Министерство здравоохранения Омской области

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ЦК СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

**ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**Тема 6.2. Условия оказания и структура системы паллиативной помощи.**

**Специальность** 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка)

2 курс на базе среднего общего образования

3 курс на базе основного общего образования

3 курс очно-заочная форма обучения

Разработчик: Мельник О.Н.

Омск 2020

**Тема 6.2. Условия оказания и структура системы паллиативной помощи.**

|  |
| --- |
| **ПЛАН ЛЕКЦИИ** |
| **1. Задачи паллиативной помощи** |
| **2. Цели и принципы паллиативной помощи** |
| **3. Принципы и стандарты помощи** |
| **4. Паллиативные подходы и методы** |
| **5. Формы оказания помощи** |
| **6. Варианты организации паллиативной помощи** |
| **7. Порядок оказания паллиативной помощи в России**  **8. Дополнительные материалы** |
|  |

Люди, находящиеся в терминальной стадии заболевания, нуждаются в особом уходе, сочетающем в себе медицинскую, психологическую и социальную помощь. Нередко после того, как лечение по тем или иным причинам оказывается безрезультатным, человек остается один на один со своей проблемой. Родственники такого больного тоже часто не знают, как повысить качество его жизни, как помочь ему справиться со страхами и облегчить боль. Профессиональная паллиативная помощь оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная помощь — это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи.

Таким образом, паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление.

**Задачи паллиативной помощи**

\* облегчать боль и другие причиняющие страдание и дискомфорт симптомы;

\* формировать отношение к умиранию как к естественной фазе жизненного цикла;

\* оказывать психологическую и духовную помощь пациентам;

\* обеспечивать максимально активный образ жизни до самой кончины;

\* поддерживать родных и близких пациента в период болезни, и непосредственно после тяжелой утраты;

\* использовать комплексный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе, при необходимости, непосредственно после утраты.

\* повышать качество жизни в целом, что может положительно повлиять на течение болезни;

\* проводить исследования с целью поиска более эффективных методов решения выше изложенных задач.

Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни. По данным статистики, в Европе ежегодно от онкологических заболеваний умирает 1,6 млн человек. В паллиативной помощи одновременно нуждаются 320 тысяч больных. В России количество смертей по причине онкологических заболеваний стоит на втором месте после заболеваний сердечно-сосудистой системы. В среднем за год от рака умирает 295 тысяч человек.

Эффективная паллиативная помощь в нашей стране может быть организована в тесном взаимодействии специализированных медицинских учреждений с представителями альтернативных или волонтерских организаций.

**Цели и принципы паллиативной медицины**

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Активная форма и прогрессирующий характер заболевания подтверждаются или оцениваются с помощью объективных клинических критериев и исследований. Поздние стадии заболевания труднее поддаются четкому определению, примерами могут служить обширное метастазирование злокачественных опухолей, рефрактерная сердечная недостаточность, полная утрата самостоятельности при нейродегенеративных заболеваниях или СПИДе. Ограниченная продолжительность жизни может определяться по-разному, и обычно предполагает ожидаемый срок жизни менее года, а чаще менее шести месяцев.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента - медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это означает:

-- выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного;

-- помощь в решении любых проблем, встающих перед больным;

-- подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю»;

-- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов больного;

-- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания.

Лечение и забота складываются из свободного общения, отличного ухода, непрерывной адекватной всесторонней медицинской помощи, предотвращения кризисов, систематической оценки состояния пациента и помощи его близким.

Это означает:

-- налаживание взаимодействия с больным в ходе лечения;

-- лечение в соответствии со стадией заболевания и прогнозом, избегающее излишних инвазивных вмешательств;

-- наилучшая помощь врачей, медсестер и других медицинских специалистов в уходе в соответствии с обстоятельствами и имеющимися возможностями;

-- всестороннее внимание ко всем аспектам состояния больного, обеспечиваемое междисциплинарной бригадой специалистов;

-- недопущение резких, непредвиденных и неоправданных изменений в ходе лечения;

-- координация работы комплексной бригады специалистов для оказания оптимальной помощи и максимальной поддержки больному и его близким;

-- непрерывное систематическое лечение симптомов, поддерживающую терапию от первого обращения до момента смерти, в особенности при смене места пребывания пациента;

-- планирование мер профилактики возможных клинических, психологических и социальных проблем в процессе прогрессирования заболевания;

-- оказание психологической и социальной поддержки близким пациента.

Принципы паллиативной медицины относятся ко всем видам паллиативной помощи независимо от характера заболевания пациента, нуждающегося в ней. Методы паллиативного лечения, включая медикаментозное и хирургическое лечение, лучевую терапию, широко используются врачами различных специальностей для ослабления патологических симптомов и страданий пациентов, но составляют лишь малую часть широкого спектра средств паллиативной медицины. Специалист по паллиативной медицине в идеале должен быть хорошо ориентирован в показаниях и противопоказаниях этих методов, знать и уметь их применять на практике, иметь соответствующий сертификат и работать только в этой области здравоохранения. Актуальность такой специализации необходимо обсуждать в контексте потребностей и особенностей национальной системы здравоохранения.

### Принципы и стандарты помощи

Как мы уже говорили, сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

* ***Автономия и достоинство пациента.*** Каждый больной должен иметь право выбора, как и где получать помощь. Паллиативный уход может осуществляться только с согласия больного или его близких (в случае неспособности пациента самостоятельно принять решение). В процессе оказания паллиативной медицинской помощи к больному необходимо относиться с уважением и чуткостью, принимая во внимание его личные и религиозные ценности.
* ***Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи.*** Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.
* ***Непрерывность оказания помощи.*** Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.
* ***Общение.*** Доказано, что доброжелательное общение увеличивает эффективность паллиативного лечения. Тяжелобольной человек нередко замыкается в себе, уходит от контактов. Специалисты по паллиативной помощи обязаны владеть навыками общения в сложной ситуации. С одной стороны, необходимо максимально честно донести до пациента информацию о его состоянии и перспективах, с другой стороны, с уважением отнестись к его надеждам на благоприятный исход.
* ***Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход.*** Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи онкологическим больным приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви.
* ***Поддержка членов семьи больного.*** Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

***На заметку!***

*Белая книга — официальное сообщение в письменном виде, содержащее документацию или информацию о принятии решения. Белая книга Европейской ассоциации паллиативной помощи — основной документ, на положениях которого основана паллиативная медицина многих стран.*

**Паллиативные подходы и методы**

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

***Купирование боли и симптоматическая терапия***

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе.

Обычно боль возникает уже на последней стадии заболевания, утрачивая физиологическую защитную функцию и становясь крайне отягощающим жизнь фактором. В ряде случаев она связана непосредственно с опухолью, может быть постоянной или появляться периодически. Для эффективного купирования боли необходимо правильно оценить ее характер, разработать терапевтическую тактику и обеспечить постоянный уход. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия. При получении необходимого препарата в правильной дозировке и через определенные промежутки времени этот метод эффективен в 80% случаев.

***Психологическая поддержка***

Онкологический больной постоянно находится в стрессовой ситуации. Тяжелое заболевание, изменение привычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, потеря трудоспособности и инвалидность, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние человека. Больной не способен адаптироваться к новым условиям существования, он постоянно испытывает чувство страха, обреченности, что неблагоприятно влияет на общее состояние. Родственники больного чаще всего тоже находятся под воздействием стресса и неспособны оказать ему психологическую поддержку.

При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

***Социальная поддержка***

Психологические проблемы могут усугубляться и социальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход. У 80% онкологических больных в тяжелой стадии имеются материальные проблемы, 40% нуждаются в улучшении жилищных условий. При этом две трети пациентов не имеют информации о доступной социальной помощи.

При организации паллиативной помощи обязательно нужно оказывать и социальную поддержку больному и членам его семьи. В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать:

* диагностику социальных проблем больного;
* разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации;
* проведение мероприятий по соцзащите, поддержке, бытовому устройству;
* информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении;
* организацию и проведение медико-социальной экспертизы.

**Формы оказания помощи**

Существует несколько форм оказания паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями.

***Хосписная помощь***

Основной целью хосписной помощи является постоянная забота о пациенте как о личности. Хоспис помогает в решении всех проблем больного — начиная от снятия болевого синдрома до предоставления места для проживания и обеспечения других физических, эмоциональных, духовных и социальных потребностей человека в последние дни жизни. Сотрудники хосписа и волонтеры работают совместно, направляя все усилия на обеспечение больному максимально комфортных условий.

Хосписы оказывают не только стационарную, но и амбулаторную паллиативную помощь. Стационар в хосписе может быть как дневным, так и круглосуточным. Большинство хосписов располагает выездной патронажной службой.

Больной попадает в хоспис по направлению лечащего врача-онколога. Для такого направления существуют определенные основания:

* наличие онкологического заболевания на тяжелой стадии, подтвержденное медицинскими документами;
* наличие болевого синдрома, устранить который в домашних условиях невозможно;
* наличие социально-психологических показаний, таких как глубокая депрессия, невозможность ухода со стороны родственников, конфликты в семье.

***Помощь в конце жизни***

Этот термин может быть использован как синоним хосписной помощи в том случае, когда под «концом жизни» подразумевается период, в течение которого врачи и пациент знают, что болезнь закончится смертельным исходом.

Под помощью в конце жизни может пониматься как паллиативный уход в последние двое или трое суток перед смертью, так и помощь пациентам, умирающим в неспециализированных клиниках.

В некоторых странах в это понятие также входит последняя медицинская помощь больным, не нуждающимся в паллиативном уходе.

***Терминальная помощь***

Под терминальной помощью раньше понималась всесторонняя паллиативная помощь онкологическим больным с ограниченным сроком жизни. В новых определениях понятие паллиативной помощи не ограничивается финальной стадией заболевания. Европейская ассоциация паллиативной помощи не рекомендует широкое использование термина «терминальная помощь», кроме как для описания ухода за больным в самые последние дни и часы его жизни.

***Помощь выходного дня***

Целью организации такой помощи служит предоставление родственникам, ухаживающим за больным, кратковременного отдыха. Такой вид паллиативного ухода осуществляется в дневных стационарах, специальных отделениях или с участием выездных патронажных служб при хосписах.

**Варианты организации паллиативной помощи**

Организация оказания паллиативной помощи может осуществляться одним из трех способов.

***Стационарная форма***

На сегодняшний день действует приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (далее — Порядок), в пунктах 19 и 20 которого предусмотрена паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Она оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, в том числе с применением наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний. Оказание паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере, а также в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, осуществляется по направлению участкового врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения. Правила организации деятельности, штатная численность и стандарт оснащения оборудованием отделений анестезиологии и реанимации, реанимации и интенсивной терапии приводятся в приложениях № 8–36 к указанному выше Порядку.

***Амбулаторная форма***

Согласно пункту 19 Порядка паллиативная медицинская помощь может оказываться амбулаторно.

Амбулаторной формой учреждений, оказывающих паллиативную помощь, являются кабинеты противоболевой терапии. Медицинский персонал такого кабинета ведет прием больных, оказывает необходимую консультативную помощь и проводит лечение в дневном стационаре. При отсутствии дневного стационара за противоболевым кабинетом закрепляют койки онкологического профиля в непрофильных больницах.

***Обратите внимание!***

*Рекомендации по вопросам обезболивающей терапии даны в письмах Минздрава России: от 20 ноября 2014 г. № 25-4/10/2-8738 «По вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии» и от 27 февраля 2014 г. № 25-4/10/2-1277 «Об обезболивающей терапии нуждающимся пациентам при оказании им медицинской помощи».*

Специалисты кабинета противоболевой терапии также оказывают психологическую и моральную поддержку больному и его родственникам.

***Паллиативная медпомощь в домашних условиях***

Если кабинет противоболевой терапии имеет собственный транспорт, то врачи могут оказывать необходимую помощь на дому. Из-за недостаточного количества специализированных отделений и хосписов многие больные после прекращения противоопухолевого лечения выписываются домой. Поэтому организация паллиативной помощи на дому — одно из важных направлений работы кабинетов противоболевой терапии и бригад патронажной помощи. Основой паллиативного ухода на дому является постоянный профессиональный надзор за пациентом. Фактически он предполагает преемственность лечения в стационаре, включающего противоболевую терапию, поддерживающий уход, психологическую и социальную помощь в полном объеме. Нередко в работе патронажных бригад принимают участие волонтеры, прошедшие специальное обучение.

**Типы учреждений, оказывающих услуги**

Паллиативная помощь может быть оказана как в специализированных, так и в неспециализированных медицинских учреждениях. Поскольку количество узкопрофильных клиник еще слишком невелико, их обязанности вынуждены выполнять обычные больницы.

***Неспециализированные учреждения паллиативной помощи***

К ним относятся:

* районные службы сестринского ухода;
* врачи общей практики;
* амбулаторные службы сестринского ухода;
* отделения больниц общего профиля;
* дома для престарелых.

Персонал в этих учреждениях не всегда имеет специализированную подготовку, поэтому клиники должны иметь возможность консультации со специалистами по мере необходимости. Работа служб в неспециализированных учреждениях должна быть налажена таким образом, чтобы неизлечимо больной пациент мог получить необходимую помощь вне очереди и максимально быстро.

***Специализированные учреждения и центры***

В перечень специализированных учреждений входят:

* стационарные отделения паллиативной помощи;
* стационарные хосписы;
* команды паллиативной помощи в больницах;
* патронажные бригады паллиативной помощи на дому;
* дневные хосписы;
* стационары на дому;
* амбулаторные клиники.

Оказание профессиональной паллиативной помощи требует взаимодействия команды специалистов разного профиля.

Среди крупных центров и отделений паллиативной медицины можно выделить 1-й Центр паллиативной медицины в Москве, открытый на базе городской больницы № 11. Профессиональную паллиативную помощь оказывают в специализированных отделениях Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, ГКБ № 51, Морозовской и Юсуповской больниц, в клинике Экстрамед г. Москвы, в государственных и частных хосписах.

Ежегодно в разных регионах страны открываются платные хосписы и отделения паллиативного ухода, что в какой-то степени снимает остроту проблемы недостатка мест в государственных клиниках.

**Порядок оказания паллиативной медицинской помощи в России**

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи, как говорилось выше, регламентируется приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

Претендовать на получение паллиативной помощи могут пациенты, у которых диагностировано неизлечимое прогрессирующее заболевание, в том числе различные формы злокачественных образований. Показанием к паллиативному лечению также является развитие хронического болевого синдрома, значительно ухудшающего качество жизни.

Паллиативная помощь может быть оказана медицинскими или иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность. Что касается медработников, то отдельной нормы, регламентирующей оказание паллиативной помощи, нет. Основное требование — прохождение специального обучения.

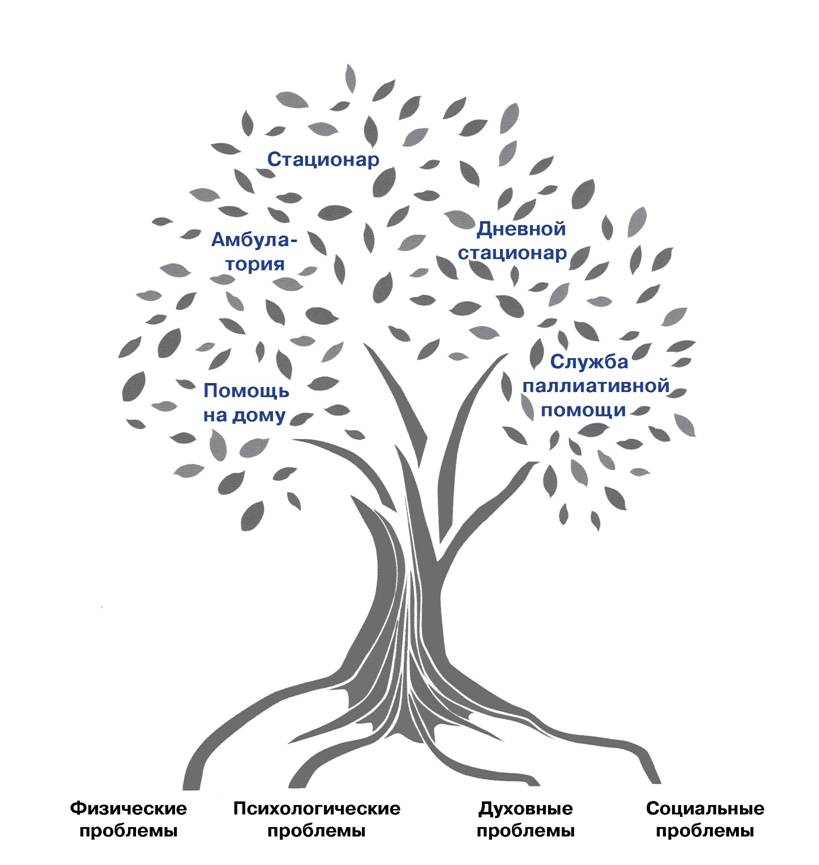
Порядок оказания паллиативной помощи описывает все этапы процесса: от направления больных в медицинские учреждения до правил организации хосписов.

***Важно!***

*Государственная паллиативная помощь является бесплатной! В частности, об этом сказано в постановлении Правительства РФ от 10 декабря 2018 года «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 годи на плановый период 2020 и 2021 годов».*

К сожалению, учреждений, обеспечивающих паллиативный уход в России, все еще недостаточно. Особенно это касается регионов, где большинство тяжелобольных вынуждены находиться дома. В стране сейчас всего около ста профильных клиник и отделений. По подсчетам специалистов, для того чтобы предоставить помощь всем нуждающимся, необходимо открыть еще пятьсот.

*Уровень сервиса в государственных клиниках, что и говорить, зачастую не слишком высокий. Это обусловлено недостаточным финансированием, низкими зарплатами медсестер, нехваткой нужных медикаментов, слабой мотивацией всего персонала. Тем не менее все учреждения паллиативной помощи предоставляют комплекс мер по улучшению качества жизни больного, включая психологическую и социальную поддержку, а также располагают необходимым оборудованием. При решении ухаживать за тяжелобольным самостоятельно важно не только проявить заботу и участие, но и создать особые условия. Возможно, придется приобрести специальную мебель и различные приспособления для ухода. Получение качественной паллиативной помощи — принципиальный момент для неизлечимо больного человека на тяжелейшем этапе его жизни.*



**Дополнительные материалы**

Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] / Медик В.А., Лисицин В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970450499.html

12.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX века привело к тому, что большая часть пациентов, ранее обреченных на смерть, сегодня получает необходимую медицинскую помощь, однако некоторые из них вынуждены прожить остаток жизни с заболеванием, которое невозможно полностью вылечить. К сожалению, естественное течение большинства хронических заболеваний прогрессирует, и на том или ином этапе наступает декомпенсация с неизбежным летальным исходом. Как правило, уходу из жизни при таком течении заболевания предшествует конечный период продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев.

В конечном периоде жизни на качество жизни пациента помимо проявлений основного заболевания влияет ряд негативных факторов: сопутствующие заболевания, побочные эффекты терапии, психологический и социальный дискомфорт, обусловленный наличием хронического прогрессирующего заболевания.

Несмотря на то, что большая часть бюджета здравоохранения многих стран мира расходуется на оказание паллиативной медицинской помощи, доступность и уровень этой помощи далеко не всегда соответствуют реальной потребности населения.

Сложности, связанные с медицинским обслуживанием и уходом, доступностью обезболивающих средств, отсутствие и дороговизна необходимых лекарственных препаратов, дефицит медицинского персонала и транспорта для оказания помощи на дому обостряют проблему. К страданиям пациентов прибавляются переживания их родственников. Улучшение качества жизни больного в конечной стадии хронического прогрессирующего заболевания - одна из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения, помочь в решении которой призвана паллиативная медицина.

Паллиативная медицина - область здравоохранения, занимающаяся улучшением качества жизни больных с прогрессирующими хроническими заболеваниями при ограниченных или исчерпанных возможностях специализированного лечения. Она включает в себя всеобъемлющую заботу о больных в поздних стадиях активного прогрессирующего заболевания с небольшим предполагаемым сроком жизни. При этом основное внимание уделяют облегчению и предотвращению страданий пациента, поддержанию качества жизни на максимально приемлемом для него уровне. Для решения всех проблем больного - как физических, так и психологических - используют единый междисциплинарный подход: врачи, медицинские сестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все возможные мероприятия для оказания помощи пациенту. Паллиативная медицинская помощь призвана повышать качество жизни больного, несмотря на предполагаемую ограниченную продолжительность жизни. Главный принцип паллиативной помощи - найти способ повысить качество оставшегося отрезка жизни больного и облегчить его страдания вне зависимости от характера и тяжести заболевания.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназии и самоубийства при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии самоубийству обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода за больным и его лечения.

При развитой междисциплинарной паллиативной помощи больной не должен испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых часто возникают мысли об эвтаназии. Формирование принципов паллиативной медицины исходило из того факта, что пациент в терминальной стадии болезни не получает в лечебном учреждении соответствующей его потребностям медицинской помощи и необходимого ухода.

Методы паллиативной медицины дополняют лечебные мероприятия, что обеспечивает действенный и единый подход, значительно улучшающий результаты лечения основного заболевания. Приемы паллиативной медицины используют разные специалисты при лечении хронической боли, купировании других симптомов заболевания,

особенно при наличии психологических проблем. В связи с этим современная паллиативная медицина предъявляет высокие требования к врачам и медицинским сестрам, оказывающим паллиативную помощь. От них требуются не только специальные знания в разных областях клинической медицины, фармакологии, психотерапии, но и владение коммуникативными навыками.

Накопленный мировой и отечественный опыт может быть использован для разработки и внедрения современной методологии, обеспечивающей получение высококачественной паллиативной медицинской помощи. В соответствии с Резолюцией 1649 Совета Европы (2009 г.) паллиативную помощь рассматривают как инновационный метод оказания помощи одновременно в здравоохранении и системе социального обеспечения. В связи с этим экспертами Европейской ассоциации паллиативной помощи были разработаны единые стандарты оказания паллиативной помощи.

В соответствии с этими стандартами паллиативную помощь рассматривают как активную, всестороннюю помощь неизлечимым больным. Особое значение придают купированию боли, устранению других патологических симптомов, социальных, психологических и духовных проблем. Подчеркнута важность мультидисциплинарного подхода к оказанию паллиативной помощи, при этом ее сфера не ограничивается только пациентом, а охватывает его семью и общество в целом. Паллиативную помощь оказывают независимо от условий лечения: на дому, амбулаторно или в стационаре (дневной или круглосуточный).

Паллиативная помощь не должна способствовать ни ускорению смерти, ни продлению существования любой ценой. Основная ее цель - сохранение максимально возможного качества оставшейся жизни.

Поддерживающее, или сопроводительное, лечение - комплекс мер, направленных на предотвращение и устранение клинических проявлений основного заболевания или побочных эффектов, связанных с лечением.

Восстановительная помощь - особый вид помощи членам семьи и родственникам, ухаживающим за тяжелобольным близким человеком.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента - ключевой момент при определении сущности паллиативной медицины, ориентированной на помощь больному, а не на устранение его болезни. Паллиативная помощь подразумевает положительное влияние на различные аспекты, обусловливающие качество жизни неизлечимо больного человека: медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные. Единый подход, объединяющий эти аспекты, - признак высококачественной и правильно организованной паллиативной медицинской помощи. Для этого медицинским работникам следует соблюдать ряд правил:

- выражение сочувствия и сострадания, внимание ко всем нуждам пациента;

- помощь в решении любых возникающих у пациента проблем;

- восприятие пациента как личности, а не как «клинического случая»;

- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов пациента;

- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания. Уважение автономии пациента и членов его семьи, их духовных ценностей - краеугольный камень философии паллиативной помощи.

Паллиативную помощь оказывают, если пациент и/или члены его семьи готовы к ней и дали согласие, основанное на получении ими полной информации о ее плане, типе и объеме. Сохранение достоинства пациента - основной этический принцип паллиативной помощи. Ее оказывают с учетом личностных особенностей пациента, его культурных и религиозных ценностей. Паллиативная помощь требует доверительных отношений и сотрудничества специалистов в области паллиативной медицины, пациента и членов его семьи.

Оказание паллиативной помощи не зависит от наличия той или иной болезни. Ее оказывают всем нуждающимся с любыми неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, предполагающими неблагоприятный прогноз для жизни. Ежегодно в Европе более 1,5 млн человек умирают от ЗН и около 6 млн - от других хронических заболеваний. Почти во всех европейских странах существует система паллиативной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями. При этом методологические и организационные подходы к паллиативной помощи пациентам с другими хроническими прогрессирующими неизлечимыми болезнями (СПИД, неврологические заболевания, терминальная стадия хронической сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности) имеют существенные географические различия. В связи с этим одна из приоритетных задач общеевропейской и национальной политики в здравоохранении - создание условий для обеспечения высококачественной паллиативной помощи пациентам с неонкологическими заболеваниями. При определении потребности в специализированной паллиативной помощи в европейских странах исходят из структуры контингента пациентов: с онкологическими заболеваниями - 60% и неонкологическими - 40% всех нуждающихся.

Специалисты едины во мнении, что невозможно абсолютно точно определить этап развития хронического заболевания, когда следует переходить от обычного лечения к паллиативной помощи. Последнюю необходимо начинать как можно раньше при диагностике заболевания, неблагоприятного прогноза, параллельно с другими видами лечения. При этом ее объем будет увеличиваться по мере приближения к терминальной стадии болезни.

Особенности оказания паллиативной помощи детям. Этот раздел паллиативной медицины имеет особое значение. Изменение структуры детской заболеваемости и смертности привело к увеличению числа состояний и заболеваний, требующих паллиативной помощи, что связано с улучшением показателей выживаемости недоношенных детей с малым весом и увеличением прогнозируемой продолжительности жизни детей с хроническими заболеваниями. В соответствии с рекомендациями «Ассоциации детей с ограниченным сроком жизни или в терминальном состоянии и их родителей» выделяют четыре группы заболеваний у детей, которые требуют паллиативной помощи:

- угрожающие жизни состояния, при которых паллиативная помощь необходима в течение определенного периода, связанного с неуверенностью в прогнозе заболевания, и при нецелесообразности дальнейшего интенсивного лечения (например, онкологические заболевания, врожденные или приобретенные необратимые органические поражения сердца, печени или почек);

- состояния, при которых длительное интенсивное лечение направлено на продление жизни и даже позволяет определенное время вести обычный образ жизни, но при котором преждевременная смерть неизбежна (например, амиотрофия Вернига- Гоффмана, мышечная дистрофия, муковисцидоз и т.д.);

- прогрессирующие тяжелые состояния, обыкновенно длящиеся годами, при которых куративное лечение не применяют (например, врожденные генетические заболевания, мукополи-сахаридоз и др.);

- состояния с тяжелой неврологической симптоматикой, часто не прогрессирующие, но вызывающие значительное ухудшение качества жизни и требующие комплексного медицинского ухода (например, врожденные или приобретенные повреждения спинного или головного мозга).

12.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Паллиативная медицинская помощь населению РФ оказывается в соответствии со ст. 32 и ст. 36 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно Закону, паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направ-

ленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, для улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь финансируется в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Организационные формы оказания населению РФ паллиативной медицинской помощи, необходимые для этого штатные должности и стандарты оснащения медицинским оборудованием регламентированы Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Согласно этому приказу, паллиативную медицинскую помощь могут оказывать в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача.

Паллиативную медицинскую помощь оказывают неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

Оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным осуществляется врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, во взаимодействии с врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента. К оказанию этой помощи могут привлекаться и другие врачи-специалисты.

Паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях оказывают в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также бригадами отделения выездной патронажной службы. Паллиативную медицинскую помощь в условиях дневного стационара оказывают в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи. В стационарных условиях паллиативную помощь оказывают в отделениях и центрах паллиативной медицинской помощи.

Направление больных в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-специалисты по профилю основного заболевания больного.

В медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, проводят лечебные мероприятия, определяют медицинские показания для направления больного на стационарное лечение, при наличии медицинских показаний организуют консультации врачей-специалистов. При отсутствии возможности оказания больному паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара пациента в плановом порядке направляют в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение или центр паллиативной медицинской помощи.

12.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кабинет паллиативной помощи служит структурным подразделением медицинской организации и создается с целью оказания ПМСП неизлечимо больным гражданам.

На должность врача такого кабинета назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи. На должность медицинской сестры кабинета назначают специалиста, соответствующего требованиям квалификационной характеристики.

Кабинет осуществляет следующие функции:

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

- обследование, динамическое наблюдение за больными, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи;

- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества;

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

- организация для больных консультаций с врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

- оказание консультативной помощи врачами 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 и др.

Оснащение кабинета паллиативной медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартом оснащения (табл. 12.1). Для работы в кабинете предусмотрены 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи (на 20 тыс. прикрепленного взрослого сельского или 100 тыс. городского населения) и 1 должность медицинской сестры на каждую должность врача.

12.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дневной стационар служит структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь.

Руководство дневным стационаром осуществляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создан дневной стационар. На должность врача дневного стационара назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной

медицинской помощи. На должность медицинской сестры назначают специалиста с соответствующей квалификационной характеристикой.

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;

- 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, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными и др.

В дневном стационаре работают: заведующий - врач по паллиативной медицинской помощи, должность которого вводится при наличии не менее 15 пациенто-мест; врач по паллиативной медицинской помощи - из расчета 1 должность на 10 пациенто-мест; старшая медицинская сестра - при наличии не менее 15 пациенто-мест; медицинская сестра палатная (постовая) - 1 должность на 5 пациенто-мест; медицинская сестра процедурная - 1 должность на 10 пациенто-мест; санитар - 1 должность на 10 пациенто-мест.

12.5. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Отделение служит структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную и специализированную медицинскую помощь.

Руководство отделением осуществляется заведующим, назначаемым на должность и освобождаемым от должности руководителем медицинской организации. На должность врача отделения назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи. На должность медицинской сестры отделения назначают специалиста, соответствующего квалификационным характеристикам.

Отделение осуществляет следующие функции:

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

- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества;

- 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 при заболеваниях, требующих оказания паллиативной медицинской помощи, и др.

В отделении работают: заведующий - врач по паллиативной медицинской помощи; врач по паллиативной медицинской помощи - 1 должность на 10 коек; врач-психотерапевт - 1 должность на 20 коек; медицинский психолог - 1 должность на 20 коек; медицинская сестра палатная (постовая) - 4,5 должности на 8 коек; медицинская сестра процедурной - 1 должность на 10 коек; медицинская сестра перевязочной - 1 должность на 10 коек; одна старшая медицинская сестра; младшая медицинская сестра по уходу за больными - 4,5 должности на 5 коек; санитар - 1 должность на 5 коек (для уборки помещений); одна сестра-хозяйка.

12.6. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Подготовка и переподготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи имеет огромное значение. Учебные программы подготовки и переподготовки кадров врачей и средних медицинских работников по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи должны включать в себя вопросы этики и деонтологии, особенностей выбора тактики паллиативной медицинской помощи, современной методологии контроля симптомов.

Требования к среднему медицинскому персоналу паллиативной медицинской помощи должны соответствовать мировому и отечественному опыту:

- умение решать психосоциальные проблемы неизлечимых больных и их родственников;

- способность учитывать культурные и этнические особенности пациентов при оказании им паллиативной помощи;

- проявление внимания к духовным запросам терминальных пациентов;

- умение общаться с неизлечимыми пациентами;

- знание этических проблем паллиативной помощи;

- умение оказать помощь людям, пережившим потерю близких;

- владение навыками коллективной работы в комплексной бригаде паллиативной помощи.

Таким образом, введение на государственном уровне в систему здравоохранения РФ нового вида помощи - паллиативной - должно помочь в создании необходимых условий для эффективного решения медицинских и социальных проблем нуждающихся в ней пациентов.

**Задания по изученному материалу:**

**1.Изучи теоретический материал, используя конспект лекции и учебник** В.А.Лапотников., В.Н.Петров, А.Г.Захарчук Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. - СПб: «Издательство ДИЛЯ», 2007. - 384 с.: с ил.

**2. Подготовьте устно ответы на контрольные вопросы:**

1. Назовите основные причины развития паллиативной медицинской помощи.
2. Дайте определение термина «паллиативная медицина»
3. Назовите задачи паллиативной помощи
4. Объясните, что обозначает целостный подход при оказании паллиативной помощи?
5. Назовите правила, которыми должны руководствоваться медицинские работники при оказании паллиативной медицинской помощи.
6. Перечислите показания для получения паллиативной медицинской помощи
7. Назовите принципы оказания паллиативной помощи
8. Назовите основные подходы к оказанию паллиативной помощи
9. Назовите организационные формы оказания населению паллиативной медицинской помощи
10. Перечислите типы учреждений, оказывающих паллиативную помощь
11. Назовите особенности оказания паллиативной помощи детям
12. Назовите функции кабинета паллиативной медицинской помощи
13. Назовите функции дневного стационара паллиативной медицинской помощи
14. Назовите функции отделения паллиативной медицинской помощи
15. Назовите требования к среднему медицинскому персоналу при оказании паллиативной медицинской помощи

**16\*.** Напишите эссе по теме «Оказывает ли помощь паллиативная медицина?».