

RAPORTUL VIZITEI DE MONITORIZARE & EVALUARE

Proiecte monitorizate:

- 1) TRATAMENT SUB DIRECTA OBSERVATIE PENTRU PACIENTII TB DIN ROMANIA – M1I2S3 (UNOPA)
- 2) SERVICII INTEGRATE PENTRU PACIENTII CU TB DIN ROMANIA – M1I2S6 (UNOPA în parteneriat cu ASPTMR)
- 3) Furnizarea de intervenții integrate de suport comunitar în vederea depistării active și a îmbunătățirii aderenței la tratament a cazurilor de TB – M1I2S2 (CPSS)

Data: 18-19 iulie 2016

Locații: Județul Dolj – Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie ”Dr. Victor Babeș” Craiova; dispensarele TBC din Craiova, Filiași, Segarcea, Bechet, Calafat, Băilești.

Obiectivele vizitei:

- Monitorizarea progresului activităților implementate în cadrul celor trei proiecte.
- Verificarea și validarea datelor raportate de la nivelul dispensarelor din județul Dolj pentru perioada ianuarie – decembrie 2015 aferente indicatorilor de acoperire HSS-1 și HSS-2.
- Colectarea datelor aferente indicatorilor de acoperire HSS-1 și HSS-2 pentru perioada ianuarie 2015 – iunie 2016.

Metode: discuții cu membrii echipei multidisciplinare; discuții individuale cu voluntarii DOT (asistenți medicali din dispensare) implicați în implementarea proiectului M1I2S3 și cu Coordonator AMC din cadrul DSP Dolj; discuții de grup cu asistenți medicali comunitari; verificarea indicatorilor raportați prin renumărarea cazurilor înregistrate în registrele TB din 2015 și prima jumătate a anului 2016.

CONCLUZII

Ref. furnizare DOT

În dispensarele vizitate, frecvența furnizării DOT către pacienți este, în mod tipic, de 3/7 pentru pacienții care au trecut de faza intensivă a tratamentului și care se pot deplasa la dispensar. Se asigură DOT zilnic pacienților care au tratament 7/7, dar doar dacă pacientul acceptă să vină zilnic la dispensar sau are de făcut tratament injectabil.

Pacienții care se prezintă la dispensarele TBC pentru supraveghere tratament sunt cei care domiciliază în aceeași localitate cu dispensarul; restul de pacienți (aprox. trei sferturi din cei arondați dispensarului) sunt în general din mediul rural, locuiesc în comune aflate la distanțe care variază de la cca 8 km până la cca 40-50 km de dispensarul TBC și se prezintă doar o dată pe lună aici pentru monitorizare și ridicarea medicamentelor. Pentru acești pacienți și deplasarea 1 dată/lună la dispensarul TBC reprezintă un efort financiar foarte mare, motiv pentru care ei ridică tratamentul pentru o lună. Medicamentele sunt ridicate de către pacient sau de AMC-ist și este ținut la pacient acasă/ la AMC-ist/ la cabinet Medic de familie (nu există o regulă după care se întâmplă acest lucru, fiecare profesionist implicat stabilindu-și propriul mod de lucru, adaptat situației din teren).

Unde există AMC-iști sau mediatori sanitari aceștia fac DOT mergând de 3 ori pe săptămână la pacienții pe care îi au în supraveghere (au de obicei 2-3 pacienți). Există și excepții în care AMC-iștii ajung doar o dată pe săptămână la pacient pentru DOT (mai ales cei care au foarte

RAPORTUL VIZITEI DE MONITORIZARE & EVALUARE

multe responsabilități la locul de muncă, executând și alte atribuții, uneori fără legătură cu fișa postului).

Un punct tare în județul Dolj este acela că există o acoperire mare a lucrătorilor comunitari (din 111 localități, la data vizitei, în 55 există lucrători comunitari – AMC-iști sau medieri sanitari). Pentru localitățile fără dispensar TBC și fără AMC-ist, asistentul medical de dispensar TB contactează medicul de familie al pacientului pentru a-l ruga să monitorizeze pacientul cu TB; nu e garantat însă că medicul de familie face DOT.

Există situații în care nici una dintre aceste variante (DOT în dispensar TB, DOT la AMC-ist sau la Medicul de familie) nu este posibilă (comuna nu are lucrător comunitar, medicul de familie nu are disponibilitate), caz în care pacientul rămânând singur să își urmeze tratamentul sau supravegheat de un membru al familiei.

Personalul medical din dispensare este de părere că ar trebui reintrodus sistemul de decontare pentru DOT-ul realizat de către medicii de familie, în felul acesta pacientul ar beneficia de monitorizare continuă și frecventă. Pentru pacienții din mediul rural, cu acces dificil la dispensarul TBC, cea mai bună soluție o reprezintă supravegherea tratamentului și monitorizarea, prin colaborarea medicului de familie cu lucrătorul comunitar. Există astfel de modele de lucru în județul Dolj în câteva comune, în care AMC-iștii și medicii de familie colaborează pentru asistarea pacientului cu TB (exemplu Giubega, Siliștea Crucii).

În Băilești a avut loc o întâlnire cu 3 AMC. Din discuțiile cu aceștia a reieșit că fac DOT conform recomandării medicului pneumolog pentru fiecare din pacienții monitorizați, medicamentele se ridică lunar de către pacient de la dispensarul de TB dar sunt ținute de către AMC-ist la cabinetul medicului de familie sau la primărie, unde e biroul AMC-istului. Programul se discută cu fiecare pacient și AMC-istul anunță ora la care va trece pentru a aduce pastilele. Medicația se dă pacientului doar în situația în care acesta se deplasează din localitate, la rude, prieteni, cunoștințe.

AMC-iștii au declarat că abordează în discuțiile cu pacienții și aspecte privind importanța administrării tratamentului conform indicațiilor medicului, fără a omite nici o doză. Dacă sunt identificate probleme în teren (neaderență, refuzul pacientului de a fi monitorizat, etc), AMC-istul raportează aceste incidente coordonatorului AMC din proiect și acesta raportează mai departe la CPSS.

Ideal ar fi dacă aceste incidente ar fi raportate în timp util și EMD astfel încât aceasta în colaborare cu AMC, medicul de familie, medicul curant al pacientului sau alți factori din comunitate să poată interveni în timp util (ex. EMD se poate deplasa cu mașină de la program la domiciliul pacientului, abordând cazul mai rapid decât dacă ar sta să verifice completările în baza de date care nu se fac în timp real ci la distanțe chiar foarte mari față de timpul în care incidentul se petrece).

Cei trei AMC cu care s-a discutat au menționat că primarul, care este angajatorul lor nu manifestă interes față de activitatea pe care aceștia o desfășoară. Nu le sunt decontate cheltuielile de deplasare la beneficiari și nici materiale sanitare sau consumabile de papetărie. Primăria plătește la doi dintre aceștia cheltuieli de deplasare 1 dată/ lună când merg la DSP la întâlnirea lunară.

Ref. distribuie tichete sociale pentru pacienții aderenți la tratament

Voluntarii DOT din dispensare au menționat că distribuirea de tichete sociale încurajează mulți pacienți să-și urmeze tratamentul. Cu toate acestea, sistemul de tichete sociale nu este suficient de motivant pentru unii dintre pacienții la risc ridicat de non aderentă (alcoolici, pacienți cu infecție TB recurentă, pacienți foarte săraci, care locuiesc mult prea departe de dispensarul de unde trebuie să ridice tichetele, dar pentru care nu s-a identificat un asistent medical comunitar).

În ceea ce privește distribuirea tichetelor din cadrul proiectului, UNOPA le trimite prin curierat rapid la Voluntarul DOT din dispensarul TBC și ajung la pacienți când aceștia se prezintă la dispensar (în cazul Dispensarului Băilești, unde aveau 10 pacienți cu tichete). CPSS trimite tichetele pentru pacienții din mediul rural la coordonatorul AMC din proiect (prin curierat rapid) și acesta le distribuie lucrătorilor comunitari (la întâlnirea lunară care are loc în ultima zi de joi a lunii) și ajung la pacienți în zilele următoare când AMC sau MS se duc să dea tratamentul pacienților. Nu au fost semnalate întârzieri sau alte probleme legate de distribuirea tichetelor nici pentru UNOPA și nici pentru CPSS.

Toți cei care distribuie tichete pacienților au menționat că acestea sunt foarte apreciate și așteptate de beneficiari.

Ref. activitatea echipei multidisciplinare

La data efectuării vizitei în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Dr. Victor Babeș" Craiova (19 iulie 2016) au fost prezenți asistentul social și psihologul din cadrul EMD. S-a realizat cu aceștia o discuție referitoare la modul de lucru al echipei, colaborarea cu ceilalți specialiști implicați în proiect, colaborarea cu spitalul, dispensarele și lucrătorii comunitari.

Din discuțiile cu asistentul social și psihologul au reieșit următoarele aspecte:

- EMD nu introduce pacienți în baza de date, nu face evaluări ale acestora pentru a stabili eligibilitatea, încadrarea în grad de risc sau nevoia de servicii a pacientului și nu face completări conform evoluției cazului, toate acestea fiind consemnate de Dana Pîrvu, asistent medical și Voluntar DOT în proiect.
- EMD nu se ocupă de semnarea fișei de consimțământ care este completată tot de Voluntar DOT Dana Pîrvu
- EMD își selectează din bază beneficiarii cu care va lucra în funcție de criteriile: ambulator+eligibil+FC+servicii recomandate (dacă sunt bifați că au nevoie de asistență socială/ psihologică. În concluzie lucrează cu toți pacienții cu risc ridicat, iar dintre cei cu risc mediu lucrează doar dacă au recomandare pentru astfel de servicii (dacă AMC-istul a identificat o astfel de nevoie în relație cu pacientul, dacă medicul pneumolog a recomandat sau Voluntarul DOT)
- EMD nu lucrează cu pacientul spitalizat, deși cabinetul acestora se află în curtea Spitalului în care sunt internați pacienții cu TB. Biroul pus la dispoziție de spital este compus însă doar dintr-o singură încăpere, în care se poate lucra cu un grup de maxim 6 persoane
- Profesioniștii din EMD au spus că nu se văd în viitorul apropiat continuându-și activitatea în acest domeniu, fiind o muncă cu un mare consum emoțional și insuficient remunerată. În condițiile în care se vor adăuga sarcini noi, în aceleași condiții financiare, cel mai probabil vor înceta colaborarea. Deasemenea dacă după preluarea de

RAPORTUL VIZITEI DE MONITORIZARE & EVALUARE

către spital (în cazul în care aceasta se va produce) salariile vor fi mici iar norma de lucru mai mare, aceștia nu cred că vor mai rămâne.

- Asistenta socială se ocupă în principal de consilierea legislativă a pacienților, după ce realizează o evaluare socială a acestora și îi sprijină apoi cu întocmirea dosarelor pentru accesarea a diferite prestații sociale (venit minim garantat, dosar pentru comisia de expertiză a capacității de muncă, pensionare, etc)
- Psihologul realizează consiliere pentru aderență la cabinet sau comunică telefonic cu cei care nu pot ajunge la spitalul din Craiova
- EMD organizează grupuri de suport formate în general din 4-5 pacienți/sedință de lucru, pacienți din ambulator, având ca scop consilierea pentru creșterea aderenței la tratament
- Asistentul social și psihologul efectuează uneori și vizite în teren, la pacienții aflați în situații critice
- EMD are o bună colaborare cu medicul coordonator, voluntara DOT din Craiova , cu dispensarele TBC din Dolj, AMC-iștii și coordonatorul de AMC al DSP-ului: participă la întâlniri comune, discută telefonic sau se întâlnesc
- Nu se ocupă de distribuirea tichetelor pentru pacienți și de formularistica aferentă
- EMD a subliniat un aspect al activității lor legate de comorbiditățile pacienților cu tuberculoză. Ei au fost pregătiți să lucreze cu pacientul cu TB dar pacientul cu TB vine de fapt cu o serie de afecțiuni asociate, care implică o serie de probleme cărora ei nu știu cum să le răspundă, cum să intervină pentru a ajuta pacientul (cu HIV, diabet, hepatite, cancer, tetrapareză etc.). Aceasta îi face să se simtă neputincioși și implicit să resimtă frustrare, încărcătură emoțională și psihică foarte mare, pentru care nu sunt suficient ajutați/ motivate financiar
- EMD are nevoie de instruire, ghidare, sarcini precise, realiste în concordanță cu timpul de lucru pentru care sunt angajați și responsabilitățile (mai multe sarcini cu același salariu îi demotivează)

Sunt situații în care pacienții stau internați pe o perioadă mai mare de timp devenind neeligibili pentru înrolarea în proiect.

Ref. infrastructura și resurse medicale disponibile

O serie de dificultăți/limitări au fost consemnate de echipa de monitorizare, fie ca rezultat al propriilor observații sau al relațiilor personalului din dispensarele vizitate:

- Medicii din dispensare apreciază că pacienții s-ar prezenta mai des la dispensar dacă autoritatea locală le-ar acoperi cheltuielile de transport.
- Dispensarul din Băilești a semnalat faptul că nu au servicii de radiologie și laborator, ceea ce face dificilă monitorizarea pacienților, precum și depistarea activă a cazurilor

Ref. resurse umane

Dintre aspectele reclamate de personalul din dispensare menționăm:

RAPORTUL VIZITEI DE MONITORIZARE & EVALUARE

- în unele dispensare, numărul de medici și mai ales de asistente medicale este mic în raport cu încărcătura de muncă (inclusiv numeroasele sarcini administrative) dar există și dispensare cu puțini pacienți comparativ cu altele;
- medicii de familie precum și medicii de alte specializări ar trebui instruiți suplimentar despre TBC pentru a putea identifica mai ușor suspecții și totodată pentru a colabora în tratarea cazurilor extrapulmonare;
- completarea de documente/registre reprezintă o fracțiune mult prea mare din munca asistentelor medicale, în condițiile în care aceste sarcini ar trebui îndeplinite în special de registrator sau statistician.

RECOMANDĂRI

Ref. verificarea și validarea indicatorilor HSS-1 și HSS-2

- 1) La următoarea raportare (iulie 2016), PR va comunica dispensarelor instrucțiuni și mai detaliate de completare a formularelor de raportare ai celor doi indicatori.

Ref. furnizare DOT în dispensar & Ref. distribuire tichete sociale pentru pacienții aderenți la tratament

- 2) PR, cu suport UNOPA & ASPTMR, să implementeze în Q6 un studiu care să descrie situația furnizării de DOT și a tichetelor sociale și să evalueze eficacitatea acestor două intervenții.
- 3) UNOPA (& CPSS), cu suport PR, să implementeze în Q6 un circuit al datelor prin care voluntarii DOT din dispensar să fie informați cu privire la situația de DOT a pacienților.

Ref. activitatea echipei multidisciplinare

- 4) ASPTMR va solicita tuturor echipelor multidisciplinare să semnalizeze cabinetul de servicii psihosociale, indicând orarul de lucru și un număr de telefon la care pacienții pot contacta psihologul sau asistentul social atunci când aceștia din urmă sunt pe teren.
- 5) PR și ASPTMR vor revizui în luna iunie 2016 sarcinile și metodologia de lucru a echipei multidisciplinare pentru a fi atinse următoarele obiective: informarea și consilierea pacienților spitalizați, în vederea continuării cu succes a tratamentului în ambulatoriu; monitorizarea periodică a situației pacienților, după referirea acestora către serviciile furnizate de UNOPA, ARAS, Salvați Copiii, CPSS; managementul cazurilor deosebite/complicate.
- 6) EMD să realizeze consilierea pacientului pentru pregătirea acestuia de intrare în ambulator, încă din perioada de spitalizare (cu 1-2 săptămâni înainte de externare, când pacientul nu mai prezintă risc de contagiozitate). Lucrând cu pacienții înainte de a fi externați vor crește șansa de a beneficia de servicii pentru cei din mediul rural care după ce părăsesc spitalul nu mai ajung la spital și nu se mai întâlnesc cu EMD. Singurii care mai pot ajunge la asistentul social și psiholog vor fi pacienții care locuiesc în Craiova și vin la dispensarul di Craiova pentru DOT; cei din mediul rural nu mai au acces la consilierea față în față cu EMD ci doar telefonic sau în situații critice când EMD se deplasează în comună, la domiciliul pacientului (pentru neaderență, abandon tratament ș.a.)

Ref. infrastructura și resurse medicale disponibile & resurse umane

RAPORTUL VIZITEI DE MONITORIZARE & EVALUARE

- 1) PR și sub-recipientii vor utiliza fiecare ocazie de interacțiune cu autorități locale, cu autorități centrale sau cu managementul PNPSCT pentru a aduce în discuție: a) necesitatea modernizării infrastructurii de îngrijire ambulatorie pentru pacientul cu tuberculoză; b) necesitatea dezvoltării unui plan operațional de management, pe termen mediu (5 ani) și lung (+ 5 ani) al resurselor umane și fizice din sistemul PNPSCT; c) posibilitățile de instruire ale personalului medical nespecializat în domeniul TBC pentru o mai bună corelare a acțiunilor dintre rețea și restul sistemului de sănătate.

Raport întocmit de: Fidelie Kalambayi, Cristina Enache, Iuliana Copil, RAA