

Организация работы стационаров на дому

Калинкин Д.Е., Терещенко Т.А., Хлынин С.М., Астафуров А.Н.

Organization of in-house hospitals

Kalinkin D.Ye., Tereschenko T.A., Khlynin S.M., Astafurov A.N.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Калинкин Д.Е., Терещенко Т.А., Хлынин С.М., Астафуров А.Н.

Изучены вопросы организации работы одной из форм стационарзамещающих технологий — стационаров на дому (СД). Объединены и систематизированы данные исследований различных авторов по следующим вопросам: история стационарной помощи на дому; цель и задачи деятельности СД, формы организации лечебно-диагностического процесса.

Ключевые слова: стационар на дому, стационарзамещающие технологии, медицинская помощь.

The problems of organization of a hospital-replacing technologies — in-house hospital — are investigated. The data of investigations of different authors on the following issues are incorporated and systematized: history of the home visiting service; purposes and problems of in-house hospitals; forms of organization of the diagnostic and treatment process.

Key words: in-house hospitals, hospital-replacing technologies, medical aid.

УДК 615.859:614.254.3

Введение

Социально-экономический кризис в стране отразился и на сфере здравоохранения, состояние которого на сегодняшний день характеризуется низкой эффективностью использования ресурсной базы [3]. Практически во всех регионах страны реформирование здравоохранения осуществляется в условиях дефицита финансовых средств, что диктует необходимость оптимизации использования ресурсов. В первую очередь необходимо пересмотреть подходы к стационарному лечению, являющемуся одним из самых ресурсоемких этапов оказания медицинской помощи [1]. Нелогичным и экономически не обоснованным выглядит наличие избыточного коечного фонда при одновременном отсутствии развитой системы промежуточных форм внегоспитального и полугоспитального обслуживания пациентов [5]. Поэтому в свете реализации основных направлений развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации актуальной задачей становится интенсификация использования дорогостоящего коечного фонда и научное обоснование внедрения в практику ресурсосберегающих технологий оказания стационарной помощи. К подоб-

ным технологиям относится оказание стационарной помощи на дому, поскольку затраты на лечение больных в этом случае существенно меньше, чем в стационаре круглосуточного пребывания. Так, согласно данным, приводимым А.А. Калининской, стоимость 1 койко-дня в стационаре на дому составляет 55,15 руб., а в терапевтическом отделении городской больницы — 105,31 руб. [3].

Стационар на дому (СД) — это вид стационарного медицинского обеспечения населения в домашних условиях, включающий организацию лечебно-диагностического процесса, питания, проведения реабилитационных мероприятий и ухода за больным [8].

История развития системы оказания стационарной помощи на дому

Первые стационары на дому для «негоспитализированных больных» были созданы в некоторых городах Советского Союза 1937—1939 гг. В послевоенный период некоторые городские отделы здравоохранения вновь вернулись к организации СД. Опыт лечения больных в условиях СД получил значительное распространение в городах Российской Федерации, Украины, Белоруссии, Грузии [5].

В 1960—1970-х гг. СД организовывались как при городских больницах (на правах самостоятельных отделений под руководством заведующих отделениями), так и при поликлиниках. В СД при больницах появилась возможность использовать имеющуюся аппаратуру и привлекать квалифицированных специалистов и средний медицинский персонал к лечению больных. Руководство СД при поликлинике возлагалось на заместителя главного врача по лечебной работе или заведующего терапевтическим отделением. Отбор больных в СД осуществлялся заведующим отделением или участковым терапевтом [8].

Формы функционирования СД зависели от объема оказываемой помощи и контингента обслуживаемых больных. Так, одни лечебные учреждения обеспечивали лишь уход за больными, находящимися на постельном режиме и не имеющими родственников; другие организовывали наблюдение медицинской сестры и систематические посещения врача. Отдельные контингенты больных, кроме наблюдения и ухода, обеспечивались бесплатно медикаментами и во временное пользование предметами ухода (грелками, подкладными суднами). При зачислении больного в СД определялся объем медицинской помощи (частота врачебных посещений в течение дня, характер ухода, обеспечение медикаментами, предметами ухода). Принимались во внимание жилищно-бытовые условия пациента, возможность ухода за ним со стороны родственников, его материальное положение. План лечения и обследования больного в СД составлял лечащий врач совместно с заведующим отделением. Выполнение врачебных назначений и уход за больным осуществляли медицинские сестры из бюро медицинских сестер, созданного обществом Красного Креста [8].

В последующем в соответствии с приказом Министерства здравоохранения (МЗ) СССР от 16 декабря 1987 г. № 1278 «Об организации отделений, палат дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» были созданы стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи. Правила ведения документации этих структурных подразделений определялись инструкцией МЗ СССР № 27-14/4 от 8 апреля 1988 г. [8]. Вопросы организации стационарозамещающих технологий медицинской помощи нашли отражение в разработанных МЗ СССР в 1988 г. «Методических рекомендациях по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат, отделений дневного пребывания в больницах» [5].

В настоящее время в России деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи, в том числе и стационаров на дому, регламентирована приказом МЗ РФ № 438 от 09.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», а также методическими рекомендациями МЗ РФ по организации стационарозамещающих форм медицинской помощи населению [3].

В медицинских учреждениях РФ в 2002 г. функционировали 2 522 стационара на дому, в которых получили лечение 442 тыс. больных (табл. 1). Однако показатель количества СД не следует считать объективным, так как их статус окончательно не определен. Они могут являться как самостоятельными структурными подразделениями с выделением штатов, так и формой работы участкового терапевта, у которого находится на лечении 1—2 больных, получающих помощь на дому [3].

Таблица 1

Основные показатели деятельности стационаров на дому в РФ за 2002 г. (по отчетной форме № 14 ДС Минздрава РФ)

Показатель	Данные на 2002 г.
Число учреждений	2 522
Число коек (мест) в стационарах на дому	215 665
Обеспеченность койками (местами) стационара на дому на 1 тыс. населения	15,07
Число пролеченных больных в стационаре на дому	442 015
Число пролеченных больных в стационаре на дому на 1 тыс. населения	3,08
Число проведенных больными дней лечения в стационаре на дому	4 857 583
Число проведенных больными дней лечения в стационаре на дому на 1 тыс. населения	33,8
Среднее время пребывания больного на койке стационара на дому, дни	11,0

Необходимо отметить, что, несмотря на достаточно продолжительный период существования стационаров на дому в нашей стране, для них до сих пор не разработана полноценная нормативная база, что может служить причиной недостаточного использования этого вида стационарозамещающей технологии.

Цель и задачи деятельности стационаров на дому

Основной целью организации СД является укрепление здоровья населения путем обеспечения его стационарной помощью в домашних условиях.

Основные функции СД [8]:

- Оказание квалифицированной, в том числе специализированной, медицинской помощи в домашних условиях.
- Восстановление трудоспособности пациентов в домашних условиях.
- Обеспечение догоспитальной экстренной помощи больным в случае отсутствия мест в круглосуточном стационарном отделении, дневном стационаре поликлиники или больницы.
- Проведение мероприятий по медицинской, социальной и бытовой реабилитации.
- Устранение или нивелирование факторов риска возникновения заболеваний и их осложнений.
- Осуществление качественного долечивания больных после выписки их из стационара больницы.
- Пропаганда на уровне семьи здорового образа жизни (систематические занятия физкультурой и спортом, организация рационального и диетического питания, обучение родителей правилам гигиенического воспитания детей, семейная психогигиена); мер по устранению вредных привычек (курения, пьянства, токсикомании); нравственных и этических принципов; мер по профилактике заболеваний.

Показания и противопоказания для лечения в стационаре на дому

Организация СД рекомендуется для:

— больных, нуждающихся в постельном режиме и ежедневном врачебном контроле за состоянием здоровья, не требующих круглосуточного наблюдения медицинского персонала;

— пациентов, не нуждающихся в постельном режиме, состояние здоровья которых может ухудшиться вследствие посещений ими амбулаторно-поликлинических учреждений.

Лечение в СД показано детям с заболеваниями легкой и средней тяжести, если не возникает трудностей с диагностикой [7].

Кратковременная организация СД показана для больных в случае необходимости их госпитализации и при отсутствии мест в стационаре.

Противопоказаниями для организации СД независимо от профиля и тяжести заболевания являются факторы социально-бытового и медицинского характера [8].

Социально-бытовые факторы:

- плохие жилищные и материальные условия больного;
- невозможность обеспечить соответствующий уход за больным.

Медицинские факторы:

- тяжелое течение заболевания (пациент нуждается в круглосуточном врачебном наблюдении или его состояние резко ухудшается в ночное время);
- сложные для диагностики случаи или ее невозможность в домашних условиях;
- необходимость частых внутривенных инъекций, особенно сильнодействующих препаратов;
- невозможность обеспечить в домашних условиях строгое соблюдение режима диетического питания, в котором нуждается пациент;
- необходимость повторных операций;
- возможность осложнений при лечении в СД.

Безусловно, показания и противопоказания к госпитализации в СД определяются индивидуально в каждом конкретном случае.

Организационные формы и условия деятельности стационаров на дому

В системе здравоохранения существует три формы организации СД: централизованная, децентрализованная и смешанная. Централизованная форма предполагает прикрепление штатного врача-терапевта и двух медицинских сестер для обслуживания 14—16 больных в день. Децентрализованная предусматривает обслуживание на дому одним врачом одновременно 2—3 больных. Смешанная форма организации СД преду-

считывает лечение на дому больных с тяжелыми формами заболевания специально выделенным врачом. Пациентов с более легким течением болезни ведет участковый врач [8, 11, 12].

СД могут быть терапевтическими, педиатрическими, а также профильными, специализированными [10]. Чаще всего специализированная помощь в условиях СД оказывается неврологами, хирургами, ортопедами-травматологами, онкологами [6, 8].

Среди пациентов, находящихся на лечении в СД, выделяют три группы пациентов [8].

1. Больные с острыми и хроническими заболеваниями средней и легкой тяжести течения.

2. Пациенты, выписанные из стационара и требующие долечивания.

3. Лица, требующие медицинской, социальной и бытовой реабилитации.

В СД пациенты поступают тремя потоками: по направлению лечащего врача (участкового или врача-специалиста), врача стационара или дневного стационара, а также врача отделения реабилитации поликлиники или санатория [8].

Стационары на дому организуются при наличии следующих условий [8]:

— пребывание в условиях СД положительно скажется на состоянии здоровья больного;

— существует возможность на должном уровне обеспечить пациента необходимыми диагностическими, лечебными и профилактическими мероприятиями;

— бытовые условия позволяют организовать полноценное лечение и уход за больным;

— после выписки из стационара больницы отсутствие круглосуточного медицинского наблюдения не повлечет за собой ухудшение состояния больного.

Следует отметить, что в литературных источниках приводится лишь общее описание организационных форм стационаров на дому. Так, А.А. Калининская в своей публикации описывает модель СД, действующего на базе городской поликлиники № 1 г. Самары. Штат стационара включает должность врача, среднего медперсонала и водителя. Режим работы — с 08.00 до 15.40. Как и в круглосуточном стационаре, все больные ежедневно наблюдаются медицинской сестрой, которая следит за состоянием их здоровья, проводит медицинские процедуры. Врач СД назначает дополнительные лабораторно-диагностические исследования. При необходимости

больным СД назначается консультация узких специалистов (акушера-гинеколога, рентгенолога, невропатолога, онколога, сердечно-сосудистого хирурга, эндокринолога) [3, 4].

Безусловно, для широкого внедрения СД в практику требуется детальная проработка организационных форм этого вида оказания медицинской помощи.

По данным ОГУЗ «Бюро медицинской статистики» на территории Томской области стационары на дому действуют в Асиновской ЦРБ (г. Асино), Светленской районной больнице (пос. Светлый), детской больнице № 2, поликлиниках № 4 и 10, поликлинике ТНЦ СО РАМН (г. Томск), Центральной медико-санитарной части № 81 ФМБА России (г. Северск). Общее количество мест в СД на территории Томской области в 2004 г. составило 221 [2]. Необходимо отметить, что в изученной литературе отсутствуют публикации, касающиеся анализа деятельности СД в нашем регионе, что является предметом дальнейших исследований.

Организация лечебно-диагностического процесса в стационаре на дому

Пациенты, поступающие в СД для долечивания или реабилитации, как правило, обследованы, и им уже рекомендовано лечение или комплекс реабилитационных процедур. Врач СД корректирует назначенное лечение в зависимости от состояния пациента и возможностей ухода за ним [10].

Пациентам с острыми и хроническими заболеваниями лечение назначает врач СД. При этом учитываются результаты проведенных обследований и эффективность ранее выполненного лечения. Медицинская сестра СД организует лечебно-оздоровительные мероприятия. Для проведения физиотерапии, водолечения, лечебной физкультуры (ЛФК), мануальной и рефлексотерапии, а также массажа привлекается медицинский персонал отделения реабилитации или соответствующих отделений (кабинетов) [9]. Заведующий профильным отделением поликлиники составляет единый график посещения больных, находящихся на стационарном лечении дома. При этом учитывается время, затрачиваемое на выполнение различных видов лечебно-диагностических процедур, а также время на поездки [8].

В соответствии с назначениями лечащего врача стационара на дому медицинская сестра выполняет внутривенные, внутримышечные и подкожные инъек-

ции, измеряет артериальное давление, температуру тела, ставит банки, горчичники, пиявки, делает компрессы, клизмы всех видов, втирает лекарственные вещества, готовит больного к различным обследованиям, выполняет забор материала для лабораторных исследований. Кроме того, медицинская сестра информирует врача об изменениях в состоянии здоровья пациентов, принимает участие в организации консультативных и профилактических осмотров, ведет медицинскую документацию [5, 6].

В решении проблем оздоровления больных, находящихся на стационарном лечении в домашних условиях, большое значение имеет организация диагностического процесса.

По сравнению с больными, которые лечатся в поликлинике или стационарных отделениях больниц, обследование пациентов стационара на дому сопряжено с рядом трудностей (невозможность выполнения многих исследований в домашних условиях, отсутствие в лечебно-профилактических учреждениях портативно-переносной аппаратуры и т.п.) [8].

Как показывает опыт организации СД, в обеспечении полноценного обследования пациентов важная роль принадлежит службе медико-социального обеспечения или передвижному комплексно-диагностическим кабинетам (ПКДК) [8].

Служба медико-социального обеспечения предназначена для диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также реабилитации пациентов в домашних условиях. В крупных городских поликлиниках она может являться самостоятельным структурным подразделением [8].

Оказание стационарной медицинской помощи на дому с использованием ПКДК осуществляется преимущественно больным с острыми и хроническими заболеваниями в трудоспособном возрасте, пациентам, пользующимся льготами (согласно закону), одиноким престарелым и лицам старших возрастных групп, а также больным, находящимся под диспансерным наблюдением. Количество передвижных ПКДК и их оборудование определяется мощностью амбулаторно-поликлинических учреждений, радиусом обслуживания, числом организованных СД, профилем обслуживаемых больных и т.п. [8].

ПКДК оборудуется в специально выделенном для этих целей автотранспорте (типа «УАЗ», «Газель» и др.) или в переоборудованной машине скорой

и неотложной медицинской помощи. Он должен быть снабжен носилками (подвесными), одеялом, подушкой. Оборудование ПКДК содержит компоненты средств диагностического, лечебного, реабилитационного характера, включает набор медикаментов для оказания скорой и неотложной помощи [8].

Организация ПКДК показана при всех формах функционирования СД. Преимущество использования кабинета отдается централизованной и смешанной (легкие заболевания) формам организации СД. Они обслуживаются медицинским и вспомогательным персоналом, входящим в штат данного лечебно-профилактического учреждения. На каждый ПКДК выделяется врач, две медицинские сестры, лаборант, массажист, медицинская сестра для проведения физиотерапевтических процедур, водитель автотранспорта. Сотрудники бригады на определенное время прикрепляются к врачу, работающему по графику и использующему ПКДК для обеспечения больных в СД [8].

Лабораторно-диагностическое оборудование ПКДК (микроскоп, фотоэлектроколориметр, центрифуга, термостат и др.) должно обеспечить в условиях СД применение унифицированного метода выполнения анализов крови и мочи либо экспресс-метода с использованием портативной микролаборатории (табл. 2).

Таблица 2

Перечень лабораторных обследований больных в СД с использованием ПКДК (унифицированная методика) и портативной микролаборатории (экспресс-методы)

Вид анализа	Унифицированный метод	Экспресс-метод
Общий анализ крови:		
СОЭ	+	+
Гемоглобин	+	+
Длительность кровотечения	+	+
Время свертывания	+	+
Лейкоциты	+	+
Эритроциты	+	+
Лейкоформула	+	—
Общий анализ мочи:		
Физические свойства	+	+
Глюкоза	+	+
Белок	+	+
Ацетон	+	+
Микроскопия	+	+
Биохимический анализ крови:	+	—
Билирубин	+	—
Глюкоза	+	—
Креатинин	+	—

α-Амилаза		+	—
Тесты коагулограммы		+	—

Примечание. Знаком «+» отмечены лабораторные исследования, выполняемые обоими методами, знаком «—» — исследования, которые не выполняются в рамках экспресс-метода.

Для больных СД организуется прокат аппаратуры для отпуска в домашних условиях физиотерапевтических процедур (лампы соллюкс, электрофорез, кварц, защитные приспособления для проведения некоторых процедур) [8].

К сожалению, в условиях недостаточного финансирования автотранспорт, как правило, не оснащен медицинским оборудованием и средствами ухода за больным. В большинстве случаев он используется только как средство передвижения медицинского персонала и как средство доставки больного в ЛПУ для обследования.

Заключение

Накопленный положительный опыт функционирования СД свидетельствует о том, что данный вид медицинской помощи является экономически эффективным и, безусловно, целесообразным с медико-социальной точки зрения. Однако ряд объективных причин препятствует широкому распространению данного вида стационарозамещающей технологии. К ним относятся недостаточная обеспеченность оборудованием (специализированный транспорт, портативная аппаратура), а также недостаточная проработка нормативной базы деятельности, организационных форм и технологий лечения больных в СД.

Литература

1. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 528 с.

2. Здравоохранение Томской области: Статистический сборник. Томск, 2005. 76 с.
3. Калининская А.А. Стационары на дому. Формы организации и показатели их деятельности // Главврач. 2005. № 3. С. 18—24.
4. Калининская А.А. Шляфер С.И., Дзугаев А.К., Мецераков Д.Г. Перспективные направления деятельности сестринского персонала // Главврач. 2005. № 4. С. 22—26.
5. Карташов В.Т., Зубков И.А., Фидаров Э.З., Суценин А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи в России и за рубежом // Воен.-мед. журн. 2003. Т. 324. № 4. С. 4—9.
6. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть II. Организация медицинской помощи. М.: Медицина, 2003. 456 с.
7. Муталов А.Г. Роль стационарозамещающих технологий в охране здоровья детей и подростков. Уфа: Б. и., 2002. 50 с.
8. Павловский М.П. Стационары на дому. Киев: Здоров'я, 1991. 200 с.
9. Поляков И.В., Захматова Т.В., Девяткина А.А. Проблемы организации сестринской помощи на дому // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 6. С. 31—35.
10. Степанов В.В. Организация работы дневного стационара: Сборник документов. Москва: МЦФЭР, 2001. 150 с.
11. Тарасенко Ю. Я., Полубоярова Н.М., Михайлова В.В., Вячкилев А.А. Опыт лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких в условиях стационара на дому // Кремлевская медицина. Клинич. вестн. 2000. № 3. С. 20—25.
12. Шляфер С.И. Формы работы стационара на дому // Научные труды республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». М.: РИО ЦНИЛ ОИЗ МЗ РФ, 2002. С. 139—141.

Поступила в редакцию 20.01.2006 г.