

Анализ конкретной ситуации № 3.

Модель Майнца: врачи приходят к бездомным

Sigrún Davídsdóttir

“Знаете, господин доктор, ваши таблетки мне очень помогли. Теперь я чувствую себя гораздо лучше”. Очень редко врачи встречаются со своими пациентами в кафе, и им редко приходится слышать подобные замечания. Но данное утверждение не относится к д-ру Герхарду Траберту. В отличие от обычных докторов, принимающих пациентов в кабинетах, д-р Герхард Траберт сам приходит к своим пациентам, и для него кафе – место оказания медицинской помощи. Его пациентами являются бездомные и представители других социально изолированных групп г. Майнц, Германия. Тот факт, что некоторые бездомные не обращаются за медицинской помощью, характерен не только для Германии, но и для многих других стран. Многие социальные службы организованы таким образом, что они оказывают помощь лишь тем, кто за ней обратился, однако люди, чье состояние здоровья гораздо хуже, чем у среднего гражданина, часто не обращаются к врачам. Поэтому д-р Траберт сам находит их в приютах для бездомных, подвалах многоуровневых парковочных комплексов, на улицах. Он знает, где их найти, а они всегда знают, когда пришел доктор. Благодаря своим тесным контактам с бездомными д-ру Траберту удалось завоевать их доверие.

Д-р Траберт начинал свою деятельность как работник системы социального обеспечения. Работая в больнице, он был потрясен низким качеством медицинской помощи, оказываемой бездомным, а также неспособностью системы здравоохранения организовать адекватную помощь для этой группы населения. Тогда он занялся медициной. Его докторская диссертация (1994 г.) была посвящена вопросам медицинского обслуживания бездомных¹⁷. Однако он не мог ограничиваться только теоретическими исследованиями и стремился применить свои знания на

¹⁷ TRABERT, G. *Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld, VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995.

практике. По мнению д-ра Траберта, эффективная медицинская помощь бездомным возможна только при условии тщательно скоординированного сотрудничества с социальными службами – от системы здравоохранения требуются знания и опыт в области медицины, а на систему социального обеспечения возлагается функция установления контактов с этой группой населения.

Подход, применяемый д-ром Трабертом для охвата бездомных медицинской помощью, получил название “модель Майнца”. Эта модель предусматривает работу как на оплачиваемой, так и на добровольной основе и состоит из четырех частей:

- организация открытых приемов врачей общей практики (ВОП) и медицинских сестер непосредственно в ночных приютах для бездомных;
- организация открытых приемов врачей общей практики и медицинских сестер в дневных приютах для бездомных;
- организация открытых консультативных приемов “с колес”, т.е. с медицинских машин (*Arztmobil*), оборудованных как врачебный кабинет и приезжающих в места скопления бездомных в городе;
- оказание медицинской и паллиативной помощи серьёзно/безнадёжно больным в домах для бездомных.

Консультативные приемы организуются в определенные часы, с тем чтобы бездомные знали, когда и где можно получить помощь. Пятая и чрезвычайно необходимая часть модели – помощь душевно больным

бездомным – в настоящее время находится в стадии разработки; по всей вероятности, её реализация будет начата позднее в 2002 г. Каждую неделю группа медиков принимает по 50–60 пациентов и устанавливает контакт с 80–100 пациентами.

Герхард Траберт (слева) и
Андреас Пиц (справа)



Оказание медико-санитарной помощи бездомным – это одна из неотъемлемых функций системы социального обеспечения. Д-р Траберт и Андреас Пиц, который возглавляет департамент обслуживания

бездомных от *Diakonisches Werk* (организация социального обеспечения Немецкой лютеранской церкви), считают, что ключевым фактором успеха в обсуждаемой области является тесное сотрудничество между системами здравоохранения и социального обеспечения. “Преимущество модели Майнца, – подчеркивает Пиц, – в сотрудничестве всех учреждений и организаций, работающих с бездомными. Междисциплинарный характер – предпосылка успеха этой деятельности”.

В 1997 г. была основана ассоциация “Бедность и здравоохранение в Германии” (*Armut und Gesundheit in Deutschland*), которая ставила своей задачей сбор денежных средств для внедрения модели Майнца, а также привлечение внимания общественности к взаимосвязи между бедностью и здоровьем. Наряду со сбором средств и социальным обеспечением ассоциация занималась организацией ежегодных конференций по вопросам бедности и здоровья и быстро устанавливала контакты с другими организациями внутри Германии и за её пределами. “Первой реакцией на нашу деятельность, – говорит д-р Траберт, – было заявление об отсутствии бедности в Германии с вытекающим из этого надуманным вопросом – зачем мол нужны ассоциация и конференции в этой области?” Теперь отношение изменилось, во многом благодаря усилиям ассоциации.

Вместе с тем успешная деятельность ассоциации привела к появлению новой проблемы, которая требует незамедлительного решения, – деятельность приобрела такие масштабы, что усилий одних добровольцев уже недостаточно. Следующим шагом должно было стать назначение штатного работника для организации этой работы. При этом создание системы, обслуживающей бездомных, не является самоцелью. По словам д-ра Траберта,

“наша конечная цель – привлечение муниципального совета и государственных органов к руководству службой и интегрирование её в действующую систему здравоохранения. Медико-санитарные услуги бездомным не должны оказываться обособленно – они должны быть неотъемлемой частью действующей системы: система здравоохранения должна охватывать бездомных, а не обособлять их. Наш десятилетний опыт доказывает эффективность используемой модели”.

От слов к делу

Как показывает официальная статистика, в 1998 г. в Германии было около 700 000 бездомных, из них 180 000 одиноких бродяг. Беднейшие из них составляли около 31 000 человек, из них 3100 – женщины. Эти люди постоянно жили на улице. Эти статистические данные были

собраны д-ром Трабертом для своей диссертации, посвященной вопросам здоровья бездомных. Эти данные шокируют, особенно если учесть тот факт, что у представителей указанной группы состояние здоровья хуже, чем у населения в целом.

При этом 80–90% бездомных остро нуждались в медицинской помощи, 60–70% страдали более чем одним заболеванием, а около 40% – тремя и более заболеваниями. В основном безработные страдают заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистыми и кожными заболеваниями. Естественно, что между количеством времени, проведенным на улице, и состоянием здоровья имеется прямая зависимость: чем дольше люди остаются бездомными, тем хуже состояние их здоровья. В дополнение наблюдается увеличение числа травм вследствие насилия, случаи которого в отношении бездомных, повидимому, участились.

Несмотря на плохое состояние здоровья, бездомные редко обращаются в медицинские учреждения. В своем исследовании д-р Траберт показал, что бездомные мало верят в систему, ранее имели отрицательный опыт и боятся, что их снова вышвырнут за дверь. Кроме того, они стесняются посещать обычные медицинские учреждения, такие, как больницы и приемные ВОП. Более того, по мнению бездомных, система слишком бюрократизирована и от них требуют слишком много документов. Помимо всего вышеуказанного бездомные мало внимания обращают на свое здоровье и считают, что они не нуждаются в медицинской помощи, даже если они серьезно больны.

Вернер Шварц, казначей организации “Бедность и здоровье в Германии”, руководит дневным центром для бездомных в Бингене близ Майнца, который регулярно посещает группа медиков. Он говорит: “У нас есть врачи, которые хотят помогать бездомным, но бездомные не желают идти к ним сами, потому что им не нравится ждать в приемной. Бездомные не обращаются за медицинской помощью до тех пор, пока серьезно не заболеют, и даже в этом случае их бывает трудно убедить начать лечение”. Шварц знает, что даже несмотря на то, что им были созданы все условия, его клиенты постараются уклониться от медицинского осмотра, поэтому он пытается, по возможности, сопровождать их.

Работники здравоохранения всегда приходят в замешательство при приеме грязных и дурно пахнущих бездомных пациентов и плохо понимают их проблемы. Медикаменты, способные предупредить либо само заболевание, либо дальнейшее его прогрессирование, зачастую не доходят до бездомных. По-видимому, большинство бездомных вступают

в контакт с системой здравоохранения только тогда, когда в медицинское учреждение их доставляет полиция в связи либо с несчастным случаем, либо когда их где-либо находят в совершенно беспомощном состоянии.

В ходе проведения своего исследования д-р Траберт часто ставил себе вопрос: “Как можно улучшить медицинское обслуживание для этой группы населения”. В этой связи он вспоминает:

“Множество людей говорили мне, что выполнить то, что я задумал, можно только при условии изменения всей системы здравоохранения. Но я не мог ждать так долго. Я хотел изучить имеющиеся возможности, с тем чтобы создать систему медико-санитарной помощи для бездомных на базе имеющихся ресурсов. Очень важно было найти новые возможности в рамках действующей системы и доказать, что кое-что можно будет изменить. Если бы такие доказательства были найдены, в дальнейшем это могло бы быть использовано как аргумент при осуществлении структурных изменений”.

В течение 1993 г. он разработал план последующей деятельности, а в сентябре 1994 г. началась работа непосредственно среди бездомных.

Новые идеи в рамках действующей системы

Немецкая система социального обеспечения традиционно основана на сочетании государственных и церковных учреждений; последние принадлежат как к Лютеранской, так и Католической церкви. Кроме того, у профсоюзов имеется своя собственная система социального обеспечения. Хотя модель Майнца представляла собой частную инициативу, она основывалась на существующих структурах в рамках государственной системы и системы Лютеранской церкви, но при этом предусматривала создание нового типа связей между действующими структурами. Кроме того, этой моделью предусматривалось использование услуг добровольцев и сбор денежных средств.

Вначале оказание медико-санитарных услуг было организовано как в дневных, так и в ночных приютах для бездомных. Однако при этом медицинским обслуживанием не охватывались те, кто никогда или редко пользовался этими заведениями и проживал исключительно на улице. В идеале, для их вовлечения следовало организовать мобильную приемную. На пожертвования был приобретен и специально оборудован фургон, который был подготовлен к эксплуатации в 1998 г. Это оказалось самой простой задачей при создании мобильной службы. Сложности возникли в связи с тем, что ни одно из учреждений, принимающих участие в этой деятельности, не захотело принять этот фургон на свой баланс и отвечать за его обслуживание.

Пациенты, проживающие в контейнерах, в ожидании приема в Arztmobil



Для того чтобы обеспечить фургону законного владельца, д-р Траберт и его коллеги основали ассоциацию “Бедность и здоровье в Германии”. В настоящее время ассоциация не только обеспечивает функционирование фургона, но и занимается сбором

средств, а также в сотрудничестве с другими организациями и учреждениями ежегодно организует Берлинскую конференцию по бедности и здоровью. Конференция и сама ассоциация играют все возрастающую роль в сборе и распространении информации по теме “Бедность и здоровье” не только в Германии, но и в соседних странах. Целью такой деятельности является создание сети организаций по всей Европе. “В Европе широко развито финансовое сотрудничество; теперь пришло время развивать сотрудничество в социальной сфере”, – подчеркивает Траберт.

Ассоциация является важнейшим центром деятельности, осуществляемой в Майнце, а члены ассоциации не только вносят свой вклад в реализацию модели Майнца, но и ведут аналогичную работу в других областях, создавая новые социальные возможности для обездоленных слоев населения. К примеру, один из членов ассоциации управляет в Майнце гостиницей *Inndependence*, где людям с умственными и физическими недостатками предоставляется возможность работать в коммерческой среде.

Единая система здравоохранения вместо систем первого и второго сорта

Д-р Траберт часто повторяет:

“Мы не пытаемся создать особую систему для бездомных, которая существовала бы отдельно от общей системы здравоохранения. Мы не создаем особую систему медицинского обслуживания бездомных – просто мы демонстрируем необходимость такого обслуживания. Наша цель – заставить действующую официальную систему признать и воспринимать всерьез бездомных и их особые потребности, а также предложить им такие формы оказания медицинской помощи, которые действительно приносили бы им пользу”.

Избранная структура предусматривала использование услуг как оплачиваемых работников, так и добровольцев. Врачебный персонал в мобильной группе состоит из д-ра Траберта (который является также профессором социальной медицины в Нюрнберге) и Ульриха Гребера, пенсионера и заслуженного врача.

Траберт и Пиц подчеркивают, что выбор сотрудников для претворения в жизнь новой инициативы является чрезвычайно важным: нужны не просто квалифицированные работники, но люди, которые заставили бы общество относиться к новой инициативе с уважением и вниманием.

Как правило и по предварительному согласованию с официальным органом медицинского страхования, д-р Траберт, как и любой лицензированный практикующий врач, может выставить органам страхования счета за оказание медицинских услуг. В принципе, каждый житель Германии прямо или косвенно охвачен той или иной системой медицинского страхования. Таким образом, обычно расходы на медицинское обслуживание покрываются за счет медицинской страховки. В случае малоимущих и других лиц, не являющихся участниками систем медицинского страхования, расходы на их медицинское обслуживание берет на себя государство (например, через органы социального обеспечения); это также относится и к лицам, подавшим заявление о предоставлении убежища. Однако нелегальные иммигранты и другие незарегистрированные жители Германии не охвачены системой медицинского страхования. Тем не менее, в рамках модели Майнца любой из них может получить надлежащую медицинскую помощь.

В мобильную группу входят три медицинских сестры. Сестры Мария-Терезия и Анегрет работают в христианской организации, которая выделила им время для работы в группе. Третья медсестра, Анке, работает на добровольной основе. Что же касается услуг социального характера, то этим занимаются Пиц и его коллеги, работающие в приютах для бездомных.

Первым препятствием, с которым столкнулся д-р Траберт при создании системы, которая коренным образом отличалась бы от действующей, был закон,



Сестра Анке и д-р Траберт посещают пациента, проживающего в автофургоне для кэмпинга

пришедший из прошлых времен, когда в Германии было широко распространено знахарство. Этот закон разрешал оказание медицинских услуг только в условиях стационарных учреждений. Соответственно, закон представлял собой серьезное препятствие для осуществления планов д-ра Траберта по организации обслуживания бездомных, и на преодоление возникших сложностей ушло некоторое время. Но в настоящее время модель Майнца выходит за рамки обычной системы медико-санитарных услуг, хотя услуги д-ра Траберта, как и любого другого практикующего врача, оплачиваются в рамках обычной системы здравоохранения.

Существенной составляющей оказания первоклассных медицинских услуг является правильное ведение документации. Д-р Траберт и его коллеги приложили немало усилий для того, чтобы тщательно документировать каждый свой визит к пациентам – с той же степенью тщательности, которая требовалась в рамках официальной системы здравоохранения. Тщательно оформляемая документация также позволяет противостоять критике относительно того, что обслуживание по модели Майнца уступает по качеству услугам, оказываемым в рамках официальной системы здравоохранения.

Важной частью документации стал *Krankenpass* – паспорт пациента. Пациенты, обслуживаемые в соответствии с моделью Майнца, жаловались, что им, вероятно, будет трудно убедить других докторов, что они уже проходили медицинское обследование. Другим просто сложно запоминать, какое лечение они получали у д-ра Траберта и его коллег. С этой целью из прочного материала были сделаны небольшие книжечки-паспорта пациента, куда заносились данные о прививках и прочая необходимая информация, касающаяся здоровья пациента.

Встречи с пациентами

“Хорошо, что нам разрешают здесь умереть”, – сказал один бездомный, частый посетитель приюта, когда узнал, что для безнадежно больных была организована служба паллиативной помощи. Было совершенно очевидно, что все, кому оказывалась медицинская помощь, испытывали огромную благодарность: “Да, я обязательно прихожу сюда, если узнаю о визите господина доктора, – говорит оборванный, потрепанный человек с длинными седыми волосами и густой бородой, который живет в одном из контейнеров недалеко от социального центра Майнца. – До этого я никогда не ходил к врачу, даже если было очень нужно. Для меня это – проблема, так как я не люблю бюрократической суеты, да к тому же я никогда долго не остаюсь на одном месте. Но всё оказалось неплохо”.

Городской муниципальный совет устанавливает контейнеры осенью, и всю зиму бездомные могут там спать. Внутри есть только койки, но бездомные быстро приносят все необходимое. В некоторых контейнерах уютно: там есть телевизор, простыни и ковры. Пока контейнеры находятся здесь, д-р Траберт регулярно навещает их обитателей.



Пациент с д-ром Трабертом в кафе для бездомных

Когда высокого худого человека с волосами до плеч спросили, что он может сказать о медицинском обслуживании, которое он здесь получает, он сказал: “Мы знаем доктора. Я чувствую, что могу ему доверять. Доктор хороший человек. Он знает нас. Если есть доверие – все по-другому”.

Очевидно, что и в кафе для бездомных д-ра Траберта хорошо знают. Как только он здесь появляется и сообщает о своем визите, некоторые из присутствующих начинают двигаться по направлению к припаркованному неподалеку фургону. Некоторые ограничиваются несложными вопросами, как, например, высокий моложавый человек с бородой. Ему нужно знать, как избавиться от вшей, появившихся у него в спальном мешке, и избавиться от них свою собаку. Другие говорят, что лечение, которое доктор прописал им в прошлый раз, помогло.

Как только д-р Траберт заходит в фургон, образуется очередь. Один за другим люди заходят в фургон, высказывают свои жалобы, отвечают на вопросы доктора и подходят к медсестре для измерения давления и взятия анализов. Все сразу забывают, что прием проходит в необычных условиях. Всё, за исключением обстановки, выглядит как обычный визит к врачу.

“Я прихожу сюда, когда мне нужно показаться врачу”, – говорит коренастый мужчина, который провел на улице шесть месяцев. На этот раз его беспокоит желудок. Его уже один раз направляли на гастроскопию, но тогда он почему-то на нее не пошел. Теперь боли усилились, и он хочет сделать ещё одну попытку вылечиться. Он алкоголик и знает, что причина его бед – алкоголь. Бездомным выдаются рецепты на витамины и обычные лекарства, такие как бета-блокаторы, при этом им никогда не выдаются рецепты на препараты, которые могут быть использованы не по назначению – успокоительные, обезболивающие, снотворные.

Жизнь на улице полна трудностей, и в ней порой отсутствуют человеческие привязанности. Очевидно, что людям нравится, как о них заботится медсестра, им нравится массаж и другие проявления почти “материнского” внимания, которые являются составной частью медицинского обслуживания. Д-р Траберт подчеркивает, что его группа занимается только медициной и не пытается решить социальные проблемы пациентов. “Мы принимаем тот факт, что люди живут на улице, хотя мы стремимся помочь им, если они выражают желание найти постоянное место жительства, – говорит Траберт. – Принятие их образа жизни, несомненно, способствовало успеху нашей группы и стало важнейшим фактором завоевания доверия наших пациентов. Однако для такой терпимости нужно много выдержки. Кроме того, нужно проявлять настойчивость при направлении пациента к врачу – наши пациенты на прием часто не являются”.

Добрые дела и их широкое освещение

“Отношение к добрым делам часто таково, что человек должен делать добро, но никому не говорить об этом, – говорит Пиц. – Но я утверждаю, что в нашей работе нужно не только делать добро, но и рассказывать об этом как можно больше. С самого начала гласность была важной составляющей модели Майнца и не только потому, что она привлекала внимание людей к существованию проблемы, которая иногда игнорировалась обществом, но и потому, что наша деятельность держалась на пожертвованиях”.

Пропагандистская деятельность осуществлялась через ассоциацию “Бедность и здоровье в Германии”. “Очень важно донести до общественности, что бездомные – это не просто алкоголики или тунеядцы, – говорит д-р Траберт. – Люди могут лишиться привычного образа жизни по множеству причин, поэтому не надо слишком строго судить бездомных”. Д-р Траберт часто посещает школы в Майнце и его окрестностях и проводит беседы о медицинском обслуживании для бедных. Его цель – заставить общество понять суть его деятельности. Это помогает вызывать сочувствие, понимание и терпимость в отношении бездомных у детей и молодежи, особенно теперь, когда враждебность по отношению к бездомным усиливается.

Пропаганда вышеуказанной модели в Майнце и соседних городах помогала получать дотации. В свои дни рождения люди, желавшие помочь ассоциации “Бедность и здоровье в Германии”, просили своих друзей и близких не покупать подарков, а направлять деньги в ассоциацию. Это только один из примеров того, насколько ассоциация и её деятельность укрепили свои позиции в Майнце. Иногда средства приходили оттуда,

откуда никто не ожидал: так, британский поп-певец Фил Коллинз предоставил дотацию в размере 100 тыс. евро организации Католической церкви в Германии *Caritas Verbank*, которая занимается вопросами социального обеспечения. Из этих средств мобильной медицинской службе ассоциации “Бедность и здоровье” было выделено 10 тыс. евро.

Дотации исходят главным образом от частных лиц. По словам Шварца,

“трудно было добиться дотаций или даже подарков для бездомных от компаний. Компании любят, когда их благотворительные акции получают широкий общественный резонанс, а у нас нет возможности обеспечить это. Фургон должен соответствовать своему назначению, и мы не можем облепить его рекламой. Кроме того, существуют компании, как, например, производители роскошных автомобилей, в чей имидж бездомность никак не вписывается. Однако частные лица часто выражают желание помочь средствами”.

Тем не менее, пропаганда важна не только для сбора средств и обеспечения понимания проблемы. Она также прокладывает путь к переменам в умах политиков. Как говорит д-р Траберт, “пропаганда нужна не только для привлечения средств, но и для воздействия на политиков, чтобы те приняли меры для облегчения положения бездомных. Политики часто позволяют себе не замечать бездомных, потому что те обычно не участвуют в выборах”.

Цена успеха

Модель Майнца имела успех в том смысле, что она достигла своей целевой группы – группы, которая ранее не обращалась за медицинской помощью. Сейчас соседние города хотели бы, чтобы мы смогли оказывать такого рода медицинскую помощь и на их территории. Кроме того, имеется потребность в информации, с тем чтобы другие могли использовать опыт группы, претворявшей в жизнь модель Майнца.

Д-р Траберт и Пиц отмечают, что на настоящий момент их основная задача – найти работника на полную ставку. “Мы быстрыми темпами движемся к черте, пройдя которую мы уже не сможем довольствоваться услугами добровольцев и людей, имеющих основное место работы”, – говорит д-р Траберт. “Скоро мы перестанем справляться с нашими функциями”, – добавляет Пиц.

Нам необходимы работники, которые будут получать зарплату за выполнение функций по руководству и организации медико-санитарной помощи, обеспечению необходимыми принадлежностями, обслуживанию

фургона и координации пропагандистской деятельности. “Непросто найти людей, которые будут легко справляться с информационными функциями и сбором средств, а также оперативным руководством медицинским обслуживанием, но это именно то, что нам сейчас нужно, – говорит Пиц. – Для такого человека это должно быть основной работой, где он будет получать основную заработную плату. Служба выросла до слишком серьезных масштабов, чтобы ею могли оперативно управлять только люди, чья основная работа находится где-то в другом месте”.

“В частности, нам не хватает времени для того, чтобы сесть, подытожить наш опыт и обсудить новые методы работы. Мы слишком полагаемся на краткосрочные решения, потому что не хватает времени подумать о долгосрочной перспективе, – говорит д-р Траберт. – У нас хватает времени только на то, чтобы принимать пациентов и следить за обеспечением повседневной работы. Сейчас мы пытаемся найти координатора. Нас это радует, так как само возникновение этой проблемы – своего рода подтверждение успеха модели Майнца”.