
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМ

Б.В. Эпельман

Администрация Московского района Санкт-Петербурга
Московский пр., 129, Санкт-Петербург, Россия, 196084

Увеличение в динамике числа и доли лиц пожилого возраста ведет к росту потребности в медицинской и социальной помощи, увеличению затрат, что требует поиска новых организационных форм оказания такой помощи. На примере одного из районов С.-Петербурга анализируется структура оказания медицинской и социальной помощи, новые организационные формы ее оказания. Особое внимание уделяется формам, позволяющим интегрировать медицинские и социальные услуги.

Ключевые слова: лица пожилого возраста, медико-социальная помощь, мультидисциплинарная бригада.

Одной из наиболее актуальных демографических проблем, свойственных развитым странам, является продолжающееся старение населения [2, 4, 7]. По прогнозу ООН к 2025 г. в мире будет насчитываться более 800 млн лиц старше 65 лет, что составит около 10% населения [8]. Среди многочисленных последствий данного явления — рост потребности лиц пожилого возраста в различных видах медико-социальной помощи. Уровень заболеваемости пожилых людей в 2 раза, а лиц старческого возраста — в 6 раз выше, чем в периоде трудоспособности. Более 60% данной категории лиц имеют 4—5 хронических заболевания [1]. Среди лиц старше 70 лет 83% являются полностью или частично обездвиженными [5]. Потенциальными клиентами учреждений, оказывающих медицинскую и социальную помощь, являются 70% городских и 55% сельских жителей [3]. Указанная потребность требует значительных расходов, что в условиях ограниченности финансирования создает серьезные проблемы в оказании помощи и требует ее совершенствования и перестройки [6].

Структура оказания медицинской и социальной помощи в крупных городах достаточно сложна и многообразна. Реальные потребности населения вызывают необходимость появления новых организационных форм, особенно направленных на интеграцию медицинской и социальной помощи. Опыт организации такой помощи изучен нами в одном из крупных районов С.-Петербурга. Ведущим учреждением в системе социальной защиты населения является Комплексный центр социального обслуживания населения (КЦСОН). В нормативных документах его структура определена в наиболее общем виде и модифицируется с учетом конкретных условий. В базовом для исследования районе города для оказания медико-социальной помощи лицам пожилого возраста выделены следующие подразделения: 2 отделения срочной социальной помощи; 3 социально-досуговых отделения; гериатрическое социально-реабилитационное отделение; отделение дневного пребывания; 8 отделений социального и 8 отделений социально-медицинского обслуживания на дому; отделение сиделок на дому.

Отделение социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе (отделение сиделок), предназначено для социально-бытового обслуживания и оказания доврачебной медицинской помощи в надомных условиях пенсионерам и инвалидам. Отделением оказываются следующие услуги: социально-бытовые; социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги, включая обеспечение ухода, содействие в получении медицинской помощи, проведении медико-социальной экспертизы, реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), содействие в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, содействие в оказании психологической помощи, в госпитализации, сопровождение нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения, посещение в стационарных учреждениях здравоохранения; правовые услуги. Кроме того, сотрудники отделения участвуют в организации ритуальных услуг.

Нами по специально составленной программе было проведено изучение пациентов, обслуживаемых сотрудниками данных отделений, и объема оказанных им услуг. Проведенный анализ показал, что указанный контингент является достаточно «тяжелым». Среди обслуживаемой совокупности пациентов у 24,5% имелось одно хроническое заболевание; у 34,7% — два; у 21,4% — три; у 19,4% — более трех. У 98% пациентов частично, а у 2% полностью отсутствовала способность к самообслуживанию.

Пациентам был оказан комплекс услуг. Почти во всех случаях социальные работники осуществляли доставку продуктов, товаров (98%), медикаментов (95%); в подавляющем большинстве — оплату коммунальных услуг (86,7%); у большей части пациентов — уборку (76,8%); урегулирование вопросов в различных организациях (69,7%); медицинские услуги (57,6%); почти в половине случаев — стирку (45,5%); приготовление пищи (45,5%). В каждом пятом случае (21,2%) они помогали осуществлять санитарно-гигиенические процедуры; в 13,1% — кормление. В 27,3% оказывались прочие услуги. В среднем каждому пациенту было оказано $6,5 \pm 0,2$ услуги (мужчинам $6,0 \pm 0,6$; женщинам $6,6 \pm 0,2$). В отдельных возрастных группах эта величина отличалась несущественно ($p < 0,05$), колеблясь от 6,2 до 6,9. Среди данной совокупности пациентов был проведен социологический опрос, который показал следующее. На вопрос об удовлетворенности качеством оказанной помощи все пациенты ответили, что удовлетворены полностью. Все отметили также внимательное отношение к себе со стороны социальных работников. Пациентам предлагалось указать, в каких еще видах медико-социальной помощи они нуждаются. Никто из опрошенных не считал необходимым добавить что-либо к перечню уже оказываемых им услуг. В произвольной форме пациентам предлагалось высказать свои предложения и замечания по работе социальной службы. Этой возможностью воспользовались 21,4% пациентов (7,7% мужчин и 23,5% женщин). Предложения сводились к следующему: расширить время обслуживания (включая работу в выходные дни), более широко привлекать для консультаций специалистов из поликлиники, обеспечивать медицинских сестер средствами для гигиенического ухода, уменьшить уровень нагрузки на медицинских и социальных работников.

Среди новых организационных форм, направленных на интеграцию медицинской и социальной помощи лицам пожилого возраста, можно выделить организованное в районе на базе поликлиники гериатрическое социально-реабилитационное отделение с ночным пребыванием (для лиц, сохранивших способность к передвижению и самообслуживанию), гериатрический дневной стационар; гериатрическое отделение для амбулаторной реабилитации лиц пожилого возраста. Можно отметить, в частности, что в последнем за период наблюдения каждому пациенту было в среднем проведено 4,3 консультации специалистов (включая гериатра, врача восстановительной медицины, психиатра, терапевта, невролога и прочих); 90,8% пациентов посещали занятия лечебной физкультуры (в среднем 13,1 раз); 64,1% получили физиотерапевтическое лечение (в среднем — 14,4 процедуры); 76,8% занимались с психологом; практически всем (98,4%) были проведены дополнительные обследования.

К числу новых организационных форм оказания медико-социальной помощи можно отнести также работу мультидисциплинарной бригады (МДБ) (состоящей из врачей, среднего медицинского персонала, социальных работников) по ведению больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). МДБ осуществляет следующие функции: оказание квалифицированного ухода; проведение медико-социальных реабилитационных мероприятий; осуществление мероприятий по коррекции психологического статуса; проведение санитарно-просветительной работы, консультирование и обучение родственников пациентов уходу за ними и их адаптации к бытовым условиям; разработка по окончании курса медико-социальной реабилитации рекомендаций по дальнейшему режиму и профилактике. Изучение состава пациентов, лечившихся МДБ, показало, что среди них несколько преобладали (составляя 52,3%) женщины. Около половины (49,7%) лечившихся составили лица 70—79 лет; треть (32,0%) — 60—69 лет; 18,3% — старше 80 лет. Средний возраст пациентов — $73,2 \pm 0,6$ лет Преимущественно (в 93,3% случаев) пациенты перенесли ишемический инсульт. Соответственно в 6,7% случаев имел место геморрагический инсульт. С точки зрения организации ухода важно отметить, что у 91,7% пациентов имелся гемипарез (в 72,4% — односторонний, в 12,2% — двусторонний). Мультидисциплинарность ведения больных заключается в том, что они получают консультативную помощь ряда специалистов-медиков (невролог, терапевт, хирург, логопед, врач или инструктор по физической культуре, а при необходимости и другие), по назначению которых проводятся обследования на дому, а медицинские сестры выполняют назначения врачей (включая инъекции, физиотерапевтическое лечение, занятия лечебной физкультурой), а также данным пациентам оказывается многообразная социальная помощь. Проведенный анализ показал, что в течение периода лечения пациентов примерно 11 раз осматривают терапевт, невролог (назначающие необходимую терапию), дважды консультирует психолог, с ними проводится более 12 занятий лечебной физкультурой и 10 занятий с логопедом. Медицинские сестры посещают пациента более 17 раз, социальные работники — 4 раза. Средняя длительность лечения составляет около полутора месяцев ($42,9 \pm 1,1$ дней). Изучение эффективности лечения пациентов показало интегральный критерий, характеризующий неврологический статус пациентов, — индекс Бартела увеличился по сравнению

с базовым уровнем на 19,4%. С учетом данного и ряда других критериев было установлено, что динамика состояния больных в результате проведенного лечения была следующей: улучшение — в 91,4% случаев, отсутствие перемен — в 6,9%, ухудшение — в 1,7%.

Можно заключить, что активная реабилитация пациентов пожилого возраста в амбулаторных условиях (с использованием перечисленных организационных форм) способствует уменьшению их потребности в госпитализации и переводе в специализированные учреждения стационарного типа, что важно как с экономической точки зрения, так и для улучшения качества жизни в этом возрасте. Поэтому целесообразно более широкое распространение приведенного в работе опыта, который может использоваться в работе как учреждений здравоохранения, так и социальной защиты населения (а также в их совместной деятельности).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Балашова С.Н. Изучение функционального статуса лиц пожилого и старческого возраста // Пушкинские чтения: I Научно-практ. геронтологическая конференция: Тезисы докладов. — СПб., 2005. — С. 49—50.
- [2] Беликова Т.В., Бондаренко Т.В., Голованова Л.Е. и др. Пожилой человек. Сестринский уход: Пособие для медицинских сестер. — СПб.: ДИЛЯ, 2006. — 416 с.
- [3] Дементьева Н.Ф. Развитие социальной реабилитации в России. — М., 2002. — С. 4—11.
- [4] Клунт М. Демография регионов Земли. — СПб.: Питер, 2008. — 240 с.
- [5] Лазебник А.Б., Конев Ю.В., Лукашев А.Н. Отделения по уходу для временного пребывания пожилых людей // Пушкинские чтения: I Научно-практ. геронтологическая конференция: Тезисы докладов. — СПб., 2005. — С. 53—54.
- [6] Щепин О.П. Из истории Российского здравоохранения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2008. — № 1. — С. 3.
- [7] Kanstrim E., Zamaro G., Sjistedt G. et al. Healthy ageing profiles, Guidance for producing a local health profiles of older people. — WHO, Copenhagen, 2008. — 43 p.
- [8] Pisatakis A. Demistifying the myth of ageing. — WHO, 2008. — 48 p.

THE ACTUALITY OF THE PROBLEM AND MAIN FORMS OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL CARE TO THE OLD PATIENTS AND HANDICAPPED PERSONS

B.V. Epelman

The administration of Moskovsky district of Saint-Petersburg
Moskovsky passage, 129, Saint-Petersburg, Russia, 196084

The growth of the old people's population is the reason for the increasing of requirement for the medical and social care and the financial resources. So, it is necessary to find a new organizational forms of rendering of such care. Author analyses the structure of medical and social care to the old people and its new forms as exemplified by one district of Saint-Petersburg. Special attention is paid to such forms, which permit to integrate the medical and the social services (the geriatric social — rehabilitation department, multidisciplinary team for the patients with stroke and so on).

Key word: the old people, medical and social care, multidisciplinary team.