



ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

***ЖМЕРЕНЕЦКИЙ КОНСТАНТИН ВЯЧЕСЛАВОВИЧ,
профессор кафедры общей врачебной
практики и профилактической медицины
доктор медицинских наук***

Цель оказания паллиативной медицинской помощи и деятельности служб: **комплекс медицинских мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и их родственников.**

Задачами **паллиативной медицинской помощи** являются:

- оказание медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их родственникам;
- повышение доступности специализированной паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре и на дому;
- купирование болевого синдрома и другой тяготящей симптоматики;
- оказание психотерапевтической помощи больным в стационаре и на дому, психологической поддержки родственникам;
- обучение родственников пациента навыкам ухода за инкурабельными онкологическими больными IV клинической группы;
- создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях и в стационаре;
- привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам онкологических больных поздних стадий;
- воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих пациентов.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ (Приказ МЗ РФ 1343н от 21.12.2012 г.)

7. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, организованных в соответствии с приложениями № 1-3 к настоящему Порядку, а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи, организованных в соответствии с приложениями № 4-6 к настоящему Порядку.

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи и центрах паллиативной медицинской помощи, организованных в соответствии с приложениями № 7-12 к настоящему Порядку.

- страдание
- восприятие боли
- религиозность



*Лечение хронической боли онкологического генеза. Учебное пособие.
Под ред. Новикова Г.А., Осиповой Н.А., Москва, 2006*



Источник: адаптировано из Lynn & Adamson (2).

Концепция современной паллиативной помощи

Приложение № 1
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «11» 2012 г. № 1343н

**Правила организации деятельности
кабинета паллиативной медицинской помощи**

1. Настоящие Правила определяют организацию деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи (далее – Кабинет).
2. Кабинет является структурным подразделением медицинской организации (далее – Медицинская организация) и создается с целью оказания первичной медико-санитарной помощи неизлечимо больным гражданам.
3. Структура Кабинета и его штатная численность устанавливаются руководителем Медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 2 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

Приложение № 2
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «11» декабря 2012 г. № 1343н

**Рекомендуемые штатные нормативы
кабинета паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Врач по паллиативной медицинской помощи	1 на 20 тыс. прикрепленного взрослого сельского или 100 тыс. прикрепленного взрослого городского населения; 1 на 20 посещений в смену
2.	Медицинская сестра	1 на каждую должность врача
3.	Санитар	1 на 3 Кабинета

6. Кабинет осуществляет следующие функции:

оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

обследование, динамическое наблюдение больных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи;

выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации,

направление больных в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

организация консультаций больных врачом–специалистом по профилю основного заболевания больного и врачами других специальностей;

оказание консультативной помощи врачам других специальностей по вопросам паллиативной помощи больным;

разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;

оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными;

иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 3
к Порядку оказания
паллиативной медицинской
помощи взрослому населению,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «21» декабря 2012 г. № 1343Н

Стандарт оснащения
кабинета паллиативной медицинской помощи

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место врача	1
2.	Рабочее место медицинской сестры	1
3.	Шкаф медицинский	1
4.	Кушетка медицинская	1
5.	Термометр медицинский	1
6.	Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
7.	Тонометр для измерения артериального давления	1

Приложение № 4
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «11» декабря 2012 г. № 1543 н

**Правила организации деятельности
дневного стационара паллиативной медицинской помощи**

1. Настоящие Правила определяют организацию деятельности дневного стационара паллиативной медицинской помощи (далее – Дневной стационар).
2. Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, а также первичную медико-санитарную или специализированную медицинскую помощь (далее – Медицинская организация).
3. Структура Дневного стационара и его штатная численность устанавливаются руководителем Медицинской организации, в составе которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 5 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

7. Дневной стационар осуществляет следующие функции:

оказание паллиативной медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией;

выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110;

проведение больным, выписанным из стационара, лечебных мероприятий, требующих наблюдения в течение нескольких часов без круглосуточного нахождения в Медицинской организации;

разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни неизлечимых больных;

оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными;

иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 5
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «21» декабря 2012 г. № 3434

**Рекомендуемые штатные нормативы
дневного стационара паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий - врач по паллиативной медицинской помощи	1 при наличии не менее 15 пациенто-мест, вместо 0,5 должности врача
2.	Врач по паллиативной медицинской помощи	1 на 10 пациенто-мест
3.	Старшая медицинская сестра	1 при наличии не менее 15 пациенто-мест, вместо 0,5 должности медицинской сестры
4.	Медицинская сестра палатная (постовая)	1 на 5 пациенто-мест
5.	Медицинская сестра процедурной	1 на 10 пациенто-мест
6.	Санитар	1 на 10 коек; 1 (для работы в буфете)

Приложение № 6
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «1.9» декабря 2012 г. № 1343н

**Стандарт оснащения
дневного стационара паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Наименование	Количество, шт.
1.	Рабочее место заведующего	1
2.	Рабочее место врача	по количеству врачей
3.	Рабочее место медицинской сестры	по количеству медицинских сестер
4.	Стетофонендоскоп	по количеству врачей
5.	Тонометр для измерения артериального давления, сфигмоманометр	по количеству врачей
6.	Штатив для капельниц	1 на 5 коек
7.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	1
8.	Укладка «АнтиСПИД»	1
9.	Набор реанимационный	1
10.	Термометр медицинский	по количеству коек
11.	Противопролежневый матрас	по потребности
12.	Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	1
13.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	по потребности
14.	Кушетка массажная	1 на 10 коек

Приложение № 7
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «11» сентября 2012 г. № 1343 н

**Правила организации деятельности
отделения паллиативной медицинской помощи**

1. Настоящие Правила определяют организацию деятельности отделения паллиативной медицинской помощи (далее – Отделение).

2. Отделение является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь и специализированную медицинскую помощь (далее – Медицинская организация).

3. Структура Отделения и его штатная численность устанавливаются руководителем Медицинской организации, в составе которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 8 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

7. Отделение осуществляет следующие функции:

оказание паллиативной медицинской помощи больным в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение;

выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110;

направление больных, выписанных из стационара, под наблюдение Медицинской организации, оказывающей паллиативную помощь в амбулаторных условиях;

оказание консультативной помощи медицинским организациям по вопросам паллиативной медицинской помощи;

разработка и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;

проведение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации больных;

оказание психологической помощи больным и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за больными при заболеваниях, требующих оказания паллиативной медицинской помощи;

иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 8
к Порядку оказания
паллиативной медицинской
помощи взрослому населению,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «21» декабря 2012 г. № 1543.

**Рекомендуемые штатные нормативы
отделения паллиативной медицинской помощи**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий - врач по паллиативной медицинской помощи	1
2.	Врач по паллиативной медицинской помощи	1 на 10 коек; 3,75
3.	Врач-психотерапевт	1 на 20 коек
4.	Медицинский психолог	1 на 20 коек
5.	Медицинская сестра палатная (постовая)	4,5 на 8 коек
6.	Медицинская сестра процедурной	1 на 10 коек
7.	Медицинская сестра перевязочной	1 на 10 коек
8.	Старшая медицинская сестра	1
9.	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,5 на 5 коек
10.	Санитар	1 на 5 коек (для уборки помещений); 2 на отделение (для работы в буфете); 1 на 20 коек для работы в процедурной и перевязочной; 1 на 20 коек (для подготовки ванн)
11.	Сестра-хозяйка	1

Приложение № 9
к Порядку оказания
паллиативной медицинской
помощи взрослому населению,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «21» *декабря* 2012 г. № *1434*

Стандарт оснащения отделения
паллиативной медицинской помощи

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место заведующего отделением	1
2.	Рабочее место врача	по количеству врачей
3.	Рабочее место медицинской сестры постовой (процедурной)	по количеству постов
4.	Тонометр для измерения артериального давления, сфигмоманометр	по количеству врачей
5.	Стетофонендоскоп	по количеству врачей
6.	Кровать функциональная	по числу коек
7.	Стол прикроватный	по числу коек
8.	Прикроватное кресло туалетное с высокой спинкой (или туалетный стул)	2 на 5 коек
9.	Матрас противопролежневый	1 на 3 койки
10.	Кресло-каталка	1 на 15 коек, не менее 2
11.	Тележка для перевозки больных внутрикорпусная уровневая	1 на 15 коек, не менее 2
12.	Кушетка массажная	1 на 15 коек
13.	Штатив для капельниц	1 на 5 коек, не менее 10
14.	Система палатной сигнализации	1
15.	Термометр медицинский	по количеству коек
16.	Негатоскоп	не менее 1
17.	Система для централизованной подачи кислорода	1

19.	Вакуумный электроотсос	1 на 3 койки
20.	Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
21.	Набор реанимационный	1
22.	Шкаф-укладка для оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояния	1
23.	Укладка (аптечка) «АнтиСПИД»	1
24.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	по потребности
25.	Сейф для хранения сильнодействующих и психотропных средств, документации	2
26.	Холодильник бытовой	4
27.	Подъемник для опускания и поднимания больных в ванну	2
28.	Носилки мягкие	1 на 20 коек

Приложение № 10
к Порядку оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому
населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от «11» декабря 2012 г. № 1343Н

**Правила организации деятельности
центра паллиативной медицинской помощи**

1. Настоящее Положение регулирует организацию деятельности центра паллиативной медицинской помощи (далее – Центр).
2. Центр является самостоятельной медицинской организацией.
3. Структура Центра и его штатная численность устанавливаются учредителем исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 11 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.
4. Руководство Центром осуществляется руководителем, назначаемым на должность и освобождаемым от должности учредителем Центра.

6. Центр осуществляет следующие функции:

оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным гражданам;

анализ состояния паллиативной медицинской помощи населению, эффективности и качества лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения больных на обслуживаемой территории;

изучение и внедрение в практику современных методов улучшения качества жизни больных, требующих оказания паллиативной медицинской помощи;

участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по проблемам паллиативной медицинской помощи;

организация работы по повышению квалификации врачей и медицинских сестер медицинских организаций по вопросам паллиативной медицинской помощи;

методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам медицинских организаций по вопросам паллиативной медицинской помощи больным;

иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. В структуру Центра входят:

поликлиническое отделение (включая кабинет реабилитации стомированных больных);

стационарное отделение паллиативной медицинской помощи с блоком (палатой) интенсивной терапии;

отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи;

диагностические отделения (патологоанатомическое, лучевой диагностики, клинико-диагностическая лаборатория);

организационно-методический отдел.

КОМАНДА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Пациент
2. Близкие родственники, друзья.
3. Врачи и медицинские сестры паллиативной помощи .
4. Участковый терапевт, социальный работник.
5. Священник, волонтеры и другие.

В **кабинетах паллиативной медицинской помощи** (кабинетах противоболевой терапии), организуемых при поликлиниках, онкологических диспансерах и стационарах проводится:

- оценка степени выраженности хронического болевого синдрома,
- подбор схем обезболивания,
- обучение правилам ухода за стомированными больными (с гастро-, трахео-, колостомами),
- решение психологических и социальных проблем инкурабельных пациентов.

Бригады отделения выездной патронажной службы

– организационно-медицинская основа паллиативной помощи инкурабельным больным в амбулаторных условиях.

С этого момента начинается общение с пациентом и его семьей. Четкость и профессионализм работы выездных бригад определяет успех работы всего отделения паллиативной медицинской помощи. В состав выездной бригады входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы.

Выездная патронажная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник. Преемственность работы амбулаторно-поликлинических учреждений и паллиативной медицинской помощи обеспечивается путем ежемесячной передачи поликлиниками списков инкурабельных больных, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе.

Оперативную связь с пациентами, членами их семей и врачами поликлиник осуществляет диспетчер выездной службы.

Выездной патронажной службой с момента регистрации на каждого пациента заводится **медицинская карта**, в которой фиксируются все посещения на дому врачами и сестринским персоналом, а также – консультации по телефону.

По желанию пациента и его родственников врачи и сестринский персонал выездной патронажной бригады, врачи и психологи оказывают консультативную помощь и психологическую поддержку по телефону.

Первичное посещение больного проводится врачом совместно с медицинской сестрой не позже, **чем в течение двух недель** после получения информации о пациенте. При первичном посещении тщательно собирается анамнез жизни и заболевания, которые фиксируются в "Карте выездной службы". В ней также указывается кем и когда проведена верификация онкологического диагноза (указывается дата проведения гистологического исследования, наименование учреждения здравоохранения, в котором проводилось исследование, результаты исследования).

Отмечаются проведенное лечение, жалобы пациента (в том числе со слов родственников) с обязательным указанием выраженности болевого синдрома, чем купируется боль (если пациент получает наркотические анальгетики, указывается их доза, кратность и длительность приема, оценка эффективности по 10-балльной шкале). Коррекцию схемы противоболевой терапии проводит врач выездной бригады.

В "Карте выездной службы" подробно описываются: объективное состояние больного, динамика с момента последнего осмотра врачом-специалистом, развернутый клинический диагноз, объем проведенных в процессе посещения лечебных мероприятий, назначения, режим дальнейшего наблюдения (динамическое наблюдение на дому, дневной стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной помощи).

В Карте отмечаются также социально-бытовой статус, жилищно-бытовые условия, возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому, а также вкусы и наклонности пациента, его религиозные воззрения (вероисповедания, соблюдение обрядов, религиозных традиций) и т.д.

Дальнейшие посещения планируются по мере необходимости и с учетом пожеланий пациента и его родственников. При временном категорическом отказе пациента от наблюдения осуществляется соответствующая запись в Карте с обязательным указанием причины отказа.

Выездные бригады рекомендуется укомплектовывать с учетом психологической совместимости ее членов. Взаимозаменяемость, преемственность и взаимодействие – необходимые условия работы в бригаде при том условии, что каждый из членов бригады имеет свои строго определенные должностные обязанности. Работа в бригаде осуществляется под руководством врача.

К **основным задачам** выездных бригад относятся:

- коррекция схем обезболивания,
- выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций,
- динамический контроль за состоянием пациента,
- обучение родственников больного различным методам ухода,
- психологическая поддержка членов семьи и самого пациента,
- обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и другими врачами,
- в случае ухудшения самочувствия - помощь в госпитализации в стационарное отделение.

Направлениями работы выездных бригад также являются:

- наблюдение за наиболее тяжелыми больными, получающими лечение на дому и больными, выписанными из отделений на амбулаторное наблюдение;
- проведение по показаниям паллиативных хирургических амбулаторных вмешательств (лапароцентеза, торакоцентеза, эпицистомий и др.);
- проведение различных видов обезболивания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, фармакотерапия болевого синдрома), детоксикационной терапии, лечебной и паллиативной химиотерапии;
- выявление на дому нетранспортабельных и одиноких больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний;
- выявление больных, нуждающихся в госпитализации для проведения паллиативных хирургических вмешательств, регионарных методов обезболивания и инструментальных методов диагностики и лечения;
- обучение родственников больных основам оказания медицинской и психологической помощи;
- оказание психологической и моральной поддержки больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний, и их родственникам;
- оказание больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии социальной и духовной поддержки;
- забота о максимально возможном в конкретных ситуациях повышении качества жизни больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний.

Промежуточной формой оказания амбулаторной и стационарной паллиативной помощи пациентам является **дневной стационар** – место кратковременного пребывания транспортабельных больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, а также их родственников, в котором они получают медицинскую и психологическую помощь, правовую и социальную поддержку.

Пациенты имеют возможность общаться по интересам, получать юридические консультации, по возможности заниматься организацией досуга, арт-терапией, участвовать в вечерах памяти, выставках и др.

Если время приема лекарств или проведения каких-либо медицинских манипуляций приходится на период пребывания больных в дневном стационаре, пациенты получают медицинскую помощь и имеют возможность отдохнуть на койке, диване, в кресле, инвалидной коляске и т.д.

Решение о наличии **показаний для госпитализации** в стационар принимает врач выездной службы или заведующий отделением паллиативной помощи.

Отбор на госпитализацию пациентов из медучреждений прикрепленной территории осуществляется врачами выездной службы отделения паллиативной помощи и согласовывается с заведующим отделением.

Основными **показаниями для госпитализации** являются:

- наличие выраженного болевого синдрома,
- необходимость подбора симптоматической терапии,
- неблагоприятные социальные условия.

Документы для госпитализации:

- Направление от онколога на паллиативную помощь;
- Паспорт;
- Медицинский полис;
- Направление на госпитализацию.

Врачебный и сестринский персонал, работающий в области паллиативной медицины – это медицинские работники, с которыми больной соприкасается в последние дни своей жизни.

Этот фактор накладывает на персонал, оказывающий и амбулаторную, стационарную паллиативную помощь, большую моральную ответственность и требует безукоризненного выполнения профессионального и гражданского долга.

Общение врача с безнадежным больным основано на умении ответить на все вопросы пациента, проводить с больным и родственниками беседы, направленные на коррекцию имеющихся психоэмоциональных расстройств.

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Успех и эффективность паллиативной помощи, в конечном счете, зависит от того, насколько хорошо она организована. При планировании службы паллиативной помощи наиболее важными оказываются местные факторы.

В разных странах, и даже внутри одной страны ситуация может сильно различаться.

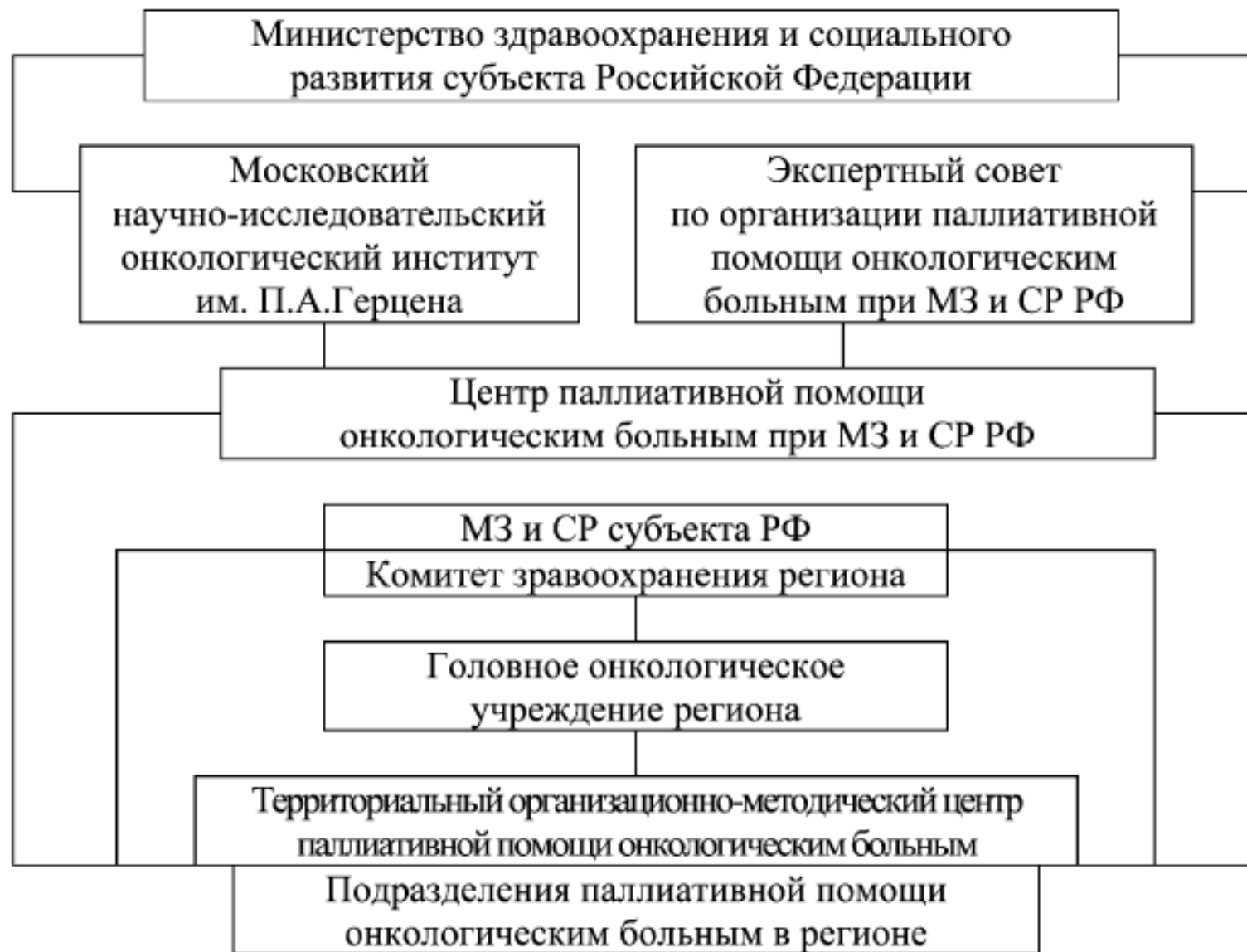
Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНРС) считает, что каждой стране необходимо разработать собственную модель паллиативной помощи, взяв на вооружение опыт и знания, накопленные в развитых странах. Не существует единственно верной модели паллиативной помощи.

Ее организация определяется потребностями, ресурсами, мнением руководителей здравоохранения и имеющимися местными учреждениями здравоохранения.

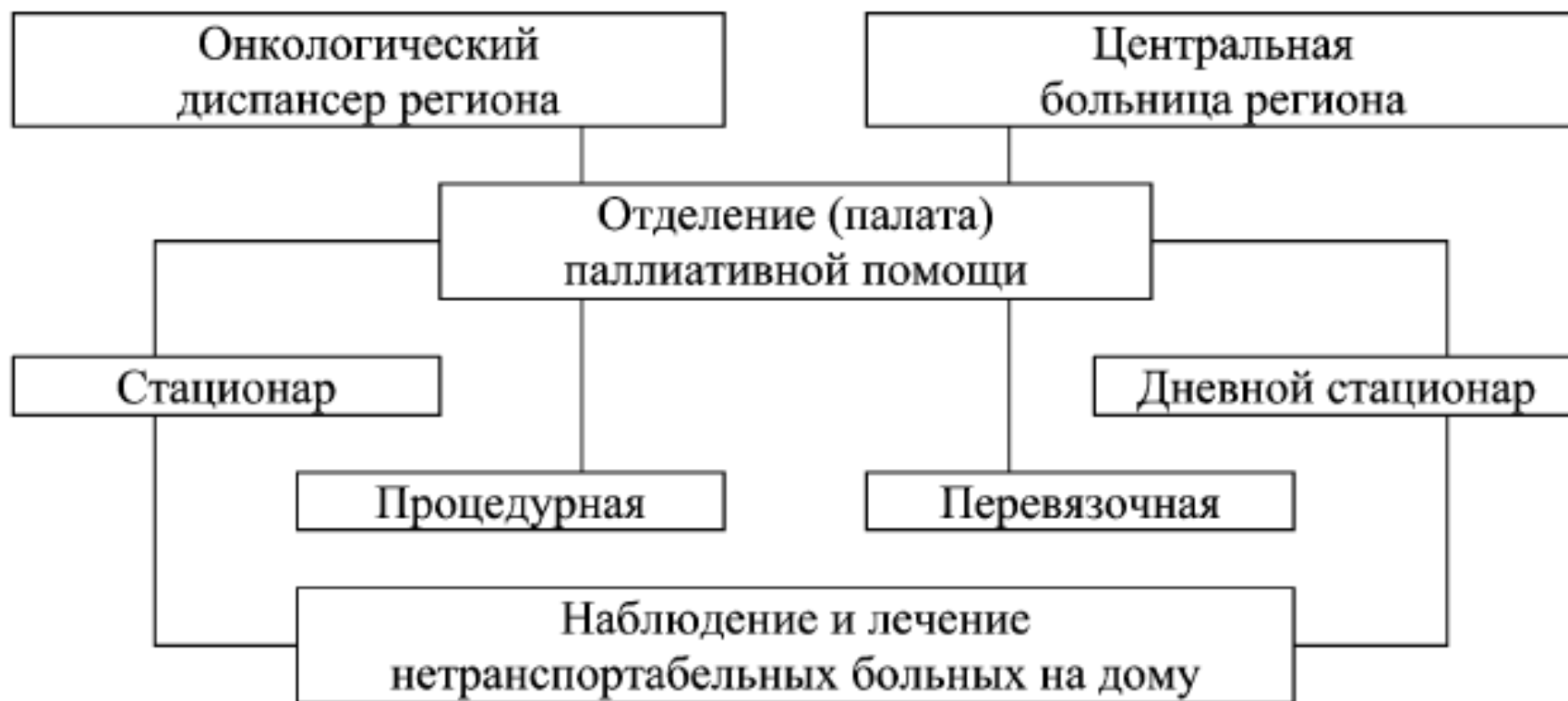
Следует разрабатывать собственную модель, а не копировать схемы, пригодные для стран с развитой экономикой.



**Модель структуры организации паллиативной помощи онкологическим больным в регионах РФ
(Новиков Г.А., Чиссов В.И., 2006)**



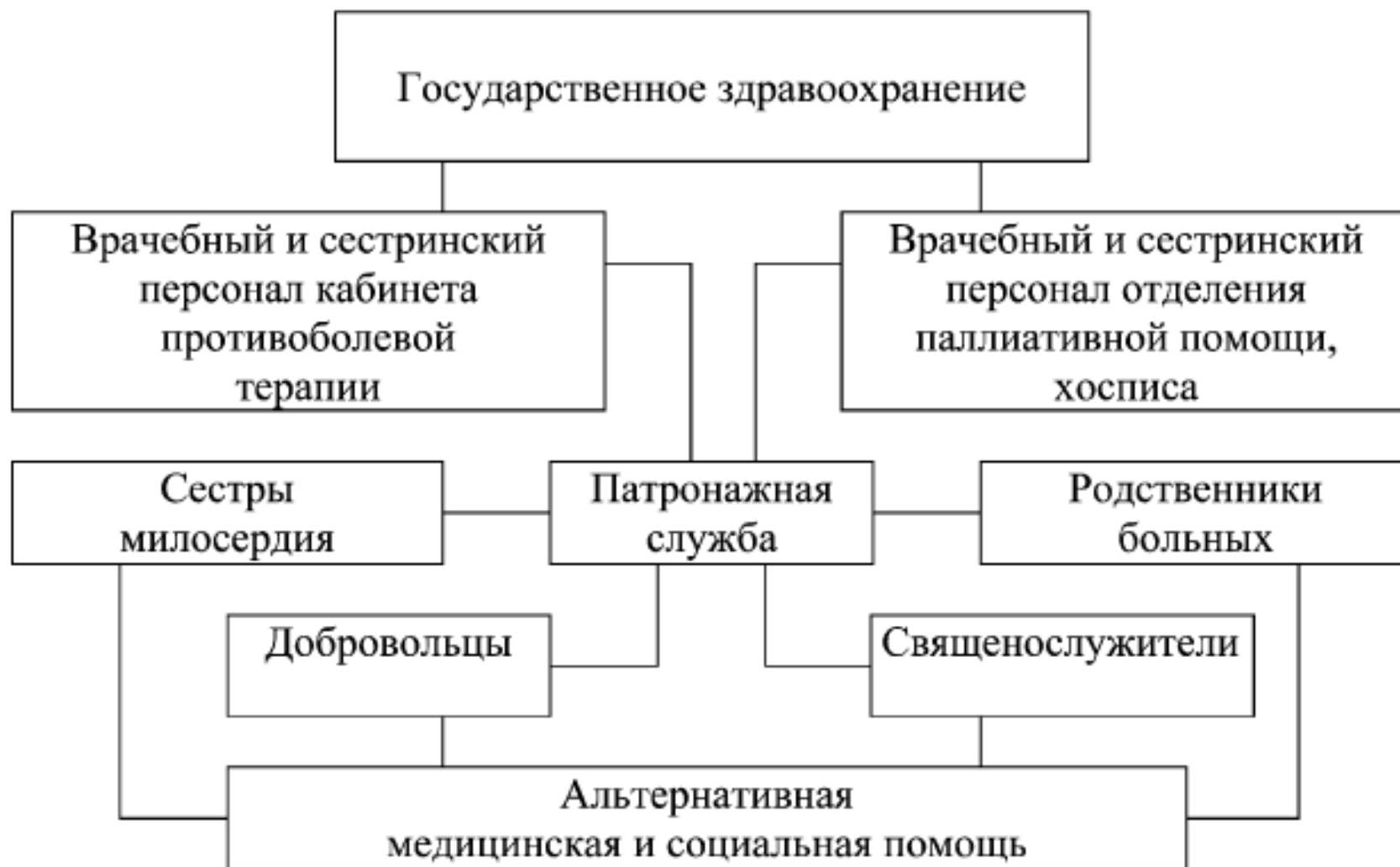
Модель координации организационно-методических мероприятий по оказанию паллиативной помощи онкологическим больным в России (Новиков Г.А., Чиссов В.И., 2006)



**Организационная структура отделения паллиативной помощи
(Новиков Г.А., Чиссов В.И., 2006)**



**Организационная структура хосписа
(Новиков Г.А., Чиссов В.И., 2006)**



**Организационная структура системы патронажной помощи
(Новиков Г.А., Чиссов В.И., 2006)**



Министерство здравоохранения Хабаровского края

Хабаровск 2013

**КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**



ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ СОЗДАНИЯ КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- Формирование полноценной инфраструктуры для оказания паллиативной помощи, в том числе детям;
- поддержание максимально возможного качества жизни пациента ориентированного на лечение больного, а не поразившей его болезни;
- целостный подход, объединяющий медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные аспекты жизни неизлечимого больного;
- комплексный подход к решению проблемы с участием квалифицированного медицинского персонала и достаточным медико-психологическим обеспечением;
- создание клинической базы по подготовке квалифицированных кадров,
- создание координационного центра для осуществления информированности медицинского сообщества и общества в целом о потребностях и возможностях паллиативной помощи;
- повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 30 июля 2013г. Пр-2183ГС.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ОПРЕДЕЛЕНЫ:

Концепцией долгосрочного социально экономического развития, задачами которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», подпрограммой «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».

Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии в интересах детей на 2012-2017 годы».

Приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 420 «Об утверждении программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка».

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Создание самостоятельного медицинского учреждения паллиативной помощи, аналоги которому в России отсутствуют;
- развитие эффективной службы паллиативной помощи;
- внедрение в систему здравоохранения Хабаровского края современных способов лечения социально-значимых заболеваний;
- обеспечение доступности паллиативной помощи населению края, независимо от нозологической формы заболевания, возраста пациента и его места проживания;
- оплата оказания паллиативной помощи населению Хабаровского края через систему обязательного медицинского страхования.



Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Статья 16 – организация оказания паллиативной медицинской помощи, создание условий для ее развития и обеспечение ее доступности населению субъекта отнесено к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 36 – дает развернутое определение паллиативной медицинской помощи – помощи неизлечимо больным для максимально комфортного проведения последних дней жизни, без боли и страданий.

В соответствии с Законом паллиативная помощь гарантируется государством, оказывается медицинскими организациями и является бесплатной (в объеме и на условиях, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также за счет безвозмездных поступлений от физических и юридических лиц).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Организация паллиативной медицинской помощи в плановом порядке в стационаре.

Обеспечение медико-социальной реабилитации, в том числе после проведенного специализированного лечения.

Адекватная психологическая помощь, социальная и юридическая поддержка пациентов.

Организация амбулаторных форм паллиативной помощи: в поликлиническом отделении, в дневном стационаре, в отделении амбулаторной хирургии, на дому специалистами выездной службы,

Оказание паллиативной медицинской помощи больным, находящимся на лечении в других стационарах.

Консультативная помощь и психологическая поддержка по телефону.



Организация паллиативной помощи детям.

Организация отделения для инфекционных больных.

Организация отделений сестринского ухода для гериатрического контингента, страдающего неизлечимыми заболеваниями, детей-инвалидов; для пациентов, попавших в трудную жизненную ситуацию; при отсутствии социально-бытовых условий для лечения на дому.

Адекватная психологическая помощь родственникам, позволяющая подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

Адекватная психологическая поддержка медицинского персонала.

Организация межведомственного взаимодействия медицинских работников, социальных работников, государственной власти, общественных организаций, Русской православной церкви, волонтеров.

Анализ состояния паллиативной медицинской помощи населению, эффективности и качества лечебных мероприятий.

Обеспечение постоянного процесса обучения персонала и родственников пациентов.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Определены методическими рекомендациями по организации паллиативной помощи (утверждены Минздравсоцразвития России 22.09.2008 № 7189-РХ):

1. Положительное влияние на различные аспекты, составляющие жизнь неизлечимо больного человека, – медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные.

2. Паллиативная терапия включает комплекс активной и сострадательной терапии, направленной на поддержку не только пациента, но и членов его семьи.

3. Выездные бригады – организационно-медицинская основа паллиативной помощи incurable больным в амбулаторных условиях.

Забота о родственниках является неотъемлемой частью заботы об умирающем человеке. Удовлетворенная семья повышает вероятность удовлетворения пациента. Неизлечимая болезнь, поддающаяся контролю, снимает мрачное состояние с семьи, понесшей утрату.

4. «Синдром эмоционального выгорания» персонала может не только негативно влиять на оказание медицинской помощи неизлечимым пациентам, снижая качество профессиональной деятельности, но и неблагоприятно отражаться

на состоянии психического и соматического здоровья самого медработника и коллег по работе. «Синдром выгорания» – процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи тяжело больному человеку, постепенно приводит к проблемам с собственным здоровьем психологического и физического.



СТРУКТУРА КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



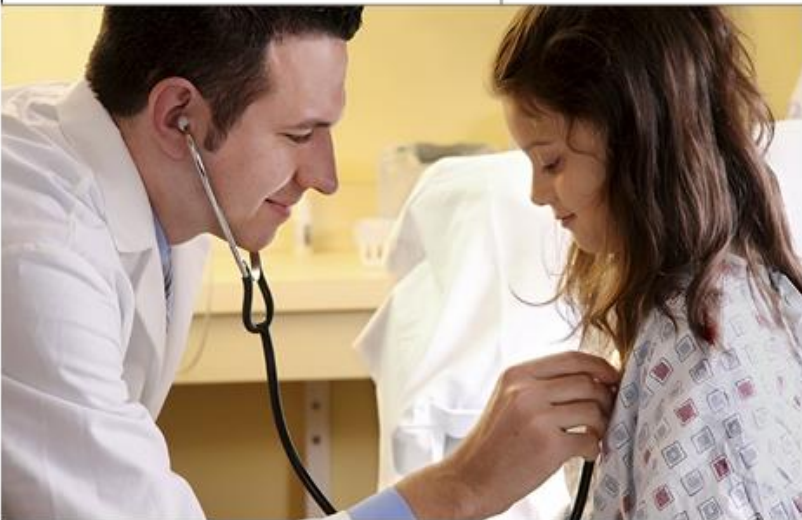
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Наименование	Показатель	Основания
Общая площадь территории	25 гектаров	СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Уточняется проектом
Общая площадь зданий	29 194 кв.м.	
Количество зданий:	15 единиц	
В том числе:		
Стационар для взрослых на 360 коек	16 109 кв.м (2 здания)	
Стационар для детей на 80 коек	3879 кв.м.	
Отделение для инфекционных больных на 30 коек	2000 кв.м.	
Поликлиническое отделение	3445 кв.м.	
Патологоанатомическое отделение	388 кв.м.	
Пищеблок	651 кв.м.	
Прачечная	169 кв.м.	
Хозяйственный корпус	573 кв.м.	
КПП	20 кв.м.	
Гараж	480 кв.м.	
Пансионат на 50 мест	1039 кв.м.	
Общежитие на 200 семей		
Домовый храм		

Аптека, ЦСО, дезинфекционное отделение, участок обеззараживания медицинских отходов		Размещение определяется проектом
Количество сооружений (теплая стоянка для автомобилей выездной патронажной службы, летняя стоянка на 50 мест для автомобилей сотрудников и пациентов, вертолетная площадка, детская игровая площадка, спортивная площадка для персонала, летний парк)	6	Определяется заданием на проектирование.
Общая площадь сооружений		Определяется проектом
Мощность Центра		
Общее число круглосуточных коек	440	Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов». Письмо Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов». Численность населения ХК на начало 2012 года с учетом переписи населения 2010 года 1 342 475 человек, в том числе от 0 до 17 лет – 241 403 человек, 18 лет и старше – 1 101 072 человек.
В том числе взрослых	360	
В том числе детских	80	
Поликлиническое отделение	180 посещений в смену	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Городское население 910 813 человек, сельские жители – 413 662 человека.
Дневной стационар	10 коек	
Выездная служба паллиативной помощи	24 мобильные бригады (6 бригад в смену)	

Режим работы		
Стационар	круглосуточный	
Поликлиническое отделение, дневной стационар	двусменный	
Выездная служба паллиативной помощи	круглосуточный	
Пропускная способность центра:		
Круглосуточный стационар	5000 больных в год	В паллиативной помощи нуждаются более 2000 онкологических больных; более 800 человек с другими социально-значимыми заболеваниями, 10 000 тысяч инвалидов первой группы, 5 000 детей-инвалидов. В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются: онкологические больные; пациенты, перенесшие инсульт; больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции; больные в терминальной стадии туберкулеза; больные в терминальной стадии хронической почечной недостаточности различного генеза; больные в терминальной стадии хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания; больные в терминальной стадии цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью и др. «Большинство больных хотели бы провести остаток своей жизни и умереть дома (от 80 до 90% опрошенных в разных странах, в том числе в России)»
Дневной стационар	230 человек в год	
Амбулаторная помощь на дому	15000 человек в год	

Численность персонала:	
Всего	1381
В том числе:	
врачей	185
средних медицинских работников	642
младших медицинских работников	211
психологов, педагогов-воспитателей, социальных работников	46
прочих	297



Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации:
от 21.12.2012 № 1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология»;
от 15.05.2012 № 543 «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении требований к организации работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи...».
от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
от 17 сентября 2007 г. N 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией»
от 15.11.2012 № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».
от 28.03.2012 № 341 «Об организации паллиативной медицинской помощи детям Московской области».
от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».
от 20.06.2013 № 388 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
от 01.02.1991 №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»;
Системы нормативных документов в строительстве. Геронтологические центры, дома сестринского ухода. Хосписы. СП 35-113-2004.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Финансирование строительства центра паллиативной помощи осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов. К строительству могут быть привлечены и средства Русской Православной церкви.

Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, внебюджетных источников. Активное привлечение к организации и финансированию Центра общественных, религиозных и благотворительных организаций, государственных и частных, промышленных и сельскохозяйственных предприятий.



КЛЮЧЕВЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА

Актуальность -

Повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, за счет обеспечения медицинской, психологической, социальной, юридической помощью больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии их жизни. Адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов.

Доступность -

Высокая пропускная способность центра обеспечит потребность всех жителей края в паллиативной помощи независимо от места проживания (в том числе жителям малых территорий и населенных пунктов), а также независимо от возраста, финансового положения, классовой, религиозной или расовой принадлежности.

Экономичность -

Обеспечение равной доступности паллиативной помощи всем нуждающимся независимо от нозологической формы заболевания. Создание специализированного центра более рентабельно по сравнению со строительством самостоятельных учреждений по профилю заболеваний.

Обеспечение прав человека -

Организация отделений сестринского ухода для пациентов преимущественно пожилого и старческого возраста, одиноких, лиц без определенного места жительства, детей-инвалидов, брошенных детей, страдающих хроническими заболеваниями и нуждающихся в медицинском и социальном уходе, позволит изменить социальный статус пациента, адаптировать и вернуть к нормальной жизни лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию.

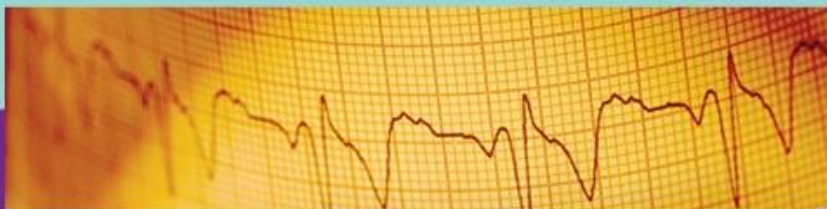
Клинический центр

Организация клинических кафедр на базе центра обеспечит постоянную, квалифицированную профильную подготовку кадров по программам высшего, среднего и дополнительного медицинского образования, обучение родственников пациента навыкам ухода за тяжелыми пациентами, а также ведомственный контроль качества оказываемой помощи на основе научного анализа

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА

Создание полноценной инфраструктуры паллиативной помощи, в том числе детям	Соответствие порядкам и стандартам на 100%
Достижение обеспеченности населения паллиативными койками.	34 на 100 тысяч населения
Число койко-дней для паллиативной медицинской помощи	0,112 на каждого жителя
Обеспеченность врачами по паллиативной медицинской помощи	0,57 на 10 тысяч населения
Соотношение врачей и среднего медперсонала	1:3,5
Обеспечение доступности паллиативной медицинской помощи	на 100%
Комплексный подход к организации паллиативной помощи в сравнении со строительством отдельных учреждений паллиативной помощи для детей, для взрослых, для инфекционных больных	Экономия бюджетных средств не менее 3,3 млрд. рублей
Снижение нагрузки на дорогостоящие койки других медицинских организаций и повышение эффективности их деятельности за счет рационального и целевого использования коечного фонда	не менее чем на 15%
Снижение нагрузки и повышение эффективности деятельности скорой медицинской помощи за счет передачи части функций выездным патронажным бригадам паллиативной помощи	не менее чем на 20%
Создание условий для купирования последствий хронического дистресса у родственников пациентов, организация адекватной психологической помощи, сохранение психического здоровья, трудовой деятельности, исполнения своих гражданских обязанностей	снижение расходов здравоохранения,
Создание условий для купирования последствий «синдрома эмоционального выгорания» у персонала, организация адекватной психологической помощи медицинскому персоналу, непрерывного обучения, обеспечение жильем	снижение расходов здравоохранения, повышение престижа медицинской профессии
Достижение уровня удовлетворенности населения качеством медицинской помощи	не менее 90 %

КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



**ПСИХИЧЕСКИЙ СТРЕСС.
СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ.
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ –
АЛЬТЕРНАТИВА ЭВТАНАЗИИ**

Общим для всех пациентов на поздних стадиях развития прогрессирующего хронического или онкологического заболевания является наличие психо-эмоционального стресса, значительно ухудшающего качество жизни.

Его причинами могут являться прогрессирование болезни, особенности личности больного, наличие патологических симптомов, социальные, культурные, духовные проблемы, проводимое лечение и взаимоотношения с медицинскими работниками.

Так, основными факторами, способствующими развитию психо-эмоционального стресса у больных с распространенным раком являются:

Болезнь:

- быстрое прогрессирование;
- настоящая или ожидаемая немощность, изменение внешности;
- физическая зависимость;
- продолжительность болезни, психическое истощение.

Личность больного:

- боязнь боли, смерти, увечья;
- потеря (боязнь потери) контроля, независимости, достоинства;
- безнадежность, беспомощность;
- осознание (боязнь) неблагоприятного прогноза;
- беспокойство, невропатия, ипохондрия.

Патологические симптомы, в первую очередь, некупируемая боль.

Социальные факторы:

- потеря (боязнь потери) работы, социального положения, роли в семье;
- чувство изоляции (реальное или воображаемое);

- незаконченные дела (личные, общественные, финансовые);
- финансовые затруднения;
- переживания за членов семьи.

Культурные особенности, такие как различия в культуре или языковой барьер.

Духовные факторы:

- религиозные проблемы;
- духовные проблемы (раскаяние, чувство вины, невыполненные обещания, бессмысленность существования).

Проводимое лечение:

- задержка с диагностикой, многократные неудачные попытки лечения;
- побочные эффекты лечения.

Медицинский персонал:

- плохое взаимодействие;
- отсутствие преемственности на различных этапах лечения;
- игнорирование близких и ухаживающих лиц.

Психический стресс часто описывается как тревога или депрессия, однако пациенты с распространенным раком могут испытывать ряд других эмоциональных проблем. Эти проблемы далеко не всегда свидетельствуют о психопатологии, некоторые из них, например, отрицание или пассивность, следует рассматривать как клиническое проявление компенсаторных механизмов.

Отрицание — наиболее часто встречающийся механизм компенсации.

Оно не обязательно носит аномальный или патологический характер, поскольку дает пациенту время примириться с ситуацией.

Отрицание является альтернативным обозначением «подавления информации», которое подчеркивает защитный характер реакции.

Уровень психического стресса зависит от компенсаторных возможностей пациента.

Факторы, свидетельствующие о небольшом компенсаторном резерве:

Личностные:

- возбудимый или пессимистический характер;
- плохая переносимость заболеваний и стрессов;
- тяжелые воспоминания о раковых заболеваниях друзей и близких;
- личные неудачи в недавнем прошлом;
- многочисленные проблемы и обязанности в семье;
- проблемы в браке;
- психические расстройства в анамнезе;
- алкоголизм или наркомания в анамнезе.

Социальные:

- слабая социальная защищенность, изоляция, ограниченные материальные средства;
- низкое социальное положение.

Культурные (богатые культурные традиции).

Духовные (отсутствие религиозной веры и альтернативной системы ценностей).

Одного умирающего больного окружает 7-10 условно здоровых полноценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые находятся в разной степени тяжести психологической травматизации:

- чувство вины перед больным,
- чувство агрессии к медицине,
- депрессия,
- канцерофобия,
- суицидальные мысли,
- угроза потери рабочего места.

Среди окружения больного формируется так называемый хронический дистресс (по некоторым данным смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%).

Работая с родственниками, паллиативная служба позволяет им выйти на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей, снижает расходы здравоохранения на купирование последствий хронического дистресса.

Лечение психического стресса заключается, в первую очередь, в устранении причинных факторов, если это возможно.

Общие меры:

- заботливый, тактичный, неспешный подход;
- внимательное выслушивание, доброе общение;
- уверения в постоянности ухода;
- уважение личности и индивидуальности;
- обсуждение страха перед будущими страданиями, возможной продолжительности жизни.

Контроль патологических симптомов, в первую очередь, купирование боли.

Социальные меры:

- решение социальных вопросов, обеспечение социальной поддержки;
- поддержка для семьи и ухаживающих лиц.

Культурная сфера: уважение и признание культурных различий.

Духовная сфера: удовлетворение духовных и религиозных потребностей.

Другие меры:

- общая поддержка и консультирование;
- группы поддержки;
- релаксационная терапия;
- медитация;
- отвлекающие мероприятия;
- социализация.

Психологические методы лечения:

- обучение навыкам снятия стресса;
- обучение методам компенсации;
- когнитивная терапия;
- анксиолитики, антидепрессанты;
- поддерживающая психотерапия.

Эффективное лечение психического стресса у пациентов на поздних стадиях ракового заболевания может значительно повысить качество их жизни.

Забота о родных и близких друзьях пациента — это ключевой признак высококачественной паллиативной помощи. Хорошая забота о пациенте помогает родным справиться с проблемами, но у них есть собственные потребности и тревоги, в которых им необходима поддержка. Это могут быть проблемы, связанные с болезнью и уходом за пациентом, их собственными чувствами и заботами, взаимоотношениями с обществом, в котором они живут.

Для решения этих проблем врачи и/или медсестры объясняют родственникам все, что они желают знать о болезни, лечении и уходе за пациентом, разъясняют упущенные детали, дают информацию о том, какие районные службы и учреждения могут помочь им в уходе за пациентом.

Родственники могут выразить свои опасения о настоящем, ближайшем и отдаленном будущем, могут обсудить свое собственное здоровье и другие нужды, выразить свое недовольство, обиды и огорчения на других родственников и ухаживающих лиц. Родные должны сознавать, что эти встречи организуются специально для них и предназначены для решения их проблем.

Если в семье велико напряжение или нет согласия, проводятся **семейные встречи**, когда врач в присутствии медсестры и социального работника всей семье рассказывает о болезни, проведенных исследованиях, лечении и прогнозе.

Каждому присутствующему предлагают выразить свое мнение, включая недовольство ситуацией. Затем врач поясняет, что недовольство и разногласия не только не помогают им самим справиться с ситуацией, но и отягощают последние дни дорогого им человека.

Наконец, родным предлагают на время отказаться от отстаивания своих принципов, отнестись друг к другу терпимо и определить, кто из членов семьи будет контактировать с врачами и медсестрами.

На каждом этапе паллиативной помощи специалисты должны проявлять заботу о близких пациента, уделять им достаточно внимания и времени.

Проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обходят стороной и работающих в ней **сотрудников**.

Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о подверженности работников паллиативной медицины формированию состояний личностной дезадаптации.

Ряд исследователей отмечают что наиболее напряженной областью медицины по психоэмоциональной нагрузке является онкология.

К числу факторов риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих помощь онкологическим больным, следует отнести психологический "феномен (синдром) выгорания".

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье.

Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

В целом, круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, направлены на решение основной комплексной задачи – **максимально возможное обеспечение качества жизни инкурабельных пациентов**.

Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

ЭВТАНАЗИЯ

Эвтаназия — это преднамеренное вмешательство, предпринятое с целью ускорения смертельного исхода, например, для прекращения непереносимых страданий. Добровольная эвтаназия выполняется по просьбе или с согласия умерщвляемого лица. В других случаях считается недобровольной.

Врачебное содействие самоубийству совершается, когда врач предоставляет больному необходимые знания и средства, с помощью которых пациент кончает счеты с жизнью. С точки зрения врача — это преднамеренное действие с ясной целью ускорения смертельного исхода и должно расцениваться как эвтаназия.

Паллиативная медицина признает тяжесть человеческих страданий и стремится облегчить их, но **не признает правомерность эвтаназии** как средства прекращения страданий.

Просьба об эвтаназии — это свидетельство несостоятельности проводимых лечебных мероприятий, если они вообще проводились.

Отказ от медицинской помощи или прекращение медицинской помощи.

Терминальные пациенты не должны подвергаться бесполезным медицинским вмешательствам. Поддержание жизни любой ценой не оправдано, и этого нельзя требовать от врача. Врач не имеет права продлевать или растягивать процесс умирания. Отказ от бесполезного вмешательства или прекращение такого вмешательства не укорачивает жизнь терминального пациента и не ускоряет смертельный исход, поскольку: это лечение не продлевает жизнь больного.

Следовательно, ***отказ от бесполезного вмешательства или прекращение такого вмешательства — это не эвтаназия***, это не намерение ускорить смертельный исход, а желание дать пациенту умереть естественной, достойной человека смертью.

Лекарства, назначаемые пациенту для облегчения боли и патологических симптомов, могут иногда приблизить смертельный исход, это так называемый «двойной эффект».

Не существует свидетельств того, что хорошая паллиативная помощь укорачивает жизнь больного. Эффективный контроль симптомов с той же вероятностью продлевает жизнь, с какой и укорачивает.

Назначение адекватной лекарственной терапии по соответствующим медицинским показаниям и в правильной дозе — это не эвтаназия.

Ускорение смертельного исхода можно предвидеть, но нельзя стремиться к этому.

Просьба об эвтаназии может высказываться или поддерживаться по ряду нижеследующих причин:

- непереносимая боль и физические симптомы, которые не должны иметь места при оптимальной паллиативной помощи;
- тяжелая депрессия или сильное беспокойство, которые можно контролировать, благодаря оптимальной паллиативной помощи;
- непереносимые страдания и стресс, которые можно контролировать, благодаря оптимальной междисциплинарной паллиативной помощи;
- усталость ухаживающих за больным лиц, которую можно предотвратить.

В современном обществе право больного человека на самостоятельное волевое решение требовать и получить согласие на эвтаназию является **спорным**. Синдром «больше ничего нельзя сделать» не должен возникнуть, если пациент своевременно обратился в службу паллиативной помощи, где работают хорошо подготовленные профессионалы.

Неконтролируемые страдания терминальных больных должны рассматриваться как неотложное клиническое состояние, а не как **показание к эвтаназии!**

Легализация эвтаназии может увеличить риск правонарушений. Разрешение добровольной эвтаназии может привести к появлению недобровольной эвтаназии.

В Нидерландах многие пациенты подверглись эвтаназии без просьбы с их стороны, и даже без согласия.

Разрешение эвтаназии терминальных больных может привести к умерщвлению больных в потенциально излечимом состоянии, например, в депрессии, как это отмечено в публикациях из Дании и Австралии. Некоторые категории пациентов могут испытывать давление с целью принуждения к эвтаназии: престарелые, ослабленные или беспомощные пациенты, считающие себя обузой для близких, как это фигурирует в публикациях из Нидерландов.

В гуманном обществе с развитой системой паллиативной помощи НЕ МОЖЕТ быть места для эвтаназии.

На веб-сайте Международной ассоциации по хосписной и паллиативной помощи (IANPC), посвященной этике, можно найти научные статьи, касающиеся эвтаназии.

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ХОСПИС

ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ

"Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превосшел все мыслимые пределы. Хоспис - это дом, в котором соединяются высочайший гуманизм и профессионализм..."

Академик Дмитрий Лихачев

ХОТИТЕ ПОМОЧЬ? • ДРУГИЕ ХОСПИСЫ • СРОЧНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

03 декабря 2013г., вторник

ХОСПИС
ЛЕЧЕНИЕ И УХОД
ДОБРОВОЛЬЦЫ
БИБЛИОТЕКА
МЫ БЛАГОДАРИМ
ВОПРОСЫ И ОТЗЫВЫ
КОНТАКТЫ

ENGLISH VERSION »

ПОИСК

Rambler's

<http://www.hospice.ru/>

Хоспис №1



СОБЫТИЯ

03.12

Фредерика де Грааф!

Первый Московский Хоспис и Фонд "Вера" поздравляют Вас с Днем Рождения!

Желаем здоровья, любви, уважения коллег, меньше стрессов на работе, больше радостей дома!

26.11.2013

Мы - лучшие в нашей любимой Москве

25 ноября в Мэрии Москвы состоялась церемония вручения диплома лауреатам фестиваля «Формула жизни», который проходит в городе уже в третий раз. ГКУЗ Хоспис №1 им. В.В. Миллионщиковой Департамента здравоохранения города Москвы получил награду в номинации «Лучшая специализированная клиника года».

В номинации «Негосударственная организация» в области здравоохранения победил Фонд помощи хосписам «Вера». Всем искренние поздравления с заслуженной наградой!

22.11.2013

Если наша медсестра говорит пациенту, что ей пока некогда поменять памперс - она уволена

Хоспис №1 создала врач от бога Вера Миллионщикова, уже покинувшая эту Землю. Но все заветы мудрого и милосердного доктора здесь помнят до сих пор.

Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы "Хоспис №1 имени В.В. Миллионщиковой Департамента здравоохранения города Москвы" это:

- Бесплатное государственное казенное учреждение здравоохранения для онкологических больных IV клинической группы, обслуживающее жителей г. Москвы.
- Медицинская, социальная, психологическая, юридическая и духовная помощь пациентам и членам их семей.
- Высокий профессиональный уровень и милосердие сотрудников.
- Постоянное обучение персонала и добровольцев.
- Обучение родственников навыкам ухода за

12.10.2013

ЗАПОВЕДИ ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ХОСПИСА

1. Хоспис - не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

2. Основная идея хосписа - облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.

3. Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

4. За смерть нельзя платить. Как и за рождение.

5. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека - для пациента имеет огромный смысл.

6. Пациент и его близкие - единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

7. Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

9. Репутация хосписа - это твоя репутация.

10. Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом - посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

11. Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать - пойми человека, прежде чем понять - прими его.

12. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

13. "Незапланированный" визит - не менее ценен, чем визит "по графику". Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти - позвони; не можешь позвонить - вспомни и все-таки ... позвони.

14. Хоспис - дом для пациентов. Мы - хозяева этого дома, поэтому: переобуйся и вымой за собой чашку.

15. Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента - всегда носи их с собой.

16. Главное, что ты должен знать, что ты знаешь очень мало.