соответствующие разделы комплексного плана работы противотуберкулезных учреждений и утверждались соответствующими органами исполнительной власти. Государство помогало решать эти вопросы [1].

На современном этапе произошли кардинальные изменения на государственном уровне в законодательной базе и других областях, непосредственно влияющих на реализацию социальных меро-

приятий для больных туберкулезом. При общем увеличении финансирования противотуберкулезных мероприятий со стороны государства [2]. Передача финансирования социальной поддержки с федерального уровня на уровень бюджета субъекта Российской Федерации приводит к снижению их объема и эффективности. Нельзя не учитывать и региональную асимметрию: в бюджетах некоторых ее субъектов недостаточно средств даже на лечение всех больных туберкулезом, другие же субъекты помимо этого могут оказывать и существенную социальную поддержку. Однако объем социальной помощи больным туберкулезом повышающей эффективность их лечения, не может зависеть от возможности региона, поскольку влияют на эпидемическую ситуацию в стране в целом.

Произошедшая структурная трансформация государственного управления, в частности, естественное, в целом, разделение Минздравсоцразвития на два отдельных министерства для фтизиатрии создает дополнительные сложности для решения задач по оказанию медико-социальной помощи, требуя обращения в два различных ведомства.

В то же время у руководителей и чиновников, определяющих развитие здравоохранения, преобладает взгляд на туберкулез как на чисто медицинскую проблему, сохраняется также стереотипное мнение о том, что туберкулез является болезнью маргинальных слоев населения. Тем самым искусственно зауживается контингент больных, нуждающийся в социальной помощи.

Роль общества в формировании социальной политики в области туберкулеза в сегодняшнем мире информационных технологий трудно переоценить. Повсеместное распространение Интернета и социальных сетей сегодня привело к появлению новых путей распространения информации и широкому вовлечению разных социальных слоев населения в формирование общественного мнения о туберкулезе. В связи с этим существует острая необходимость в последовательной информационной поли-

тике, формирующей общественное мнение по проблеме туберкулеза, в том числе и по социальной адаптации больных.

Описанные выше социальные проблемы противотуберкулезных программ хорошо известны. Сегодня сложилась парадоксальная ситуация, когда необходимость решения этих проблем очевидна для специалистов-фтизиатров, но ни министерство здравоохранения, ни министерство труда и социальной защиты не принимают на себя бремя их решения. В настоящее время отсутствуют единые стандарты и протоколы оказания медико-социальной помощи. Нет ресурсов, выделенных на проведение этих мероприятий.

Ключевым субъектом оказания медико-социальной помощи больным туберкулезом, является фтизиатр, который обладает всей полнотой данных о потребности больного. Другие участники процесса – это социальная и миграционная службы, правоохранительные органы, некоммерческие общественные организации и т.д. Однако механизмы их взаимодействия, остаются неопределенными. Список вопросов, решение которых влияет на эффективность противотуберкулезной программы в регионе в целом, остаются нерешенными, например, возможность привлечения сотрудников социальных, государственных немедицинских служб или волонтеров к оказанию социальной помощи больным, у которых сохраняется бактериовыделение, роль и функции волонтеров, общественных активистов, сестер Красного креста, этапы лечения, на котором они могут подключаться к этой работе, а также форма и объем социальных гарантий волонтерам. Отсутствует единая точка зрения на объем и составляющие социальной помощи, который должен быть гарантирован больному. Остается открытым вопрос об источниках финансирования этих мероприятий. Чрезвычайно важным является вопрос о координации работы различных ведомств и организаций в оказании социальной помощи больным туберкулезом в регионе, об организации, осуществляющей такую координацию.

Одной из ключевых проблем является отсутствие общепринятых и утвержденных дефиниций, терминологии в данной предметной области. Безусловно, понятия должны быть универсальными и подходить не только к туберкулезу, но и к любой другой патологии. Насколько точно понятие «помощь» отражает сущность процесса оказания медико-социальных услуг больному? Термин «помощь» можно отнести к одноразовому или кратковременному действию, результаты оказания помо-

щи обычно не прослеживаются. Термин «поддержка» характеризует активное действие на каком-либо определенном промежутке времени, не ограничивающимся одним видом помощи и не подразумевает мониторинг результативности действий. Термин «сопровождение» включает в себя предыдущие два понятия и является проактивным разнонаправленным процессом, изменяющимся во времени в зависимости от возникающих обстоятельств, и предполагает активное действие на протяжении всего периода болезни и реабилитации больного, а также коррекцию комплекса действий в зависимости от их эффективности в конкретной ситуации. Нам представляется наиболее приемлемым использование именно термина «сопровождение» при оказании медико-социальных услуг больным туберкулезом.

Почему необходимо оставить понятие «медико»? В случае больных туберкулезом социальное сопровождение направлено в первую очередь на повышение эффективности лечения и направлены на достижение основной медицинской цели – излечение больного. В связи с этим роль лечащего врача – фтизиатра в планировании и оценке эффективности мероприятий велика, что и определяет сохранение медицинской составляющей в названии комплекса мероприятий. Кроме того, при медико-социальном сопровождении каждому больному, прямо и косвенно, должна оказываться психологическая, психокоррекционная помощь, которая относится к медицинской.

Выше мы определили некоторые ключевые проблемные области оказания медико-социальных услуг больным туберкулезом. Далее хотелось бы обосновать следующие условия решения проблем:

- точное определение процесса;
- соответствие целей определению;
- реальная выполнимость мероприятий;- минимальные (оптимальные) расходы бюджетных средств;
- соответствие действий по реализации запланированных мероприятий существующей нормативно-правовой базе

Начнем с определений. Для дальнейшей работы мы предлагаем использование следующих новых понятий:

Медико-социальное сопровождение больных - оказание больным, находящимся в трудной жизненной ситуации психологической помощи, а также мер социального характера больным, на протяжении течения заболевания. Медико-социальное сопровождение больных складывается из последова-

тельного выполнения набора социальных и медицинских (психологических) услуг больным на протяжении времени, которое необходимо больному для полной адаптации в обществе.

Трудная жизненная ситуация – «ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно» [3].

Объект медико-социального сопровождения – все больные туберкулезом, стоящие на учете в противотуберкулезном учреждении.

Медико-социальное сопровождение оказывается по мере необходимости с момента установки диагноза заболевания туберкулезом у данного больного (постановки на диспансерный учет) до момента снятия с учета противотуберкулезного учреждения.

Цель оказания медико-социального сопровождения – повышение результатов лечения больных туберкулезом за счет их социальной адаптации.

Организация медико-социального сопровождения в противотуберкулезном учреждении должна обеспечивать:

- выявление у больных туберкулезом факторов социального и психологического характера, которые указывают на наличие или возможность возникновения трудной жизненной ситуации из-за данного заболевания;

- выявление факторов, которые могут негативно повлиять на приверженность пациента к лечению [4];

- разработку плана мероприятий по медико-социальному сопровождению пациента с целью преодоления выявленных негативных факторов;

- содействие больному в получении государственных и социальных услуг;

- сотрудничество с благотворительными организациями для инициации спонсорской помощи и координации её распределения больным туберкулезом при помощи общественных организаций.

С учетом того, что медико-социальное сопровождение включает в себя оказание разных видов, объемов услуг с различной длительностью, мы предлагаем на базе противотуберкулезных учреждений субъектов Российской Федерации и в рамках деятельности Кабинета медико-социальной помощи [5] создать Группу по медико-социальному

сопровождению больных туберкулезом (далее – Группа).

Структура и штаты, финансирование.

Группа создается приказом руководителя противотуберкулезного учреждения и является его структурным подразделением.

Рекомендуемый минимальный состав сотрудников Группы:

- 1 должность медицинского психолога

- 1 должность социального работника,

Общее руководство Группой должно осуществляться Главным врачом противотуберкулезной службы и ли его заместителями по лечебной части.

При необходимости (высокая нагрузка, территория неблагоприятная по социальным и экономическим показателям и др.), по решению руководителя учреждения, штат сотрудников может быть увеличен с введением должности врача-методиста, медицинской сестры по медико-социальному сопровождению и отдельной должности заведующего группой. Целесообразно назначить руководителем медицинского психолога.

Деятельность сотрудников группы регламентируется должностными инструкциями.

Группа в своей деятельности руководствуется Законодательством Российской Федерации, Уставом учреждения, приказами руководителя.

Так как функции Группы не подразумевают выполнение лечебных мероприятий, ее деятельность не подлежит обязательному лицензированию.

Финансирование осуществляется из бюджета в пределах ассигнований, выделенных по смете лечебному учреждению, в составе которого оно организовано.

Алгоритмы функционирования группы.

При постановке на учет (поступлении на стационарное лечение) в обязательном порядке вводится заполнение раздела амбулаторной карты/истории болезни «Медико-социальный анамнез», в котором необходимо отразить следующие компоненты:

- проблемы социального состояния пациента (со слов больного) – безработица, отсутствие документов, освобождение из пенитенциарного учреждения, проблема трудоустройства по факту заболевания и характер работы и т.д.);

- условия проживания (отсутствие определенного места жительства, стесненные условия проживания, др.);

- семейные отношения (состоит в браке, состав семьи, количество проживающих, отношения меж-

ду членами семьи, дети - сироты, оставшиеся без родителей, престарелые, не имеющие ухода со стороны родственников и т.д.) и их контактные координаты;

- круги общения больного (есть друзья, какие отношения между друзьями, виды общения внутри кругов общения) и их контактные координаты;

- наличие работы (характер работы, имеющиеся психологические нагрузки, как они разрешаются), лишенные профессии вследствие заболевания;

- сопутствующие заболевания, которые могут влиять на психологическое состояние больного и приверженность к лечению (психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, ВИЧ и др.);

- имеется ли инвалидность, как инвалидность повлияла на социализацию данного больного, имеются ли нарушения функций различных органов вследствие заболевания;

- образовательный ценз;

- уровень дохода (ниже прожиточного минимума конкретного региона, до 10 000 руб., 10-20 тыс. руб., 20-30 тыс. руб., свыше 30 тыс. руб.);

- другие состояния, которые могут повлиять на приверженность больного к лечению или его способность полностью выполнять медицинские указания.

- согласие на получение социальных услуг, в том числе и продуктовых наборов, транспортных проездных билетов и т.п.

Заполнение данного раздела амбулаторной карты или истории болезни возлагается на врача-фтизиатра.

После заполнения раздела «Медико-социальный анамнез» проводится обязательная консультация медицинского психолога.

Медицинский психолог в процессе собеседования (тестирования) и на основании собранного врачом-фтизиатром анамнеза выявляет наиболее значимые для данного больного проблемы, влияющие на его психологическое состояние и приверженность к лечению, составляет Рекомендации психолога по предпочтительным мероприятиям и, совместно с Группой, по очередности решения проблем данного больного для предотвращения или минимизации проблем трудной жизненной ситуации, а также определяет необходимость консультации психотерапевта и/или психиатра.

Медицинский психолог консультирует всех больных как минимум 5 раз:

- при поступлении;

- в течение или через 1 месяц после начала лечения;

- по завершении интенсивного курса лечения;

- в случае проведения хирургического вмешательства;

- перед окончанием курса лечения.

Кроме того, консультации психолога могут проводиться внепланово, по направлению врача-фтизиатра или по просьбе больного, при возникновении неблагоприятных жизненных ситуаций, возникших во время лечения.

Заключения по результатам консультации заносятся в историю болезни/амбулаторную карту.

На еженедельных собраниях Группы совместно с социальным работником и фтизиатром составляется План медико-социального сопровождения больного, о чем делается запись в амбулаторной карте/истории болезни. Указывается конкретный набор мероприятий необходимых конкретному больному: оформление документов, субсидий на проезд, пособий и т.п. Социальный работник вносит запланированные мероприятия в свой план-график консультаций со специалистами (юристы, миграционная служба, МВД, муниципальной администрацией и т.п.), в меру своей компетенции, координирует взаимодействие между лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) и другими заинтересованными ведомствами, взаимодействует с некоммерческими общественными организациями по вопросам спонсирования, распределения продуктовых наборов и др.

Группа еженедельно координирует свою деятельность с врачами-фтизиатрами противотуберкулезных учреждений и ежемесячно докладывает о результатах и проблемах на внутренних конференциях.

В отчет вносятся показатели объема работы (количество пациентов, находящихся на сопровождении, из них – успешно закончивших курс лечения или снятых с диспансерного наблюдения, количество пациентов прервавших лечение с указанием причин «отрыва» от лечения, количество пациентов которым не удалось помочь (с указанием причин), количество пациентов, которым группа сможет обеспечить медико-социальное сопровождение. Совместно с фтизиатрами анализируются вопросы взаимодействия с партнерами по оказанию взаимодействия, причины неудач в лечении. В отчете отдельно освещаются результаты работы по привлечению к медико-социальному сопровождению больных туберкулезом благотворительных и спонсорских организаций, если существуют контракты с такими организациями.

Представленный алгоритм работы Группы

применим для больных, находящихся как на стационарном или амбулаторном лечении, так и на диспансерном наблюдении.

Необходимо отметить, что даны[по экономической эффективности мероприятий медико-социального сопровождения больных туберкулезом недостаточно [6]. Однако результаты, отражённые в существующих статьях, уже легли в некоторые рекомендации по организации противотуберкулёзных мероприятий [7]. В связи с этим, подобные исследования требуется осуществить в ближайшем будущем.

Список литературы.

1. Урсов И.Г. Эпидемиология туберкулеза и диспансеризация населения. – Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат». 2003. -183с.
2. Федеральная целевая программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 годы», Приложение N 3 «Источники и ориентировочные объёмы финансирования»

3. "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" Федеральный закон от 10.12.1995 N 195-ФЗ (ред. от 23.07.2008)

4. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO 2003 - ISBN 92 4 154599 2: (NLM classification: W 85) 196 p.

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от «15» ноября 2012 г. №932н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом» Приложение № 1

6. Jakubowiak W.M., Bogorodskaya E.M., Borisov S.E., Danilova I.D., Kourbatova E.V. / Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. Int J Tuberc Lung Dis. 2007 - Vol. 11, № 1. - P 46-53.

7. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Женева. ВОЗ, 2007 and social support in six Russian regions. Int J Tuberc Lung Dis. 2007 - Vol. 11, № 1. - P 46-53. 2007



ТЫ МОЖЕШЬ!

- 1 СТАТЬ УМНЕЕ**
У некурящих людей лучше работает мозг, развиты память и логическое мышление.
- 2 ОБРЕСТИ СВОБОДУ**
Никотиновая зависимость – это добровольное рабство, которое забирает здоровье, деньги и будущее.
- 3 БЫТЬ ЗДОРОВЫМ И ИМЕТЬ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ**
Курение приводит к преждевременному старению организма, бесплодию, раку легких и других органов, повышает риск рождения детей с патологиями.

БЕСПЛАТНАЯ ПОМОЩЬ 8 800 200 0 200
в отказе от курения

ЗДОРОВАЯ РОССИЯ
УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru