

Технологии заботы» по развитию межведомственного взаимодействия по дистанционному мониторингу хронических неинфекционных заболеваний

Дистанционный мониторинг ХНИЗ: замкнуть круг заботы

Старение населения и сопутствующие проблемы, связанные с расширением количества хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являются одним из основных современных трендов развития общества. Во многих странах ощущается перегруженность системы здравоохранения и социальной защиты, и решения ищутся в местном сообществе и, например, в школах через широкие образовательные кампании о том, как ухаживать за пожилыми людьми. В профессиональных сообществах формируется консенсус, что для решения проблемы хронических заболеваний требуются нестандартные решения, базирующиеся на новых технологиях.

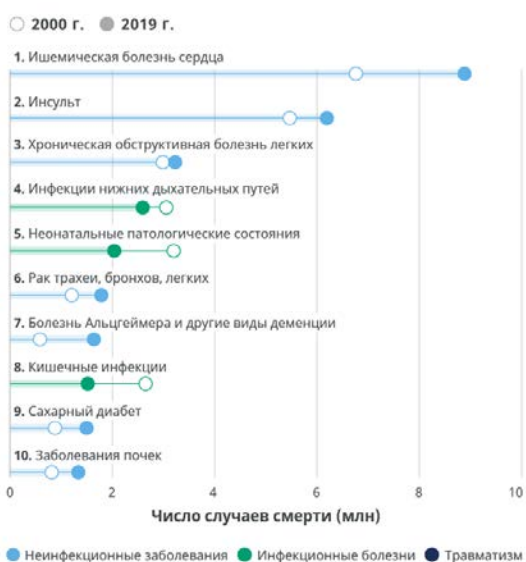
Данная статья описывает опыт проекта Российской ассоциации геронтологов и гериатров (РАГГ) по дистанционному мониторингу ХНИЗ, осуществленного в нескольких пилотных регионах при финансовой поддержке Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

О хронических заболеваниях

По данным ВОЗ, 60 % всех случаев смерти на Земле вызваны хроническими заболеваниями, при этом 42 % из этих случаев – преждевременные смерти людей до 70 лет.

В частности, в США 50 % населения страдает хроническими заболеваниями, и на уход за ними уходит 86 % всех расходов на здравоохранение.¹

Основные причины смерти в мире



Источник: WHO Global Health Estimates.

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7077778/>

В России основной причиной смертности в 2022 году стали болезни системы кровообращения (44,2 % от общего количества смертей). Наибольшую долю из них составляют ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, с большим отрывом второе место в структуре смертности занимают новообразования (14,8 %) и только на третьем месте находится смертность от COVID-19 (7,4 %).

Основная сложность хронических заболеваний состоит в том, что эффективно бороться с ними можно только превентивно через профилактику и здоровый образ жизни. При развитии такого заболевания основная задача врача – это «управление болезнью» или постоянное сопровождение пациента и отслеживание его жизненных показателей, подбирая терапия в зависимости от состояния.

Но такой услуги, как «управление болезнью» в законодательстве не существует, нет клинических рекомендаций, нет тарифов ОМС и соответствующих служб. В итоге по большей части человек «управляет» своим заболеванием самостоятельно и по своему усмотрению и приходит к врачу, только когда ему становится ощутимо хуже. Врач в этой ситуации, соответственно, ориентируется не на долгосрочный результат, а на экстренную терапию, которая часто только усугубляет ситуацию, а не способствует восстановлению.

Нельзя сказать, что попытки решения этой задачи не предпринимались. Впереди всех идут частные медицинские и страховые компании, которые предлагают клиентам услуги медицинского сопровождения и телефонных (или онлайн) консультаций за отдельную плату или в рамках страховых пакетов. В Москве Департаментом здравоохранения запущена программа «Персональный помощник» по медицинскому сопровождению, но только для больных онкологией. В качестве еще одного хорошего примера, который получил наиболее массовое распространение, можно привести уже утратившее актуальность сопровождение больных COVID-19, которое вывело внедрение информационных технологий в медицине на доселе невиданный новый уровень.

Все эти программы активно тестируют почву сближения врача и пациента посредством технологий, но эти проекты пока не стали по-настоящему массовыми и достаточно дешевыми, чтобы применяться к целевой группе с наибольшими потребностями и наименьшими финансовыми возможностями – пожилых людей с функциональными ограничениями.

Дистанционное будущее медицины

То, что информационные технологии дистанционного мониторинга здоровья – это будущее медицины, давно не вызывает сомнений. Совсем недолго осталось до того момента, когда носимые гаджеты с адекватной ценой смогут определять не только сердечный пульс, но и измерять давление, делать ЭКГ и даже проводить неинвазивный анализ сахара в крови, что скорее всего приведет к замещению целого кластера диагностической медицины. Тем не менее, это будущее хоть и близко, но оно все еще не наступило. С одной стороны, существующие приборы неточны и ненадежны, сложны в использовании и требуют постоянной подзарядки, и врачи не склонны доверять их показаниям. С другой стороны, нет системы приема и учета показаний носимых гаджетов, не решены вопросы, связанные с контролем персональных данных, нет

полноценных клинических рекомендаций по принятию решений, в том числе финансовых, при дистанционной работе с пациентом.

Таким образом, еще в течение достаточно продолжительной перспективы на разных концах медицинского процесса сопровождения пациентов с ХНИЗ будут оставаться люди, а использование гаджетов не выйдет за рамки «тревожной кнопки» для социальных служб.

Технология межведомственного взаимодействия

Проект «Технологии заботы» исходил из идеи, что не надо всеми силами пытаться революционизировать систему здравоохранения, когда можно взглянуть на ситуацию шире и использовать уже существующие ресурсы, предоставляемые законодательством и другими участниками процесса сопровождения ХНИЗ у пожилых пациентов.

Прямыми стейкхолдерами (заинтересованными лицами) данного процесса очевидным образом являются органы соцзащиты, которые призваны работать с последствиями хронических заболеваний, приводящим к функциональным ограничениям и, в особо тяжелых случаях, к потере автономности. Более того, во многих случаях функции медиков и солильщиков прямо пересекаются – например, социальные работники контролируют прием лекарств, следят за образованием пролежней, взаимодействуют с людьми с когнитивными нарушениями. Государство даже предпринимало неоднократные попытки объединения ведомств здравоохранения и социальной защиты, оказавшимися неуспешными, т.к. по факту не удалось преодолеть различия в подходах к операционной деятельности (иерархичность и зарегулированность в медицине и децентрализация в соцзащите) и главное – сформировать общую систему финансирования.

В итоге медицина выписывает тяжелобольных, не думая, что с ними произойдет дальше, а соцзащита стремится сфокусироваться на тех, кто активен и может сам о себе позаботиться. Результатом становится то, что многие, кто реально нуждаются, не получают никакой помощи. А если проследить за судьбой тех, кто не получает долговременного сопровождения, то их проблемы опять возвращаются в здравоохранение через большое количество вызовов «скорых» и врачей на дом, не говоря уже о затратах на лечение запущенных случаев.

Ситуация начала меняться с запуском в рамках Федерального проекта «Старшее поколение» системы долговременного ухода (СДУ), благодаря которой в системе соцзащиты началось смещение фокуса поддержки на людей с функциональными ограничениями и потерей автономности, что в свою очередь является отражением хронических заболеваний, а также начали формироваться работающие формы межведомственного взаимодействия в отношении пожилых пациентов с функциональными ограничениями. Прежде всего это предполагает передачу информации о состоянии пациентов от медицинских организаций в социальные службы, предпочтительно автоматически в «фоновом» режиме без участия пациента. СДУ пока что находится на пилотном этапе и постепенно внедряется в 34 регионах РФ с федеральным охватом к 2024 г. За четыре года разными регионами предложены разные форматы передачи информации – от передачи бумажных протоколов до внедрения электронных систем. Формы подачи информации также варьируются от анкеты «Возраст

не помеха», которую может заполнить каждый самостоятельно, до адаптированной шкалы реабилитационной маршрутизации, формируемой исключительно врачами.

В большинстве пилотных регионов сделан переход к полностью автоматизированной системе передачи информации о пациентах с функциональными ограничениями, но и здесь царит широкое разнообразие. Часть регионов работает с «Единая информационная система долговременного ухода ОПТИМА», часть с программой от Тульской компании «СОЦИНФОРМТЕХ», часть создали свои наработки. В Кировской области пошли дальше всех и разработали КМИС (комплексную медицинскую информационную систему), в которую предоставили доступ для соцзащиты. На данный момент, это единственная официально-принятая региональная информационная система, предусматривающая обратную связь от социальных работников к врачам.

В рамках данной статьи мы не будем рассматривать преимущества и недостатки разных информационных систем СДУ, отметим только, что сам факт их разнообразия и наличия принципиальных различий является сдерживающим фактором развития СДУ. Тем не менее, позитивные изменения от внедрения СДУ уже налицо.

Экономика системного подхода

СДУ позволило прежде всего изменить общее восприятие сферы ухода за пожилыми людьми, прежде всего в том, что на систему надо смотреть в комплексе, и что понятие эффективности в этой сфере не может находиться в одном ведомстве и должно оцениваться агрегировано, потому что затраты одного ведомства приводят к экономии в другом, и наоборот. Адекватность и своевременность информации о пациенте позволяет сфокусировать усилия только на том, что нужно здесь и сейчас и отбросить лишнее. Социальные работники начинают действовать более четко и скоординированно, потому что получают прямые и точные указания от врачей. В свою очередь, следование указаниям врачей при долговременном уходе не только позволяют стабилизировать состояние больного, но и дает возможность снизить степень зависимости пациента от посторонней помощи, а это снижает и количество услуг по уходу, и частоту их применения.

Но, конечно, не все так просто, и при внедрении подобной системы требуется много нестандартных решений, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Создание и отработка единой системы управления процессами организации ухода. В пилотных регионах создаются координационные центры СДУ, которые в данный момент функционируют на базе соцзащиты и слабо влияют на здравоохранение;
2. Формирование единых форматов передаваемой информации и алгоритмов ее передачи, которые будут не только обеспечивать ее точность и своевременность, но и защищать персональные данные пациентов в соответствии с требованиями, принятыми в здравоохранении.
3. Отработка рабочих процессов прямого взаимодействия медицинских и социальных служб при сопровождении пациентов, не приводящих к дополнительной перегрузке врачей, и так работающих в строгих временных рамках на один прием.

Замкнуть круг заботы

Проект «Технологии заботы» предлагает решение третьей из вышеперечисленных задач, являющейся одной из наиболее сложных и требующей долгосрочных усилий.

В рамках проекта на базе одной из информационных систем долговременного ухода создается структурированный и формализованный функционал обратной связи социального работника и врача, не приводящий к текстовым дискуссиям или телефонным разговорам. Функционал основывается на постоянном измерении жизненно-важных показателей пациента (давление, оксигенация, частота сердечных сокращений, уровень глюкозы в крови в случае показаний по диабету) социальным работником. Показатели автоматически передаются на рабочий стол компьютера врача и представляются в виде графика значений, позволяющих судить не только о текущих показателях, но и об общей динамике состояния больного.

Деятельность соцработника или помощника по уходу по измерению показателей не является нововведением и входит в стандартные пакеты социальных услуг для одиноко проживающих пожилых людей, но для удобства его работы разработано приложение для смартфона, в которое надо просто вносить измеряемые показатели при каждом надомном визите. При передаче информации соблюдаются все протоколы защиты персональных данных.



Рис. 2. Пример бесшовного медицинского сопровождения клиента за счет правил координации и маршрутизации информационной системы "Оптима"

Кейсы

- Елена Степановна 74 лет. очень часто (до 2 раз в неделю) посещала поликлинику или вызывала врача на дом с жалобами на плохое самочувствие и головные боли, ее знали все врачи. Обычно ее визит завершался тем, что ей мерили давление и рекомендовали пить уже давно выписанные таблетки, которые она постоянно

забывала принимать. Благодаря проекту, все вопросы стали решаться при помощи социального работника, которая также следила за регулярностью приема лекарств. В итоге пациентка перестала вызывать врачей на дом и часто ходить в поликлинику, что ощутимо снизило нагрузку на врачей.

- *Николай Васильевич, 78 лет. Трагический случай, т.к. несмотря на то, что система силами соцработника определила острое состояние человека, врач не вызвала «скорую» для госпитализации, а порекомендовала выпить таблетку, что не помогло. Человек умер, но этот кейс показывает, что благодаря системе жизнь человека могла быть спасена, что станет уроком для больницы. При этом причина смерти полностью понятна. Важно здесь то, что в отсутствие данной системы об обострении состояния одиноко проживающего пациента никто бы не узнал.*

Проект позволяет достичь следующие результаты:

- Для здравоохранения – сокращение в очереди на прием пациентов с тяжелыми формами ХНИЗ, сокращение вызовов «скорой» и надомного посещения врача;
- Для социальных служб – возможность восстановления здоровья подопечных и сокращения долговременного обслуживания;
- Для пациентов – повышение вероятности сохранить жизнь при обострениях ХНИЗ, шанс восстановления функциональных возможностей силами соцработников под контролем врачей, снижение риска перехода в «лежачее» состояние;
- Для родственников – более эффективная помощь в уходе.

Если говорить о затратах на реализацию данной системы, то запустить ее может любой регион, в котором есть информационная система СДУ, и для этого понадобится только добавить небольшой функционал передачи показателей врачу. В рамках проекта применялись стимулирующие выплаты врачам для их участия, но опыт показал, что в результате врачи чувствуют не обременение, а реальную разгрузку, потому что часто приходящие на прием пациенты получают возможность оставаться дома. Таким образом появляется возможность замкнуть круг заботы, необходимой пожилому человеку с ХНИЗ.

Комплексная система заботы

Проект «Технологии заботы» позволил не только отработать один из алгоритмов ухода за пожилым пациентом, но и продемонстрировал прообраз будущей системы долговременного ухода на основе интеграции функций и взаимодействия медицинского и социального ведомств. При этом данная система может быть открытой и для других участников процесса заботы – частных и некоммерческих организаций, ближайшего окружения пожилого человека и прямого взаимодействия пациента и врача.

Задачи для развития проекта в перспективе:

- Создание единой комплексной информационной системы, обеспечивающей доступ для разных участников процесса ухода за пожилым человеком с ХНИЗ;

- Создание межведомственных медико-социальных координационных центров и профессиональных социальных служб «суперайзеров/участковых»;
- Создание специализированной системы финансирования комплексной системы заботы (долговременного ухода), позволяющей включать различных поставщиков услуг по уходу.