

# ПАТРОНАЖ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

**Н.В. Жарикова<sup>1</sup>, Е.А. Голдина<sup>2</sup>, Т.Б. Свиридова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Городская поликлиника № 2,

Российская Федерация, 117556, Москва, ул. Фруктовая, д. 12;

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (филиал),

Российская Федерация, 107392, Москва, ул. Малая Черкизовская, д.7

**E-mail:** elena-goldina@mail.ru

**Представлен порядок оказания патронажной помощи маломобильным и длительно иммобилизованным пациентам.**

*Ключевые слова:* патронаж, маломобильный пациент, длительная иммобилизация, пожилой человек.

Для цитирования: Жарикова Н.В., Голдина Е.А., Свиридова Т.Б. Патронаж маломобильного пациента. Медицинская сестра. 2018; 20 (8): 14–17. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-04>



В России и в мире в целом продолжительность жизни населения за последнее десятилетие увеличилась, чему способствовало, в том числе, внедрение ряда государственных программ и региональных проектов, результатом чего явилось сохранение здоровья граждан и продление их жизни. В итоге повысилась доля пожилых людей в общей численности населения. К 2030 г., согласно прогнозу ООН, численность пожилых людей в мире увеличится на 56% в сравнении с таковой в 2015 г., а к 2050 г. она возрастет более чем в 2 раза [1].

Реформирование системы здравоохранения несколько смещает акцент в оказании медицинской помощи в сторону амбулаторного звена, ввиду чего работа патронажной службы представляется особенно актуальной.

У пожилых людей много хронических заболеваний, что приводит к ограниченной мобильности. Недостаточно эти больные обеспечены медицинской помощью. Для удовлетворения их потребности и потребности их родственников в наблюдении и полу-

чении информации от медицинских работников необходимо создание службы маломобильного пациента при поликлиниках. Но патронажное наблюдение маломобильного пациента не стандартизировано и не входит в перечень услуг обязательного медицинского страхования.

Несмотря на все возрастающее внимание к этой проблеме, ни в доступной литературе, ни у практикующих клиницистов нет единого мнения о том, какого пациента следует считать длительно иммобилизованным. При анкетировании врачей амбулаторного звена около 80% респондентов не смогли ответить на вопрос, как они представляют себе длительно иммобилизованного пациента [2].

Отдельно следует отметить, что действующая в Российской Федерации модель оказания первичной медико-санитарной помощи не регулирует условия и ресурсное обеспечение, в том числе кадровое, предоставления маломобильным и иммобилизованным пациентам медицинского обслуживания, соответствующего их потребностям. Здесь следует обратиться к зарубежной практике. За рубежом вопросами предоставления патронажной медицинской помощи пациентам с утраченной способностью к перемещению и самообслуживанию начали заниматься намного раньше и накопили достаточный опыт. Основным медицинским работником, осуществляющим все необходимые медицинские вмешательства в объеме патронажного наблюдения и ухода, а также обучения пациента и его ближайшего окружения методам рационального ухода или самоухода, является специально подготовленная медсестра гериатрической службы. Многолетний опыт работы медсестер в странах Европы свидетельствует о возможности повышения объемов оказания качественной медицинской помощи пожилым людям.

Осуществляя систематическое наблюдение за состоянием здоровья своих подопечных, медсестра может в полной мере прогнозировать его изменение и вовремя оказать необходимую медицинскую помощь и помощь в уходе.

Осуществляя патронаж, медсестра, выполняя свои непосредственные обязанности, при необходимости также обучает пациента приемам поддержания двигательной активности, пользованию костылями, креслом-каталкой, ходунками, учит родственников или соседей уходу за больным. Она также информирует родственников пациента об особенностях изменения психики в старческом возрасте и помогает наладить психологический климат и доброжелательные отношения в семье. В связи с этим медсестра не только должна великолепно владеть профессиональными знаниями и умениями, но и обладать способностью к сопереживанию, быть тактичной в любой нестандартной ситуации и устойчивой к стрессам.

По мнению самих пожилых пациентов, относящихся к категории длительно иммобилизованных, они недостаточно охвачены медицинской помощью. При этом схема оказания медицинской помощи, предусмотренная действующим законодательством, включает в себя врачебный прием при обращении в медицинские организации либо вызов на дом. Для диспансерного наблюдения маломобильные граждане обращаются к врачу 2–3 раза в год. Участие сестринского персонала в представленной схеме ограничивается посещениями для выполнения врачебных назначений (взятие материала для лабораторных исследований; выполнение инъекций; послеоперационные перевязки). Между тем пациенты и их родственники нуждаются в более регулярных плановых посещениях медицинского персонала.

Согласно данным оценки потребностей в медицинской помощи, только 45,2% пожилых пациентов нуждались в периодическом медицинском наблюдении с ежегодным прохождением медицинских осмотров и курса профилактической реабилитации, им не требовалась помощь посторонних лиц в ведении домашнего хозяйства, а 32,3% требовалось активное медицинское наблюдение с периодическим привлечением посторонней помощи для перемещения за пределами жилого помещения. В интенсивном кратковременном стационарном лечении с последующим долечиванием в амбулаторно-поликлинической сети (дневные стационары, стационары на дому, реабилитационные отделения поликлиник) с необходимостью ежедневной частичной бытовой помощи нуждались 12,7% пациентов. Лечение в гериатрическом отделении долгосрочного пребывания хронических больных, в больницах сестринского ухода или стационарах на дому с организацией всесторонней постоянной бытовой помощи необходимо 9,8% обследованных.

Таким образом, ясно, что большая часть пациентов пожилого и старческого возраста со сниженной мобильностью нуждаются в регулярной амбулаторной помощи, оказываемой на дому, в частности в профилактических ежегодных осмотрах. Специализированная медицинская помощь требуется пациентам данной категории в значительно меньшей степени. При этом медицинская помощь таким пациентам имеет существенные особенности, связанные с множественностью хронической патологии на фоне возрастных функциональных изменений организма, со снижением физической активности и высокой зависимостью от посторонней помощи [5].

Еще одна проблема патронажной службы – отсутствие единой базы данных, реестра таких больных; возникают затруднения при заполнении соответствующей документации, журналов ведения пациентов с длительной иммобилизацией; подобная информация отсутствует в паспортах терапевтических уча-

стков. Ввиду отсутствия настороженности участковых терапевтов в отношении пациентов данной группы закономерно низкое качество их наблюдения. Согласно данным А.Л. Верткина и соавт., если участковый терапевт патронирует пациента на дому хотя бы 1 раз в 3–6 мес, необходимость посещения пациентом поликлиники значительно снижается – до 1 раза в год, а в некоторых случаях – до 1 раза в 5–7 лет. Следовательно, работа участкового терапевта приобретает плановый характер, а число выездов бригад неотложной и скорой помощи сокращается на 20% [2, 3].

Современная отечественная и зарубежная литература содержит недостаточно информации об особенностях работы патронажных служб среди маломобильных и длительно иммобилизованных групп населения. Возникает необходимость создания патронажной службы в условиях амбулаторно-поликлинического звена с привлечением ориентированных на это специалистов, которые будут систематически наблюдать больных с ограничением способности или возможности самостоятельного передвижения и (или) самообслуживания, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Проанализировав данную проблему можно сделать следующие выводы:

- действующая система социальной защиты не в состоянии качественно и эффективно выполнять свои обязанности; поэтому исследования в области поиска путей повышения качества жизни пожилого населения, организации и развития систем гериатрической помощи крайне актуальны;
- всем пожилым людям необходимо предоставить те или иные виды амбулаторно-поликлинической помощи: от обязательных ежегодных медицинских осмотров до постоянного медицинского наблюдения с организацией стационара на дому для тяжелых больных.

Следует признать недостаточную развитость сети медико-социальных отделений при территориальных поликлиниках, которые должны обеспечивать качественный и экономически эффективный уход за больными на дому и уменьшать нагрузку на стационарные учреждения.

Осуществляя систематическое наблюдение за состоянием здоровья своих подопечных, патронажная медсестра, прошедшая специальную дополнительную подготовку в области гериатрии, может в полной мере прогнозировать его изменения и вовремя оказать необходимую медицинскую помощь и помощь в уходе.

Один из важнейших факторов повышения эффективности работы по оказанию помощи пожилым людям – внесение в существующие нормативно-правовые акты дополнений, касающихся, прежде всего, дальнейшего реформирования гериатрического направления с учетом медико-социальных потребностей

пожилых людей и резкого увеличения их доли в структуре населения; такие изменения касаются также действующей нормативной базы Минздрава:

- в первую очередь – организационных основ (особенности гериатрической помощи и патронажного ухода на дому; механизмы взаимодействия с социальными и другими службами ухода за хроническими больными; организация долговременной помощи, дневных стационаров; распределение рабочей нагрузки врачей и медсестер поликлиники и т.д.);
- модернизации оборудования (сумки-укладки врача и медсестры службы патронажного ухода за маломобильными пациентами; перечень лекарственных средств с учетом современных требований герофармакологии и т.д.);
- статистической отчетности (введение дифференцированного по возрасту анализа заболеваемости и смертности; определение групп риска: одинокие, тяжелобольные, люди старческого возраста и т.д.);
- консультативной и информационной деятельности (информационно-консультативная поддержка семьи; обучение маломобильного пациента пожилого возраста и членов его семьи здоровому образу жизни, особенностям рационального ухода за больным и его реабилитации, переадресации и т.д.);
- форм организации волонтерского движения;
- кадровых изменений (по данным исследования и расчетам экспертов, при наличии 40% пожилых людей в структуре обслуживаемого поликлиникой населения необходимо трансформировать часть должностей медсестер в должности гериатрических патронажных медсестер, которые будут обеспечивать патронаж тяжелобольных и активное посещение людей старшей возрастной группы со сниженной мобильностью).

Таким образом, с целью повышения качества и доступности медицинской помощи пожилым людям предлагается ввести в штат поликлиники должность гериатрической патронажной медсестры (переориентировать 1 из существующих должностей медсестры). В ее функции целесообразно включить:

- организацию профилактических осмотров пожилых людей;
- оказание медицинской помощи на дому по назначению врача;
- выполнение консультативно-обучающей функции для больных и членов их семей;
- создание волонтерского актива.

Учитывая физические возможности стареющего человека и степень его зависимости от посторонней помощи, гериатрическая медсестра вместе с лечащим врачом определяет характер, объем и продолжитель-

ность предоставления больному социально-бытовой помощи, оказываемой работниками органов социальной защиты населения и волонтерами. В случае необходимости госпитализации больного в стационар социального профиля гериатрическая медсестра проводит документальную и психологическую подготовку пациента.

Один из разделов работы гериатрической медсестры – пропаганда здорового образа жизни, что способствует активному долголетию и сохранению активной роли стареющего человека в обществе.

Старение населения обуславливает особое внимание к необходимости налаживания специальных механизмов удовлетворения потребностей пожилого населения, касающихся обеспечения его необходимым уходом, заботой и лечением. Это определяет большой объем рабочей нагрузки, в первую очередь – на средний медицинский персонал поликлиник. Поэтому комплексные мероприятия по созданию локального стандарта сложной медицинской услуги «Патронаж маломобильного пациента медицинской сестрой» в рамках пилотного проекта Департамента здравоохранения Москвы «Уход за маломобильным пациентом» – приоритетная задача медицинского сообщества. Для ее решения требуются всестороннее профессиональное изучение ситуации, ее обсуждение, а также соответствующие научные исследования.

**Литература**

1. Электронный ресурс. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World

Population Ageing 2015. Точкадоступна: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf).

2. Верткин А.Л., Ховасова Н.О., Ларюшкина Е.Д. др. Амбулаторно-поликлиническая помощь: больше вопросов, чем ответов. Земский врач. 2012; 6: 21–3.

3. Верткин А.Л., Шевцова В.А., Соколи А.А. др. Маломобильный пациент: критический анализ ситуации. Эффективная фармакотерапия. 2014; 8: 10–5.

4. Goodridge D. et al. Peer bullying in seniors' subsidised apartment communities in Saskatoon, Canada: participatory research. Health Soc. CareCommunity. 2017. <https://doi.org/10.1111/hsc.12444>.

5. Ried-Larsen M., Aarts H.M., Joyner M.J. Effects of strict prolonged bed rest on cardiorespiratory fitness: systematic review and meta-analysis. J. Appl. Physiol (1985). 2017; 123 (4): 790–9.

6. Шутов Д.В. Доступность домашней среды для маломобильных пациентов. Доктор.Ру. 2017; 11 (140): 61–6.

**THE PATRONAGE OVER A DISABLED PATIENT**

N.V. Zharikova<sup>1</sup>, E.A. Goldina<sup>2</sup>, T.B. Sviridova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>City Polyclinic Two,  
12, FruktoVaya St., Moscow 117556, Russian Federation

<sup>2</sup>S.M. Kirov Military Medical Academy (Branch),  
7, Malaya Cherkizovskakaya St., Moscow 107392, Russian Federation

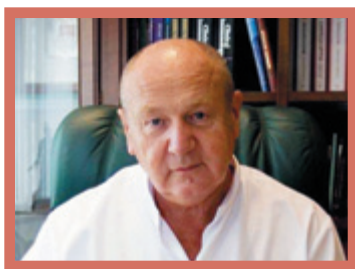
**The paper presents the development of a procedure for patronage over disabled and long-term immobilized patients.**

*Key words:* patronage, disabled patient, long-term immobilization, elderly man.

**For reference:** Zharikova N.V., Goldina E.A., Sviridova T.B. The patronage over a disabled patient. Meditsinskaya Sestra. 2018; 20 (8): 14–17. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-04>

**ИНФОРМАЦИЯ**

**Конгресс посвященный беременности, родам, мамам и детям**



#PRO9 — самое масштабное мероприятие, призванное объединить врачебное сообщество — профессионалов акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, анестезиологов, неврологов, генетиков, маммологов, репродуктологов, специалистов лабораторной медицины и других специалистов в области акушерства, гинекологии и перинатологии с аудиторией молодых родителей, женщин, планирующих беременность, беременных, семей с детьми до 7 лет.

В приветственном слове Директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Г.Т. сказал: «Уверен, что в ходе нашего содержательного диалога на стыке специальностей, наших ув-

лекательных дискуссий будут выработаны интересные идеи, мы откроем новые варианты сотрудничества между врачами и уже на следующий день передадим все наши знания аудитории, мы выйдем с открытым диалогом, с мастер-классами, беседами со специалистами к аудитории рожениц, к мамам, семьям, ко всем тем, кто так заинтересован в точной информации от всех нас— ведущих специалистов отрасли».

Конгресс #PRO9 проходил в течение трех дней в Национальном медицинском исследовательском центре Акушерства, Гинекологии И Перинатологии имени академика В.И. Кулакова. Первый день был посвящен общению профессионалов между собой в рамках пленарных и секционных заседаний, круглых столов, дискуссионных панелей, экспертных диалогов. Врачи-специалисты в области акушерства, гинекологии и перинатологии встретились на междисциплинарных дискуссиях.

Второй и третий день конгресса были открыты для пар репродуктивного возраста, планирующих стать родителями, беременных женщин, молодых родителей, семей, уже имеющих детей от 0 до 7 лет, многодетных семей, молодого поколения. Лекции, мастер-классы, живое общение с аудиторией врачей - все нашло отражение в конгрессе #Pro9.