

# **Совершенствование процесса оказания паллиативной помощи на дому взрослому населению путем, проведения дистанционного наблюдения**

## **Проект в номинации**

Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов

## **Организация**

ГБУЗ "Кабанская ЦРБ"

## **Участники проекта**

### **Батуев Михаил Валерьевич**

Главный врач

Республика Бурятия

ГБУЗ "Кабанская ЦРБ"

### **Беликова Анна Олеговна**

заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе

Республика Бурятия

ГБУЗ "Кабанская ЦРБ"

### **Залуцкая Наталья Андреевна**

м/с отдела ВКК и БМД

Республика Бурятия

ГБУЗ "Кабанская ЦРБ"

---

Оказание паллиативной помощи на дому, путем внедрения, дистанционных методов в условиях кадрового дефицита, (в т. ч. с использованием цифровых технологий).

## **Описание проекта**

**Цель проекта:** повышение уровня удовлетворенности до 100%, оказанием паллиативной помощи на дому, путем внедрения, дистанционных методов в условиях кадрового дефицита, (в т. ч. с использованием цифровых технологий).

**Задачи:** Повышение удовлетворённости качеством паллиативной помощи на дому у пациентов, родственников ;

- Обеспечение доступности оказания медицинской помощи;
- Обученный медицинский персонал участковой службы по оказанию паллиативной помощи
- Обучение, информированность родственников и ухаживающих лиц по вопросам оказания паллиативной помощи на дому. Если рассматривать модель оказания паллиативной помощи то ее можно разделить на две модели : первая модель это модель раннего оказания паллиативной помощи от момента когда пациент узнал о своем диагнозе и являющаяся поддерживающей помощью, и вторая модель это динамическое вовлечение паллиативной службы для пациента на поздних стадиях заболевания - так называемая помощь в конце жизни, терминальная. И нашим приоритетом является работа по модели раннего оказания помощи, которая осуществляется не только пациенту, но и его семье, важна социальная, психологическая и духовная поддержка пациента и его близких, что в свою очередь прописано в 36 статье 323 ФЗ. В период роста новой коронавирусной инфекции в адрес нашей медицинской организации поступали обращения по вопросу сложности получения медицинской помощи от граждан и их родственников. Анализируя обращения пришли к выводу, что 63% это были обращения от маломобильных категорий граждан и родственников паллиативных пациентов. В условиях ковида из-за роста заболеваемости при неукрепленности первичной сети встал вопрос «Как качественно оказать помощь?».

В Республике отработан алгоритм лекарственного обеспечения, есть необходимое оборудование для паллиативных пациентов поставку которого в Республике осуществляет центр амбулаторной паллиативной помощи в ГП №2, Но нет системного подхода, у врачей не хватает времени на внимательный подход к каждому пациенту, у родственников пациентов страх и жалость, что в свою очередь отягощает психологическую составляющую пациента. В итоге : нет доступности и нет качественной пациентоцентричной ,пацеинториентированной медицинской помощи.

Если смотреть ситуацию в целом, по рекомендованному Всемирной организацией здравоохранения показателю, количество нуждающихся в паллиативной помощи может составлять 0,5% от всего населения и ориентируясь на данный показатель мы просчитали, что у нас паллиативных пациентов было зарегистрировано 42% от потенциального количества нуждающихся. При картировании процесса мы увидели определили проблемы: это прием осуществлялся без записи, длительное ожидание в очереди за счет дефицита кадров, пересечение потоков пациентов, не обучен персонал качественному оказанию паллиативной помощи и из-за сложной схемы

пациенты к нам не доходили и мы начали искать способы как найти их и как отработать индивидуально с каждым.

1. Первоочередным для реализации данного проекта определили необходимость перераспределения функциональных обязанностей между врачом и средним медицинским персоналом а так же привлечение совершеннолетних студентов мед колледжа имеющих сертификаты младшего мед персонала. Вначале проекта студенты привлекались волонтерами а в дальнейшем решился вопрос с оплатой, со студентами заключен договор о принятии его как помощника врача.

2. В части внедрения дистанционных технологий что мы подразумеваем ? Сегодня у всех есть смартфоны. Дистанционный формат осуществляется с помощью видео звонков через мессенджеры с родственниками как скрининговый видеомониторинг , для контроля назначенного лечения, правильности ухода за паллиативным пациентом. Дистанционное наблюдение возможно проводить ежедневно не тратив время на дорогу до места проживания пациента, экономятся ресурсы больницы (автотранспорт, бензин). Консультация проводится в удобное время для самого пациента и родственников. Важно понимать, что такое решение является инструментом для повышения качества лечения пациентов, и оно не является основой на этапе назначения самого лечения.

3. Изменено расписание врачей т.е данные пациенты не в общем потоке идут а в определенное время с минимумом временных затрат при очном посещении организации, а в случае посещения врачом на дому пациент информирован о времени.

4. Ввели Рейтинг терапевтических участков для формирования мотивации, включили показатели в положение о премировании работников по итогам года с индивидуальными критериями оценки для каждой специальности .

5. Путем проведения паспортизации участков с привлечением студентов медиков сформирован регистр паллиативных пациентов. Основной практической значимостью является , то что за пациентом ухаживают в собственном окружении и ему оказывается качественная медицинская помощь на дому. и они чувствуют себя намного комфортнее, чем в больнице, которая им чужда и обычно ассоциируется со страхом и тревогой. Для них уход на дому является идеальной моделью доступа к медицинской помощи. Семья больше участвует в уходе за пациентом, и у родственников меньше страха при уходе за пациентом. Когда помощь оказывают дистанционно, удается полностью избежать трудностей, с которыми сталкивается пациент и его семья во время личного посещения врачом (ожидание врача на дому - отпроситься с работы, отложить свои личные дела), наблюдается лишь минимальное вмешательство и нарушение

семейной динамики. В реализации данного проекта основное звено это - Медицинская сестра-они стержень системы паллиативной помощи, это специалисты которые координируют все назначения и методы лечения и в связи с этим они должны обладать компетенциями. Обученный медицинский персонал проводит Оценку по шкале ВАШ, оценку по чек листу лечения хронической боли, проведение диагностики болевого синдрома ( дневник оценки боли), оценка риска возникновения пролежней и планирование ухода, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ),профилактику аспирации, нутритивный скрининг (предварительный, основной и окончательный) .

### **Эффективность процесса:**

- 1.Повышение процента охвата наблюдением за паллиативными пациентами участковыми терапевтами, участковыми медицинскими сёстрами.
- 2.Своевременная актуализация данных регистра пациентов для формирования адекватной заявки на лекарственные препараты, оборудования, и расходных материалов.
- 3.Обеспечение качественной паллиативной помощи на дому, в том числе дистанционно используя видео звонки через мессенджеры с родственниками, для контроля назначенного лечения, правильности ухода за паллиативным пациентом, при высокой загруженности медицинского персонала поликлинической службы, дальности проживания пациента, при возникновении карантинных мероприятий (НКВИ и т.д.)
- 4.Создание памяток для родственников и ухаживающих лиц по вопросам оказания паллиативной помощи на дому
- 5.План-график для участковой терапевтической службы, с запланированными датами посещения на дом.6. Чек лист уровень качества оказания паллиативной помощи на дому участковыми терапевтами, участковыми медицинскими сёстрами. На каждом этапе реализации мы проводили анализ эффективности, что позволило нам составить Портрет паллиативного пациента составленный по траекториям состояний. Для оценки мы определили группу людей из числа паллиативных пациентов со злокачественным новообразованием легких. Траектории отражают их физическое, социальное, психологическое, душевное состояние после того как они узнали о диагнозе. Данные траектории формировали на основании данных опроса пациентов и данных объективного осмотра специалистами. Оценка состояний проводилась по 10 бальной шкале, на основании оценки мы видим что в начале проекта пациенты к 4 месяцу от момента когда узнали о диагнозе сохраняли физическое состояние, но при этом практически к нулю оценивались социальное, психологическое и душевное

состояние. Паллиативный пациент сегодня это пациент оценивающий свое физическое состояние в среднем на 6 баллов, со стабильным социальным и психологическим состоянием (системой психологических фильтров, обеспечивающих специфическое восприятие окружающего мира.), но ниже среднего оценивающий свое душевное состояние. Это наша следующая цель, мы видим над чем нам необходимо еще работать. По нашему мнению данный проект может быть реализован в любых медицинских организациях, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь взрослому и детскому населению, занимающихся оказанием помощи паллиативным пациентам.