

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА. ОТ ОТБОРА НУЖДАЮЩИХСЯ К МОНИТОРИНГУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2023-132-137

УДК: 616-08-039.73

Розанов А.В.¹, Черепанова Е.С.¹, Баранникова К.А.¹, Свищева С.П.¹, Самородов В.Ю.¹,
Пересторонина А.В.², Сысоева А.Н.⁴, Кашин А.В.³

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

² Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской реабилитации», Киров, Россия

³ Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр, центр общественного здоровья и медицинской профилактики», Киров, Россия

⁴ Министерство социального развития Кировской области, Киров, Россия

Резюме

В статье рассмотрены особенности организации оказания медицинской помощи на принципах межведомственного взаимодействия со структурами социальной защиты при внедрении системы долгосрочного ухода. Представлена модель межведомственного взаимодействия, направленная на выявление потенциальных нуждающихся в услугах системы долгосрочного ухода, описан принцип обмена данными, пример мониторинга основных жизненных показателей пациентов с помощью помощников по уходу.

Ключевые слова: система долгосрочного ухода; межведомственное взаимодействие; мониторинг основных жизненных показателей; обмен данными.

Для цитирования: Розанов А.В., Черепанова Е.С., Баранникова К.А., Свищева С.П., Самородов В.Ю., Пересторонина А.В., Сысоева А.Н., Кашин А.В. Медицинская помощь в системе долгосрочного ухода. От отбора нуждающихся к мониторингу состояния здоровья. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023; 2(14): 132–137. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2023-132-137

LONG-TERM CARE: MEDICAL SERVICE DELIVERY

Rozanov A.V.¹, Cherepanova E.S.¹, Barannikova K.A.¹, Svishcheva S.P.¹, Samorodov V.Yu.¹,
Perestoronina A.V.², Sysoeva A.N.⁴, Kashin A.V.³

¹ Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² Medical Rehabilitation State Centre, Kirov, Russia

³ Medical Information and Analytical Center, Center for Public Health and Medical Prevention, Kirov, Russia

⁴ The Ministry of Social Development of the Kirov Region, Kirov, Russia

Abstract

The article discusses the characteristics of medical assistance organization based on interdepartmental interaction with social protection structures when implementing a Long-Term Care System. A model of interdepartmental interaction is presented, aimed at identifying individuals potentially requiring Long-Term Care services. The principle of data exchange is described, the example of patients' vital signs monitoring by care assistants is given.

Keywords: Long-Term Care; interdepartmental interaction; vital signs monitoring; data exchange.

For citation: Rozanov A.V., Cherepanova E.S., Barannikova K.A., Svishcheva S.P., Samorodov V.Yu., Perestoronina A.V., Sysoeva A.N., Kashin A.V. Long-Term Care: Medical Service Delivery. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023; 2(14): 132–137. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2023-132-137

Забота об улучшении здоровья, качества жизни и продлении активного долголетия пожилого человека являются основными задачами социальной политики Российской Федерации, что нашло свое отражение в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [1] и Указе Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [2].

С ростом качества оказания медицинской помощи, с улучшением качества жизни населения растет и средняя продолжительность жизни населения. То есть старение населения — устойчивый тренд в развитии современной цивилизации, сохраняющийся в прогнозах вплоть до 2060 года (рис. 1), в том числе и в Российской Федерации. С другой стороны, неуклонно растет число пациентов, нуждающихся в постороннем уходе как вследствие снижения физического функционирования, так и по причине наличия инвалидизирующего заболевания, приводящего к утрате способности к самообслуживанию.

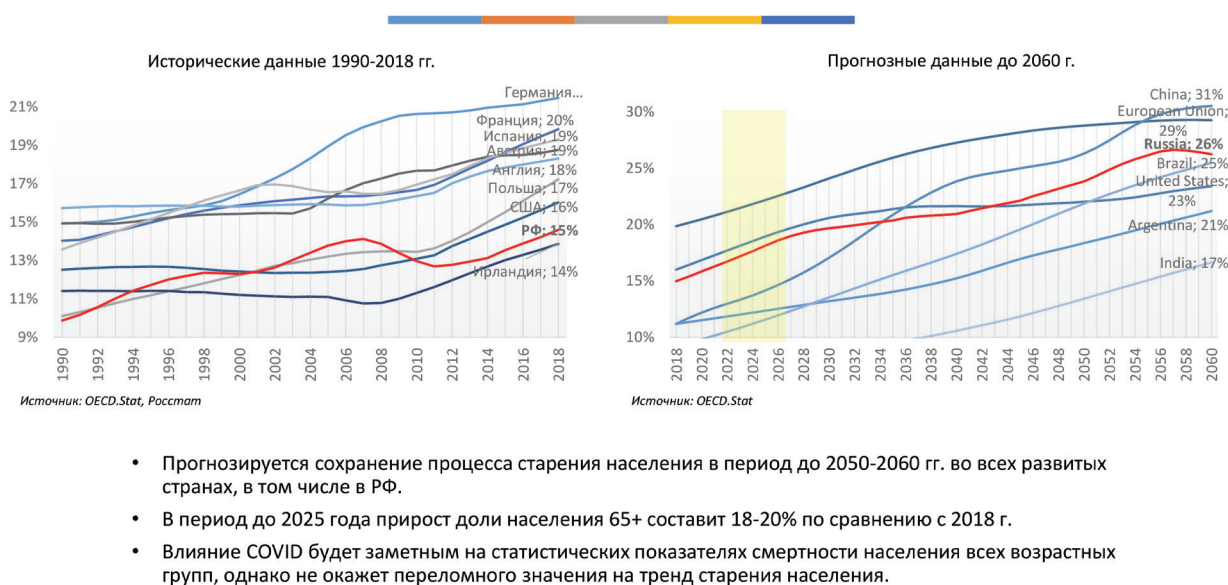


Рисунок 1. Динамика старения населения в РФ и в мире. Доля населения 65+.

- Размер ВВП РФ в 2020: 107 трлн руб.*
- Оценочный объем финансирования социального обслуживания в РФ в 2020 году**: 270 млрд. руб., ~0,3% ВВП***

Доля в РФ – 0,3%

* - источник: МЭР РФ 2021
 ** - оценка произведена на основе данных субъектов РФ и подлежит дальнейшему уточнению в федеральных ведомствах
 *** - для осуществления сравнения с зарубежными странами необходимо «очистить» сумму затрат на социальное обслуживание РФ от расходов на предоставление срочных социальных услуг, что не представляется возможным сделать в настоящее время на основе доступных данных

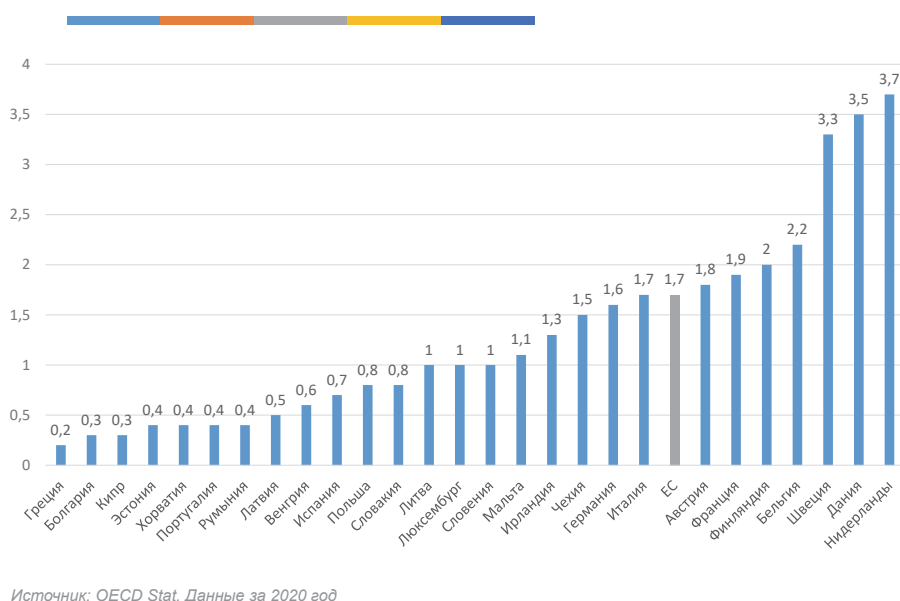


Рисунок 2. Доля расходов на системы долговременного ухода в ВВП отдельных развитых стран.

Следовательно, растут расходы на социальную поддержку населения (рис. 2), растет потребность в медицинской помощи данной категории пациентов.

Оптимальным решением в сложившейся ситуации стало «...создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода» [3].

В соответствии с приказом Минтруда России от 15.12.2022 № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», долговременный уход — это ориентированный на граждан пожилого возраста и инвалидов скоординированный способ предоставления необходимой им помощи, позволяющий поддерживать их здоровье, функциональность, социальные связи, интерес к жизни [4]. Иными словами, это комплекс медицинской и социальной поддержки, направленный на сохранение здоровья и социальной активности человека.

В Приказе дано и исчерпывающее определение понятия «система долговременного ухода»: система организации и предоставления органами и организациями социальных, медицинских, реабилитационных и абилитационных услуг гражданам, нуждающимся в уходе, основанная на межведомственном взаимодействии [4].

Описаны цели и задачи СДУ, а именно: цели системы внедрения долговременного ухода — обеспечение гражданам, нуждающимся в уходе, поддержки их жизнедеятельности для максимально долгого сохранения привычного качества жизни, а также содействие гражданам, осуществляющим уход.

Задачи внедрения системы долговременного ухода [4]:

- 1) совершенствование механизмов выявления граждан, нуждающихся в уходе, для включения их в систему долговременного ухода;
- 2) совершенствование механизма определения индивидуальной потребности граждан, нуждающихся в уходе, в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу;
- 3) совершенствование механизмов предоставления социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода;
- 4) совершенствование механизма осуществления контроля качества предоставления социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода;

5) организация содействия гражданам, осуществляющим уход;

6) создание и развитие инфраструктуры системы долговременного ухода, в том числе на базе негосударственных организаций;

7) подготовка (переподготовка) кадров для системы долговременного ухода;

8) организация межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода, включая отработку механизмов обеспечения согласованности деятельности уполномоченных органов, организаций и их работников;

9) обеспечение информационной поддержки системы долговременного ухода;

10) обеспечение поддержки добровольческих (волонтерских) организаций и добровольцев (волонтеров), содействующих развитию системы долговременного ухода.

Подобная организация СДУ сформулирована в соответствии с приоритетами Всемирной организации здравоохранения [5]:

1) преемственность заботы в первичном звене здравоохранения или в рамках неформальной заботы с участием профессионалов;

2) планирование ухода, совместное принятие решений и поддержка самопомощи;

3) «куратор случая» («Кейс-менеджер»);

4) услуги, приближенные к месту проживания, или «единая точка входа»;

5) реабилитация, промежуточный/восстановительный уход;

6) междисциплинарная помощь на всем маршруте пациента, включая больничный и долговременный уход;

7) использование информационных и цифровых технологий;

8) междисциплинарное образование и развитие персонала.

Данная статья описывает опыт коллектива Российской ассоциации геронтологов и гериатров по реализации проекта, направленного на совершенствование механизма выявления нуждающихся в услугах СДУ с последующим дистанционным мониторингом основных показателей состояния здоровья пациентов/подопечных «Технологии заботы», реализованного в ряде пилотных регионов при финансовой поддержке Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

Итак, первая задача, которую следует решать при внедрении СДУ, — совершенствование механизмов выявления граждан, нуждающихся в уходе, для включения их в систему долговременного ухода.

При определении потенциально нуждающихся в услугах СДУ граждан при проведении медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации применялся опросник «Возраст не помеха». Однако, несмотря на простоту, этот способ имеет один очень существенный

недостаток: целевая популяция — только граждане пожилого и старческого возраста, в то время как клиентами СДУ могут быть граждане любого возраста. Ряд регионов применял индекс Бартел, иные опросники, однако применение таких опросников было неудобно, занимало большое количество времени.

С учетом задач СДУ, в частности обеспечения реабилитации и абилитации, за основу механизма выявления потенциальных нуждающихся в СДУ была взята шкала реабилитационной маршрутизации (таблица 1) (ШРМ) [6], а авторами был предложен модифицированный опросник на ее основе, апробированный в ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Пациенты, набравшие 4–5 баллов ШРМ, считались потенциальными клиентами СДУ.

Второй ключевой момент — организация межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода, включая отработку

механизмов обеспечения согласованности деятельности уполномоченных органов, организаций и их работников [4] (рис. 3).

Непременным условием эффективной работы предложенной схемы является отлаженное цифровое взаимодействие информационных систем здравоохранения и социальной защиты, обеспечивающих высокую автоматизацию обработки и передачи информации без участия человека. Такой механизм взаимодействия подразумевает решение следующих задач:

1. Программное обеспечение:

- в медицинскую информационную систему (МИС) внедрена процедура оценки ШРМ;
- в МИС внедрен протокол обработки согласия на передачу персональных данных пациента социальной службе;
- сформирована связь между МИС и информационной системой социальной службы (ИССС) (сообщение о пациенте с высокой оценкой ШРМ;

Таблица 1.

Шкала реабилитационной маршрутизации

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности
4	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности
6	Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести

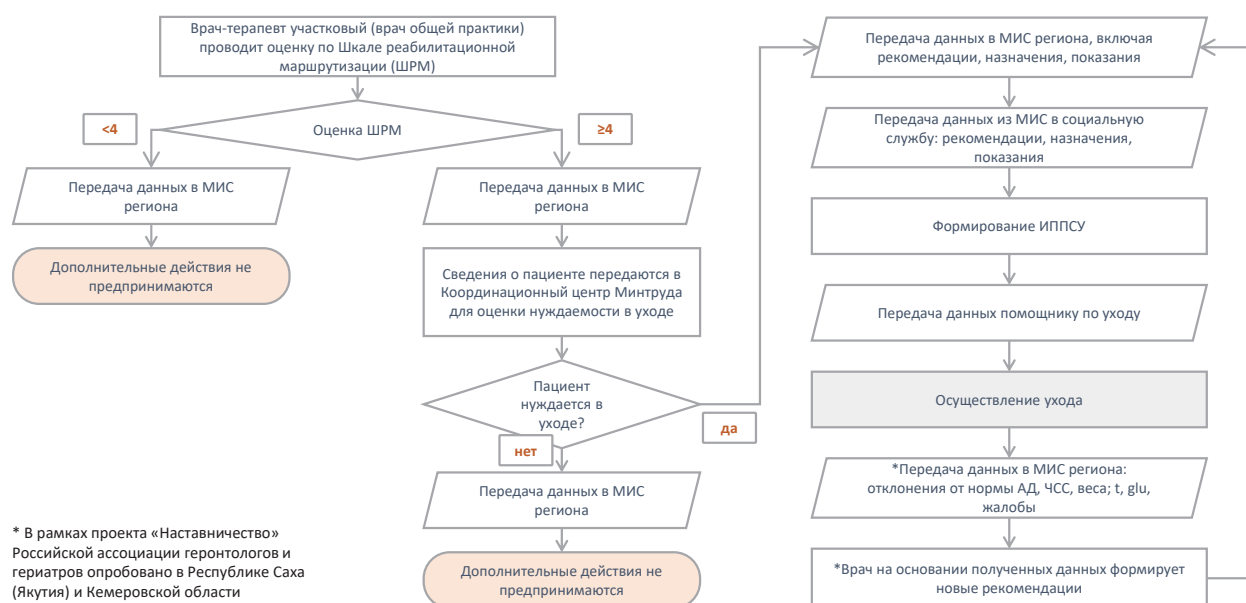


Рисунок 3. Порядок цифрового взаимодействия в СДУ.

процедура передачи данных о пациенте, включая рекомендации и назначения, на регулярной основе; запрос от ИССС на передачу данных о пациенте);

- специализированное приложение для социального работника, содержащее в том числе поля для внесения мониторируемых физиологических параметров пациента;

- сформирована связь между приложением, МИС и ИССС для обмена соответствующими данными.

2. Навыки врача:

- врач умеет пользоваться локальным ПО для работы с МИС;

- врач знаком с процедурой оценки ШРМ;

- врач умеет формировать рекомендации, которые могут быть приняты социальной службой как руководство к действию (рекомендации по приему лекарственных препаратов, требования к частоте уходовых процедур, например обработке пролежней и др.).

3. Специальная подготовка эксперта по оценке нуждаемости.

4. Навыки помощника по уходу:

- помощник по уходу умеет пользоваться смартфоном и приложением для отчета об уходовых процедурах и внесения данных о физиологических параметрах пациента;

- помощник по уходу обучен навыкам измерения физиологических параметров пациента (измерение давления, пульса, температуры, уровня глюкозы).

Особое внимание при разработке механизмов взаимодействия уделялось преемственности рекомендаций врача, их понятности и применимости в работе социальной службы. Исходя из требований приказа Минтруда России от 15 декабря 2022 г. № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» о формировании 5 основных модулей поддержки в СДУ — поддержка питания (7 услуг), поддержка гигиены (28 услуг), поддержка мобильности (5 услуг), поддержка здоровья (6 услуг), поддержка социального функционирования (4 услуги), — все рекомендации врача привязывались к вышеперечисленным 50 услугам СДУ [4]. В качестве примера приведем рекомендации по питанию: основной вариант диеты (ОВД), рекомендованный врачом, в соответствии с приказом Минздрава России от 05 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» отражается в рекомендациях системы по уходу как пример дневной раскладки с перечнем разрешенных продуктов и вариантов дневного меню.

Инновационным стало внедрение мониторинга основных витальных показателей жизнедеятельности пациента помощником по уходу с передачей

данных в режиме реального времени врачу. Данные манипуляции входят в перечень навыков помощника по уходу, закрепленных в профессиональном стандарте [7]. Перед разработчиками была поставлена задача, с одной стороны, при формировании врачебных рекомендаций, заложить программную возможность определения минимальных и максимальных безопасных значений уровней артериального давления, числа сердечных сокращений, веса, температуры тела, насыщения крови кислородом, записанного со слов пациента уровня глюкозы крови, а с другой стороны, так организовать мониторинг данных, чтобы система оповещала врача только о выходе параметров за безопасные пределы значений.

В настоящий момент данный вариант межведомственного взаимодействия наиболее полно представлен в Кировской области. Работа по изучению эффективности данного подхода с оценкой временных и трудовых затрат как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны социальной службы в настоящее время не завершена. Предварительные результаты позволяют предположить значимую экономию времени и средств при оказании как социальной, так и медицинской помощи, существенное повышение качества оказываемых услуг. Ограничение взаимодействия МИС и ИССС — необходимость двойного ввода данных со стороны социальных служб, так как большая часть функционала сформирована в МИС.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Данная статья описывает опыт коллектива Российской ассоциации геронтологов и гериатров по реализации проекта, направленного на совершенствование механизма выявления нуждающихся в услугах СДУ с последующим дистанционным мониторингом основных показателей состояния здоровья пациентов/подопечных «Технологии заботы», осуществленного в ряде пилотных регионов при финансовой поддержке Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» Российская газета — Федеральный выпуск № 97(75604) от 9 мая 2018 г.
2. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» Российская газета — Федеральный выпуск № 159(8213) от 22 июля 2020 г.

3. Письмо Минтруда России от 24.12.2019 № 12-7/ООГ-13148 «О достижении значений показателя результативности мероприятий, направленных на создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами», http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343225/

4. Приказ Минтруда России от 15.12.2022 № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_440970/

5. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated

people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>

6. Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363102/

7. Приказ Минтруда России от 30 июля 2018 г. № 507н «Об утверждении профессионального стандарта «Сиделка (помощник по уходу)» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_304751/