

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ФГБУ ЦНИИОИЗ
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН, вице - президент РАН
Стародубов В.И.



14 января 2016 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ

Методические рекомендации



Москва, 2016 г.

УДК 615-05
ББК 51.1 (2)2

Рецензенты:

Сибурин Т.А. – д.м.н., профессор, заведующая отделением методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Калининская А.А. – д.м.н., профессор, заведующая отделением организации лечебно-профилактической помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

О.С. МИШИНА

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ /

Методические рекомендации. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, – 2016 г. – 40 стр.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов управления здравоохранением регионального и муниципального уровней, организаторов здравоохранения, главных врачей учреждений здравоохранения и врачей специалистов.

Заявитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ

РЕФЕРАТ

Методические рекомендации 40 стр.

Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни

Ключевые слова: пациенто-ориентированные технологии, отделение хронических больных, медицинская помощь, социальная помощь, взаимопомощь, интегральная помощь, псориаз, псориатический артрит.

Цель методических рекомендаций – разработка предложений по организации работы поликлинических отделений для хронических больных, обеспечивающих комплексное медицинское и социальное обслуживание пациентов с хроническими заболеваниями на протяжении всей жизни.

Объект исследования – состояние и качество медицинской помощи населению Российской Федерации при хронических заболеваниях. Медицинские и социальные проблемы ведения больных псориазом.

Уровень внедрения – учреждения здравоохранения (амбулаторно-поликлинические и специализированные дерматовенерологического профиля).

Эффективность использования методических рекомендаций определяется повышением доступности и качества мультидисциплинарной медицинской и социальной (в том числе со стороны общественных организаций), профилактической и реабилитационной помощи хроническим больным с учетом их потребностей в разные периоды болезни в целях снижения частоты обострений и осложнений, улучшения качества жизни пациентов, снижения случаев нетрудоспособности, повышения продолжительности жизни.

Сокращения:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания;

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
1. Основные понятия.....	6
2. Бремя хронических болезней для здравоохранения	7
3. Современные технологии ведения хронических больных	8
4. Обоснование организационно-функциональной модели оказания пациенто-ориентированной медицинской помощи	9
5. Особенности в оказании медицинской помощи хроническим больным в России	11
6. Цель и задачи организационно-функциональной модели оказания пациенто-ориентированной медицинской помощи «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни».....	12
7. Общие принципы реализации организационной технологии «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни».....	14
8. Роль среднего медицинского персонала	19
9. Система взаимодействия с внешними контрагентами	21
10. Управление работой Отделения ведения хронических больных.....	22
11. Нозологическое наполнение Отделений ведения хронических больных.....	23
Приложения.....	24
Список использованной литературы	36

ВВЕДЕНИЕ

Борьба с хроническими болезнями – одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед национальными системами здравоохранения. Достижения медицины, которые продлевают людям жизнь, контролируя, хотя и не излечивая полностью их заболевания, привели к увеличению числа лиц, живущих с хроническими болезнями. Специфика организации помощи хроническим больным заключается в необходимости проведения курсов оздоровления, лечения и реабилитации вне обострений заболеваний, что выходит за рамки традиционно сложившегося подхода, ориентированного на преимущественное лечение острых состояний и обострений заболевания [5], призвано обеспечить повышение качества человеческого капитала и снизить постоянно возрастающие экономические потери общества.

По мнению Zsuzsanna Jakab, директора Европейского регионального бюро ВОЗ, растущая сегодня потребность лечения хронических состояний требует иного подхода. Взаимоотношения между пациентом и врачом изменяются фундаментальным образом: пациент все в большей степени рассматривается как «знаток благодаря накопленному опыту», чье активное участие в принятии решений имеет ключевое значение. Patient-centred healthcare (в русском языке - пациент-ориентированное здравоохранение) - один из вариантов решения проблемы ведения хронических болезней [28].

Декларация о пациент-ориентированном здравоохранении (Второй Всемирный Конгресс Пациентов 22-24 февраля 2006 года в Брюсселе) гласит - «системы здравоохранения во всем мире не могут быть эффективными, если они ставят во главу угла болезнь, а не пациента; необходимо вовлекать пациентов и стремиться к повышению их приверженности лечению, отказу от вредных привычек и введению самоконтроля» [15, 29].

Проблема лечения больных с ХНИЗ, на протяжении многих лет находится в поле зрения международного сообщества, однако в РФ действенные организационные механизмы до сих пор не разработаны, а проводимая диспансеризация имеет формальный характер и не приносит ожидаемых результатов, особенно при системных заболеваниях. Настоящие Методические рекомендации направлены на создание организационных технологий оказания медико-социальной помощи населению Российской Федерации при хронических заболеваниях на протяжении всех лет жизни.

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1.1. Хроническое заболевание, по определению ВОЗ, - это неинфекционные заболевания, не передающиеся от человека к человеку. Это длительные заболевания, как правило, медленно прогрессирующие [17].

1.2. Всемирная организация здравоохранения определяет **медико-социальную работу** как организованное социальное обслуживание в больнице и вне её с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы. Медико-социальная работа - это вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья [19]. Цель медико-социальной работы - достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием, попавшим в трудную жизненную ситуацию [20].

Действующее законодательство РФ определяет права граждан на **медико-социальную помощь**. В случаях заболевания с утратой трудоспособности граждане имеют право на медико-социальную помощь, включающую профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь. Гражданам гарантируются меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь обеспечивается медицинскими, социальными работниками и другими специалистами в учреждениях государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения и социальной защиты населения [21].

1.3. Пациенто - ориентированные технологии – комплексное ведение больного, учитывающее его потребности в сохранении и поддержании здоровья, обеспечении возможного уровня качества жизни, привлечение пациента к сотрудничеству. Из позиции «жертвы обстоятельств» больной переводится в позицию активного участника лечебного процесса [22]. *Для удобства восприятия в дальнейшем будем использовать термин пациент-ориентированное здравоохранение, медицинская помощь или технологии.*

1.4. Организационно-функциональная модель – это внутренняя структура организации, состоящая из отдельных частей, включающая порядок взаимодействия между ними, формы взаимодействия с внешними элементами.

1.5. Алгоритм ведения пациента в отделении хронических болезней – подразумевает совокупность последовательных шагов (действий), пред-

принимаемых медицинским персоналом и направленных на снижение ухудшения состояния здоровья пациента, снижение рисков обострения заболевания, развития осложнений, а также сохранение трудоспособности и продление активной жизни.

1.6. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение (в том числе необходимое обследование) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений и обострений заболевания, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц [24].

1.7. Интеграция с социальными службами – это осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу[4].

1.8. Аутоиммунные заболевания - это группа болезней, при которых происходит разрушение органов и тканей организма под действием собственной иммунной системы. К наиболее распространенным аутоиммунным заболеваниям относятся склеродермия, системная красная волчанка, аутоиммунный тиреодит Хасимото, диффузный токсический зоб, псориаз и пр. [23].

1.9. Псориаз (psoriasis; синоним – чешуйчатый лишай) является хроническим, неинфекционным, болезненным, обезображивающим и инвалидизирующим заболеванием, не поддающимся лечению [17]. В настоящее время рассматривается как системное заболевание, которое характеризуется поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, функциональными и морфологическими нарушениями других органов и систем, что позволяет рассматривать псориаз как «псориатическую болезнь» с разной степенью вовлечения в патологический процесс висцеральных органов [2].

1.10. Псориатический артрит (ПсА) - хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов, частота которого достигает 30% у больных псориазом. ПсА сопровождается снижением качества жизни больных как в результате прогрессирующего поражения костно-суставного аппарата, так и псориаза [21].

2. БРЕМЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2006 г. 20-40% населения Европейского союза в возрасте 15 лет и старше отмечали наличие хронического заболевания, и каждый четвертый проходил длительное лечение (TNSOpinion&Social 2007). В Англии 80% обращений к врачам общей практики приходится на больных с хроническими

заболеваниями. Примерно 15% имеют три и более заболевания (Wilson et al. 2005). По данным ВОЗ, хронические болезни являются причиной смерти в Европейском регионе примерно в 86% случаев [2]. В России хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) обуславливают 75% всех смертей взрослого населения [27].

Хронические заболевания тяжелым бременем ложатся на экономику стран. По данным ВОЗ, затраты на лечение при хронических заболеваниях составляют от 50% до 80% всех расходов на здравоохранение в мире [7]. По оценкам, проведенным в США, затраты, связанные с лечением хронических заболеваний, достигают около трех четвертей от общей суммы расходов здравоохранения (Hoffman et al. 1996). Экономический ущерб от этих заболеваний в России составляет почти 1 трлн. рублей в год (приблизительно 3% ВВП) [27]. По мнению зарубежных экспертов [1,2,9], улучшение ведения хронических больных позволяет получить:

- улучшение здоровья больного человека с повышением качества и увеличением количества лет жизни без инвалидности;
- экономию затрат путем снижения обострений и осложнений заболеваний и, как следствие, снижение частоты потерь трудоспособности среди работников с хроническими заболеваниями;
- повышение эффективности труда людей с хроническими заболеваниями.

3. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К числу организационных технологий ведения хронических больных, реализуемых в мире, относятся *Модель Evercare, Программы поддержки самопомощи при хронических заболеваниях, Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ) и др.*, которые включают: координацию медицинской помощи на уровне первичного звена, мероприятия по обеспечению лекарственными препаратами и оказание социальной поддержки, а также направлены на улучшение здоровья пациентов и достижение оптимального соотношения затрат и результатов лечения [3,4,8]. При любом подходе основные приоритеты в ведении хронических болезней состоят:

- *в предупреждении развития заболевания путем первичной, вторичной и третичной профилактики, в поддержании и укреплении здоровья;*
- *ориентации на потребности пациентов;*
- *обеспечении мультипрофессионального подхода, характеризующегося разносторонней диагностикой проблем пациента в медицинской, соци-*

альной, психологической сферах, выделении наиболее важной из них, согласованности действий при их решении;

- *мотивации самих больных с хроническими болезнями и их родственников к оказанию само- и взаимопомощи [6,7].*

Разнообразие предлагаемых технологий оказания помощи в Европе, США и Канаде говорит о том, что универсального решения проблемы, связанной с хроническими заболеваниями, пока не существует. Отечественное здравоохранение также находится в поиске оптимальной модели помощи хроническим больным, в наибольшей степени соответствующей сложившейся системе и учитывающей потребности пациентов. Среди задач Концепции развития здравоохранения до 2020 существенное место отводится «управлению наиболее значимыми хроническими болезнями», которое включает отдельные параметры модели ведения хронических больных - формирование специальных функциональных групп медсестер, в компетенцию которых будет входить реализация индивидуальных планов ведения больных с хроническими заболеваниями, создание школ для больных [10].

4. ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПАЦИЕНТО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Реализация помощи, ориентированной на человека, в разных странах происходит с использованием различных моделей, однако все они включают в себя основные направления: доступность и непрерывность помощи, координацию услуг на уровне первичного звена, выявление новых потребностей, межсекторальное взаимодействие, учет индивидуальных особенностей. В результате организация медицинской помощи более чутко откликается на индивидуальные потребности больного, отводит ведущую роль пациентам и их семьям, учитывает их взгляды и предпочтения в процессе оказания помощи, предлагает поддержку в обучении и психологическую помощь, необходимые для эффективного партнерства. Таким образом, роль врачей расширяется, включая в себя необходимый контроль (в том числе с помощью ИТ-технологий), консультирование пациентов относительно рекомендуемых подходов к ведению заболевания, обучение навыкам медицинской помощи, эмоциональную и психологическую поддержку, помощь в доступе к ресурсам медицинской и социальной помощи, пропаганду здорового образа жизни [2,3].

Предпосылками для разработки новой организационно-функциональной модели оказания пациенто-ориентированной медицинской помощи стали результаты исследований, проведенных учеными разных стран, а также собственные разработки автора.

Первая модель помощи хроническим больным Evercare появилась в США в конце 1980-х гг. Ее главная цель – объединить профилактику и лечение для больных с высоким риском ухудшения здоровья. В программе использовались методы выделения «групп риска», позволяющие оценить требуемый уровень помощи и разработать индивидуальный план лечения, координацию и наблюдение за которым осуществляла медицинская сестра в качестве куратора больного. Также в это время в США начали создаваться центры по предупреждению и контролю заболеваний (CDC). В 90-х гг. специалистами США была предложена «концепция интеграции», состоящая из трех уровней медицинской помощи, установленных, исходя из потребностей больного [5]. В 2002 г. была определена общая цель «интегрированной помощи» как повышение качества медицинской помощи, качества жизни и удовлетворенности пациента, а также повышение эффективности системы для больных со сложными долговременными нарушениями. «Интегрированная помощь» включала различные услуги, медицинские учреждения и категории обслуживания. В настоящее время в США используется модель многофункционального оказания помощи при хронических болезнях. Она включает в себя шесть взаимосвязанных компонентов, которые важны для ведения хронических болезней: организацию здравоохранения; структуру службы оказания помощи; имеющиеся в сообществе ресурсы и принципы политики; поддержку самоконтроля болезни; поддержку принятия решений; клинические информационные системы.

В Швеции медицинская помощь при хронических заболеваниях оказывается преимущественно в региональных медицинских центрах силами многопрофильных бригад, состоящих из врачей, медицинских сестер и других работников. Ведущую роль играют районные медицинские сестры, которым предоставлены некоторые права в области назначения лекарственных средств.

Еще одна из популярных моделей - «программа ведения болезней». Существуют разные подходы к внедрению данной модели. В Англии, например, участковые патронажные медицинские сестры используют стратегии оценки риска на уровне всего населения, чтобы выявить больных со сложными потребностями или тех, кто подвержен наибольшему риску госпитализации. Они дают рекомендации, проводят инструктаж и предоставляют рас-

ширенный спектр услуг по уходу и поддержке больного амбулаторно и на дому.

Все более широкое признание получает идея о необходимости тесного партнерства медицинских работников и пациентов, которое может помочь снизить риск возникновения обострений и улучшить исходы хронических заболеваний. В этой связи с начала 1990-х гг. разрабатываются различные программы поддержки самопомощи при хронических заболеваниях, однако они в основном ориентированы на тех, у кого одно хроническое заболевание [4,5].

Еще одним вектором в развитии новых подходов к повышению качества медико-социальной помощи хроническим больным является социальный вектор, активно развиваемый в странах Западной Европы и Северной Америки, Канады. Так, в Канаде в случае выявления «многоосевой» ситуации у пациента социальные работники медицинских учреждений реально организуют мероприятия по разрешению всего комплекса социальных вопросов. Социальный работник формирует и ведет социальную карту клиента, в которой отражаются все мероприятия по решению индивидуального комплекса социальных проблем.

Известны подходы к ведению хронических больных с определенными заболеваниями. Так, осуществляются разработки программ, улучшающих результаты лечения и снижение обострений при псориазе. Например, в Германии, было проведено исследование, направленное на улучшение результатов лечения псориаза и снижение его обострений, под названием «PSO-TOP». По результатам его было доказано, что у пациентов, получающих, помимо стандартного лечения, психологическую и информационную поддержку, что приводило к увеличению длительности врачебного приема и соответственно общения с лечащим врачом, отмечалось повышение результатов лечения по сравнению с теми пациентами, которые получали стандартную терапию и нормированное общение с врачом [12].

5. ОСОБЕННОСТИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ

Собственные исследования, проведенные в период с 2012-2015 гг., показали следующие особенности в оказании медицинской помощи хроническим больным в нашей стране, которые являются основой для оптимизации системы организации медицинской помощи больным этой группы:

- медицинская помощь носит эпизодический характер и осуществляется преимущественно в периоды обострения заболевания, не обеспечивая индивидуального комплексного подхода, учитывающего высокий уровень осложнений и наличие «сопутствующих» (этиологически связанных) хронических заболеваний;
- слабо осуществляется взаимодействие между специалистами разного профиля, практически полностью отсутствует координация в предоставлении больным медицинской, реабилитационной, профилактической помощи;
- слабо осуществляется контроль лечения в периоды ремиссии заболевания, контроль выполнения плана лечения; больные предоставлены сами себе и остаются наедине со своими проблемами;
- отсутствует интеграция медицинской и социальной помощи, своевременное обеспечение больных санаторно-курортным лечением, перевод на инвалидность, обеспечение необходимым оборудованием и инвентарем;
- предоставление медико-социальной помощи осуществляется без должного учета потребности пациентов и их родственников в специальных знаниях, социальной поддержке, консультациях со специалистами по волнующим вопросам, во взаимопомощи;
- слабо выражена профилактическая составляющая, способствующая оздоровлению, своевременному выявлению и раннему лечению заболевания, снижению обострений и осложнений, сохранению трудоспособности, поддержанию оптимального качества жизни.

Таким образом, качество медицинской помощи хроническим больным не соответствует современным возможностям здравоохранения и регламентируемым требованиям.

6. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПАЦИЕНТО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «СОПРОВОЖДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ»

На основании выявленных проблем, с учетом существующих регламентов оказания медицинской помощи больным и с использованием современных международных подходов к лечению хронических заболеваний разработана организационная технология оказания медицинской помощи **«Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни»**.

Главной целью пациенто-ориентированной технологии является переход к комплексному ведению больного на протяжении многих лет с целью сохранения его здоровья и трудоспособности, поддержания достойного качества жизни.

Задачами организационной технологии «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» является:

- *обеспечение максимальной доступности для пациентов;*
- *обеспечение комплексной помощи;*
- *обеспечение междисциплинарного подхода;*
- *координация и концентрация медицинских услуг в одном месте;*
- *создание условий для комплексной профилактической медицинской и социальной помощи, повышение роли общественных организаций;*
- *дифференциация объема и видов помощи с учетом риска возникновения осложнений и обострений;*

Суть новой технологии состоит в следующем:

- изменение роли самого пациента в процессе лечения и поддержка своего здоровья путем **активного участия в принятии решений относительно его активного лечения;**
- **выявление потребностей** пациентов;
- индивидуальном подходе к ведению пациентов;
- использовании дневных стационаров, патронажа на дому или на базе общественных организаций (соответствующих школ), при необходимости, стационаров на дому,
- обеспечение **мультидисциплинарного подхода,**
- **концентрация медицинских услуг,** в учреждении здравоохранения, максимально приближенном к месту жительства;
- создание условий для профилактической и комплексной медико-социальной помощи,
- привлечение медицинских сестер к профилактическим мероприятиям,
- **сегментации потребностей** в медицинских услугах в зависимости от группы риска возникновения осложнений, утяжеления состояния;
- **развитие самопомощи** среди пациентов (использование общественных организаций в качестве информационной и справочной службы);
- предоставление новых видов обслуживания (подключение лиц, оказывающих интерактивные консультативные и информационно-справочные услуги);

- внедрение с помощью общественных организаций комплексной интерактивной компьютерной системы, предназначенной для поддержки больных хроническими заболеваниями;
- расширение интеграции медицинской и социальной помощи;
- обеспечение преемственности и непрерывности взаимодействия медицинской и социальной служб в ведении больного;

7. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ «СОПРОВОЖДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ»

Реализация новой организационной технологии комплексной помощи хроническим больным «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» предполагается на базе создаваемых **отделений хронических больных**. В целях обеспечения максимальной доступности для пациентов отделение создается как структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения, обладающего лечебно-реабилитационными и кадровыми возможностями (рисунок 1).

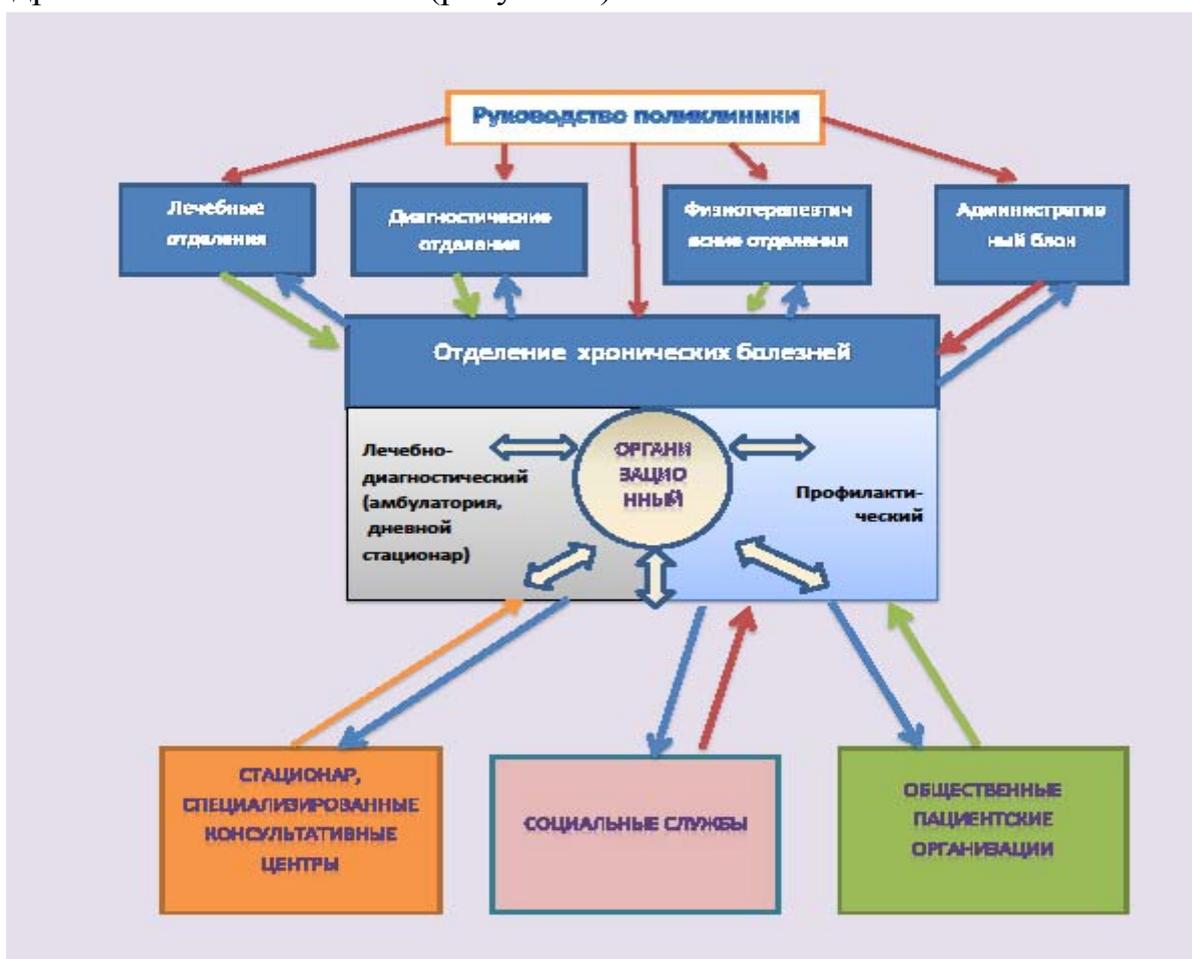


Рис. 1. Организационная структура Отделения хронических больных

Цель Отделения хронических больных (далее Отделения) - улучшение качества жизни пациентов, снижение риска прогрессирования заболевания и предотвращение инвалидизации.

Отделение имеет штатное расписание, финансируется в рамках программы ОМС, размещается в специально выделенном помещении и использует лечебно - диагностическую базу учреждения.

Медицинская помощь осуществляется группой специалистов (в соответствии с нозологической направленностью отделения), обеспечивающих мультидисциплинарный подход. Отделение интегрирует и координирует свою деятельность со службой социальной защиты и профильными общественными организациями, активно взаимодействует со специализированными медицинскими учреждениями.

В структуру отделения входят подразделения (или группы специалистов), отвечающие за разные направления работы, в частности: организационное, лечебно-диагностическое (включая дневной стационар) и профилактическое. Перечень основных функций подразделений представлен на рисунке 2.



Рис. 2. Направления деятельности подразделений Отделения хронических больных

Состав сотрудников отделения хронических больных должен включать: заведующего отделением; врача общей практики; врачей - специалистов в зависимости от численности контингента больных (работающих на одну, половину или четверть ставки); социального работника (координатора), штат специалистов со средним медицинским образованием.

Работа персонала отделения строится в соответствии с утвержденным перечнем основных видов работ, представленных в должностных инструкциях (приложение 1). Ориентировочная численность специалистов рассчитывается на основании потребностей больных с различными видами патологии, оптимальной нагрузки на специалиста каждого профиля.

Пример. Проведенные расчеты потребности населения во враче дерматовенерологе для ведения больных псориазом, исходя из данных официальной статистики, показали, что на 1000 взрослого населения должно приходиться 0,004 должности врача-дерматовенеролога, в поликлинике на 50 тыс. населения - 0,25 ставки. Вместе с тем, специфика статистического учета больных псориазом, заключающаяся в значительном недоучете случаев заболевания, связанном как с необращением пациентов на ранних стадиях болезни, так и с отсутствием четко налаженного статистического учета больных в кожно-венерологических диспансерах, позволяет предполагать реально более высокий уровень потребности населения в дерматовенерологической помощи при псориазе. Подтверждением этому являются публикации иностранных авторов (*USCensusBureau, InternationalDataBase, 2004*), считающих, что заболеваемость псориазом населения России находится на уровне 2,8 млн. человек, что в 9 раз превышает данные официальной статистики (приложение 2). Выбор этой группы больных обусловлен спецификой самого заболевания (Приложение 3.) и высокой потребностью больных в активном длительном комплексном лечении и их позитивной реакцией на медико-социальное воздействие.

Последовательность реализации технологии «**Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни**» в Отделении хронических больных также рассмотрим на примере пациентов с псориазом (рисунок 3).

Поступление пациента может происходить путем самостоятельного обращения, выявления хронического диагноза при диспансеризации или специалистами любого профиля при обращении в лечебные учреждения (поликлиники, кожно-венерологические диспансеры, больницы). Сотрудники отделения, отвечающие за организационное направление работы, оформляют необходимую медицинскую документацию, пациент с хроническим заболеванием вносится в реестр по учету данной группы больных.

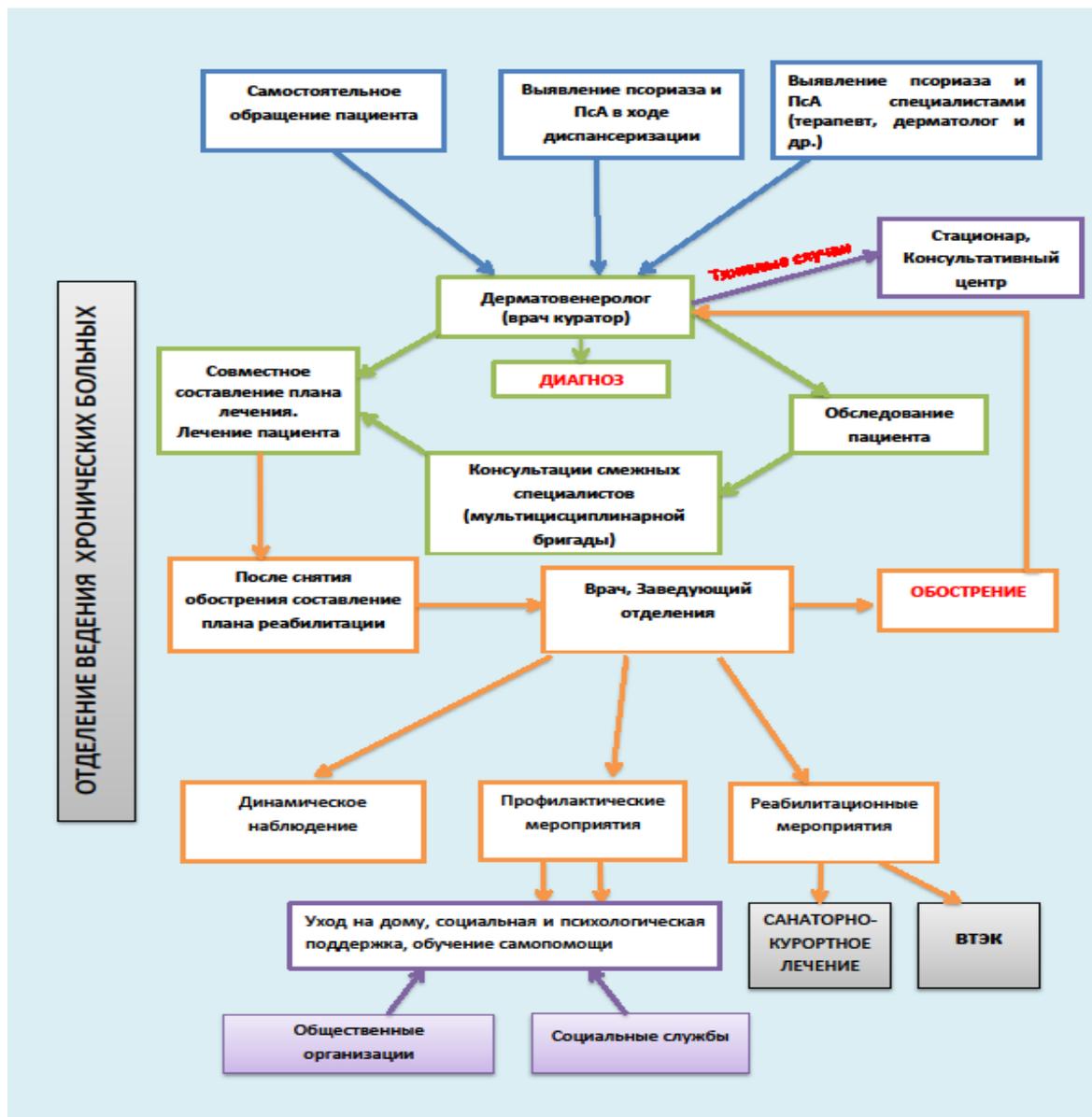


Рис. 3. Ведение пациента псориазом в рамках технологии «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни»

Примечание. Для улучшения сбора анамнестических данных целесообразно внедрение опросников для пациентов (приложение 4), которые помогут сократить время для сбора анамнеза врачом, выявить тяготящие факторы болезни, наличие рисков возникновения заболевания у родственников.

В *отделении хронических больных* пациент направляется на прием к профильному специалисту (например, при псориазе к дерматовенерологу, при псориатическом артрите - к ревматологу и т.п.), который в дальнейшем становится его куратором. *Врач - куратор* проводит уточнение диагноза, направляет на исследования и консультации необходимых специалистов. По результатам обследования и выявленных сопутствующих патологий мультидисциплинарной бригадой во главе с куратором с учетом индивидуальных

особенностей и потребностей пациента составляется план его лечения и реабилитации.

В целях повышения качества лечебно-диагностического процесса предлагается использовать разработанный автором электронный вариант амбулаторной карты больного (приложение 5).

Учитывая предпочтения больных с псориазом в получении помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, лечебные мероприятия могут проводиться как в Отделении, так и в дневном стационаре. Если состояние здоровья пациента позволяет ему проходить лечение в амбулаторных условиях, он направляется в *процедурный кабинет* (для выполнения назначений), *кабинет лазерной терапии*, *кабинет физиотерапии*. При необходимости – в *кабинет психолога*, или в дневной стационар.

Дневной стационар в рамках отделения хронических больных - поликлиническое подразделение для кратковременного пребывания транспортабельных больных при обострениях и прогрессирующих стадиях заболевания, в котором они получают интенсивную медицинскую и психологическую помощь, правовую и социальную поддержку.

Весьма актуальным для пациентов с хроническими заболеваниями в период обострений и при тяжелых состояниях является создание при Отделении хронических больных стационаров на дому. Лечение и уход за тяжелобольными осуществляется на дому выездными бригадами, состоящими из специалистов Отделения, а также привлекаемыми работниками социальных служб.

В ходе лечения и по окончании курса проводится оценка состояния больного, динамика течения болезни. По результатам лечения после снятия обострений составляется план профилактических и реабилитационных мероприятий. Врачом куратором среди больных выявляется *группа высокого риска* в соответствии с тяжестью заболевания, сопутствующей патологией, возрастом, социальными аспектами, также определяется степень риска для родственников больного.

В состоянии достигнутой стойкой ремиссии пациент передается для дальнейшего наблюдения врачу Отделения и лицу, отвечающему за профилактическое направление работы отделения. Функции персонала профилактического подразделения представлены в приложении 6.

Актуальность профилактического направления в работе Отделения хронических больных продиктована тем, что на сегодняшний день диспансерное наблюдение за хроническими пациентами ведут лечащие врачи - специалисты (в т.ч. в специализированных учреждениях), возможности которых

в проведении комплекса лечебно - оздоровительных мероприятий и реабилитации ограничены, а доступность для пациентов низкая. Разделение потоков больных и координация профилактической помощи в учреждении по месту жительства расширит возможности получения больным своевременной и качественной медицинской помощи, обеспечит решение проблем пациентов. Работа отделения хронических больных при осуществлении диспансерного наблюдения должна строиться на основании Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. №1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» и Приложения к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1344н. Также в рамках данного Отделения появляется возможность реализации в полной мере «Инструкции по диспансеризации больных, практически здоровых, и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) приказа Минздрава СССР от 30.05.86 N 770 (ред. от 12.09.97) "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», которая на сегодняшний день носит рекомендательный характер и в большинстве случаев не реализуется, что было выявлено, на примере больных псориазом (приложение 7).

Образец карты учета динамического наблюдения за хроническими больными, рекомендованной в методических рекомендациях «Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития» (под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г., 2014г.), представлен в приложении 8.

8. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Работа Отделения в значительной степени обеспечивается участием среднего медицинского персонала. Медицинские сестры играют более значительную роль в процессе ведения хронических пациентов, чем в настоящее время (рисунок 5).

Средний медицинский персонал выполняет функции помощника врача, осуществляет контроль и уход за больными, проводит скрининг, привлекает и организует участие сотрудников социального профиля, поддерживает связь с родственниками больного, обеспечивает выполнение больным врачебных назначений, следит за соблюдением годового плана по ведению пациента, вызывает на прием, фиксирует проведение лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий. Согласно записям врача в амбула-

торной карте выписываются больничные листы, направления на консультации, стационарное лечение, льготные рецепты. В конце года подводятся итоги и анализируются результаты работы с больным, оцениваются состояние и динамика заболевания.



Рис. 5. Обязанности медицинской сестры в отделении хронических больных

При составлении годового плана специалистами решается вопрос о необходимости оформления документов на МСЭЖ или на получение санаторно-курортного лечения, организацией которых занимается работающий в отделении социальный работник. Социальный работник осуществляет координацию взаимодействия отделения с социальными службами по патронажу тяжелобольных пациентов на дому. На основании составленного плана реабилитации им формируются списки больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, и подают заявки в социальные службы на предоставление путевок. На данный момент все это отсутствует в практике ведения больных.

9. СИСТЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВНЕШНИМИ КОНТРАГЕНТАМИ

Одним из важных элементов новой формы оказания медицинской помощи является совместное ведение хронических больных медицинскими и социальными службами, общественными организациями на основе межсекторального сотрудничества. Система взаимодействия Отделения с внешними контрагентами (медицинскими учреждениями и немедицинскими организациями) в интересах больного показана на рисунке 6.

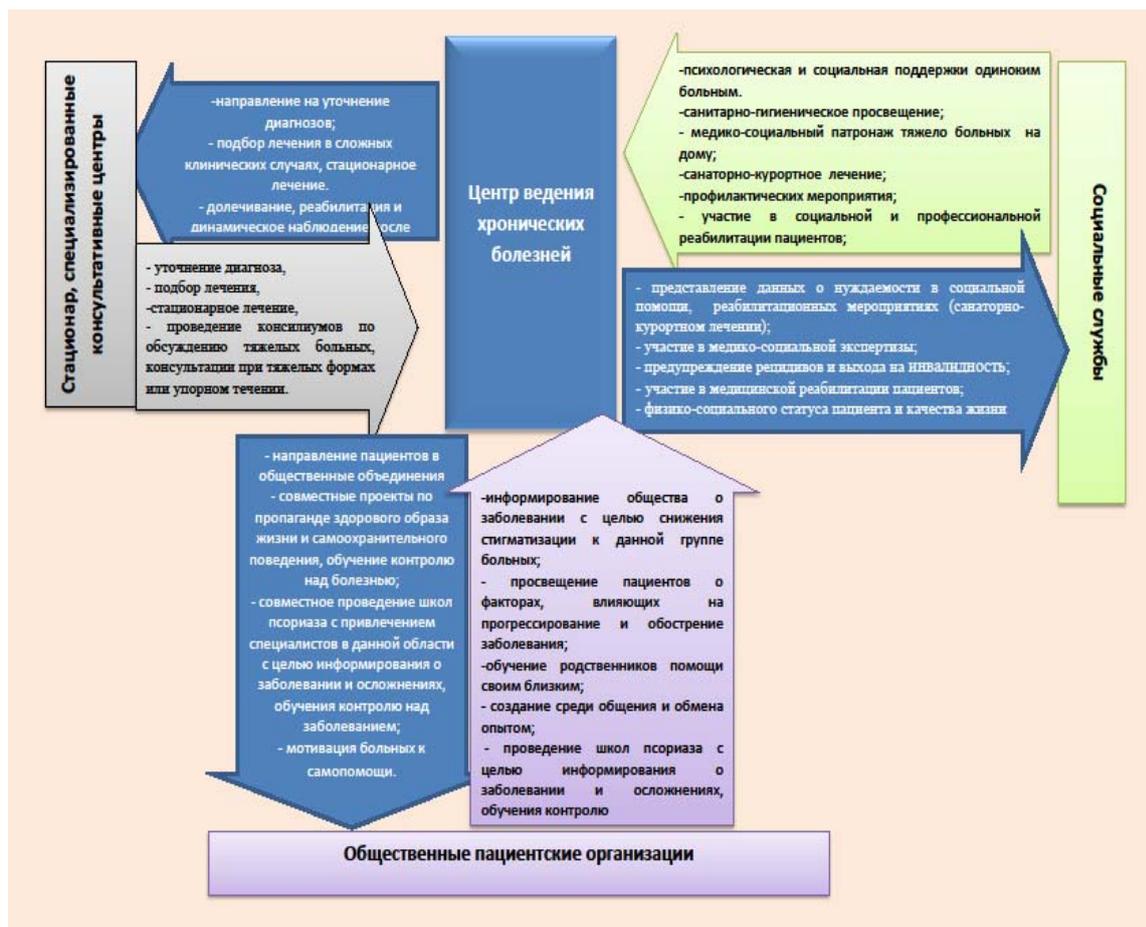


Рис. 6. Взаимодействие отделения хронических больных с другими учреждениями

Взаимодействие с медицинскими организациями (консультативными центрами, специализированными институтами, стационарами) осуществляется по направлениям в случае спорных моментов диагностики, необходимости в проведении консилиумов, стационарного лечения. После получение необходимой помощи в специализированных или высокотехнологичных медицинских учреждениях пациент возвращается на долечивание, реабилитацию и дальнейшее динамическое наблюдение в Отделение хронических больных.

Взаимодействие с **социальными службами** направлено на совместную психологическую и социальную поддержку пациентов, социально-гигиеническое просвещение, реабилитацию, профилактику. Данные направления в первую очередь реализуются за счет патронажа пациентов на дому, консультирования по телефону. Координацию данной деятельности проводят сотрудники организационного направления. Реализуется сотрудниками социальных служб, врачей и медицинских сестер, кабинета динамического наблюдения.

Взаимодействие с **общественными пациентскими организациями** направлено на совместное просвещение пациентов в части заболевания, факторов риска обострений, а также на пропаганду здорового образа жизни, обучение самопомощи и помощи со стороны родственников, социальную адаптацию и поддержку. Отделения и общественные пациентские организации проводят совместно школы для пациентов, проекты, направленные на пропаганду здорового образа жизни, обучение контролю над болезнью, оказывают помощь в решении различных проблем, связанных с болезнью.

10. УПРАВЛЕНИЕ РАБОТОЙ ОТДЕЛЕНИЯ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Управление работой Отделения обеспечивается с помощью системы мониторинга, цель которого обеспечение максимально эффективного внедрения организационной технологии в полном объеме в установленные сроки и при максимально возможной эффективности использования ресурсов. *Основные направления мониторинга должны быть направлены на:*

— оценку эффективности лечебно-диагностического процесса (ранней диагностики основных и сопутствующих патологий, изменения частоты обострений, продолжительности новых обострений);

— повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской и социальной помощи, получаемой в Отделении (изменения качества жизни пациента, реализация потребностей);

— обеспечение экономической эффективности работы Отделения на основе использования федеральных стандартов и новейших рекомендаций по профилактике, скринингу, диагностике и лечению.

Система показателей и критериев эффективности работы Отделения хронических больных представлена в приложении 9.

Критерии оценки деятельности Отделения должны в качестве обязательных включать:

- снижение количества обострений в год, в динамике, с момента взятия пациента на учет в Отделении хронических больных;
- увеличение продолжительности безрецидивных периодов (в днях);
- снижение количества дней нетрудоспособности и нахождения в круглосуточном стационаре;
- удовлетворенность пациента и родственников медицинской помощью.

Создание автоматизированной базы данных пациентов по группам риска неблагоприятного течения болезни позволит эффективно решать задачи, связанные с поэтапным формированием планов ведения хронических больных. Необходимость создания электронных баз данных продиктована непрерывным усложнением и увеличением количества информации, требуемой для принятия решений по ведению пациентов и контролю за результатами.

В качестве инструмента для сбора информации о пациентах используются амбулаторная карта, опросники, адаптированные для каждой группы больных с учетом специфики болезни, регистр пациентов.

11. НОЗОЛОГИЧЕСКОЕ НАПОЛНЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отделение хронических больных может обеспечивать медицинскую помощь хроническим больным с различными нозологическими формами, выбор которых и численность прикрепленного контингента определяется потребностью населения и лечебно-оздоровительными возможностями учреждения. Приоритетными для обслуживания в данном отделении являются хронические больные с трудно излечимыми заболеваниями, например, аутоиммунного характера, поражающими системы органов и часто приводящими к инвалидности. Пример таких заболеваний представлен в таблице 1.

Таким образом, Отделение хронических больных позволит организовать комплексную медицинскую, медико-социальную и общественную (с помощью пациентских организаций) помощь хроническим больным, наблюдение за их состоянием и профилактику обострений и осложнений на протяжении всей жизни, снизить риски инвалидизации и улучшить прогнозы по качеству и длительности жизни больных. Организация Отделений хронических больных возможна за счет перераспределения имеющихся внутренних

Таблица 1

**Хронические заболевания, протекающие с вовлечением
в патологический процесс нескольких систем органов
и снижением качества жизни пациента.**

Системы органов	Перечень заболеваний
Заболевания кожи и под-кожной клетчатки	псориаз и псориатический артрит, системная красная волчанка, склеродермии, лимфомы, пузырьные дерматозы
Неврологические заболевания	рассеянный множественный склероз, болезнь Паркинсона
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	болезнь Крона, болезнь Аддисона-Бирмера гепатоцеребральная дистрофия и фенилкетонурия
Заболевания опорно-двигательного аппарата	ревматизм и ревматоидный артрит, системная (острая) красная волчанка, болезнь Бехтерева
Заболевания эндокринных органов	тяжелая миастения, муковисцидоз, мозжечковая атаксия Мари, аддисонова болезнь
Заболевания органов дыхательной системы	хроническая обструктивная болезнь легких, ИБС
Заболевания органов кровообращения и сосудов	острая перемежающаяся порфирия, гематологические заболевания, гемобластозы, цитопения, наследственные гемопатии, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса), васкулиты
Другие	хронические прогрессирующие редкие (орфанных) заболевания, гемолитико-уремический синдром

ресурсов поликлиники с разделением потоков острых и хронических пациентов, что позволит повысить высвободить врачей поликлинических учреждений от ведения группы наиболее сложных больных, сосредоточить больше внимания на вылечивании острой патологии, врачам-специалистам – опереться на помощь первичного звена, социальных служб и общественных организаций, а больным получать необходимую и адекватную помощь на протяжении всей жизни и не оказываться один на один в решении проблем, связанных с болезнью.

**Должностные обязанности медицинского персонала
«Отделения хронических больных»**

Специальность	Обязанности
Обязанности врача дерматовенеролога:	<ul style="list-style-type: none"> - постановка диагноза, назначение необходимых обследований, направление к специалистам; - назначение лечения по кожному процессу, согласование лечения с другими специалистами, если имеется сочетанная патология; - совместно с другими специалистами составление плана лечения, реабилитационных и профилактических мероприятий для каждого больного; - проведение беседы с родственниками и пациентом, направление в школы для пациентов; - направление на МСЭ; - при необходимости проведение консультаций в специализированных учреждениях для уточнения диагноза, коррекции лечения; решения вопроса об оказании высокотехнологичной помощи; - динамическое наблюдение; - направление на санаторно-курортное лечение и подача заявки в социальные службы; - принятие решения о необходимости стационарного лечения или помощи на дому; - извещение социальные службы о необходимости ухода на дому;
Обязанности врача терапевта:	<ul style="list-style-type: none"> - обследование на соматические заболевания; - назначение при необходимости лечения при сочетанных заболеваниях с учетом лечения от псориаза и псориатического артрита; - контроль за общим состоянием организма; - участие в составлении плана реабилитационных и профилактических мероприятий; - организация проведения МСЭ; - при необходимости направление к специалистам,. - организация санаторно-курортного лечения;
Обязанности врача эндокринолога:	<ul style="list-style-type: none"> - обследование на предмет наличия эндокринных заболеваний; - лечение эндокринных заболеваний с учетом лечения, назначаемого при псориазе и других соматических заболеваниях.
Обязанности врача ревматолога: -	<ul style="list-style-type: none"> -назначение обследований для выявления заболеваний суставов; - назначение лечения в случае выявления патологии; - участие в составление плана профилактических и реабилитационных мероприятий; - участие в принятии решения при направлении на МСЭ; - участие в принятии решения при снятии инвалидности; - рекомендации в отношении санаторно-курортного лечения;
Обязанности врача физиотерапевта:	<ul style="list-style-type: none"> - консультация пациентов и назначение лечения в период обострений; - назначение и проведение профилактических процедур; - участие в составлении плана профилактических и реабилитационных мероприятий.
Обязанности медицинской сестры:	<ul style="list-style-type: none"> -соблюдение запланированного графика мероприятий, вызов пациентов на обследование; -составление реестра больных по степеням тяжести;

Специальность	Обязанности
	<ul style="list-style-type: none"> - выявление групп риска среди родственников, приглашения их для просвещения о факторах, обостряющих псориаз; - направление в органы социального обеспечения заявок на санаторно-курортное лечение для больных псориазом; - анкетирование пациентов и родственников для выявления потребностей в медицинских и прочих услугах; - медицинская помощь на дому; - малевая терапия в Отделении и на дому; - просвещение пациентов о здоровом образе жизни, факторах провоцирующих обострения, мерах профилактики.
Обязанности врача психолога:	<ul style="list-style-type: none"> - консультация больного и оказание психологической помощи; - проведение групповых тренингов - работа с родственниками по поддержке больных

Приложение 2.

Ориентировочный расчет норматива потребности в штатных должностях врачей-дерматовенерологов отделения хронических больных для больных псориазом (на 100 тыс. взрослого населения).

Источники информации	Количество посещений на 1 тыс. взрослого населения (2012г.)	12,0	29,8	Среднее число посещений на 1 обращение	Среднее число посещений на 1 тыс. взрослого населения в год	Число посещений в час при норме нагрузки (из расчета 15 минут на человека)	Количество часов работы в году при 36 часовой рабочей неделе (количество раб. дней в году-247 дн.)	Функция врачебной должности врача-дерматовенеролога	Количество штатных должностей на 1000 взрослого населения	Кол-во штатных должностей в Центрах хронических больных в поликлиниках	на 20 тыс. населения	на 30 тыс. населения	на 50 тыс. населения	
	2,48	12,0	29,8	4	1772,4	7089,6	0,004	0,08	0,012		0,2			
	Данные официальной статистики													

Характеристика псориаза – хронического аутоиммунного заболевания с прогрессирующим течением

В последние годы отмечены рост заболеваемости псориазом, увеличение числа тяжелых, атипичных, инвалидизирующих, резистентных проводимой терапии форм заболевания. Болезнь значительно ухудшает качество жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы. Связывают это с тем, что человечество в значительной степени подвержено воздействию факторов, провоцирующих возникновение псориаза, таких как наследственность, обменные нарушения, патология внутренних органов, микроциркуляторные изменения, алкоголизм.

В 2014 г. на Генеральной ассамблее Всемирной организации здравоохранения была принята резолюция по псориазу, которой страны-члены ВОЗ признали, что псориаз является хроническим, неинфекционным, болезненным, обезображивающим и инвалидизирующим заболеванием, не поддающимся излечению. Признано, что помимо боли, зуда и кровоточивости, вызываемых псориазом, многие страдающие псориазом люди во всем мире испытывают стигматизацию и дискриминацию в обществе и на работе. Подчеркивается, что в мире недопустимо велико число больных псориазом, испытывающих неоправданные страдания в результате неправильного или поздно поставленного диагноза, неадекватных методов лечения и недостаточного доступа к медицинской помощи [14].

Псориаз оказывает отрицательное социально-экономическое воздействие на жизнь людей, как в развитых, так и развивающихся странах. По силе негативного воздействия псориаз сопоставим с другими серьезными хроническими болезнями: раком, артритом, гипертонией, болезнью сердца, диабетом и депрессией. Псориаз связан с множеством психологических трудностей. Люди с псориазом подвергаются остракизму, их не принимают в школе и в сообществе, псориаз препятствует карьерному росту, работодатели ограничивают прием на работу больных псориазом, так как боятся увеличения социальных издержек в отношении этих сотрудников [13].

Приложение 4.

Анкета пациента по контролю качества жизни и потребностей пациента

Ваша медицинская история очень важна для определения точного диагноза псориаза и его тяжести. Используйте нижеприведенный опросный лист, чтобы обеспечить всей необходимой информацией Вашего лечащего врача для определения тяжести Вашего заболевания и соответствующего лечения.

Ваши симптомы	Пожалуйста, опишите здесь
Как давно у Вас имеются высыпания?	
Эти высыпания зудящие и/или вызывающие жжение?	
Эти высыпания болезненные?	
У Вас сухая, потрескавшаяся кожа? Она иногда кровоточит?	
Бывает ли у Вас боль, скованность или припухлость в суставах?	
Ваши ногти утолщены, с углублениями или с неровной поверхностью?	
Какие участки Вашего тела поражены?*	
Какое влияние оказывают высыпания на Вашу жизнь?	Пожалуйста, опишите здесь
Пропускали ли Вы работу/школу?	
Не можете ли Вы работать или испытываете трудности при работе из-за высыпаний?	
Испытываете ли Вы застенчивость из-за высыпаний?	
Избегаете ли Вы социальных ситуаций?	
Изменили ли Вы стиль одежды, чтобы скрыть Ваши высыпания?	
Чувствуете ли Вы депрессию?	
Какие виды лечения Вы использовали против высыпаний?	
Кремы и/или мази, суспензии из аптеки увлажняющие кремы Лекарственные препараты растительного происхождения/траволечение Альтернативное лечение Рецептурные препараты Другое	
История Вашей семьи	
Имеется ли псориаз у кого-нибудь из членов Вашей семьи?	
Имеется ли какая-либо другая кожная патология у кого-нибудь из членов Вашей семьи?	

Имеет ли кто-нибудь из членов Вашей семьи артрит?	
Вредные привычки	
Курите ли Вы?	
Замечали ли Вы за собой злоупотребление алкоголем, пристрастие?	
Есть ли у Вас наркозависимость?	
Сопутствующая патология	
Имеете ли Вы какие-либо заболевания помимо кожного?	
Аллергоанамнез	
Имеется ли у Вас аллергия на какие-либо лекарственные средства?	
Имеется ли у Вас аллергия (продукты, цветения, пыль и т.п.?)	

Вариант амбулаторной карты пациента с хронической патологией

<i>Электронная карта</i> (бумажный дубликат) должна содержать:
- обращение (первичное, повторное)
- диагноз, форма, стадия, характер течения;
- анамнез;
- количество обострений в год;
- динамики заболевания от проводимой терапии;
- группа риска из числа родственников по наследственности;
- степень риска в отношении инвалидности;
- вредные привычки;
- сопутствующая патология;
- наличие инвалидности;
- объективный статус и психологический;
- дневники наблюдений в течение года;
- годовой план мероприятий, и отметки об их исполнении;
- результаты анкетирования о качестве жизни пациента (анализ в динамике);
- листки нетрудоспособности по данному заболеванию, количество дней;
- стационарное лечение, количество дней;
- получаемое лечение в амбулаторных условиях;
- результаты лечения и реабилитации;
- прохождение школы псориаза;
- консультации специалистов и их рекомендации;
- результаты обследований;
- выписка рецептов;

Приложение 6.

Функции персонала профилактического подразделения Отделения хронических больных

Наименование кабинета	Наименование должности	Функции должности
Кабинет динамического наблюдения	Врач Отделения хронических больных (врач общей практики)	<p>Выявление групп риска в зависимости от возраста, пола, сопутствующих заболеваний, специфики течения болезни среди пациентов и их родственников</p> <p>Мероприятия по профилактике (поддерживающие курсы терапии, профилактические мероприятия по долечиванию пациентов, реабилитационные)</p> <p>Динамическое наблюдение согласно составленному плану у дерматолога и терапевта</p> <p>Оформление документов на МСЭ</p> <p>Оценка качества жизни пациента в динамике</p> <p>Отслеживание динамики лечения, консультирование по телефону, on-line консультации</p>
	Медицинская сестра	<p>Патронаж больных на дому, совместно с социальными службами</p> <p>Санитарно-гигиеническое просвещение</p> <p>Просвещение пациентов о факторах, влияющих на прогрессирование и обострение заболевания</p> <p>Составление запросов по санаторно-курортному лечению для социальных служб и направление на него через организационный отдел</p> <p>Выявление потребностей пациентов</p>
Информационный кабинет	Медицинская сестра - координатор	<p>Подготовка статистических данных по заболеваемости псориазом и псориатическим артритом, а также по тяжелым формам больных, об инвалидности, полученной вследствие данного заболевания</p> <p>Направление пациентов и их родственников в школы псориаза, совместное проведение их с общественными пациентками организациями</p> <p>Обучение самопомощи, самоконтролю и поддержке совместно с общественными пациентками организациями</p> <p>Проведение психологических тренингов с участием специалистов и общественных пациентских организаций</p>

Примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-дерматовенеролога

Псориаз распространенный, тяжелые формы, рецидивирующие (Д III)	4 раз в год	Терапевт, невропатолог, отоларинголог - 1-2 раза в год, артролог, ревматолог, другие специалисты - по показаниям	Анализ крови клинический, мочи общий - 2 раза в год, аллергологическое, биохимическое и другие исследования - по показаниям	Режим, диета, закаливание, общеукрепляющая терапия, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, занятия физкультурой, витаминотерапия (поливитамин, фолиевая кислота, А, В1, В6, В12 и др.), седативная, десенсибилизирующая терапия, физио- и бальнеолечение, санаторно-курортное лечение, трудоустройство	Уменьшение частоты и тяжести рецидивов, инвалидности, временной нетрудоспособности, летальности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Псориаз ограниченный, с длительной клинической ремиссией (3 и более лет) (Д II)	1-2 раз в год	Терапевт - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям	Анализ крови клинический, мочи общий - 1 раз в год, другие исследования - по показаниям	Режим, диета, закаливание, занятия физкультурой, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, по показаниям витаминотерапия, физио бальнеолечение, санаторное лечение	Отсутствие рецидивов, сохранение трудоспособности

Приложение 8.

рекомендации по диспансеризации.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Сертификаты * Поставить цифровую подпись Отметка времени Проверить все подписи

Пункт 13 Карты ДН в рекомендуемой редакции: **«Даты явок и достижение целевых показателей терапии»**

Назначено явиться	дата								
	к врачу*								
Явился									
Целевые показатели терапии		Достигнутые уровни (значения) целевых показателей							
ОТ: М<102см Ж<88см									
ФА > 30 мин/день									

*Указывается специальность или должность врача (фельдшера) к которому необходимо явиться пациенту с результатами исследований, рекомендованных к выполнению в таблицах 1-10 (в соответствии с заболеванием или заболеваниями пациента, исключая дублирование исследований) и/или рекомендованных врачом к выполнению

11:58 17.12.2015

**Показатели эффективности деятельности отделения
хронических больных**

Медицинские:
Количество обострений в год;
Количество лиц с вновь присвоенной инвалидностью в году (на 100 прикрепленных больных);
Количество пациентов, у которых снята инвалидность в связи с улучшением состояния;
Процент случаев нетрудоспособности (на 100 прикрепленных больных);
Количество дней нетрудоспособности в расчете на один случай;
Количество дней проведенных в стационаре в год от общего норматива стационарного лечения по псориазу
Процент пациентов получивших санаторно-курортное лечение (на 100 прикрепленных больных);
Процент пациентов с тяжелой формой псориаза, перешедших в средне-тяжелую или легкую форму вследствие проведенных лечебных мероприятий;
Процент пациентов получивших высокотехнологичную помощь в течение года, от общего числа больных с тяжелыми формами псориаза;
Социальные:
Удовлетворенность пациентов оказываемой помощью;
Повышение качества жизни пациентов;
Психологическая и социальная адаптация к болезни (по опросам);
Участие пациентов в контроле своего заболевания и принятие решений (оценка по анкетам);
Удовлетворенность пациентов в разрезе выявленных потребностей;
Процент пациентов, прошедших санаторно-курортное лечение в течение года было;
Количество пациентов, у которых восстановилась трудоспособность.
Экономические:
Снижение затрат на стационарное лечение, за счет проведения лечебных мероприятий в амбулаторных условиях;
Восстановление трудоспособности пациентов и трудоустройство;
Снятие с инвалидности;
Затраты на финансирование деятельности отделения в год
Затраты на льготное лекарственное обеспечение

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойцова С.А., Чучалина А.Г., редакторы. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Москва: ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»; 2014. 109 с.
2. Дебби С. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг? Краткий аналитический обзор. ВОЗ; 2008. 34 с.
3. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориазная болезнь. Саратов: ИД «Саратовский университет»; 1992. 272с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2008. 152 с. [Интернет]. URL: <http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html> (Дата обращения: 06.08.2012)
5. Мартин М., Джудит Х., редакторы. Реформа больниц в новой Европе. Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения ИД: Весь Мир; 2003. 319 с.
6. Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы. М.: ИД «Московской гуманитарно-социальной академии»; 2002. 80 с.
7. Нолте Е., Мартин М. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиции системы здравоохранения. ВОЗ; 2011. 237 с.
8. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации: Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323.
9. Потешонкова С.В. , Кулигина М.В. Организационно-экономические аспекты оказания амбулаторно-поликлинической помощи беременным с хроническими воспалительными заболеваниями почек. Вестник новых медицинских технологий 2010; (1): 89–91.
10. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 года №1006.
11. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. Москва: 2013, 128 с.
12. Стратегическое управление [руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ]. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген; 2008. [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_rdoc11.pdf (Дата обращения: 09.02.2009)

13. Тихомиров А. В. Пациенто-ориентированное здравоохранение. Вестник новых медицинских технологий 2008; (1): С. 186-187.
14. Тулякова Т.И. Пациент-ориентированный подход в подготовке специалистов сестринского дела. ДВГМУ 2012 (1): 56-58 [Интернет] URL: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=252827> (Дата обращения: 09.12.2015)
15. Шевский В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. Москва: ИЭПП; 2006. 80с.
16. Шерри Пруитт. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий. [Пер. с англ] ВОЗ; 2003. 92с.
17. Фигуэрас Ж., Макии М., Лессоф С., Дуран А., Менабде Н. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Копенгаген; 2008. 111 с.
18. Эттелт С., Нолти Е., Мейс Н., Томсон С. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта [Пер. с англ.] Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. М.: Реал Тайм; 2009. 64 с.
19. International Alliance of Patients organization [Online]. 2015 [cited 2015 May 01]; Available from: <https://www.iapo.org.uk/patient-centred-healthcare>
1. Gladman D, Antoni C, Mease P, Clegg D, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis* [serial online] 2005 [cited 2012 Dec 21]; 64(Suppl 2): ii14–ii17. Available from: http://ard.bmj.com/content/64/suppl_2/ii14.full
20. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
21. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J, Girolomoni G⁴, Kavanaugh A, Langley RG, et. al. Patient perspectives in the management of psoriasis: Results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *American Academy of Dermatology* [serial online] 2014 [cited 2015 Jun 26]; 70(5):871-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576585>
22. Reich K, Mrowietz U, Karakasili E, Zschocke I. Development of an adherence-enhancing intervention in topical treatment termed the topical treatment optimization program (TTOP). *Archives of Dermatological Research* [serial

- online] 2014 [cited 2015 May 20]; 306(7):667-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24895177>
23. World Health organization [Online]. 2014 [cited 2014 May 01]; Available from http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_rdoc11.pdf

Акт внедрения методических рекомендаций

1. Название рекомендаций «**Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни**»
 2. Дата начала внедрения _____
 3. Полное название лечебного учреждения, внедрившего пособие для врачей (республиканский , краевой, областной КВД, либо их филиалы, отделения, кабинеты)

 4. Формы внедрения: тиражирование и рассылка методического материала; обучение специалистов; использование при обследовании и (или) лечении больных, проведении организационных и профилактических мероприятий и т.д. (нужное подчеркнуть)
 5. Эффективность внедрения пособия для врачей: медицинская, экономическая, социальная (нужное подчеркнуть)
Сокращение длительности пребывания в стационаре _____

Удлинение сроков клинической ремиссии _____

Повышения качества жизни больных _____
 6. Укажите, какие трудности Вами отмечены при использовании пособия для врачей

 7. Имелись ли проблемы с воспроизведением на практике рекомендованных методов диагностики и лечения, какие?

- Ф.И.О. и должность сотрудника учреждения, ответственного за внедрение, тел.

М.П.

Руководитель учреждения

Ответственный за внедрение методических рекомендаций –
к.м.н. Мишина Олеся Сергеевна, olesya.mishina@mail.ru
127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11

Рецензенты:

Сибурина Т.А. – д.м.н., профессор, заведующая отделением методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Калининская А.А. – д.м.н., профессор, заведующая отделением организации лечебно-профилактической помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

МИШИНА Олеся Сергеевна – к.м.н.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ /**

Методические рекомендации. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, – 2016 г. – 40 стр.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов управления здравоохранением регионального и муниципального уровней, организаторов здравоохранения, главных врачей учреждений здравоохранения и врачей специалистов.

УДК 615-05

ББК 51.1 (2)2

Подписано в печать 18.01.16.
Формат 60x84/16. Печать цифровая.
Тираж 500 экз. Заказ 01/01-16

Отпечатано в РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11