

ПРОЕКТ «СПУТНИК»

«ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ» ПОДХОД
К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ В ГОРОДСКИХ УСЛОВИЯХ

ЦВЗ



Партнеры
во имя здоровья

Partners In Health
Russia

Авторы: Таран Д.В., Гельманова И.Е., Голубков А.А.

Выражаем благодарность в осуществлении проекта:

Мишустину С.П., Тонкель Т.П., Голубчиковой В.Т.,
Голубчикову П.Н., Березиной В.И., Сироткиной О.Б.,
Охрименко С.А., Богдановой М.А., Кручининой Г.А.,
Горюнову С.А., Сидоренко Н.Ю., Чернышовой М.Ф.,
Медведевой Е.Б., Кальченко И.А., Каличкиной Е.А.,
Соловьевой А.В.

Особая благодарность: Полу Фармеру и Салмаану
Кешавджи за идею и активное содействие на всем
протяжении проекта.

Финансирование проекта осуществляется из средств
Partners In Health.

©

Представительство благотворительной организации
«Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской
Федерации.

123001, Москва, Трехпрудный пер., д.11/13, стр.3, офис 25.
Тел: (495) 974-17-91; Факс: (495) 974-17-89.

www.pih.ru

2010г.

Пропуски в приеме препаратов и досрочное прерывание лечения являются актуальной проблемой современной фтизиатрии. Принято считать, что только принудительное лечение в закрытом стационаре может решить данную проблему. В настоящем руководстве рассматривается альтернативный, так называемый *пациент-ориентированный* подход к проблемным больным, при котором фтизиатрическая служба подстраивает график и место выдачи препаратов под сложный ритм жизни пациентов, оказывает им помощь в решении ряда социальных проблем.

Воплощением пациент-ориентированного подхода стала внедряемая с 2006 года в Томской области программа под названием «Спутник», организованная для работы с наиболее сложными пациентами, с которыми оказались неэффективными другие методы привлечения к лечению. В течение первого года в программу было включено 34 пациента, изначально отказавшихся от терапии, прервавших лечение или находившихся «на грани отрыва», из них 79 % закончили полный курс терапии с исходом «излечен». Процент приема противотуберкулезных препаратов составил 85% по сравнению с 53% до включения в Спутник. Прием всех препаратов проходил под непосредственным контролем медицинского персонала.

В руководстве подробно описываются условия и необходимые шаги для внедрения проекта Спутник, а также организация работы персонала в «поле», рекомендации по решению возникающих проблем. Приводятся индикаторы проекта и типичный бюджет.

Оглавление

1. Введение	1
2. История проекта	3
3. Организация лечения по программе Спутник	6
3.1. Оснащение проекта	8
3.2. Обучение персонала	9
3.3. Обеспечение полноценной работы Спутника	12
3.3.1. Основные принципы организации	12
3.3.2. Определение оптимальной нагрузки на бригаду Спутника	12
3.3.3. Набор пациентов в проект	13
3.3.4. Организация работы Спутников	15
3.3.5. Помощь пациентам в решении их проблем	18
3.3.6. Курирование бригады Спутника	20
3.3.7. Обследование контактных лиц	21
4. Индикаторы программы	23
5. Часто задаваемые вопросы	28
Приложения	32
Приложение 1. Организация поиска больных	32
Приложение 2. Профилактика самолечения: что можно предложить пациенту, который настаивает на выдаче препаратов на руки	34
Приложение 3. Выявление побочных эффектов	36
Приложение 4. Основные принципы общения с пациентами (памятка для персонала Спутника)	38
Приложение 5. Документация проекта	42
Приложение 6. Задачи и мероприятия, проводимые куратором во время выезда с бригадой Спутника	52
Приложение 7. Типичный бюджет проекта	54
Приложение 8. Классификация исходов лечения, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения	56
6. Литература	58

Перечень используемых сокращений

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
ТБ – туберкулез
МБТ – микобактерии туберкулеза
ППП – противотуберкулезные препараты
МЛУ - ТБ – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
СЛУ-ТБ – туберкулез с супер лекарственной устойчивостью (XDR-ТБ)
ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний
УВД – Управление внутренних дел
МЗ – места заключения
ОМО ОПТД – организационно-методический отдел областного противотуберкулезного диспансера

1. Введение.

Приверженность к лечению (соблюдение режима) определяется как прием противотуберкулезных препаратов пациентом в соответствии с рекомендациями системы здравоохранения (фтизиатрической службы). В понятие «неприверженности» входят два типа поведения пациентов. В первом случае пациент досрочно прекращает лечение («отрывается от лечения»), во втором - пациент периодически пропускает прием препаратов, но лечение продолжает. Низкая приверженность ведет к неполноценному приему противотуберкулезных препаратов, что, в свою очередь, неразрывно связано с низкими результатами лечения и высокими показателями неэффективного лечения, такими как неудача, отрыв от лечения, смерть от ТБ. Кроме того, низкая приверженность приводит к развитию устойчивых и супер-устойчивых штаммов, и, как следствие, распространению инфекции в обществе.

В Российской Федерации по данным 26 субъектов в 2003 году частота досрочного прерывания лечения составляла 3-30% среди впервые выявленных больных, что, соответственно, отразилось на частоте прекращения бактериовыделения, которое наблюдалось в среднем у 61,4%¹. По данным аналитического обзора по ТБ в РФ от 2008 года, уровень прерывания лечения (среди впервые выявленных больных ТБ легких с бактериовыделением, определенным методом микроскопии) в когорте 2006 года во многих регионах остается высоким (9-17%), достигая 25,4%, а в среднем по России за последние 3 года держится на уровне 9,5-11%² (при этом, в Томской области – самый низкий, 0,8%). Проблеме низкой приверженности среди пациентов с ТБ посвящено немало последних публикаций в научной литературе.^{1,3,4,5,6}

Существует более 200 факторов, влияющих на приверженность, которые условно можно разделить на 5 групп: социально-экономические, факторы системы здравоохранения, тяжесть состояния пациента, тяжесть самой терапии, а так же характеристики пациента⁷. В силу многочисленности факторов, их уникальному сочетанию у отдельно взятого пациента, сложно назвать один единственный путь в решении проблем приверженности. Поэтому, областным противотуберкулезным программам рекомендуется внедрять целый комплекс мероприятий, перечисленных ниже.

1. Налаженный мониторинг ВСЕХ пациентов, при котором движение каждого больного отслеживается, налажена преемственность между различными учреждениями службы (например, между пенитенциарным и гражданским секторами, стационаром и подразделениями амбулаторного звена).
2. Непосредственно контролируемое лечение было признано фтизиатрами СССР наиболее эффективным методом контроля за

лечением еще в 60-70-е годы. Министерство Здравоохранения СССР в ряде приказов и других официальных документах рекомендует прием препаратов в присутствии медицинских работников диспансеров, общей лечебной сети, а также специально подготовленных лиц из санитарного актива, членов Общества Красного Креста и Красного Полумесяца^{8,9,10}. Ряд исследований, проведенных за рубежом, также указывают на необходимость лечения туберкулеза под непосредственным контролем. Так было показано, что если препараты выдаются пациенту для самостоятельного приема, то более 35% пациентов не принимают их как положено¹¹.

3. «Приближение» лечения к пациентам: проведение контролируемой терапии в местах и по времени максимально комфортных для больных. Рекомендуется организация разветвленной сети пунктов контролируемого лечения с графиком работы, удобным для всех категорий пациентов, включая работающих. Необходимо организовать лечение на дому для лиц, не имеющих возможности посещать пункты контролируемого лечения.
4. Уважительное и понимающее отношение медицинского персонала к пациенту, каким бы «асоциальным» он не был. Информирование пациента о процессе лечения, возможных последствиях прерывания терапии является важной частью работы с больным, однако, данные беседы должны проводиться «на равных» без излишнего давления и обличения пациента.
5. Эффективная схема лечения ТБ и адекватное купирование побочных эффектов, лечение сопутствующих заболеваний. По возможности рекомендуется организовать консультации психолога и нарколога для пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, пропускающих прием ПТП, а также находящихся в депрессивном состоянии.
6. Применение методов поощрения и стимуляции. В этой роли может выступать социальная поддержка продуктовыми наборами после принятия ПТП под контролем, а так же решение социальных проблем пациента (в виде обеспечения жильем, одеждой, восстановления паспорта, помощи в устройстве на работу и т.д.).
7. Оперативное реагирование персонала ТБ службы на пропуски приема ПТП пациентами. После пропуска в 1-3 дня (максимум) к пациенту выезжает патронажная или участковая медицинская сестра, пытается его найти, установить причину пропуска приема ПТП, и уговорить пациента продолжить лечение.

Вышеперечисленные мероприятия построены на принципах *пациент-ориентированного* подхода, при котором эффективное контролируемое лечение достигается за счет создания комфортных условий для пациентов, а перерыв в приеме ПТП воспринимается как неудача системы здравоохранения найти подход к пациенту. В программе «Спутник», созданной в городе Томске, пациент-ориентированный подход получил свое дальнейшее развитие, лечение – максимально приближено и адаптировано для пациентов.

Спутник был создан с учетом организационных особенностей Томской противотуберкулезной службы. Поскольку в Томской области в течение многих лет проводились пилотные проекты, то организация лечения может отличаться от других регионов России. Ниже перечисляются условия, которые нужно учитывать при внедрении Спутника на новой территории:

1. Эффективно внедрено большинство вышеперечисленных мероприятий
2. Город компактен, и транспортная система справляется с потоком автотранспорта. При наличии «пробок» и разбросанности пациентов необходимо продумать другие формы «пациент - ориентированного» подхода, или внедрять несколько бригад Спутника с разделением города на 2-3 зоны обслуживания.

2. История проекта

Томская область одной из первых в РФ начала проводить совместные с иностранными неправительственными организациями пилотные проекты по лечению туберкулеза. В 1994 году, совместно с организацией Мерлин (Великобритания), была внедрена программа по лечению чувствительного туберкулеза, рекомендованная ВОЗ, основой которой является ежедневный прием пациентом 4-5 препаратов первого ряда под непосредственным контролем. В сельских условиях контролируемое лечение стали осуществлять фельдшера, а в городе Томске оно проводилось на базе процедурных кабинетов ТБ диспансера, были организованы дневной стационар и стационар на дому. С 1996 года в Томске движение каждого пациента по пунктам лечения отслеживается по компьютеризированной базе данных. В 1999 году Томское отделение Российского Красного Креста начало проводить стимуляцию пациентов горячим питанием и продуктовыми наборами. Благодаря этому, приверженность пациентов значительно улучшилась, в послекризисные годы пациенты особенно охотно шли на лечение, где они после приема препаратов получали продуктовые наборы. В 1999-2000 годах совместная работа и обучение специалистов гражданской и пенитенциарной служб

привели к созданию системы взаимодействия между двумя службами, значительно улучшив преемственность в лечении. Процент досрочного прекращения лечения среди впервые выявленных больных ТБ легких с бактериовыделением, определенным методом микроскопии в гражданском секторе снизился до 2-3 %. Важно отметить, что этот успех был достигнут в условиях значительного сокращения стационарных коек, в основном за счет улучшения работы амбулаторного сектора и более тесного взаимодействия различных служб.

С 2000 года в области совместными усилиями Томской гражданской противотуберкулезной службы, Томской пенитенциарной службы и организациями «Партнеры во имя Здоровья», «Нью-Йоркский институт общественного здравоохранения» начал внедряться проект по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Первоначальный успех 2000 – 2001 годов, когда процент излеченных с МЛУ ТБ составлял 81,7% в гражданском и пенитенциарном секторах, сменился ухудшением результатов лечения, прежде всего, в связи с растущим количеством досрочно прерывающих лечение пациентов, особенно в гражданском секторе, где процент отрывов вырос с 11,9% в 2001 году до 15,5% в 2002 году, 27,3% в 2003 и 28,6% – в 2004 году. Противотуберкулезная служба отреагировала на растущую проблему отрывов расширением психологической и наркологической помощи, более активным поиском прервавших лечение пациентов, привлечением участковых милиционеров к поиску/беседам с наиболее сложными больными. Однако, несмотря на проведение различных мероприятий, оставались пациенты, пропускавшие прием ПТП и находившиеся на грани отрыва от лечения. Обычно к таким пациентам рекомендуется применять принудительную госпитализацию в противотуберкулезный стационар, а в случае повторного отказа пациента - заключение в учреждения ФСИН. Однако, процесс оформления и исполнения принудительных мер занимает более 2-х месяцев, в это время пациент продолжает инфицировать окружающих. Кроме того, существующий стационар не был приспособлен для проведения принудительного лечения, отсутствовали специально охраняемые палаты, поэтому большинство пациентов благополучно возвращалось домой вскоре после «принудительной» госпитализации. В 2006 году было решено применить альтернативный принудительному лечению пациент - ориентированный подход, и был создан проект Спутник.

Идея Спутника не является новой. Данный подход уже успешно применялся в ряде стран и в области различных заболеваний; в России на момент создания Спутника уже имелся опыт *пациент-ориентированных* методов в работе с ВИЧ-инфицированными пациентами по программе «равный-равному» (проекты «Снижение вреда от употребления инъекционных наркотиков»^{12,13}).

В международных проектах (Перу, Гаити, Руанда, Лесото, Малави) «Партнеров во имя Здоровья» *пациент - ориентированный* подход применяется ко всем пациентам без исключения. При этом к больному на весь курс лечения прикрепляется так называемый «сопровождающий», или «спутник», который становится для пациента больше, чем человек, непосредственно контролирующий прием препаратов. «Спутник» беседует с пациентом, знает его социальные проблемы и пытается помочь в их решении, организует лечение в наиболее удобном месте (чаще на дому) и времени для самого пациента. «Спутник», как правило, выбирается из той же среды, что и пациент (бывший пациент, сосед), что способствует построению доверительных отношений, необходимых для проведения столь длительного и сложного лечения. Во многих странах имеется недостаточное количество квалифицированного медицинского персонала, поэтому в «спутники» набираются лица, не имеющие медицинского образования, которые в дальнейшем проходят определенную стажировку по лечению туберкулеза. В большинстве стран мира, страдающих от бремени ТБ, легковой автомобиль – роскошь, в сельской местности дороги практически отсутствуют, поэтому к пациентам «спутники», добираются пешком или на велосипеде.

При адаптации «пациент - ориентированного» подхода к Российским условиям, в городе Томске было решено принять средний медицинский персонал на роль Спутников, а для большей эффективности и безопасности персонала, оборудовать бригаду Спутника транспортом. Томский проект «Спутник» является не только *пациент - ориентированным*, но и *персонал - ориентированным*, так как в нем созданы максимально комфортные условия для работы персонала: выделены достаточные ресурсы, рационализирована нагрузка, и организована всесторонняя административная поддержка.

Проект «Спутник» начал работу в декабре 2006 года. До конца 2007 года в программу «Спутник» было направлено 34 пациента с активным туберкулезом, три четверти которых имели МЛУ ТБ. Пять (15%) пациентов было направлено после изначального отказа от лечения, 1 (3%) пациент – сразу после отрыва. 27 (79%) пациентов уже находились на лечении, из них 13 были переведены на Спутник в связи с перерывом в лечении (от 2-х до 7 недель), вызванным категорическим отказом пациента или невозможностью найти его, и 14 в связи низким процентом приема препаратов. Один (3%) из пациентов был включен в лечение в связи с тем, что он совместно проживал с пациентом Спутника. Среди пациентов Спутника было 25 мужчин, средний возраст составляет 31 год, 27 были безработными, 12 ранее были в заключении, 2 – лица БОМЖ, 30 страдали хроническим алкоголизмом, 12 – злоупотребляли наркотиками.

После перевода на программу Спутник процент приема препаратов у всех пациентов первой когорты вырос с 43% до 83% (среди 27 уже лечившихся

с 53% до 85%). Окончательные результаты лечения первых 34 пациентов таковы: одного (3%) пациента так и не удалось привлечь к лечению, у двоих* (6%) был зафиксирован отрыв, двадцать семь (79%) пациентов было излечено, двое (6%) умерли от причин, не связанных с туберкулезом, двое (6%) – были арестованы и продолжили лечение в пенитенциарной системе†.

Результаты проекта показывают высокую эффективность *пациент - ориентированного* подхода в снижении перерывов и отрывов, и позволяют рекомендовать данный метод для более широкого внедрения в других областях России.

3. Организация лечения по программе Спутник.

Проект Спутник был создан для работы с пациентами, находящимися «на грани отрыва», основная цель проекта – посредством создания максимально комфортных условий помочь пациентам закончить курс терапии. Персонал Спутника организывает полностью контролируемое противотуберкулезное лечение в удобном для больного месте и времени. Пациенты Спутника получают социальную поддержку в виде дополнительного питания, помощь с восстановлением паспортов и получением пенсий, необходимые консультации на дому, препараты для купирования побочных эффектов, а также полную информацию о своем заболевании, необходимости и длительности лечения. Однако, самое главное, что получают пациенты Спутника, – это внимание, проявление заботы и поддержку, которые помогают им пройти длительный курс лечения от туберкулеза.

До направления на Спутник всем пациентам предоставляется возможность лечения в стационаре, выбор места амбулаторного лечения, оказывается поддержка в виде ежедневных продуктовых наборов, консультаций нарколога, психолога. Если пациент отказывается от стационарного лечения и не посещает пункты амбулаторного, то он направляется на стационар на дому. Стационар на дому представлен двумя командами (в каждой по медицинской сестре и водителю), которые работают на 1,5 ставки с 8.00 до 16.00 (время выездов с 9.00 до 15.00) и обслуживают в общей сложности 40-50 пациентов. В случае изменения графика работы или мотивации пациента, медицинские сестры не имеют

* Один из данных пациентов был расценен врачами излеченным, однако продолжительность лечения была недостаточная и по международным стандартам он был признан «превратившим лечение»

† Обе пациентки продолжили лечение в пенитенциарной системе, одна в дальнейшем была переведена в учреждение ФСИН другой области и результат неизвестен, а другая по прежнему находится на лечении в Томской ФСИН

времени (и это не прописано в их обязанностях) его искать. Таким образом, в случае пропусков приема ПТП, стационар на дому часто продолжает посещать лишь адрес, указанный пациентом. К поиску подключается патронажная медицинская сестра, которая ежедневно 15.00 до 19.00 проводит поиск и лечение больных, пропустивших прием препаратов в данный день в учреждениях ТБ службы города Томска (стационар, дневной стационар, процедурный кабинет ТБ поликлиники, офисы Красного Креста, стационар на дому). Участковый фтизиатр выезжает на дом и беседует с пациентом или его родными. В случае отсутствия эффекта от всех вышеперечисленных мер, к пациенту на дом выходит участковый милиционер. Далее не остается ничего, кроме как оформлять документы для передачи в суд на данного пациента с целью принудительной госпитализации или... направить пациента на программу Спутник.

В данной главе подробно описывается организация программы Спутник.

Цель проекта: посредством «подхода, ориентированного на пациента» повысить приверженность «сложных» пациентов, с которыми оказались неэффективными другие мероприятия ТБ службы.

Вклад проекта в общее бремя ТБ на территории: снижение процента отрывов в когортах пациентов по ДОТС и ДОТС+, находящихся на лечении на территории проекта; повышение частоты благоприятных исходов (излечен, лечение завершено) за счет снижения пропусков в приеме препаратов

Основная задача проекта: повысить приверженность ТБ пациентов, включенных в проект.

Краткосрочные задачи проекта:

1. Обеспечить проект необходимыми ресурсами,
2. Обучить персонал клиническим и организационным вопросам,
3. Обеспечить набор «сложных» пациентов в проект,
4. Организовать контролируемое лечение пациентов,
5. Организовать социально-психологическую помощь пациентам,
6. Обеспечить мониторинг выполнения задач проекта.

3.1. Оснащение проекта.

Персонал: Для обеспечения работы одной бригады Спутника необходимы 2 водителя и 2 медицинские сестры-спутника. В определенных случаях на позицию Спутника могут приниматься лица без медицинского образования для работы с пациентами, принимающими только таблетированные препараты, и после проведения соответствующего инструктажа.^{*} Заработная плата «Спутника» должна быть выше уровня зарплат участковых ТБ медицинских сестер, поскольку работа напряженная, а также, чтобы мотивировать приход лучшего персонала на данную позицию. Водители, помимо своих непосредственных обязанностей, выполняют функцию сопровождения Спутников при посещении сложных и агрессивных пациентов. Для консультирования пациентов, координации и контроля работы бригады Спутников принимается на совместительство (0.5 ставки на 1 бригаду Спутника) высококвалифицированный врач ТБ службы (см. функциональные обязанности врача-координатора в Приложении 5).

При организации работы бригады Спутника необходимо предусмотреть «резервный» персонал на случай болезни/отпуска врача, медсестер и водителя. Весь «резервный» персонал должен пройти обучение совместно с «основным». В некоторых случаях обученный водитель «основного» состава может самостоятельно выдавать и контролировать прием препаратов пациентами. При этом, инъекционные ПТП следует проводить в ту смену, в которую работает Спутник с медицинским образованием.

При подборе персонала необходимо в первую очередь обращать внимание на личностные качества кандидатов, такие, как умение сострадать, доброта, общительность, а также желание работать с социально сложными пациентами.

Оборудование бригады Спутника: транспорт – машина высокой проходимости, горюче-смазочные материалы, сотовые телефоны и средства на оплату сотовой связи[†], средства безопасности (н-р, газовые баллончики), рабочая одежда[‡], защитные маски 3М, фонарь, медицинская сумка, контейнеры для мокроты и холодовая сумка для их транспортировки, канцтовары.

^{*} Участие лиц без медицинского образования в проведении контролируемого лечения не является новым для РФ. Еще в 60-70-е годы для лечения пациентов ТБ Минздрав СССР рекомендовал привлекать «активистов» из числа местного населения, бывших пациентов. (Министерство здравоохранения СССР Организация и методика контролируемой амбулаторной химиотерапии больных туберкулезом. Методические указания. 3 июня 1976)

[†] Сотовые телефоны необходимы Спутникам и врачу для связи с пациентами, между собой, с организациями системы здравоохранения. Наличие сотовой связи повышает эффективность поиска пациентов, уменьшает пустые траты времени персонала и потребление горюче-смазочных материалов

[‡] Гражданская одежда – куртка, брюки, что позволяет сохранять конфиденциальность лечения

Средства стимуляции пациентов/социальная поддержка: ежедневные продуктовые наборы, горячее питание для некоторых пациентов (в пластиковых одноразовых контейнерах) из стационара или дневного стационара, одежда для необеспеченных пациентов. По возможности предусмотреть средства на прочие расходы, которые могут понадобиться для решения медицинских и немедицинских проблем пациентов (средства по уходу, консультации специалистов на дому, одноразовые контейнеры для горячего питания, подкисленная вода или соки для запивания ПАСКа, оплата госпошлины или штрафа для восстановления паспорта пациенту и пр.)^{*}.

Детали и примерная стоимость описаны в бюджете (Приложение 7).

3.2. Обучение персонала.

Перед началом проекта необходимо провести цикл обучающих семинаров, как для основного, так и для резервного (на случай отпусков, больничных) составов Спутника. Поскольку лечение пациентов проводится за пределами туберкулезного диспансера, и врач имеет возможность осмотреть пациента не чаще 1 раза в 10 дней, то к медсестрам Спутника предъявляются особые требования: они должны уметь самостоятельно расспросить пациента о самочувствии, заметить изменения во внешнем виде и поведении больного, заподозрить, а при необходимости, и купировать побочные эффекты. Кроме того, Спутники должны уметь квалифицированно отвечать на многочисленные вопросы пациентов, например о том, почему необходимо так долго лечиться, почему нельзя исключить тот или иной препарат и т.д. В курс обучения необходимо включать водителей, так как они участвуют в беседах с пациентами, а в некоторых случаях, при отсутствии медицинской сестры Спутника, могут самостоятельно выдавать препараты и контролировать их прием. Врач Спутника несет ответственность за дальнейшее повышение уровня клинических знаний сотрудников посредством совместных обсуждений побочных эффектов пациентов во время выездов с бригадой и еженедельных собраний.

Ряд обучающих лекций (занятий) должен быть посвящен изучению психологии, методам общения с социально сложными пациентами. В данный курс обучения рекомендуется включать и врача – координатора. Теоретические занятия необходимо сопровождать практическими занятиями на рабочем месте. Как правило, приглашается специалист, имеющий опыт работы с пациентами данной социальной группы. В

^{*} В некоторых случаях Спутники применяли необычные методы помощи пациентам, например, они закупили целлофан для того, чтобы закрыть выбитые окна в квартире пациента в холодные зимние месяцы.

начале работы Томского Спутника был приглашен аутрич-работник местного проекта «Снижение вреда от употребления инъекционных наркотиков». В течение месяца аутрич-работник выезжала вместе с медсестрами Спутника и в процессе работы проводила обучение основам общения с пациентами, страдающими наркоманией и хроническим алкоголизмом. Кроме этого, Спутники имели возможность посетить проект «Снижение вреда» и пронаблюдать за работой аутрич-работников во время показательных выездов.

Темы проводимых семинаров:

- Клинические аспекты ведения туберкулеза
 - Лечение ТБ и МЛУ-ТБ: принципы и длительность. Механизмы развития устойчивости к препаратам и методы профилактики.
 - Препараты для лечения туберкулеза, дозировки, правила приема. Правила назначения препаратов и длительность применения. Побочные эффекты при лечении чувствительного и МЛУ туберкулеза: выявление и купирование.
 - Необходимые лабораторные тесты при лечении чувствительного и устойчивого туберкулеза, частота их проведения. Правила сбора и транспортировки материала.
 - Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями: диабет, ВИЧ, хронический алкоголизм, наркомания, психические заболевания
- Организация поиска пациентов, основы общения и построения доверительных отношений с больными, их социальным кругом (родственники, друзья, знакомые, коллеги, контакты); оценка социально – психологических проблем больных и их решение
- Выявление и обследование контактных лиц,
- Синдром эмоционального сгорания персонала и его профилактика.

Рекомендуемая литература по клиническим вопросам:

- Фтизиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Партнеры во имя здоровья, 2003.

- Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза, ВОЗ, 2007. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Emergency update 2008. WHO/HTM/TB/2008.402
- Самостоятельный обучающий курс по туберкулезу. Центр по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), 1999, США.
- Самостоятельный обучающий курс «Борьба с туберкулезом на уровне района». Всемирная организация здравоохранения, 2003. Модуль 2: «Выявление и диагностика туберкулеза», Модуль 3: «Лечение туберкулеза», Модуль 5: «Контроль лечения», Модуль 10: «Кураторские визиты», Модуль 11: «Обучение пациентов».

Рекомендуемая литература по организационным вопросам

- Самостоятельный обучающий курс по туберкулезу. Модуль 9: «Приверженность пациентов лечению ТБ». Центр по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), 1999, США.
- «Особенности общения с больными туберкулезом (советы психолога медицинским сестрам)». Пособие для медицинских сестер, 2006. О.Б.Ломакина, Н.Д.Даровская, Е.М.Богородская. Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации.
- «Как вести себя с больными туберкулезом (советы психолога)». Пособие для врачей, 2006. О.Б.Ломакина, Н.Д.Даровская, Е.М.Богородская. Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации.
- Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. «СПИД Фонд Восток - Запад». Москва 2007.
- «Синдром эмоционального сгорания. Рекомендации для специалистов». — М.: СПИД Фонд Восток - Запад, 2006
- Руководство ВОЗ: Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003. ISBN 92 4 154599 2.

3.3. Обеспечение полноценной работы Спутника.

3.3.1. Основные принципы организации.

Суть работы заключается в четком выполнении следующих постулатов:

- Выбор пациентом времени и места ежедневного приема ПТП;
- Ответственность команды «Спутника» за результат лечения. Курирование пациентов с момента включения на программу и до окончания курса терапии*. Это включает в себя:
 - Интенсивный поиск пациентов,
 - Полностью контролируемое лечение (т.е. прием всех противотуберкулезных препаратов в присутствии персонала),
 - Уважительное отношение к пациентам, соблюдение конфиденциальности,
 - Активное выявление клинических, психологических и социальных проблем пациента и, по возможности, оперативное их решение.
- Мониторинг работы персонала руководителем (куратором) программы во время совместных выездов. Проведение еженедельных собраний с разбором каждого случая. Административная поддержка работы бригады.

3.3.2. Определение оптимальной нагрузки на бригаду Спутника.

Оптимальное количество пациентов на одну бригаду Спутника зависит от ряда факторов, в первую очередь, от площади территории, на которой проживают пациенты. Например, в Томске одна бригада обслуживает весь город (площадь 294,6 км² и близлежащие села (радиус обслуживания = 30 км), поэтому персонал большую часть времени проводит в машине. Второй важный фактор – это категория пациентов. Поскольку 80% пациентов Томского Спутника страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и курс лечения предусматривает друх-кратный прием препаратов, то бригада посещает их два раза в день. Третий фактор – количество пациентов, на розыск которых требуется много времени (более 1-2 часов), особенно сразу после направления пациента на проект, либо которым требуется много времени для

* Некоторым пациентам после перевода на программу Спутник требовалась госпитализация, однако, Спутники продолжали их курировать до конца лечения. Более подробно это описывается в главе 3.3.4

«подготовки к приему ПТП». В среднем, получалось, что бригаде удавалось качественно выполнить работу при нагрузке 12 - 15 пациентов в день, т.е. около 27-30 посещений пациентов в течение 12 часового рабочего дня.

Важно не перегружать бригаду. Это самое главное условие качественной работы – должно быть достаточно времени для поиска и работы с каждым пациентом. При открытии проекта мы рекомендуем начинать с небольшого количества пациентов (6-8), дать возможность Спутникам наладить их лечение и постепенно расширять набор. У бригады всегда должно оставаться время для того, чтобы повторно посетить пациентов, которые отсутствовали при первом посещении.

Если количество направляемых на программу пациентов превышает возможности, то следует искать возможности для расширения проекта и создания новых бригад, а не наращивать нагрузку на существующую команду Спутника. При появлении новых бригад желательно использовать территориальный принцип разделения сферы обслуживания. При снижении радиуса обслуживания, будет снижаться время, которое бригада проводит в машине и, соответственно, появится возможность увеличить количество пациентов.

3.3.3. Набор пациентов в проект.

В идеале, «пациент-ориентированный» подход должен применяться к каждому пациенту, т.е. каждый пациент должен иметь возможность выбора места и времени лечения. Это бы гарантировало минимальное количество перерывов. В тех проектах, где пациенты имеют выбор места лечения, по крайней мере, 60%-80% пациентов предпочитают лечиться вне клиники, т.е. на дому или по месту работы. К сожалению, финансирование противотуберкулезной службы в РФ не позволяет менять штатное расписание и свободно перераспределять деньги внутри системы. Поэтому в Томске Спутник применялся только для самых сложных пациентов, в привлечении которых все остальные меры оказались неэффективными.

В зависимости от количества бригад Спутника, могут устанавливаться ограничения по направлению на Спутник. В первую очередь, должны включаться пациенты, отказывающиеся от лечения или пациенты, пропустившие более 25% препаратов в течение последних 1-2 месяцев. Кроме того, сначала должны быть опробованы другие мероприятия, влияющие на приверженность пациента. В Томске основными показаниями направления на Спутник являются следующие:

- Пациент категорически отказывается от лечения

- Пациент находился на лечении в стационаре, дневном стационаре и был выписан за нарушение дисциплины или длительное отсутствие; в дальнейшем лечение в процедурном кабинете – с частыми пропусками, во время неоднократных посещений стационара на дому больной отсутствует в 25% и более случаев
- Пациенты, которые ранее несколько раз прерывали лечение («отрывы»), особенно с МЛУ ТБ и СЛУ ТБ
- Пациент освобожден из МЗ, где он не был привержен лечению
- Пациент категорически отказывается от госпитализации, при этом является бацилловыделителем, и, соответственно, не может пользоваться общественным транспортом и посещать дневной стационар/процедурный кабинет. Если пациент является социально сохранным, то ему может быть предложено лечиться через стационар на дому. При наличии дополнительных показаний, как наркомания или хронический алкоголизм, больной может быть сразу направлен на Спутник.
- Пациент требует выдачи препаратов на руки, так как его график работы не совпадает с графиком работы ТБ диспансера, или в связи с семейными и другими серьезными жизненными обстоятельствами. В отношении данных пациентов следует предпринять попытки организации приема препаратов под контролем обученного волонтера, или персонала здравпункта на рабочем месте, и только потом направлять на Спутник.

В связи с тем, что количество мест на Спутнике было ограничено, в Томске был разработан механизм отбора наиболее сложных пациентов. Если характеристика пациента отвечает одному из вышеперечисленных условий, то участковый врач-фтизиатр заполняет «Направление на Спутник» (см. в Приложении 5) и представляет пациента на коллегиальное обсуждение, в результате которого отбираются самые сложные и плохо управляемые пациенты. В Томске решение о направлении на Спутник принималось в рамках еженедельной Комиссии по перерывам в лечении ТБ. Решение о передаче пациента на Спутник фиксируется в медицинской карте больного, направление передается врачу-координатору Спутника. Вместе с направлением участковый врач предоставляет всю информацию о местах проживания, родственниках, номерах телефонов для связи с пациентом. Аналогичная информация запрашивается со всех этапов, где пациент находился на лечении до передачи на Спутник.

При наличии нескольких бригад Спутников можно расширить показания для направления, например, включать всех пациентов, пропускавших более 15% доз (в идеале – всех желающих).

3.3.4. Организация работы Спутников.

Рабочий день Спутников должен соответствовать привычному режиму дня пациентов, поэтому рабочие часы Спутника включают как утреннее, так и вечернее время. Вечерние часы особенно важны для работающих пациентов. Длительность работы бригады составляет двенадцать часов в день пять дней в неделю, а так же шесть часов каждую субботу. Первая смена начинает работу в 8:00 и заканчивает в 14:00, вторая смена работает с 14:00 до 20:00*. В субботу работает только одна смена, в связи с чем всем пациентам предлагается принять суточную дозу ПТП однократно, за исключением наиболее чувствительных к препаратам больных, которым ПТП доставляются дважды с интервалом в 3-4 часа.

Расписание Спутников составлено с минимальным количеством офисного времени, поскольку основная задача Спутника – это проведение контролируемого лечения пациентов. Рабочий день смены начинается с раскладки ПТП, пайков, сбора документации. Выезд к пациентам осуществляется по расписанию, составленному совместно с пациентами. С наиболее «подвижными» больными Спутники созваниваются перед выездом, с другими – есть четко условленное место и время встречи. График меняется соответственно нуждам пациентов ежедневно. Часть пациентов предпочитают лечение на дому, другие – в машине Спутника – недалеко от дома, рабочего места. С бездомными – там, где они обычно обитают (вблизи рынка, у теплотрасс и т.д.). При встрече пациент получает инъекционные препараты, принимает таблетки под непосредственным контролем, получает продуктовый набор. Спутники интересуются самочувствием пациента, а также обсуждают время и место приема следующей дозы ПТП. В случае с МЛУ-ТБ пациентами, социальный паек выдается только после приема второй дозы ПТП.

Если пациент отсутствует в назначенном месте, то с ним немедленно созваниваются, связываются с родственниками, объезжают потенциальные места его пребывания, а позже повторно возвращаются к условленному месту встречи. Задача Спутников приложить все усилия для поиска пациента и предотвращения пропуска в приеме препаратов. Более подробно план поиска пациента изложен ниже (приложение 1). В случае отрицательного результата поиска пациента или взаимодействия с ним данный факт фиксируется в обычной документации и в журнале по обмену информацией (приложение 5). Неиспользованные лекарственные средства и средства социальной поддержки передаются следующей смене

* Альтернативное расписание первая бригада с 9:00 до 15:00, вторая бригада с 15:00 до 21:00. В Томске были выбрано более раннее время для удобства персонала, однако, были пациенты, которые возвращались с работы только в 21:00. Кроме того, для ряда препаратов второго ряда рекомендуется прием перед сном.

или возвращаются в диспансер. Неиспользованные средства социальной поддержки могут быть перераспределены в конце недели между приверженными пациентами в качестве поощрения. Если пациент настаивает на выдаче препаратов на руки, то нужно приложить все усилия, чтобы это стало единичным явлением. Некоторые пациенты настаивают на самостоятельном приеме препаратов потому, что не хотят принимать часть или все препараты, это особенно характерно для пациентов, проходящих лечение препаратами второго ряда, например, ПАСКом, циклосерином, этионамидом. Пациент может сознательно искать различные препятствия для проведения контролируемого лечения. Во всех случаях, когда пациент настаивает на самостоятельном приеме препаратов, нужно предлагать различные варианты лечения: с волонтером, на рабочем месте, однократный прием, учитывая при этом удобство и комфорт пациента. Более подробно это описано ниже (приложение 2). Как правило, те пациенты, которые действительно по объективным причинам не вписываются в расписание Спутника, охотно соглашаются на один из предложенных вариантов. Более всего настаивают на самостоятельном приеме препаратов те пациенты, которым ранее уже выдавались препараты на руки, и те, которые просто не хотят принимать все препараты.

Прием препаратов под контролем родственников также сомнительный вариант, так как большинство родственников либо полностью разделяют отношение их мужей/сыновей/дочерей к лечению, либо не в состоянии на них повлиять¹⁴.

Контроль лечения осуществляет врач, который посещает пациентов вместе с бригадой Спутника один раз в 10-14 дней и ведет прием в поликлинике. Однако, основная ответственность за выявление побочных эффектов лежит на медицинских сестрах Спутника, которые регулярно опрашивают пациентов по специальному вопроснику (см Приложение 3). Спутники ежедневно во время «пятиминутки» и через мобильную связь информируют врача о любых изменениях в состоянии пациентов, организуют консультации специалистов. В некоторых случаях консультации могут проводиться на дому, в этом случае специалист обычно доставляется на машине Спутника. Консультации нарколога и психолога должны проводиться только с полного согласия пациента. Многие пациенты осознают, что у них имеются проблемы с алкоголем или наркотиками, но замыкаются, или проявляют агрессию, как только им начинают об этом говорить. Требуется определенное время, чтобы пациент почувствовал, что к нему относятся уважительно, с пониманием и без осуждения, тогда ненавязчиво предложенная помощь может быть принята.

При необходимости проведения лабораторных анализов, рентгенологического обследования, пациенты приглашаются в ТБ

поликлинику. Если пациент не может прийти на прием по тем или иным причинам, то материал (кровь, мокрота) собираются на дому Спутниками. В исключительных случаях, нетранспортабельные пациенты доставляются для проведения рентгенологического обследования машиной ТБ диспансера. При необходимости обследования пациента так же, как и при поиске, требуется оперативность и обеспечение высокой доступности служб. Если у пациента нет средств на проезд, необходимо доставить его в учреждение, где проводится обследование, обеспечить прохождение обследования в первую очередь, не теряя пациента из виду. В случае необходимости посещения нескольких учреждений/ госпитализации необходимо предварительно созвониться с персоналом данных учреждений для обеспечения беспрепятственного приема больного вне очереди.

Бригада Спутника берет на себя ответственность за пациента с момента включения в проект и до окончания курса терапии. Это – важный компонент работы Спутника. Медсестры знают, что их работа будет оцениваться по конечному результату. Кроме того, подобная организация труда снижает частоту отрывов и длительность перерывов при переводах пациентов из одного учреждения в другое. Если пациент нуждается в госпитализации, то Спутники организует его перевод в стационар, но периодически созваниваются с лечащим врачом по поводу состояния пациента, сроках выписки, и навещают пациента 1 раз в 2 недели, привозят ему небольшие подарки в виде конфет, нескольких штук сигарет. Во время общения с пациентом, медсестры выясняют его дальнейшие планы, обсуждают проблемы. Если пациент собирается покинуть стационар, то заранее обговаривается дальнейшее место лечения. Такая форма курирования оказалась неожиданной для пациентов и определенным образом повысила их приверженность.

В связи с высокой потребностью в Спутнике, единичным, наиболее приверженным пациентам Спутника было предложено вернуться на лечение в дневной стационар, процедурный кабинет, однако, Спутники, также как и при госпитализации пациента, продолжают курировать пациента посредством регулярного телефонного и/ или личного общения с пациентом (1 раз в неделю). Известно, что у большинства пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией характерны периоды приверженности («светлые промежутки») и периоды перерывов, часто совпадающие с запоями. Больной переводится на другие формы амбулаторного лечения в период «светлого» промежутка. При регулярном общении с пациентом Спутникам удается сохранить достигнутый уровень доверительных отношений с больным на случай возможного ухудшения

приверженности. Ответственность за пациента по-прежнему остается на «Спутнике»*.

Все вышеперечисленные компоненты работы Спутников невозможны без изначальной установки персонала на уважительное отношение к пациентам, построение доверительных отношений. Некоторые пациенты отмечали, что давно бы бросили лечение, если бы не их теплые взаимоотношения с медсестрами. Персоналу необходимо осознать и принять следующий факт: нет асоциальных пациентов – есть пациенты с особыми психологическими и социальными нуждами, которых нам не всегда удастся понять. Именно поэтому при отборе сотрудников для программы основными критериями являются не глубокие знания и большой опыт работы во фтизиатрии, а личностные качества, как умение выслушать, сострадать, желание помогать. Пациенты очень хорошо чувствуют отношение персонала к себе, поэтому данная работа противопоказана тем, кто испытывает сильные негативные чувства (осуждение, брезгливость) к пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и бездомным лицам. В единичных случаях, когда по тем или иным причинам одному из Спутников не удастся найти контакт с пациентом и назревает конфликт, то желательно организовать лечение с максимальным участием другого Спутника (в этом случае организовать разделение труда между персоналом не по времени, а по пациентам). Более детально принципы общения с пациентами описаны ниже (Приложение 4).

3.3.5. Помощь пациентам в решении их проблем.

Известно, что большинство больных ТБ относятся к категории малообеспеченного населения, среди «сложных» пациентов распространенность социальных проблем еще выше. Среди лиц, направленных на программу Спутник было 79% безработных по сравнению с 48% в общей когорте ТБ больных. Двое (6%) пациентов не имели постоянного местожительства, у четверых (12%) отсутствовали действующие паспорта, что являлось серьезным препятствием к получению страхового полиса и оформлению пенсии по инвалидности.

Кроме того, многие пациенты Спутника страдали от сопутствующих заболеваний, лечение которых не проводилось по ряду причин, среди которых отсутствие страхового полиса, отказ в консультации в связи с активным туберкулезом, невозможность посещения поликлиники из-за

* Оценка работы Спутников по окончательному результату лечения стимулирует персонал к более активной работе с пациентом и препятствует системе «спихивания» сложных пациентов в другие учреждения. Цель Спутника – успешно долечить пациента, поэтому госпитализируются и переводятся в другие учреждения действительно те, кто в этом нуждается или может полноценно продолжить курс терапии.

тяжелого заболевания опорно-двигательного аппарата, отсутствие средств на закупку препаратов, предписанных врачом.

Помощь в решении вышеперечисленных проблем не только способствует укреплению взаимоотношений между персоналом Спутника и пациентом, но и облегчает организацию контролируемого лечения, например, гораздо легче лечить бездомного в приюте, чем ежедневно искать его на улице.

На момент начала лечения на каждого пациента формируется максимально полная характеристика для оценки социально – психологических нужд и построения плана работы с последующим заполнением запросов и мероприятий (см. Приложение 5). Запросы Спутников на оказание помощи специалистами оставляются в медицинской документации, а так же фиксируются врачом-координатором. В решении проблем пациентов бригада Спутника работает в тесном взаимодействии с социальным работником, руководством программы и другими специалистами. Главная задача Спутников – выяснить проблемы, проинформировать специалистов и оказать посильную помощь в их решении.

Социальные вопросы делегируются социальному работнику. Спутники выполняют ограниченный перечень социальных работ, как выдача продуктовых наборов пациентам, направление в «Дом странника» для бездомных лиц и т.п. При необходимости консультаций и получения лекарственных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний, а также по вопросам страховых полисов необходимо связываться с соответствующими участковыми терапевтами по месту жительства/ пребывания пациентов. В редких случаях для закупки медикаментов используются средства из статьи «прочих расходов» проекта.

Если пациент страдает алкогольной зависимостью, то ему можно предложить дезинтоксикацию и, при его желании, дальнейшее лечение у нарколога. Обычно дезинтоксикация и лечение зависимости проводится на базе психиатрической больницы, наркологического диспансера и пр. В приютах/центрах социальной адаптации может проводиться анти-алкогольная реабилитация для лиц БОМЖ. Ряд пациентов не признают у себя наличие алкогольной или наркотической зависимости и замыкаются/становятся агрессивными, если с ними об этом говорят. Как правило, Спутники избегали обсуждения данных вопросов в начале лечения до момента, когда создавались более или менее доверительные отношения с пациентами, или они сами начинали открыто говорить о своих проблемах с алкоголем или наркотиками.

Организация полноценной помощи пациентам является одним из наиболее сложных аспектов работы. В работе Томского Спутника были случаи, когда участковые терапевты и специалисты из участковой поликлиники отказывались от консультаций больных туберкулезом,

возникали бюрократические сложности с восстановлением паспортов, сложно решался вопрос о месте проживания пациента. Вопросы решались либо за счет энтузиазма персонала Спутника или участия администрации ТБ диспансера.

3.3.6. Курирование бригады Спутника.

Курирование и контроль работы спутников осуществляется куратором (руководителем) проекта, в качестве которого может выступать представитель администрации ТБ службы, сотрудник неправительственной организации, врач - координатор, или старшая медицинская сестра. В идеале куратор должен обладать организаторскими способностями, быть дипломатичным, но настойчивым в отстаивании интересов пациентов и сотрудников Спутника, уметь работать в команде. Куратор должен быть искренне согласен с пациент-ориентированным подходом и испытывать желание помочь «сложным» пациентам. Поскольку куратору приходится беседовать с пациентами, то приветствуются навыки общения, умение ненавязчиво убеждать.

Контроль работы бригады проводится во время совместных выездов частотой 1-2 раза в месяц, во время которого куратор обращает внимание на то, каким образом медсестры общаются с пациентами, как осуществляется контролируемое лечение, как проводится поиск в случае отсутствия пациента, выдаются ли на руки ПТП и другие аспекты работы бригады. Если отмечены какие-то проблемы, например, куратор заметил некорректное отношение персонала к одному из пациентов, то потом данные проблемы обсуждаются в машине. Очень важно соблюдать коллегиальность и ни в коем случае не критиковать Спутников в присутствии пациентов. Основная цель совместного выезда – консультативная, и задача куратора в дружелюбной атмосфере совместно искать решение проблем. Ряд проблем могут найти решение в чисто административных мероприятиях, например, эффективность поисковой работы может быть повышена посредством выделения дополнительных средств на сотовую связь.

Куратор также может помочь в непосредственной работе Спутников. На некоторых пациентов магически действует общение с врачом или представителем администрации, поэтому обычно куратор проводит беседу с сложными пациентами, объясняя необходимость продолжения приема препаратов, опасность пропусков. Во время бесед пациенты могут рассказать о побочных реакциях и проблемах немедицинского характера, которые они не рассказали медицинским сестрам в силу разных причин. Примерный план совместного выезда изложен ниже (Приложение 6).

В функциональные обязанности куратора входит решение ряда административных вопросов, как налаживание связей Спутника с медицинскими учреждениями туберкулезного и общелечебного профиля, решение бюрократических вопросов по организации социальной и медицинской помощи пациентам, активная психологическая поддержка персонала Спутника с целью профилактики синдрома эмоционального сгорания. Задача куратора - создать атмосферу единой команды, в которой Спутники охотно рассказывали бы о проблемах в работе, не стеснялись обратиться с просьбой о помощи, спокойно относились бы к конструктивной критике.

Один раз в неделю организуется собрание всего персонала Спутника, включая куратора, врача-координатора, медицинских сестер и водителей, на котором обсуждаются проблемы пациентов, разрабатывается дальнейший план действий, кроме того, проводятся обучающие занятия по клиническим и организационным вопросам. На собрание периодически приглашаются психолог, нарколог и социальный работник*. Совместные собрания позволяют косвенным образом предотвращать развитие синдрома эмоционального сгорания у персонала.

3.3.7. Обследование контактных лиц.

Бригада Спутника имеет уникальную возможность выявления контактных лиц. Официально ответственность за выявление контактных несет участковый фтизиатр, однако, при опросе пациент может не вспомнить всех лиц, состоявших с ним в контакте. Родственники и друзья, как правило, имеют тот же социальный статус, что и пациенты, многие из них не имеют действующих паспортов, регистрации, постоянного жилья, медицинской страховки, работы и, соответственно, они не попадают на ФГ обследование или обращаются очень поздно. Во время проведения ежедневной терапии бригада Спутника лицом к лицу встречается с окружением пациентов, поэтому желательно использовать эту возможность для направления недовыявленных контактных лиц на обследование.

Конечно, если пациент и его друзья находятся в состоянии сильнейшего алкогольного или наркотического опьянения и ведут себя очень агрессивно, то в целях безопасности лучше воздержаться от проведения дискуссий. Если же ситуация позволяет, то при посещении пациента и обнаружении в его окружении новых людей желательно вежливо предложить обследование контактным, упомянув, что обследование и лечение абсолютно бесплатно, не требует регистрации по месту

* Собрание обычно организуется во время пересменки; в Томске это проводилось в 13:30 в пятницу.

жительствa, во время лечения выдается социальная поддержка и другие положительные стороны ТБ службы. В большинстве случаев данная информация воспринимается очень положительно и контактные лица с удовольствием соглашаются на обследование. После этого необходимо переписать имена, адреса и телефоны. При наличии кашля, важно предложить пациенту на месте сдать мокроту, что позволит быстро выявить наиболее опасных в эпидемиологическом отношении бациллярных пациентов, не дожидаясь их прихода в поликлинику. Для проведения сбора мокроты бригада Спутника всегда должна иметь с собой контейнеры для сбора мокроты, холодовую сумку/бикс и перчатки.

4. Индикаторы программы.

При реализации любой программы возникают вопросы, насколько эффективно выполняется программа, какие проблемные моменты существуют в ходе ее реализации и можно ли их изменить. Для этих целей служат Мониторинг и Оценка (МиО) – система сбора и анализа данных о программе. **Мониторинг** - это *регулярное* отслеживание основных элементов работы программы (обычно затрат и результатов) посредством ведения документации, регулярных отчетов и наблюдения за исполнителями¹⁵. Мониторинг помогает руководителям программ определять, какие области требуют большего внимания, а также какие сферы могут помочь улучшить результат. В хорошо организованной системе мониторинга и оценки, мониторинг оказывает значительную помощь в оценке. В отличие от мониторинга, **оценка** - это *эпизодический* анализ, который позволяет судить, насколько мы приблизились к ожидаемым результатам, и насколько эти результаты являются действительно плодами усилий нашей программы. Таким образом, оценка помогает менеджерам программы определить ценность конкретной программы.

Мониторинг и оценка основываются на сборе и анализе данных/показателей программы. Постоянно отслеживаемый характерный показатель реализации программы обычно называют *индикатором*. Самое главное в системе сбора данных – обеспечить их высокое качество/достоверность и полноту сбора, поэтому индикаторы должны отвечать следующим важнейшим характеристикам:

- **Достоверность:** действительно измерять эффект, для измерения которого они созданы; измерять только тот эффект, для которого они созданы; четко отражать изменения; демонстрировать схожий результат при использовании их многократно. При этом, желательно использовать принятые определения/ стандарты, в том числе и для того, чтобы индикатор можно сравнить со схожими в других программах.
- **Практичность:** данные, из которых формируется индикатор (числитель и знаменатель), действительно можно собрать и это не потребует огромных усилий от персонала (денежных и временных затрат, набора дополнительного большого штата при нехватке основных исполнителей).

В соответствии с логикой системы МиО, индикаторы начального и промежуточного уровня должны объяснять окончательные результаты лечения. Например, если окончательный результат – это увеличение благоприятных исходов в когорте пациентов, то промежуточным результатом может быть увеличение процента принимаемых доз ПТП

пациентами, что требует наличия персонала, ресурсов, препаратов и пр. (начальный уровень).

Примерные индикаторы программы Спутник (или схожих программ, по типу стационара на дому).

Мы сконцентрировались на индикаторах результата работы команды и вклада программы в общие результаты по территории. На еженедельных собраниях, тем не менее, разбор всегда идет по лечебным картам приема препаратов (форма ТБ-01), где наглядно видна работа в течение недели. Если она неудовлетворительная, то разбираются детали (количество выездов для поиска сложного пациента, всех ли родственников/ знакомых обзвонили / объездили, до которого часа работает команда в течение дня, были ли проведены в полном объеме запланированные мероприятия по каждому пациенту, типа консультаций нарколога и пр.).

1. Оценка работы команды Спутника

а. Промежуточные результаты лечения

Наименование индикатора 1: приверженность пациентов, включенных в программу.

Цель: оперативно отслеживать результат ежедневной работы команды, то есть прием пациентами ПТП.

Методика подсчета: Процент принятых доз рассчитывается как количество принятых ПТП (каждого) к предписанному (из лечебной карты ТБ-01), после чего выводится среднее по всем ПТП*. Данный индикатор необходимо вычислять для периода до направления на проект (Спутник) и после для сравнения по каждому пациенту и по всем направленным на проект.

Например, пациент Ш. Начал лечение 23.06.06, переведен на Спутник 25.12.06. В период с 23.06.06 по 25.12.06 он принял 41% офлоксацина, 33% этамбутола, 41% капреомицина, 33% циклосерина, 31% пиразинамида и 31% ПАСКа. Таким образом, до направления на Спутник он принял 35% доз ПТП (среднее). В период с 26.12.06 по 30.11.07 он принял 90% офлоксацина, 88% этамбутола, 83% капреомицина, 88% циклосерина,

* Возможен вариант – расчет процента дней, когда пациент принимал ПТП до и после включения в проект. При этом, за целый день принимается тот, когда пациент принял всю дозу ПТП. Если пациент не принял вечернюю дозу, такой день не зачитывается.

90% пиразинамида и 78% ПАСКа. Таким образом, после направления на Спутник он принял 86% доз ПТП (среднее).

Регулярность подсчета: 1 раз в квартал для оперативной информации. Кроме того, в конце года – для оценки годовой работы проекта, а так же после завершения лечения всей когорты пациентов для оценки работы с этой когортой (например, все пациенты, включенные в проект в течение 1 года работы, будут отличаться по срокам лечения и могут завершить лечение во 2 году проекта). Источник данных: база данных ОМО ОПТД.

b. Окончательные результаты лечения

Наименование индикатора 2: привлечение пациентов, включенных в программу.

Цель: отслеживать результат работы команды по привлечению всех направленных пациентов на лечение.

Методика подсчета: рассчитывать как количество пациентов, находящихся на лечении на Спутнике и не имеющих исхода «отрыв» ко всем направленным на Спутник пациентам за определенный период времени.

*Например, за первый год работы Спутника было направлено 34 пациента, из них 1 не удалось привлечь к лечению и 2 «оторвались», остальные пациенты продолжили (а некоторые продолжают до сих пор) предписанное лечение. Процент привлечения на программу составляет $31/34 * 100\%$, т.е. 91%.*

Регулярность подсчета: 1 раз в год. Источник данных: база данных ОМО ОПТД.

Наименование индикатора 3: исходы лечения среди пациентов, включенных в программу^{*†}.

Цель: отслеживать эффективность лечения пациентов, включенных в программу.

Методика подсчета: количество пациентов, имеющих разные исходы ко всем включенным в 1 год в программу пациентам *и имеющим*

* Повышение приверженности приводит к снижению не только отрывов, но и неудач и смертности от туберкулеза, поэтому его также стоит представлять при анализе программы.

† При подсчете этого индикатора под когортой имели в виду всех пациентов, включенных в первый год работы проекта (и с чувствительным, и с устойчивым ТБ).

зарегистрированный исход (и, далее, отдельно за 2 год, за 2 года общее, и т.д.).

*Например, за первый год работы Спутника было направлено 34 пациента, из них 1 не удалось привлечь к лечению и 2 «оторвались», 25 закончили предписанное лечение как «излечены», 6 продолжают лечение на момент анализа. Процент пациентов с исходом «отрыв» составляет $3/28*100\%$, т.е. 11% (а не 9%, используя предыдущий пример). А процент пациентов с исходом «излечен» составляет $25/28*100\%$, т.е. 89%.*

*Окончательные исходы должны подсчитываться после регистрации исходов всех пациентов когорты Спутника (например, в вышеописанном случае всю когорту направленных на Спутник пациентов можно анализировать после завершения курса лечения последнего пациента (до 36 мес по ДОТС-плюс. Например, из 6 продолживших лечение во втором году 5 завершили с исходом «излечен», а 1 «отрыв». В этом случае **окончательный** процент пациентов из когорты первого года с исходом «излечен» составит $30/34*100\%$, т.е. 88%, а с исходом «отрыв» $4/34*100\%$, т.е. 12%).*

Регулярность подсчета: 1 раз в год. Источник данных: база данных ОМО ОПТД.

2. Оценка влияния Спутника на общие результаты лечения пациентов в ТБ службе.

Наименование индикатора 4: приверженность на территории Спутника во время проекта.

Цель: отслеживать совокупный результат всех мероприятий, направленных на улучшение приверженности пациентов, а так же – косвенно - то, *действительно* ли сложные пациенты направляются на Спутник и направляются *все* сложные.

Методика подсчета: количество пациентов, зарегистрированных с исходом «отрыв» в календарный квартал или год на территории, которую охватывает проект*.

Например, в городе N предположили, что достаточно одной команды Спутника для решения всех проблем по приверженности, и проект

* Это не когортный анализ, однако, он позволяет оперативно судить о том, насколько действительно проблемные пациенты направляются на проект, насколько успешно Спутник справляется со своей задачей, поскольку на проекте будут пациенты из разных когорт.

стартовал с января 2010 года. Через 1 год проекта вы оцениваете, что 90% пациентов, направленных на Спутник, продолжают лечение (нет исхода «отрыв»). Логично предположить, что при условии набора пациентов на лечение по городу со схожими социально-демографическими характеристиками, а так же продолжающемся уровне других мероприятий по приверженности, количество пациентов с исходом «отрыв» по городу будет скорее снижаться, чем повышаться. Если же исходы «отрыв» на том же уровне, или увеличились, а количество пациентов на Спутнике не превышает 10, необходимо оценить, все ли городские пациенты направляются на проект, и насколько сложные пациенты (то есть все мероприятия по повышению приверженности были применены, но безрезультатно).

Регулярность подсчета: 1 раз в квартал, 1 раз в год. Источник данных: база данных ОМО ОПТД.

Наименование индикатора 5: исходы лечения в когортах пациентов до и после внедрения программы на территории Спутника.

Цель: отслеживать совокупный результат всех мероприятий, направленных на улучшение приверженности пациентов.

Методика подсчета: количество пациентов, имеющих разные исходы ко всем начавшим лечение пациентам *и имеющим зарегистрированный исход* до и после внедрения программы Спутник. Обращать внимание на процент пациентов с исходом «отрыв» и с исходом «излечен» среди всех пациентов, начавших лечение по 4 режиму * 24 месяца назад и зарегистрированных с исходом.

Регулярность подсчета: 1 раз в год. Источник данных: база данных ОМО ОПТД.

* В случае, если на Спутнике больше 80% пациентов с МЛУ-ТБ, имеет смысл оценивать только эту когорту пациентов. Если меньше, возможен анализ пациентов 1-3 категорий.

5. Часто задаваемые вопросы

1) Почему мы должны «бегать» за пациентами?

Ответ: Улучшения эпидемиологической ситуации можно добиться только, если удастся вылечить большинство пациентов. Убеждение, что так называемые «асоциальные» пациенты не представляют опасности для остального населения – неверно. Бездомных пациентов можно встретить на рынках, некоторые из них периодически проживают в семьях, где есть дети. На Спутнике были пациенты, которые нелегально работали там, где возможно инфицирование социально благополучного населения, так, один из пациентов подрабатывал частным извозом, другой – в кафе и казино.

2) Лечение по Спутнику чрезвычайно дорого. Как можно добиться выделения столь значительных средств?

Ответ: Стоимость лечения по Спутнику меньше, чем в стационаре. Проблема состоит не в том, что у противотуберкулезной службы нет средств, а в том что их перераспределение крайне сложно. Многие специалисты ратуют за «принудительную» госпитализацию, однако, госпитализация «принудительно» потребует средств на юриста, транспортировку пациента, создание специально оборудованного стационара, то есть является очень затратным методом лечения. Спутник значительно снижает потребность в принудительной госпитализации. Данные зарубежной литературы свидетельствуют, что менее 4% пациентов реально нуждаются в принудительной госпитализации^{16, 17, 18}. На основании нашего опыта мы можем уверенно сказать, что если сделать Спутник доступным для каждого больного, то в принудительной госпитализации будут нуждаться единицы.

3) Как вы можете выдавать ПТП пациентам в состоянии алкогольного опьянения? Он же умереть может, принимая такие препараты! А мне потом отвечать. Пьяный – не буду давать ПТП!

Ответ: Нам очень понятна позиция медицинских работников, опасющихся давать ПТП пациентам в состоянии алкогольного опьянения. Однако если пациент не принимает препараты, то шансы на выздоровление падают. При проведении анализа результатов лечения МЛУ ТБ пациентов в Томской области, мы обнаружили, что основными причинами сохранения бацилловыделения были **пропуски** в приеме препаратов и изначальная **устойчивость** к некоторым ПТП второго ряда¹⁹. Сам хронический алкоголизм не являлся причиной неудач, т.е. процент конверсии (негативации) мокроты среди пациентов, злоупотреблявших алкоголем, но при этом соблюдавших режим лечения, практически не отличался от данного параметра среди непьющих пациентов. В жизни часто получается такая цепочка: злоупотребление алкоголем → пропуски в приеме препаратов → сохранение бацилловыделения. При отсутствии

полноценного лечения заболевание протекает как в те времена, когда не было ПТП, и часто заканчивается смертельным исходом. Если пациент злоупотребляет алкоголем, но при этом соблюдает режим приема препаратов, то мы добиваемся излечения. Проще говоря, если пациент пил водку, но не пропускал прием таблеток, то – он вылечится.

Лечение МЛУ – очень сложное и часто протекает с побочными эффектами. Прием алкоголя может усилить токсическое воздействие препаратов, особенно на печень и центральную нервную систему, однако, большинство побочных эффектов успешно купируются при своевременном выявлении и не приводят к смертельному исходу. По данным Томской области, среди 608 МЛУ ТБ пациентов (из которых 43% страдали хроническим алкоголизмом), начавших лечение в период с сентября 2000 года по ноябрь 2004 года, большинство пациентов отмечали тошноту, рвоту (70%), с данными побочными эффектами и были связаны основные отмены в лечении пациентов²⁰. Кроме этого отмечалось снижение содержания калия в крови (38%), диарея (39%), гепатиты (15%), ототоксичность (13%), психозы (9%), судороги (9%) и депрессия (8%). Однако, несмотря на высокую частоту побочных эффектов, большинство удалось купировать назначением дополнительных препаратов или, в крайних случаях, отменой «виновного» препарата. Во время лечения отмечались смерти от причин, не связанных с туберкулезом, но они были редки (3% от всех когорты пациентов), и характерны для данной социальной группы (отравление суррогатами алкоголя, острый панкреонекроз, несчастные случаи, как утонул, попал под поезд, зарезали, черепно-мозговая травма), или вызваны сопутствующими заболеваниями (рак легкого, диабетическая кома, инфаркт миокарда). Была зарегистрирована только одна смерть как результат суицидальной попытки и одна смерть от цирроза печени, при которых не исключается (но и не доказано) некоторое влияние ПТП.

Показательно сравнение Томской когорты пациентов, среди которых распространённость алкогольной зависимости отмечалась в 43%, с когортой МЛУ ТБ пациентов из Перу, в которой отмечались только единичные случаи вредного употребления алкоголя. Обе когорты проходили лечение одними и теми же препаратами. Так вот, в Томске среди пациентов с МЛУ-ТБ психозы возникали со схожей частотой, что и в Перу (11-12%)²¹.

Вышеперечисленные факты свидетельствуют о том, что отказывая в приеме препаратов пациенту, находящемуся в алкогольном опьянении, медицинский работник подвергает его риску прогрессирования заболевания и смертельного исхода от ТБ, который намного выше риска смертельного исхода от побочных эффектов, вызванных одновременным приемом ПТП и алкоголя.

Мы считаем, что наиболее правильный подход – это давать препараты пациенту вне зависимости от того, находится он в алкогольном опьянении

или нет^{*}. При этом очень серьезно нужно относиться к клиническому мониторингу пациента. Так, вне зависимости от того, где проходит лечение пациент (стационарно, амбулаторно), регулярно проводится биохимическое обследование (билирубин, уровень трансаминаз, калия, креатинина и др. показателей, предусмотренных протоколом ведения МЛУ пациентов). Наличие алкоголя в крови или отказ пациента от посещения диспансера не должны быть препятствием к данному обследованию. Очень часто персонал Спутника проводил сбор крови на дому, соблюдая все необходимые инструкции по сбору и транспортировке крови.

Кроме того, медсестры Спутника проводят регулярный опрос пациента (см. приложение № 3), который позволяет распознать первые признаки побочных эффектов. Врач-фтизиатр посещает пациентов на дому не реже одного раза в 10-14 дней и более подробно беседует с больными. При необходимости на дом к пациенту выезжает специалист, может быть организована экстренная госпитализация. Своевременное выявление психозов и депрессий, временная отмена «виновного» ПТП, назначение сопутствующей терапии (например, галоперидол, либо бензодиазепины при психозах, ингибиторы серотониновых рецепторов при депрессии, а так же психотерапия) позволяют предупредить угрожающие жизни пациента состояния.

Надо также отметить, что большие проблемы с организмом у пациента с алкогольной зависимостью начинаются не во время приема алкоголя, а после выхода из «запоя» (тяжелые симптомы абстиненции, алкогольного психоза, серьезные нарушения сердечно-сосудистой системы вплоть до развития инсультов/инфарктов, возможны летальные исходы). В Томске таким пациентам предлагалось проведение детоксикации, как правило, на базе реанимационного отделения противотуберкулезной больницы.

В заключение отметим, что если пациент в состоянии алкогольного опьянения пришел-таки на пункт контролируемого лечения или вышел на связь с патронажной службой, это значит, что лечение и общение с нами все-таки стоит в его системе ценностей не на последнем месте. Это не нужно поощрять, но нельзя показывать пациенту, что и это его поведение нам крайне не нравится. Возможно, мы единственные, кто у него/ нее остался

- 4) *Какова роль социальной поддержки при лечении пациентов по программе Спутник? Почему пациенты, которые ничего не делают, должны получать продуктовый набор и другие виды социальной помощи?*

^{*} Исключение составляют случаи, когда пациент находится в сильнейшем алкогольном опьянении и физически не способен проглотить таблетки.

Ответ: Пациенты Спутника в основном малообеспеченные, поэтому продуктовый набор, который они получают, выполняет двойную функцию. Во-первых, это питание, которое способствует выздоровлению, во-вторых, пациенты ждут своего пайка, который они получают вместе с препаратами, а это напрямую повышает их приверженность.

Без решения ряда социальных проблем, как, например, жилищных, сложно проводить лечение. Намного проще найти пациента в приютах, центрах социальной адаптации населения, чем ежедневно искать его на рынке. Решение социальных проблем – это путь к реабилитации пациента, а, соответственно, и снижению частоты рецидивов. Кроме того, искренняя забота о пациенте представляет собой путь к «сердцу» пациента, и в значительной степени способствуют построению доверительных отношений между мед персоналом Спутника и пациентами.

5) *Можно ли применять Спутник в сельской местности?*

Ответ: В том варианте, в каком Спутник был организован в г.Томске его можно организовать в районных центрах, крупных населенных пунктах. В небольшом населенном пункте наличие машины всего несколько часов в день, например, с 8:00 до 9:00, с 14:00 до 15:00 и с 18:00 до 19:00, будет достаточным для организации Спутника. В настоящее время в Томской области в нескольких районных центрах организованы стационары на дому (патронажная служба на дому с использованием легкового автомобиля), планируется повысить эффективность их работы до уровня Спутника через обучение персонала, более интенсивной работы с пациентами.

б) *Когда стоит прекращать попытки привлечения пациента, и что делать дальше?*

Если в течение 2-х месяцев не удастся привлечь пациента, изначально отказывавшегося от лечения, или уже лечившегося на Спутнике, необходимо регистрировать исход «отрыв». Пациенты, которых удалось привлечь на Спутник, но в течение 2-х последних месяцев напряженной всесторонней работы бригады принимают менее 50% доз ПТП, должны быть представлены на рассмотрение Лечебной комиссии для регистрации исхода «отрыв».

К пациентам, которых не удалось привлечь через Спутник, следует применять принудительную госпитализацию. Однако, необходимо удостовериться, что к такому пациенту применялись ВСЕ необходимые усилия со стороны персонала Спутника и привлеченных специалистов и служб.

Приложения.

Приложение 1. Организация поиска больных.

Одной из причин передачи пациента на «Спутник» являются затруднения персонала по поиску пациента: «нет по адресу», «никто не открывает», «стучали 5 минут, никто не открыл». Варианты решения:

- Узнать максимально полную информацию с предыдущих мест лечения об адресах, телефонах пациента и его социального круга. Проверить по всем адресам и телефонам. Можно подключить социальных работников диспансера. Необходимо познакомиться с родственниками, друзьями, соседями, знакомыми по досугу, коллегами по работе для получения информации о возможном месте проживания больного и т.д. Обязательно сохранять конфиденциальность - о туберкулезе не говорить! – можно представиться социальной службой, или просто «из поликлиники).
- Посещение места жительства пациента (проверка адреса) должно происходить в разное время – утром, днем и вечером. Можно проверить почтовый ящик: ни полон ли он. У разных больных - разная скорость реакции и условные знаки, поэтому стоит попробовать разные подходы – стук в дверь и/ или окна, звонки в дверь, звонки на домашний телефон с мобильного, прислушиваясь, нет ли движения за дверью – чтобы узнать дома ли находится больной. Ждать следует столько, сколько понадобится для вступления в первый контакт (может потребоваться до 30 минут стука в дверь, если пациент находится в состоянии алкогольного опьянения).
- Если вышеперечисленное не помогло и с пациентом не удалось встретиться, то нужно продолжить ежедневное посещение его места жительства. По прошествии нескольких дней можно оставить в почтовом ящике конверт (запечатанный) с письмом пациенту о том, что его разыскивает противотуберкулезная служба. В письме стоит упомянуть расширенный продуктовый набор, который пациент может получить, если посетит ТБ диспансер и продолжит лечение, другие существующие формы социальной поддержки, как помощь в восстановлении паспорта, получении пенсии, оплате коммунальных услуг, секонд-хэнд одежда и обувь, помощь родственникам. Записку можно оставить в почтовом ящике или проеме двери и проверить ее наличие через день-два.
- В случаях с досрочно освободившимися из МЗ пациентами можно подключать инспекторов УВД, к которым пациенты должны являться на проверку 1 раз в месяц. Инспектору необходимо объяснить ситуацию и оставить контактные данные - в случае прихода больного незамедлительно подъехать для вступления в контакт.

- В крайних случаях можно применять мотивирующие факторы для социального круга пациента с целью помощи в поиске.
- Если предыдущие методы не увенчались успехом, рекомендуется оставить пациенту второе письмо с упоминанием ответственности за нарушение лечебного режима (ФЗ РФ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18.06.2001г. №77, ст.ст. 9, 10, и 16).
- Если в течении 1 – 2 месяцев ежедневного поиска пациента и применения вышеперечисленных методов, его не удастся найти, то об этом необходимо проинформировать участкового фтизиатра, который должен приступить к оформлению принудительной госпитализации.

Пример из дневника Спутника: Пациент Павел К., 27 лет, направлен на Спутник 18 декабря 2006 года. Ранее (02.06.06 – 27.08.06) пациент лечился по первой категории, самовольно покинул стационар, попытки найти пациента закончились неудачей, был зарегистрирован открыт. Пациент – бездомный, неработающий, ранее был в заключении, злоупотребляет алкоголем.

У Спутников имелся адрес его сожительницы Галины, которую они посетили в первую очередь, но пациент там уже не проживал. Со слов Галины, Павел К. продолжает злоупотреблять алкоголем и бомжует на центральном рынке. Галине оставлен номер телефона бригады Спутника, она обещала спрашивать о пациенте среди знакомых. Через неделю Павел К. передал через знакомого, что лечится не собирается, однако через 2 дня назначил встречу, но в назначенное время и место не пришел. 6 января 2007 года Спутники посещают Центральный рынок, пациента там хорошо знают, так как он там попрошайничает. Спутники говорят его знакомым, что пациента разыскивает социальная служба (соблюдение конфиденциальности), оставлена записка. 11 января Спутники обследуют люки теплотрасс, прилегающих к рынку, в поисках пациента, знакомятся с местными БОМЖами, но Павла К. там не находят. Спутники продолжают созваниваться с бывшей сожительницей Галиной, периодически приезжают на рынок. Во время одного из посещений рынка, наконец, удается встретиться с пациентом (26 января). Пациент начал лечение 30 января. После долгих уговоров Павел соглашается на госпитализацию с ТБ стационар, где Спутники посещают его 1 раз в неделю, привозят пайки, теплую одежду. Пациент отмечает, что с подобным отношением он сталкивается впервые, лечится хорошо, 100% приверженность, не пьет. Социальный работник восстанавливает паспорт, пациента направляют на ВТЭК, получена инвалидность. В начале июня у пациента начинается запой и он самовольно покидает стационар. Спутники проводят поиск на рынке, в колодцах, оставляют записки, но безрезультатно. Через 20 дней (26.06) Павла К. находят у брата, налажено амбулаторное лечение. Повторная госпитализация с 6.07 по 10.08. После ухода из стационара Спутники сразу нашли Павла К. на рынке. В связи с хорошей клинической динамикой, пациент был переведен на интермиттирующий режим. В течении двух месяцев он регулярно приходил к церкви на рынок, где получал препараты и продуктовый паек. В дальнейшем вернулся к сожительнице Галине и устроился на работу, куда Спутники стали доставлять препараты. Излечен 28.12.2007. Средний процент пропусков за весь курс лечения – 17%.

Приложение 2. Профилактика самолечения: что можно предложить пациенту, который настаивает на выдаче препаратов на руки.

1. Создание такого графика приема препаратов, который бы гармонично сочетался с распорядком дня пациента. Расширение/изменение часов работы бригады (например, продление до 21:00^{*}).
2. Организация лечения пациента на рабочем месте (через цехового врача, медсестру). Медицинский персонал должен быть проинструктирован о необходимости приема всех прописанных ПТП под непосредственным контролем, а также возможных побочных эффектах[†].
3. Перевод на интермиттирующий прием препаратов пациентов, страдающих туберкулезом с сохраненной чувствительностью ко всем препаратам, у которых наблюдается хорошая клиническая, бактериологическая и рентгенологическая динамика.
4. Перевод с двухкратного на однократный прием препаратов пациентов с множественной лекарственной устойчивостью. Большинство препаратов второго ряда, как фторхинолоны, циклосерин, этионамид, могут приниматься одномоментно. Только ПАСК и амоксициклав должны приниматься несколько раз в день, так как эффект от данных препаратов достигается при поддержании постоянной дозы в крови больного. Одномоментный прием суточной дозы ПАСК и амоксициклава не целесообразен, поэтому при переводе на однократный прием вечерняя доза ПАСКа/амоксициклава отменяется. При однократном приеме препаратов могут усиливаться побочные эффекты. Переносимость этионамида и циклосерина улучшается при приеме перед сном, что можно учитывать при составлении плана лечения пациента. Переводить препараты на однократный прием можно постепенно, начиная с наиболее сильных, как фторхинолоны.
5. Если ни один из вышеперечисленных подходов невозможно применить в отношении определенного пациента, то стоит попытаться организовать лечение через волонтера. В организации лечения волонтером имеются следующие этапы.
 - a. Поиск волонтера
 - Привлечь бывшего пациента, проживающего в непосредственной близости от больного

^{*} Удлинение рабочего дня возможно только при согласии медработника и при материальной компенсации за дополнительное время.

[†] К сожалению, некоторые пациенты отказываются от лечения на рабочем месте, поскольку боятся огласки заболевания и последующего увольнения, даже в случаях, когда они юридически имеют право работать на данном производстве и в течении длительного времени не выделяют бактерии туберкулеза методом посева.

- Спросить больного о том, кто из его соседей мог бы проводить контролируемое лечение. При встрече с кандидатом следует оценить его надежность, по возможности получить о нем информацию от участкового терапевта местной поликлиники. На роль волонтеров нежелательно брать социально дезадаптированных лиц, однако, могут приниматься те, кто прошел лечение в связи в хроническим алкоголизмом и наркоманией, а в данный момент находится в длительной и стойкой ремиссии. Если у волонтера наступает срыв и начинается запой, то его немедленно надо заменить на другого.
- в. Обучение волонтера. Перед выдачей препаратов волонтеру необходимо провести короткий курс обучения по следующим темам:
- Как защититься от туберкулеза
 - Почему нужно принимать все препараты
 - Какие побочные эффекты нужно выявлять (вопросник)
 - Материальное и моральное поощрение волонтера. Материальное вознаграждение является важным фактором в привлечении волонтеров. Контролируемое лечение требует ежедневного (а при МЛУ ТБ и два раза в день) лечения пациента, на проведение которого требуются определенные усилия и время, что должно быть вознаграждено.

Препараты должны храниться по месту жительства волонтера. Это позволяет легко выявить, не самостоятельно ли пациент принимает препараты – в таком случае, при подсчете у волонтера будет выявлен недостаток (так как часть препаратов была передана пациенту). Излишек препаратов свидетельствует о том, что пациент принимает не все препараты.

Работу волонтера необходимо контролировать еженедельно в начале лечения и 1 раз в месяц в последующем, во время периодических выездов на дом к пациенту/волонтеру.

Без контроля не будет контролируемого лечения. Во время проверки проводится подсчет препаратов у волонтера, задаются наводящие вопросы пациенту* и волонтеру, по возможности проверяется содержание дериватов препаратов в моче (изониазид, ПАСК). Полное отсутствие побочных эффектов у пациента, получающего лечение в связи с множественной лекарственной устойчивостью, также должно вызывать подозрение в отношении контролируемости лечения.

* Непрямые вопросы к пациенту позволяют выявить, если препараты выдаются на руки. Примеры вопросов: «Как вы лечитесь? А где вы лечитесь? Каждый день ходите? В какое время приходите к медсестре (волонтеру)? А если он/она болеет? А когда дождь/зимой? А второй раз, вечером? А на праздники? А все таблеточки сразу пьете? Или какую-нибудь одну пьете на ночь? В субботу принимаете сами? Дома - Вы храните препараты в холодильнике или просто в шкафу? Покажите остатки.

Приложение 3. Выявление побочных эффектов.

Побочные эффекты можно заподозрить во время ежедневного общения с пациентом. Помимо общих вопросов «Как Вы себя чувствуете?» и «Что Вас беспокоит?» желательно задать вопросы по конкретным побочным эффектам. Это называется «активным выявлением» побочных эффектов. Пациент может чувствовать себя подавленным, но не соотносить это с приемом противотуберкулезных препаратов; или он может отмечать диарею, но считать постыдным признаться в этом медицинскому работнику. Вопросы для активного выявления побочных эффектов приведены ниже. Их не нужно задавать ежедневно, но, по крайней мере, 1 раз в неделю стоит поинтересоваться тем, не появились ли подобные жалобы. Вопросы лучше задавать, когда пациент трезв и не раздражен. Стоит помнить, что подобные жалобы могут быть проявлением других заболеваний, например, вирусного гепатита или чрезмерного употребления алкоголя, поэтому пациенту не нужно говорить «это у Вас побочный эффект на циклосерин или какой-то другой препарат». Это может привести к отказу пациента от лечения или соответствующего противотуберкулезного препарата. Пациенту нужно объяснить, что персонал пытается создать максимально комфортные условия для его лечения, заботится о нем, и приложит все усилия для выяснения причины дискомфорта, а также медикаментозного купирования нежелательного симптома. О наличии данного симптома нужно немедленно сообщить лечащему врачу, в чью задачу входит проведение дифференциальной диагностики и купирования побочного эффекта.

Помимо активного опроса важным мероприятием по выявлению побочных эффектов является наблюдение за пациентом. Внимательный медработник при ежедневном общении может заметить изменение цвета кожных покровов (желтушность), изменение в поведении пациента, появление агрессивности, замедление речи или снижение интереса к жизни. Родственники, проживающие с пациентами, также являются ценным источником информации.

Последним компонентом в выявлении побочных эффектов является своевременное проведение комплекса биохимических обследований (креатинин, печеночные пробы, электролиты), которые, как правило, проводятся 1 раз в месяц и позволяют выявить побочные эффекты, плохо поддающиеся диагностике посредством опроса пациента. Биохимическое обследование назначается врачом, однако, если медицинская сестра или волонтер обнаружит, что обследование не проводилось достаточно долго, то он может напомнить об этом врачу, который по какой-то причине мог выпустить это из виду.

Вопросы:

- Беспокоят ли боли, чувство жжения в эпигастральной области? Каков характер болей («голодные», купируются после приема пищи)? Есть

ли связь с приемом лекарственных препаратов? (*ПАСК, этионамид, изониазид, этамбутол, пиразинамид*)

- Отмечается ли рвота? Связана ли рвота с приемом препаратов (непосредственно перед приемом препаратов, сразу или через какое-то время после приема препаратов)? Каков характер рвотных масс (есть ли примесь крови или рвотные массы типа «кофейной гущи»)? (*ПАСК, этионамид/ протионамид, пиразинамид, офлоксацин, капреомицин, этамбутол, циклосерин*)
- Сколько раз в день наблюдается стул, и какого характера (жидкий, кашицеобразный)? (*ПАСК, этионамид/ протионамид, пиразинамид, офлоксацин, капреомицин*)
- Отмечаете ли Вы подавленное настроение, потерю интереса к любимым занятиям, нарушения сна и аппетита, чувство вины, беспомощности или безнадежности, утрату способности сосредоточиться? Посещают ли Вас мысли о смерти? (*циклосерин, фторхинолоны, изониазид, этионамид*)
- Слышит или видит пациент вещи, недоступные окружающим? Не отмечают ли родственники, друзья, что Вы стали вести себя странно или агрессивно? (Пациент может неадекватно отреагировать на последний вопрос, поэтому в некоторых случаях достаточно наблюдения за пациентом или беседы с родственниками). (*циклосерин, изониазид, фторхинолоны, этионамид*)
- Наблюдается ли у Вас шум в ушах? Если да, то как давно? Отмечаете ли Вы снижение слуха? (*капреомицин, канамицин, амикацин*)
- Боли, судороги в мышцах, слабость? (*капреомицин, канамицин, амикацин*)
- Имеется ли онемение, жжение в нижних конечностях, нарушение походки (возможная полинейропатия)? (*циклосерин, изониазид, фторхинолоны, стрептомицин, амикацин, капреомицин, канамицин, этионамид*)
- Боли в суставах? (*пиразинамид, фторхинолоны*)
- Судорожные припадки, потеря сознания? (*циклосерин, изониазид, фторхинолоны*)
- Кожный зуд, высыпания на коже? (*любой АБП, чаще пиразинамид*)
- Головные боли? (*любой АБП, чаще на циклосерин, фторхинолоны*)
- Ухудшение зрения? (*этамбутол*)

Приложение 4. Основные принципы общения с пациентами (памятка для персонала Спутника).

Туберкулез - тяжелая заразная болезнь, которая негативно влияет не только на физическое состояние пациентов, но и на психику больных. Первый шок пациент испытывает, когда узнает о своем диагнозе. Второй – когда понимает, что должен необычно долго лечиться. На него отрицательно действует информация о том, что длительное время он должен проводить в стационаре, отрываясь от своей привычной среды и образа жизни. Часто люди теряют работу, нередки случаи глубоких конфликтов с родственниками и разрывов семейных отношений. У пациента возникает страх того, что он может стать инвалидом. Многие стесняются своего диагноза²².

Спутники должны с уважением относиться к каждому пациенту и к его проблемам, помогать в их решении и создавать общий фон хороших человеческих отношений. Повышение голоса, крики, угрозы и давление на пациентов недопустимы. При этом, необходимо соблюдать рабочую дистанцию с пациентом, не поддаваться на провокации, упоминать о применении силы только в случае ее действительной необходимости.

Соблюдение конфиденциальности также является неотъемлемой частью программы. Рабочая одежда персонала – строго гражданская. Если пациент предпочитает проходить лечение вне дома во избежание огласки, то он может получить препараты непосредственно в машине Спутника. Если во время поиска пациентов Спутники общаются с соседями, то обычно представляются социальными работниками²³.

Наука психосоматика говорит о том, что пациенты ТБ более других нуждаются в любви и поощрении. Беседуйте с пациентами, проявите к ним симпатию и понимание – это все, что им нужно. Не спешите покидать дом пациента после приема таблеток, спросите о том, как прошел день и что планирует он дальше – как если бы это был Ваш друг или родственник.

Вовремя сказанным комплиментом можно добиться большего, чем продолжительной тирадой о плохом поведении пациента. Если сегодня пациент принял все таблетки и терпеливо ждал Вас в указанном месте, то это обязательно нужно отметить. Если пациенту удалось пролечиться целую неделю без перерывов – то это его огромный успех и тут не надо жалеть похвал.

Чем больше пациент вовлечен в процесс обсуждения его лечения и успехов, тем лучше. Пациент должен чувствовать себя частью процесса, а не пассивным объектом для приема назначенных таблеток.

²² Если пациент представляет прямую угрозу заражения соседей (например, общежитие), то должны быть предприняты все усилия для госпитализации пациента. В других случаях, как правило, незамедлительное начало лечения в течении двух-трех недель приводит к снижению бактериальности пациента и эпидемиологической опасности, которую он представляет.

Поскольку индивидуальное ведение больного практически всегда подразумевает общение на очень деликатные темы и отличается от «просто выдачи препаратов», Спутник должен обладать следующими навыками:

Активное слушание

Спутник словами, выражением лица или жестикующей - всем своим видом, - показывает, что он понимает пациента.

Поощрения

Спутник должен поощрять выражение чувств. Только работая с чувствами можно достичь конструктивных перемен. Но заканчивать встречу ВСЕГДА нужно позитивно!!! Договориться о завтрашней встрече, похвалить за то, что встретились сегодня, подчеркнуть необходимость постоянного приема препаратов до полного излечения.

Признание

Спутник должен признавать такие чувства, как озлобленность, разочарование, усталость, грусть, психозы и страхи прямо и неэмоционально: «Ваши чувства очень сильны и я признаю их». «Я вижу, что сегодня Вы не такой, как вчера, но вчера мы договорились, что вы выпьете таблетки»

Сопереживание

Сопереживание - это больше, чем сочувствие; оно означает попытку поставить себя в другую ситуацию. Хотя Спутник должен сопереживать, он должен уметь контролировать свои эмоции. Спутники должны найти правильное соотношение между отстраненностью и близостью, для того, чтобы развивать у пациента навыки самостоятельного решения проблем: «я могу сидеть и плакать рядом с тобой, потому что ты бедный и несчастный и ты алкоголик и у тебя нет работы, НО я могу помочь тебе справиться с твоими проблемами, если этого хочешь именно ТЫ».

Уточнение

Спутнику следует уточнять либо то, что сказал пациент («Вы хотите сказать, что у Вас болит печень именно из-за таблеток?»), либо фактический материал (например: «Нет, туберкулез не передается при еде из одной тарелки.»). Это позволяет избежать неправильного понимания проблемы.

Перефразирование

Помогает пациенту осознать, что их понимают правильно. Спутнику стоит время от времени повторять сказанное пациентом другими словами. Например: «Кажется, Вы сказали, что боитесь, что Ваша семья не будет

заботиться о Вас». Пациент может согласиться с интерпретацией, если же нет, следует уточнить вопрос.

Повторение

Иногда в состоянии стресса или кризиса или под влиянием наркотика и алкоголя люди понимают не все из того, что им говорится, потому что они находятся в состоянии отрицания или подавленности. Спутник должен без колебаний повторить информацию. И повторять каждый раз, когда возникает необходимость. И ни в коем случае не говорить «Я же это говорил, почему ты не запомнил?!»

Составление плана действий

Спутник должен помочь пациентам выработать приемлемую для них последовательность действий, помочь разработать реальные планы и действовать в соответствии с ними.

Структурирование

Структурирование определяет, какие проблемы и заботы нуждаются в немедленном внимании, а какие можно отложить. Это является неотъемлемой частью планирования и, возможно, самым важным навыком в процессе выстраивания доверительных отношений и в формировании приверженности.

Мотивирование

Спутник должен пытаться мотивировать своих пациентов, поощряя их к изменению поведения. Если в объяснении Спутника прозвучит, что изменения в поведении помогут защитить себя и любимых, это может послужить самым важным источником мотивации. Мотивация объясняется возможностью получить больше, чем потерять: «Если Вы будете меньше пить, то таблетки будут переноситься легче, а значит Ваше здоровье будет страдать меньше».

Наиболее часто встречающиеся ошибки при проведении работы:

- Контроль, а не поощрение спонтанного выражения пациентом своих чувств и потребностей;
- Осуждение, выраженное в заявлениях, из которых видно, что пациент не отвечает требованиям сотрудника, который с ним работает;
- Чтение морали, проповедей, выражение чрезмерной опеки - поучения как вести себя или как жить;
- Навешивание ярлыков вместо попыток выяснить мотивы, страхи и тревоги пациента: «она истеричка и ей нужно в псих.больницу», а на самом деле у нее вчера умер муж;

- Необоснованное успокаивание - попытка внушить необоснованный оптимизм, недооценивая сложность проблемы в понимании пациента;
- Неприятие чувств пациента - заявления, что его чувства должны быть другими;
- Предоставление советов либо слишком рано, либо до того, как пациент получил достаточно информации, чтобы принять собственное решение;
- Допрашивание - задавание вопросов обвинительным тоном. Вопросы «Почему?» могут восприниматься как обвинение: «Почему ты мне не позвонил? Почему тебя не было дома, мы же договорились?!».
- На словах – персонал корректен, но тон, выражение лица и жестикауляция выдают негативное отношение к пациенту.

Приложение 5. Документация проекта.

1. Функциональные обязанности персонала

Функциональные обязанности «Спутника»

Ведение пациентов будет осуществляться с момента включения пациента в программу и до окончания лечения. «Спутник» полностью отвечает за приверженность пациента курсу лечения и должен приложить все необходимые усилия для достижения этого результата. «Спутником» может быть немедицинский работник в смену, когда выдаются только таблетированные препараты – в данном случае прием на работу рассматривается индивидуально.

- Поиск пациента и привлечение к лечению. Спутникам необходимо будет знать больных, их родственников и окружающих, и места пребывания. В случае, если Спутник не находит больного, он должен будет предпринять дополнительные попытки для поиска данного больного,
- Создание доверительных отношений с пациентами и их родственниками (окружающими), включая сбор дополнительной информации, психологическую поддержку пациента и т.д.,
- Проведение инъекций, выдача и непосредственный контроль приема таблетированных препаратов,
- Диагностика побочных эффектов лечения и оказание экстренной медицинской помощи при необходимости,
- Организация напрямую или через ответственного врача консультаций пациентов узкими специалистами, психиатром, наркологом и психологом при необходимости,
- Организация социальной поддержки пациентам самостоятельно, а так же посредством привлечения социальных работников ТБ службы, Областной Социальной службы, Службы Занятости,
- Контроль регулярности проведения лабораторных анализов, сбор мокроты, крови на дому по необходимости,
- Ведение документации на пациентов (ТБ01, ТБ01у, регистрация посещений и т.д.),

- Направление необследованных контактных, окружающих пациента, на до-обследование в диспансер,
- Предоставление ежедневных отчетов ответственному врачу и координатору Партнеров во Имя Здоровья. Информирование ответственного врача о клинических проблемах, возникающих у пациента.

Эффективность работы будет оцениваться по количеству привлеченных на лечение пациентов, проценту пропуска приема препаратов пациентами, результатам лечения пациентов (излечение, абацеллирование, закрытие полостей).

Рабочий день Спутников будет соответствовать привычному режиму дня пациентов. Длительность рабочего дня Спутника составляет шесть часов пять рабочих дней в неделю, а так же шесть часов каждую вторую субботу. Возможна также посменная работа через день с полной занятостью (двенадцать часов). Спутник обеспечивается машиной с водителем, защитными масками, сотовым телефоном. До начала работы проводится обучение. Испытательный срок (3 месяца) оплачиваемый. Подчинение ответственному врачу проекта.

Ознакомлен (а) _____ **(ФИО)**
Дата _____.

Функциональные обязанности врача - координатора

Ведение пациентов будет осуществляться на этапе активного ведения пациента по программе «Спутник». Врач отвечает за полноценное обеспечение работы Спутников (непосредственных исполнителей проекта) и результат лечения пациента, и должен приложить все необходимые усилия для достижения этого результата

- Участие в работе «Комиссии по перерывам» по отбору пациентов на проект,
- Организация работы необходимых специалистов вокруг Спутника (оценка адекватности и организация по первому запросу Спутника), быть на связи в течение рабочего времени Спутников,
- Консультирование пациентов по клиническим вопросам (ведение, купирование побочных эффектов), выезд к больным по необходимости,
- Контроль работы Спутников (ежедневное присутствие на планерках Спутников, проверка документации, незапланированные визиты к больным в сопровождении Спутников),
- Контроль знаний Спутниками о туберкулезе, в объеме, необходимом для выполнения ими функциональных обязанностей,
- Проверка адекватности использования автомобиля и GSM программе,
- Предоставление еженедельных отчетов Комиссии по отрывам от лечения, а так же Координатору ПВИЗ.

Работа по совместительству, консультативно-организационная, в свободное от основной работы время. Врач обеспечивается сотовым телефоном. Испытательный срок (3 месяца) оплачиваемый. Подчинение руководителю поликлинического отделения ТОПТД.

Ознакомлен (а)

(ФИО)

Дата _____.

Функциональные обязанности водителя

- Организация доставки персонала и расходных материалов программы «Спутник» к пациентам,
- Сопровождение Спутника к пациенту до момента, когда Спутник не попросит об обратном,
- Участие в обеспечении безопасности Спутника,
- Обеспечение адекватности использования автомобиля и ГСМ программе,
- Выполнение других поручений Спутника по проекту, связанных с передвижением по городу (например, посещение центра занятости, отдела по социальной поддержке).

Рабочий день будет соответствовать привычному режиму дня пациентов. Длительность рабочего дня составляет шесть часов пять рабочих дней в неделю, а так же шесть часов каждую вторую субботу месяца. Возможна также посменная работа через день с полной занятостью (двенадцать часов). Испытательный срок (3 месяца) оплачиваемый. Подчинение ответственному врачу проекта.

Ознакомлен (а) _____ **(ФИО)**
Дата _____ .

2. Форма пациента

Дата включения в проект: _____

ФИО

Дата рождения

Диагноз

Режим и схема химиотерапии

Дата начала лечения

Абациллирован?

Побочные эффекты

Сопутствующие заболевания

Адреса проживания/нахождения пациента/ телефоны (указать, когда там можно найти пациента, если известно)

Адреса/ телефоны родственников, друзей. Их взаимоотношения (если известно)

Описать известную информацию о прошлом пациента (травмы, МЗ, БОМЖ, алкоголизм, хронический ТБ, учет в наркодиспансере или психбольнице, склонности к агрессии, семейные проблемы):

Социальные вопросы:	Нужен ли проездной на амбулат. этапе (обвести): да нет
----------------------------	--

Работает ли (обвести): да нет. Профессиональные навыки:

Источники дохода (обвести): нет никаких, пенсия, работа, другое (указать)

Есть ли местная прописка	да нет	Есть ли жилье в настоящий момент	да нет
Есть ли паспорт	да нет	Есть ли одежда/ обувь по сезону	да нет
Есть ли медицинский полис	да нет	Употребление алкоголя/ наркотиков	да нет

Семейные проблемы (описать):

Другие социальные проблемы:

План работы с пациентом

Какие социальные проблемы удалось решить к концу данного этапа лечения:

Источники дохода (обвести): нет никаких, пенсия, работа, другое (указать)

Есть ли местная прописка	да нет	Есть ли жилье в настоящий момент	да нет
Есть ли паспорт	да нет	Есть ли одежда/ обувь по сезону	да нет
Есть ли медицинский полис	да нет	Употребление алкоголя/ наркотиков	да нет

Другие социальные проблемы:

3. Пример журнала для передачи информации между персоналом

Вторник, 7 апреля. Первая смена				
№	ФИО пациента	Принял ПТП/ нет	Состояние пациента, проблемы, побочные эффекты	Где предполагает находиться для приема следующей дозы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Вторник, 7 апреля. Вторая смена

№	ФИО пациента	Принял ПТП/ нет	Состояние пациента, проблемы, побочные эффекты	Где предполагает находиться для приема следующей дозы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Приложение 6. Задачи и мероприятия, проводимые куратором во время выезда с бригадой Спутника .

Вопросы, на которые необходимо ответить в процессе выезда:

- Все ли лечение проводится под контролем или есть случаи (незафиксированные в карте лечения) выдачи препаратов на руки?
- Действительно ли медсестры общаются с пациентами уважительно и дружелюбно?
- Выполняются ли все мероприятия по поиску пациентов?
- Проводится ли активное выявление побочных эффектов?
- Предлагается ли обследование в качестве контактных родственникам/посетителям?
- Какие препятствия/проблемы существуют в работе бригады и что можно сделать, чтобы их решить?
- Достаточно ли у бригады времени на полноценное выполнение работы?

Проводимые мероприятия:

1. Наблюдение за действиями персонала Спутника
 - Как медсестры общаются с пациентами. Помимо слов, необходимо обращать внимание на тон речи, мимику, жесты, через которые пациент получает информацию об отношении к нему Спутника.
 - Как пациент реагирует на персонал Спутника (радостно приветствует, безразлично, замыкается и т.д.).
 - Проводится ли наблюдение за пациентом в момент приема препаратов.
 - Интересуются ли медсестры побочными эффектами.
 - Если в окружении пациента обнаруживаются новые лица, то проводится ли беседа о необходимости обследования его/ее как контактного лица, предлагается ли сдать мокроту на месте.
2. Действия медсестер в случае отсутствия пациента на месте (проводятся ли поисковые работы, выдаются ли препараты родственникам). Беседа куратора с пациентом и его родственниками

* Выезды куратора должны проводиться не реже одного раза в месяц. В начале проекта, в также при появлении проблем в работе бригады рекомендуется выезжать 1 раз в неделю.

- Необходимо поинтересоваться самочувствием, наличием побочных эффектов.
 - Спросить как проводится лечение (в какое время доставляются препараты, каким образом договариваются о приеме следующей дозы, сложно ли пациенту соблюдать лечение и т.д.).
 - Косвенными вопросами выяснить, не выдаются ли на руки препараты (см. стр. 16). Например, где и как хранятся препараты? (у пациента могут храниться только препараты для купирования побочных эффектов; наличие противотуберкулезных препаратов означает выдачу препаратов на руки).*
3. Проведение индивидуальных бесед с пациентами, отказывающимися от лечения, часто пропускающими прием препаратов (по просьбе персонала Спутника). Выяснение социальных проблем.
 4. Выявление проблем, препятствующих полноценной работе медсестер (например, недостаточно времени на выполнение всех необходимых работ, недостаточное количество средств на сотовую связь, сложности с доставкой пациента на обследование и т.д. и т.п.)
 5. Обсуждение результатов выезда. Куратору следует помнить, что работа Спутников эмоционально напряженная, многие пациенты имеют изначальный негативный настрой по отношению к медицинскому персоналу, который сложно изменить, поэтому необходимо подчеркивать успехи бригады с каждым пациентом. Если в процессе совместного выезда куратор отмечает какие-то недоработки в работе персонала, то ему необходимо в корректной форме сообщить об этом Спутникам и обсудить возможные пути решения проблемы. Обсуждение должно проводиться наедине с бригадой. Любые замечания в присутствии пациентов запрещаются.

Совместные выезды дают уникальную возможность куратору понять и «проникнуться» проблемами проекта, личное участие в решении проблем способствует сплочению в единую команду. Куратор может рассматривать выезды и как возможность проведения обучения. В то время как бригада едет от одного пациента можно обсудить побочные эффекты и аспекты поведения пациентов Спутника.

* О том, что препараты выдаются на руки могут свидетельствовать различные факты. В некоторых случаях пациент сам может признаться, в других можно найти препараты дома. В некоторых случаях родственники сообщают о фактах выдачи препаратов для самостоятельного приема. Выдать препараты на руки пациенту на несколько дней вперед или оставить их родственнику в случае отсутствия больного дома всегда легче, чем прилагать усилия для ежедневного поиска пациента, налаживания с ним отношений. Именно поэтому некоторые, не очень ответственные медсестры могут выдавать препараты пациенту, соответственно, данный вопрос является ключевым при проведении контроля работы бригады. Куратор должен быть внимательным, так как любые разночтения в том, что говорит пациент и медсестры об организации лечения, месте и времени может свидетельствовать о выдаче препаратов на руки (и договоренностью с пациентом о сокрытии данного факта)

Приложение 7. Типичный бюджет проекта.

Наименование расходов	Цена, рубл.,	Кол-во	Стоимость в месяц	Стоимость за квартал	Стоимость за год
Оборудование, всего					406 000р.
Автомобиль с комплектующими	400 000р.	1			400 000р.
Мобильные телефоны	2 000р.	3			6 000р.
Средства самообороны	1 300р.	2			2 600р.
Одежда и обувь для персонала	6 000р.	4			24 000р.
Сумка для персонала	1 000р.	1			1 000р.
Защитные маски 3М	91р.	4	364р.	1 092р.	1 456р.
Расходные материалы, всего				138 240р.	552 960р.
Топливо для автомобиля	20р.	750	15 000р.	45 000р.	180 000р.
Ремонт и содержание автомобиля	4 000р.	2	8 000р.	24 000р.	96 000р.
Мобильная связь	500р.	3	1 500р.	4 500р.	18 000р.
Питание пациентов	1 092р.	15	16 380р.	49 140р.	196 560р.
Одежда и другие расходы на социальную поддержку помимо питания	520р.	10	5 200р.	15 600р.	62 400р.
Заработная плата с налогами, всего				206 557р.	919 672р.
Зар/плата медсестер с 26+13% налогом	16 393р.	2	32 787р.	98 361р.	442 623р.
Зар/плата водителя с 26+13% налогом	14 754р.	2	29 508р.	88 525р.	398 361р.
Зарплата врача ТБ диспансера с 26+13% налогом	4 918р.	1	4 918р.	14 754р.	59 016р.
Зар/плата бухгалтера с 26+13% налогом	1 639р.	1	1 639р.	4 918р.	19 672р.
Прочие расходы, всего				12 000р.	48 000р.
Оплата фото, канц.товаров, консультаций специалистов и т.д.	4 000р.	1	4 000р.	12 000р.	48 000р.
Итого				356 797р.	1 520 632р.

Комментарии к бюджету:

В последующих годах проекта стоимость снижается, поскольку не будет больших изначальных закупок.

Питание пациентов рассчитывалось по формуле: стоимость одного ежедневного продуктового набора 40р. (в котором 2 пакетика сока по 0,2 л), на 25 - 26 дней (включая субботы).

Одежда и другая социальная поддержка требовалась не всем пациентам. Мобильная связь и расход ГСМ указаны как реальные траты в ходе проекта. Средства самообороны за первые 3 года проекта не понадобились.

Мы считаем, что заработная плата сотрудников, работающих на дому со сложным контингентом однозначно должна быть выше, чем у других сотрудников. Кроме того, Спутники работают каждую вторую субботу, т.е. более положенных на ставку часов. Если оплата идет из средств ТБ диспансера, то можно поставить 1.25 или даже 1.5 ставке сотрудникам Спутника (так ТБ диспансер оплачивал работу персонала стационара на дому). Изначальная заработная плата медицинских сестер была рассчитана следующим образом. Была вычислена сумма, которую они получали бы на руки с учетом их высокой квалификации и длительного стажа работы в ТБ службе. Затем данная сумма была увеличена на 5-10%, в 2006 году это составило 8000 рублей (на руки). С ростом заработных плат всего персонала ТБ диспансера постепенно росла и зарплата медсестер Спутников, достигнув 10 000 рублей в 2008 году (на руки). Расчеты в таблице представлены с учетом всех налогов в РФ, а так же с учетом оплаты замещающего персонала на период отпусков и больничных, во время которых идет двойная оплата – основного персонала (отпускные, больничные) и замещающего (за выполнение работы). Врач – координатор проект получал на руки не более 3000 рублей в месяц за совместительство на проекте. В проекте было предусмотрено 2 ставки водителя, но в связи с особыми обстоятельствами было дано разрешение на выполнение всей работы одному водителю, который получал 17 500 рублей за 12 часов работы в будничные дни (понедельник – пятница) + 6 часов в субботные дни (т.е. менее 9000 рублей на 1 ставку водителя).

Зарплата бухгалтеру была предусмотрена в связи с тем, что проект отдельно финансировался и бухгалтер должен был вести отдельную отчетность. Если Спутник будет финансироваться из средств самой ТБ службы, то данную статью можно исключить, так как это будет входить в основные обязанности бухгалтера.

Приложение 8. Классификация исходов лечения, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения

Исходы ВОЗ, применяемые в России при лечении ТБ с сохраненной чувствительностью (не МЛУ-ТБ)^{23 24}.

Исход лечения	Определение
Успешное завершение лечения (подтверждение по мазку; подтверждение по посеву)	<p>Успешно завершившим считается больной:</p> <ul style="list-style-type: none">- у которого до начала лечения мазок и посев мокроты был положительным,- который получил все дозы препаратов, предусмотренных режимом лечения, и- у которого имеется, по крайней мере, 2 отрицательных исследования мокроты (мазки и посевы) – на 5-м месяце и в конце лечения
Лечение завершено	<p>Завершившим лечение считается больной:</p> <ul style="list-style-type: none">- у которого на начало лечения результат исследования мокроты по мазку и посеву был отрицательным;- который получил все дозы препаратов, предусмотренные режимом лечения, и- имеет отрицательные исследования мокроты (мазки и посевы) на всех этапах. <p>К этому же исходу относят больных, имевших до начала лечения положительный мазок и/или посев мокроты, которые завершили курс лечения, но не имеют необходимого числа отрицательных анализов мазков и/или посевов на 5-месяце и позже</p>
Умер	<p>Этот исход регистрируется в случае смерти больного во время противотуберкулезного лечения. Включаются случаи смерти не только от туберкулеза, но и по любой другой причине</p>
Неудача лечения (подтверждение по мазку; подтверждение по посеву)	<p>Исход лечения считается неудачным, если у больного сохраняется или появляется бактериовыделение (по мазку или по посеву) на 5-м месяце или в более поздние сроки лечения</p>
Лечение прервано (отрыв от лечения)	<p>Исход регистрируется, если больной прервал лечение на 2 и более месяца</p>
Переведен в другое ЛПУ (выбыл)	<p>Выбывшим считается больной, который выехал из административной территории или переведен из одного ведомства в другое (другой регистр) и окончательный исход лечения которого неизвестен</p>

Исходы ВОЗ для пациентов, проходящих лечение по IV категории (МЛУ)²⁵:

Исход лечения	Определение
Излечен	Пациенты категории IV, полностью завершившие химиотерапию в соответствии с протоколом программы при не менее пяти отрицательных результатах посевов мокроты, проведенных с промежутком не менее 30 дней в течение последних 12 мес. лечения. Пациент может быть причислен к излеченным, даже если в одном из таких посевов будет обнаружен рост возбудителя ² , но не будет отмечено клинических признаков ухудшения. Однако в подобных ситуациях излечение должно быть подтверждено не менее чем тремя отрицательными результатами посевов мокроты, произведенных в последующем с промежутками не менее 30 дней.
Лечение завершено	Пациенты категории IV, полностью завершившие химиотерапию в соответствии с программным протоколом, но не соответствующие определению «излечение». Это несоответствие обусловлено недостаточностью бактериологических сведений (например, проведено менее пяти посевов за последние 12 мес. лечения).
Смерть	Пациенты категории IV, умершие по любой из причин в процессе химиотерапии по поводу МЛУ_ТБ.
Неудача лечения	Отсутствие эффекта от проведенной химиотерапии регистрируется в тех случаях, когда отмечены положительные результаты не менее двух из пяти посевов мокроты, проведенных за последние 12 мес. химиотерапии, или при обнаружении роста возбудителя в любом из трех последних посевов, проведенных на финальном этапе лечения. (Лечение также должно быть признано неэффективным при его досрочном прекращении по клиническим показаниям из-за плохой переносимости или развития неустраняемых побочных эффектов.) Эта группа больных должна быть учтена особо, с тем чтобы провести дополнительный анализ.
Лечение прервано (отрыв от лечения)	Пациенты категории IV, прервавшие химиотерапию по любым причинам на срок два последовательных месяца или более.
Переведен в другое ЛПУ (выбыл)	Пациенты категории IV, переведенные в другие группы и регистры. К данной категории относятся также пациенты, результаты лечения которых остались неизвестными.

6. Литература

- ¹ Богородская ЕМ, Данилова ИД, Ломакина ОБ. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии. Проблемы туберкулеза 2007, 3: 46-64.
- ² Туберкулез в Российской Федерации 2007 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации/ Под ред. М.И.Перельмана, Ю.В.Михайловой. – М., 2008.
- ³ Борисов СЕ, Белиловский ЕМ, Кук Ф, Шайкевич Ш. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах. Проблемы туберкулеза 2007, 6: 17-25
- ⁴ Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kourbatova EV. Impact of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia. Tuberculosis (Edinb). 2008 Sep;88(5):495-502. Epub 2008 May 23.
- ⁵ Jakubowiak W, Bogorodskaya E, Borisov S, Danilova I, Kourbatova E. Treatment interruptions and duration associated with default among new patients with tuberculosis in six regions of Russia. Int J Infect Dis. 2009 May;13(3):362-8. Epub 2008 Nov 12.
- ⁶ Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kourbatova EV. Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation. Int J Tuberc Lung Dis. 2007 Nov;11(11):1210-5.
- ⁷ Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003. ISBN 92 4 154599 2.
- ⁸ Министерство здравоохранения СССР. Приказ № 504 от 16 сентября 1964 г. Об устранении серьезных недостатков в организации химиотерапии больных туберкулезом.
- ⁹ Министерство здравоохранения СССР. Химиотерапия при туберкулезе легких (методические указания). Часть IV, Амбулаторная химиотерапия. 31 мая 1972
- ¹⁰ Министерство здравоохранения СССР Организация и методика контролируемой амбулаторной химиотерапии больных туберкулезом. Методические указания. 3 июня 1976
- ¹¹ Davis MS. Predicting non-compliant behavior. eJ Health Soc Behav. 1967;8:265-271.
- ¹² Don C. Des Jarlais, P. Friedmann, Jean-Paul Grund, et al. HIV risk behavior among participants of syringe exchange programs in central/eastern Europe and Russia. International Journal of Drug Policy, Vol. 13, Issue 3, 2002: 165-70.
- ¹³ Открытый Институт Здоровья. Программы снижения вреда среди гражданского населения и в пенитенциарном секторе Российской Федерации. Оценка передового опыта. © Открытый Институт Здоровья, 2007. www.ohi.ru
- ¹⁴ Frieden T, Sbarbaro JA. The slippery slope to sloppy DOTS. Int J Tuberc Lung Dis. 2002 May;6(5):371-2
- ¹⁵ Всемирная организация здравоохранения. Методологическое руководство по мониторингу и оценке ВИЧ/ СПИД, туберкулез и малярия. Второе издание, январь 2006 г. <http://www.theglobalfund.org>
- ¹⁶ Weiler-Ravell D, Leventhal A, Coker RJ, Chemtob D. Compulsory detention of recalcitrant tuberculosis patients in the context of a new tuberculosis control programme in Israel. Public Health. 2004 Jul;118(5):323-8.
- ¹⁷ Oscherwitz T, Tulsy JP, Roger S, Sciortino S, Alpers A, Royce S, Lo B. Detention of persistently nonadherent patients with tuberculosis. JAMA. 1997 Sep 10;278(10):843-6

-
- ¹⁸ Gasner MR, Maw KL, Feldman GE, Fujiwara PI, Frieden TR. The use of legal action in New York City to ensure treatment of tuberculosis. *N Engl J Med.* 1999 Feb 4;340(5):359-66.
- ¹⁹ I Gelmanova, S Shin, S Mishustin, Y Andreev, S Atwood, A Pasechnikov, A Yedilbayev, A Golubkov, S Keshavjee. Impact of medication adherence on culture conversion during treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia. 40th Union World Conference on Lung Health, International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Cancun, Mexico, 2009. Абстракт.
- ²⁰ Keshavjee S, Gelmanova IY, Farmer PE, Mishustin SP, Strelis AK, Andreev YG, Pasechnikov AD, Atwood S, Mukherjee JS, Rich ML, Furin JJ, Nardell EA, Kim JY, Shin SS. Treatment of extensively drug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2008 Oct 18;372(9647):1403-9.
- ²¹ S. S. Shin, A. D. Pasechnikov, I. Y. Gelmanova, et al. Adverse reactions among patients being treated for MDR-TB in Tomsk, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007, 11(12):1314–1320.
- ²² О.Б.Ломакина, Н.Д.Даровская, Е.М.Богородская. Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации. «Особенности общения с больными туберкулезом (советы психолога медицинским сестрам)». Пособие для медицинских сестер, 2006.
- ²³ Всемирная Организация Здравоохранения. *Борьба с туберкулезом на уровне района.* Модуль 3. Лечение туберкулеза.2003. WHO/CDS/TB/2002.310_RUSSIAN
- ²⁴ World Health Organization. Treatment of tuberculosis: Guidelines for for national programmes. Geneva. Switzerland: World Health Organization. 2003. WHO/CDS/TB/2003.313
- ²⁵ Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Женева. Всемирная Организация Здравоохранения. (WHO/HTM/TB/2006.361)