

ХОСПИСЫ

Сборник материалов

*2-е издание,
исправленное и дополненное*

Москва, 2011



Составители:
В.В. Миллионщикова, С.А. Полишкис, Е. Кадетова (отв. ред.),
Н. Федермессер, М. Граусман, Т. Семчишина.

Хосписы. Сборник материалов: литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2011. —

ISBN 978-5-905700-02-6

© Благотворительный фонд
помощи хосписам «Вера», 2011.

Редактор переиздания
Е. Кадетова

Корректор
Елена Степанович

Оригинал-макет
Елены Ниверт

Дизайн обложки

Благотворительный фонд
хосписам «Вера»
115477, г. Москва,
Пролетарский пр-т, д. 39,
кв. 27. Тел. 8-901-595-95-07
www.hospicefund.ru

Подписано в печать
31.10.2011
Формат 60×90/16.
Усл. печ. л. 33,0.
Печать офсетная.
Тираж 500 экз.

*Посвящается памяти
Веры Васильевны Миллиончиковой*

За помощь в работе над переизданием сборника Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» благодарит:

Олега Вавилова, Елену Ниверт, а также:

Елену Введенскую, Фредерику де Грааф, Викторию Капустину,
Митю Кобринского, Алсу Котельникову, Дилнозу Муйдинову,
Ирину Мыльникову, Светлану Рейтер, Татьяну Фабулову,
Наталью Федину, Елену Фесовец, Марию Филину.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В сборнике материалов «Хосписы» в систематизированном виде собраны литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы по основным вопросам организации и функционирования хосписов.

Актуальность сборника обусловлена тем, что в России вопросы оказания паллиативной помощи умирающим больным до сих пор решаются неполноценно и не повсеместно. Действующие директивные документы, посвященные этому вопросу, не содержат конкретных рекомендаций по организации работы хосписов, численности обслуживающего персонала, формам его обучения и подготовки к работе в хосписах или являются устаревшими. На местах нет должной информации о действующих приказах Министерства здравоохранения и социального развития; зачастую смешиваются понятия «хоспис» и «дом сестринского ухода», чему в немалой степени способствовал приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 г. № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»; нет полноценного представления о функциональных обязанностях персонала хосписа.

Сборник составлен на основе зарубежных и отечественных публикаций и включает различные рекомендательные материалы, основанные на опыте работы зарубежных хосписов и Первого Московского хосписа.

Сборник предназначен для организаторов здравоохранения, врачей и среднего медицинского персонала хосписов и паллиативных отделений, а также для всех, кто интересуется вопросами организации паллиативной помощи и хосписного движения.

В.В. Миллионщикова

ГЛАВА 1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

1.1. Определение понятий «хоспис» и «паллиативная помощь»

Термин «паллиативный» этимологически связан с латинским глаголом *palliare* — «сглаживать», «прикрывать», «скрашивать». В самом термине, таким образом, уже выражена суть понятия: паллиативная помощь как бы сглаживает, скрывает проявления неизлечимой болезни, скрашивает последние дни или месяцы жизни пациента и время переживания утраты его близкими.

В соответствии с определением, предложенным Всемирной организацией здравоохранения в 1982 году, паллиативной помощью называлась «активная всесторонняя помощь пациентам в том случае, когда лечение оказывается уже неэффективным». В 2002 году, однако, в связи с распространением СПИДа, стремительным старением населения и увеличением числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, это определение было скорректировано и сформулировано в следующем виде:

Паллиативная помощь — направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов — физических, психологических и духовных.

То есть в прежнем определении ВОЗ (1982) паллиативная помощь трактовалась как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано. «Сегодня, однако, общепризнано, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае

любого неизлечимого заболевания. Это изменение появилось благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни. Кроме того, в новом определении период оказания помощи выходит за рамки периода болезни и включает в себя необходимость поддержки близких и после смерти пациента, которые переживают тяжелую утрату» [1, с. 15].

Более наглядно вышесказанное можно представить в виде следующей схемы (рис. 1), из которой видно, что:

- оказание паллиативной помощи начинается с момента постановки диагноза и, в случае неблагоприятного развития заболевания, не заканчивается смертью пациента, а продолжается в виде предоставления поддержки близким умершего;
- при неблагоприятном течении болезни роль паллиативной помощи постепенно увеличивается по сравнению с радикальным лечением и в терминальной стадии (почти) вытесняет его;
- с момента перехода болезни в терминальную стадию всесторонняя помощь и поддержка, по желанию пациента и его семьи, предоставляется хосписной службой (о формах организации хосписной помощи см. далее).



Рис. 1. Соотношение радикального лечения, паллиативной и хосписной помощи

Стоит уточнить, что понятие «паллиативная помощь» – шире, чем непосредственно связанные с ним понятия «паллиативное (симптоматическое) лечение» и «паллиативная медицина», являющиеся лишь составляющими первого.

Итак, паллиативная помощь:

- поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривая смерть как естественный процесс;
- не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление;
- обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов (паллиативное лечение);
- включает психологическую и духовную поддержку больного;
- предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти;
- предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после его кончины;
- стремится максимально улучшить качество жизни пациента, что может положительно влиять на течение болезни.

В контексте вышесказанного хотелось бы упомянуть и о вопросе легализации эвтаназии. «Еще в 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем официальном докладе отметил: «С развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии. Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи.

В настоящее время концепция паллиативной помощи состоит в том, что преднамеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются» (выдержка из Методических рекомендаций по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 сентября 2008 г., полный текст – см. Приложение 3).

Методы и принципы паллиативной помощи реализуются в хосписах.

Слово «хоспис» имеет латинское происхождение. Латинское слово *hospes* первоначально означало «чужестранец», «гость». Но в позднеклассические времена значение его изменилось, и оно стало обозначать также хозяина, а слово *hospitalis*, прилагательное от *hospes*, означало «гостеприимный, дружелюбный к странникам». От этого слова произошло и другое — *hospitium*, означавшее дружеские, теплые отношения между хозяином и гостем, а впоследствии и место, где эти отношения развивались. Эквивалент в древнееврейском языке имеет то же значение гостеприимства. В поздние времена латинское *hospes* трансформировалось в английское слово *hospice*, которое, по данным Большого англо-русского словаря (1989), означает «прият», «богадельня», «странноприимный дом».

В настоящее время понятие «хоспис» используется, как правило, в двух значениях.

В первом и основном значении хоспис — это тип медико-социального учреждения, где пациенты в терминальной стадии заболевания получают достойный уход, где проводится симптоматическое (паллиативное) лечение и оказывается духовная, психологическая и социально-юридическая поддержка как самому пациенту, так и его близким.

В то же время развитие хосписного движения и открытие огромного числа этих учреждений в различных странах постепенно привело к тому, что слово «хоспис» (хосписная служба) стало использоваться и как обозначение части системы паллиативной помощи, включающее в себя концепцию ухода за умирающими больными [60] и всесторонней поддержки, оказываемой как самому пациенту, так и его близким в период заботы о нем и после утраты.

1.2. История возникновения хосписов

Р. Поллетти [31] отмечает, что хосписами назывались ночлежки или богадельни, где останавливались паломники по пути на Святую Землю. Обычно они располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников, и были своего

рода домами призрения для уставших, истощенных или заболевших странников. Однако хосписы не отказывали в помощи и окрестным жителям.

Слово «хоспис», этимологически не связанное со смертью, в более поздние периоды получило ряд неожиданных значений, перекликающихся с целями и задачами сегодняшнего хосписа. Хотя большинство раннехристианских хосписов заботилось в большей мере о душевном покое своих гостей, в хосписах заботились и о теле заболевших, считали их паломниками на важном пути, пути духовного совершенствования. Конечно, первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими, однако, без сомнения, их заболевшие гости были окружены заботой и вниманием до конца.

Сегодняшние принципы работы хосписов, создававшихся для облегчения страданий в основном раковых больных на поздних стадиях развития болезни, берут свое начало еще в раннехристианской эре. Зародившись вначале в Восточном Средиземноморье, идея хосписов достигла латинского мира во второй половине IV века нашей эры, когда Фабиола, римская матрона и ученица св. Иеронима, открыла хоспис для паломников и больных. С этого времени множество монашеских орденов прилагали значительные усилия, чтобы выполнить заповедь из притчи об овцах и козлах (Мф. 25: 35–36) — накормить алчущего, напоить жаждущего, принять странника, одеть нагого, посетить больного или узника. Эти принципы наряду с заповедью «Так, как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25:40) были основой благотворительной деятельности, распространившейся по всей Европе.

Заботу о неизлечимо больных и умирающих принесло в Европу христианство. Античные медики, следуя учению Гиппократу, полагали, что медицина не должна «протягивать свои руки» к тем, кто уже побежден болезнью. Помощь безнадежно больным считалась оскорблением богов: человеку, даже наделенному даром врачевания, не пристало сомневаться в том, что боги вынесли больному смертельный приговор.

Первое употребление слова «хоспис» в применении к уходу за умирающими появилось лишь в XIX веке. К этому времени часть средневековых хосписов закрылась из-за Реформации. Другие стали домами призрения для престарелых больных. Большая часть работы,

которую они выполняли раньше, перешла к «больницам», врачи которых, переняв идеи Гиппократ и Галена, занимались только больными, имеющими шансы на выздоровление. Безнадежно больные пациенты могли уронить авторитет врача. Они доживали свои дни почти безо всякой медицинской помощи в домах призрения. В начале XIX века врачи редко приходили к умирающим больным, даже чтобы констатировать их смерть. Эту обязанность выполняли священники или чиновники.

В 1842 году Жанн Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался Хоспис, а также «Голгофа». Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас, и по крайней мере один из этих хосписов участвует в подъеме движения паллиативного ухода в этой стране.

Тридцать лет спустя, в 1879 году, ирландские сестры милосердия независимо от хосписов Жанн Гарнье основали в Дублине хоспис Богоматери для умирающих. Орден матери Мэри Айкенхед (Mary Aikenhead) был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими. К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис, хоспис св. Иосифа в лондонском Ист-Энде в 1905 году, в городе уже действовали по меньшей мере три протестантских хосписа, которые назывались «Дом отдохновения» (открылся в 1885 году), «Гостиница Божия» (позднее — «Хоспис Святой Троицы», открылся в 1891 году) и «Дом святого Луки для бедных умирающих» (открылся в 1893 году). Последний, основанный Говардом Барретом и Методистской миссией в Восточном Лондоне, публиковал подробные и живые годовые отчеты. Доктор Баррет размещал там захватывающие истории об отдельных пациентах, их личности. Он писал очень мало о симптоматическом лечении, но живо описывал характер своих пациентов, их мужество перед лицом смерти. Он глубоко сочувствовал семьям умерших, оставшимся дома в такой нищете, которой не могла помочь ни одна социальная организация. Так, в 1909 году он писал: «Мы не хотим говорить о наших больных как о простых “случаях из нашей практики”. Мы осознаем, что каждый из них — это целый мир со своими особенностями, своими печалью и радостями, страхами

и надеждами, своей собственной жизненной историей, которая интересна и важна для самого больного и небольшого круга его близких. Нередко в эту историю посвящают и нас».

Именно в этот хоспис в 1948 году пришла Сесилия Сондерс, основательница современного хосписного движения. И даже в то время, спустя 40 лет, молодым сотрудникам раздавали экземпляры годовых отчетов, чтобы дать им представление о духе настоящей хосписной работы.

Основным вкладом Сесилии Сондерс в хосписное движение и, таким образом, в целую отрасль паллиативной медицины было установление режима приема морфина не по требованию, а по часам, позволяющего предупредить наступление сильных болей. Такой режим выдачи обезболивающего был действительно огромным и революционным шагом вперед в деле ухода за больными с неизлечимыми стадиями рака. В то время как в других больницах пациенты просто умоляли персонал избавить их от боли и часто слышали фразу: «Вы еще можете немного потерпеть» (врачи боялись сделать своих пациентов наркоманами), пациенты хосписа св. Луки почти не испытывали физической боли. Хоспис использовал для снятия боли так называемый «бромптонский коктейль», состоящий из опиоидов, кокаина и алкоголя, используемый врачами Бромптонской больницы для пациентов с поздними стадиями туберкулеза.

В 1935 году Альфред Ворчестер опубликовал маленькую книжку «Уход за больными и умирающими», впоследствии ставшую классической. Это были три лекции, прочитанные студентам-медикам в Бостоне. Когда книга увидела свет, автору было уже семьдесят лет, большую часть которых он проработал семейным врачом. Однако доктор Ворчестер смог написать эту книгу не только благодаря своему огромному опыту, но и благодаря помощи, которую он получил от диаконис Дома отдохновения и парижских монахинь ордена святого Августина. Этот автор по праву считается пионером в паллиативном уходе.

Другая важнейшая работа, посвященная уходу за умирающими, была опубликована мемориальным Фондом Марии Кюри в 1952 году. Это доклад, составленный по результатам вопросника, разосланного районным медсестрам. Он систематически описывает симптомы физического и социального стресса у раковых больных, находящихся дома.

Основываясь на полученной информации, Фонд Марии Кюри начал организовывать стационары и выездные службы, готовить медсестер для домашнего ухода, проводить фундаментальные исследования и создавать образовательные программы.

В 1947 году доктор Сесилия Сондерс, тогда недавно аттестованный социальный работник и бывшая медсестра, встретила на своем первом обходе в хосписе св. Луки пациента лет сорока, летчика по имени Давид Тасма, который приехал из Польши. У него был неоперабельный рак. После нескольких месяцев он был переведен в другую больницу, где доктор Сесилия Сондерс навещала его еще два месяца до его смерти. Они много беседовали о том, что могло бы помочь ему прожить остаток жизни достойно, о том, как, освободив умирающего от боли, дать ему возможность примириться с собой и найти смысл своей жизни и смерти. Эти беседы и положили начало философии современного хосписного движения.

После смерти Давида Тасмы Сесилия Сондерс пришла к убеждению, что необходимо создавать хосписы нового типа, обеспечивающие пациентам свободу, позволяющую найти собственный путь к смыслу бытия. В основу философии хосписа были положены, прежде всего, забота о личности, открытость разнообразному опыту, научная тщательность психологических, медицинских, социальных разработок.

После того как в 1967 году хоспис св. Христофора, первый современный хоспис, созданный усилиями Сесилии Сондерс, открыл в Великобритании свой стационар, а в 1969 году организовал выездную службу, туда приехала делегация из Северной Америки. Флоренс Вальд, декан школы медсестер в Еле и Эдд Добингел, священник Университетского госпиталя, были среди основателей первой выездной службы хосписа в г. Нью-Хэвен, штат Коннектикут. В 1975 году хоспис появился и в Канаде, в Монреале. Этот хоспис был основан на базе очень скромного отдела паллиативной помощи и включал в себя выездную службу, а также нескольких врачей-консультантов. Это было первое употребление слова «паллиативный» в этой области, так как во франкоязычной Канаде слово «хоспис» означало опеку или недостаточную помощь.

В 1969 году выходит в свет книга «О смерти и умирании», написанная Элизабет Кюблер-Росс. Эта книга произвела революцию в обще-

ственном сознании того времени. Доктор Кюблер-Росс в своей книге утверждает, что смерть – это не «недоработка медицины», а естественный процесс, заключительная стадия роста человека. Проработав много лет с неизлечимо больными в медицинском центре университета Колорадо, она имела возможность наблюдать и описывать процесс умирания от паники, отрицания и депрессии до примирения и принятия. Именно Элизабет Кюблер-Росс положила начало обсуждению темы смерти в медицинском сообществе, доказывая врачам, что высокотехнологичная медицина не способна решить всех проблем человеческого существования.

С начала 1980-х годов идеи хосписного движения начинают распространяться по всему миру. С 1977 года в хосписе св. Христофора начинает действовать Информационный центр, который пропагандирует идеологию хосписного движения, помогает только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекомендациями по организации дневных стационаров и выездных служб.

Регулярно проводимые конференции по хосписному уходу позволяют встречаться и обмениваться опытом врачам, медсестрам и добровольцам, представителям различных религий и культур. Очень часто именно на таких конференциях возникало решение создать хоспис в той или иной стране, как это было на шестой международной конференции, когда старшая медсестра клиники в Лагосе написала обращение к министру здравоохранения Нигерии с просьбой содействовать организации хосписа в Найроби.

В некоторых странах хосписное движение развивалось именно таким образом, в других же хосписы формировались на базе более традиционных медицинских учреждений. Как, например, в Индии, где, по статистике, из 900 млн населения один из восьми человек заболевает раком, и 80% обращаются за лечением, когда уже слишком поздно.

В 1980 году, на Первой международной конференции, посвященной хосписному уходу, выступал доктор де Суза, заведующий отделением крупной больницы в Бомбее. Он очень убедительно говорил о проблемах хосписного движения в развивающихся странах, о голоде и нищете, а также о физической боли. «Достаточно плохо само по себе быть старым и немощным. Но быть старым, больным

на последней стадии рака, голодным и нищим, не иметь близких, которые бы позаботились о тебе, наверное, это верх человеческих страданий». Благодаря доктору де Суза в 1986 году в Бомбее открылся первый хоспис, а затем и еще один. Сестры из ордена Святого Креста, получившие специальное медицинское образование, взяли на себя заботу о пациентах. В ноябре 1991 года в Индии отмечалось 5-летие основания первого хосписа, в честь которой в Индии состоялась международная конференция «Поделится опытом: Восток встречается с Западом».

В 1972 году в Польше, в одной из первых среди социалистических стран, появляется первый хоспис в Кракове. К концу восьмидесятых годов, когда была создана Клиника паллиативной медицины при Академии медицинских наук, паллиативный уход стал частью структур общественной службы здоровья. Сейчас в Польше существует около 50 хосписов, как светских, так и принадлежащих церкви.

В России первый хоспис появился в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество «Хоспис» для оказания профессиональной поддержки российским хосписам.

В 1992 году в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому. В 1994 году начинает работу выездная служба Первого московского хосписа, а в 1997 году – при финансовой и административной поддержке правительства Москвы, в центре города, на улице Доватора открывается новое здание (реконструированное здание бывшего Дома ребенка) для стационара на 30 коек. Первый Московский хоспис оказывает помощь больным Центрального округа г. Москвы, а также – по направлению от Департамента здравоохранения Москвы – пациентам из других округов и иногородним пациентам.

Идеи хосписного движения продолжают распространяться по всей стране. Всего в России сейчас существует более 100 хосписов, в разных городах. При этом, чтобы обеспечить потребности населения, их количество должно вырасти в несколько раз.

1.3. Виктор Зорза и Вера Васильевна Миллионщикова: начало хосписного движения в России (www.medportal.ru)

Вера Васильевна Миллионщикова родилась 6 октября 1943 года в городе Ртишево Саратовской области в семье железнодорожного служащего. В 1944 году семья переехала в только что освобожденный Вильнюс. Мать Миллионщиковой была родственницей белого генерала Краснова, ее дед, арестованный за контрреволюционную деятельность в начале 20-х, умер в советской тюрьме.

В 1966 году Вера Миллионщикова окончила медицинский факультет Вильнюсского государственного университета им. Капсукаса, устроилась на работу в Москве. С 1966 по 1982 год она работала в Московском институте акушерства и гинекологии, сначала акушером-гинекологом, потом — анестезиологом.

Онкологией Миллионщикова занялась в 1983 году, устроившись врачом-онкорádiологом в Московский рентгенорадиологический институт. По ее собственному признанию, к смене специальности ее подтолкнули сугубо бытовые соображения: хотелось выйти на пенсию вместе с мужем, а онкологам, «за вредность», пенсия полагалась раньше. Миллионщикова собиралась на заслуженный отдых в 49 лет, еще в 1991 году, но жизнь сложилась иначе: она продолжала работать с онкобольными до конца своих дней.

«Столкнувшись с безнадежными онкологическими больными, я поняла, что не могу их оставить. Ведь государство их бросало на произвол судьбы. При безнадежном диагнозе пациента выписывали с формулировкой “лечиться по месту жительства”, то есть не лечиться никак», — вспоминала она. Вряд ли стоит уточнять, что значит смерть от рака без медицинского ухода и обезболивающих. Врач Миллионщикова стала навещать выписанных домой пациентов, приносила лекарства, рассказывала близким, как облегчить последние дни и минуты умирающего.

Так продолжалось несколько лет, до знакомства с зачинателем хосписного движения в России — британским журналистом, специалистом по бывшему СССР Виктором Зорзой. Выполняя волю умершей от рака дочери, Зорза посвятил жизнь созданию хосписов по всему миру.

На момент встречи с Миллионщиковой ему удалось открыть первый в постсоветской России хоспис в Лахте (район Санкт-Петербурга).

Все началось, конечно, с Виктора Зорзы. Еврейский мальчик. Родился в Польше. Советская оккупация. Потом – немецкая. Холокост. Семья гибнет. Виктор бежит. Попадает в Россию. Здесь его, подростка, первым делом ссылают в Сибирь. Убегает и из спецпоселения. Скидается, просит милостыню. Война, 1942 год, Куйбышев: приходит к Илье Эренбургу – в лохмотьях, на ногах – калоши из автомобильных шин. Почему – Эренбург? Любит его роман «Хулио Хуренито». Эренбург устраивает Виктора в польскую эскадрилью, которая вскоре оказывается в Англии. (Зоя Ерошок, www.hospicefund.ru.)

Переговоры с чиновниками об открытии хосписа в Москве заняли еще несколько лет. Помогло добытое Зорзой письмо Маргарет Тэтчер на имя Юрия Лужкова. После этого новое начинание для России получило всемерную поддержку московских властей. Хоспис был создан на деньги московского правительства. В 1994 году в Москве заработала выездная хосписная служба под руководством Миллионщиковой, в 1997 году хоспис получил стационар на 30 коек в бывшем здании дома ребенка на улице Доватора.

Первый Московский хоспис, созданный Миллионщиковой и Зорзой, в течение восьми лет оставался единственным подобным медицинским учреждением в Москве. Медицинская, социальная и психологическая помощь для пациентов и их родственников с самого начала была бесплатной. Никаких денег от пациентов не принимается, добровольные взносы родственники могут перечислить только по истечении 40 дней после кончины пациента. Пожертвований меньше, зато все они – осознанные, поясняла Миллионщикова.

<...>

В 2006 году для сбора пожертвований на нужды хосписа был создан фонд «Вера», который возглавила дочь Веры Миллионщиковой Нюта Федермессер.

В последние годы Вере Миллионщиковой действительно пришлось бороться с тяжелым хроническим заболеванием – саркоидозом. Несмотря на болезнь, она продолжала руководить хосписом, бороться за развитие хосписного движения. В своих бесчисленных интервью она говорила о том, что нескольких десятков хосписов, созданных на сегодняшний день в России, явно недостаточно для страны с населе-

нием в 140 миллионов человек. Между тем общество, в котором достойная смерть является исключением, а не правилом, скорее всего, не имеет будущего.

Двадцать первого декабря 2010 года Веры Васильевны не стало.

Главврач московского хосписа, более 20 лет проработавшая с безнадежными пациентами, не уставала повторять, что помощь умирающему возвышает и облагораживает того, кто эту помощь оказывает. Подвижническая работа этой женщины была нужна не только уходящим в мир иной, но и всем нам — живущим.

1.4. Концепция и философия хосписов

Идея создания хосписов родилась не в отрыве от общечеловеческих потребностей, а благодаря им. Создание условий, при которых не было бы унижения личности болью, страхом, обреченностью, позволила бы в последние дни сохранить ему мир с его любовью и ценностями и, в конечном счете, уйти из него спокойно и с достоинством. По образному выражению А.В. Гнездилова, это будет «нравственная смерть», и возможно, только такая смерть будет давать право судить о нравственности общества.

Работа хосписов предполагает изучение ряда вопросов, связанных с содержанием основных теоретических положений концепции их функционирования. К ним относятся:

- характер заболевания поступающих больных;
- формы медицинской помощи;
- характеристика первичного объекта обслуживания;
- вопросы сообщения больным их диагноза и прогноза;
- особенности лечения болевого синдрома;
- формы обеспечения психологического комфорта.

По данным многих авторов, основной контингент больных хосписа — это онкологические больные с признаками генерализации опухолевого процесса (IV стадия заболевания), когда «возможно применение лишь паллиативного или симптоматического лечения» (А.В. Чаплин и др.).

Важным моментом является медицинская документация, в которой должны быть представлены результаты биопсии и других лабораторно-инструментальных исследований, подтверждающих диагноз (А.В. Гнездилов).

Кроме злокачественных новообразований, ряд авторов говорят и о других болезнях, являющихся причиной госпитализации в хоспис. Так, Джим Кесли упоминает о хосписах для больных СПИДом в терминальной стадии. Сачнер [61], описывая хоспис в Сан-Франциско, сообщает, что на 30 его койках госпитализируются как онкологические больные (15 коек), так и больные СПИДом (15 коек). Лигнер [52] упоминает о больных с параличами и другими неврологическими заболеваниями, которые, являясь «долгожителями», оказывают положительное эмоциональное воздействие на онкологических больных в части их ухода от сознания мрачных прогнозов. Браун [39] сообщает, что программа хосписов рассчитана не только на онкологических больных, но и на больных с прогностически неблагоприятными диагнозами (3–6 месяцев до смерти), которые также требуют аналогичного медицинского ухода. При этом автор не конкретизирует характер заболеваний. Однако чаще всего речь идет все же о больных раком IV стадии, подтвержденным клиническим и гистологическим исследованиями.

Формы оказания паллиативной помощи пациентам могут быть различными. Важным концептуальным положением является обеспечение помощи умирающим больным не только в стационаре, но и на дому, а также в условиях пребывания больных в стационаре только в дневное или ночное время — дневной (ночной) стационар. «Стационарами паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи в рамках структуры больниц любого профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты населения. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, которая может быть как самостоятельной структурой, так и подразделением стационарного учреждения» [1, с. 24].

«В структуру хосписа как самостоятельного учреждения обычно входит стационар на 25–30 коек (на 300–400 тыс. населения по стандартам ВОЗ), поликлиническое отделение (выездная служба и дневной стационар) и организационно-методический кабинет» [1, с. 29]. В состав выездной службы, кроме врачей и среднего медперсонала,

могут входить социальный работник, психолог, юрист и представитель церкви (а также – при необходимости – другие специалисты). В дневном стационаре пациенты, предпочитающие основную часть времени находиться дома или продолжающие заниматься делами, получают правовую, социальную, психологическую или реабилитационную помощь, проходят лечебные и физиотерапевтические процедуры, восполняют недостаток общения.

Пациент, находящийся под наблюдением выездной службы, по желанию самого пациента и/или его близких, обеспечивающих уход, может быть госпитализирован в стационар хосписа. Больные госпитализируются на определенный период времени (обычно – примерно на три недели). Основными показаниями для этого являются [1, с. 30]:

- необходимость подбора адекватного обезболивания и купирования других тягостных симптомов при отсутствии эффекта от проводимой терапии на дому;
- необходимость проведения манипуляций, которые не могут быть выполнены в домашних условиях;
- отсутствие условий для оказания паллиативной помощи на дому (одинокое пациенты, сложная психологическая ситуация в семье и другие социальные причины);
- предоставление кратковременного отдыха ухаживающим за больным родственникам.

«В стационаре больные находятся на свободном режиме. Обстановка в хосписе приближена к домашней, близкие и родные могут в любое время их посещать и помогать персоналу ухаживать за ними» [1, с. 30]. После подбора адекватного лечения и достижения стабильного состояния больного выписывают домой, однако сотрудники выездной службы продолжают оказывать необходимую, в том числе консультативную, помощь на дому или по телефону. В случае необходимости возможна повторная (третья и т.д.) госпитализация.

Вопрос о выборе формы медицинской помощи (амбулаторная, стационарная) зачастую оказывается вопросом о том, где умирать больным. Решение зависит от состояния больного, житейских и бытовых условий, обуславливающих возможность (или невозможность) ухода за больным в домашних условиях. Конечно, умирать дома, в своей постели, среди любящих людей, легче. И чем эффективнее работа

выездной службы хосписа, тем больше ее подопечных может себе это позволить.

Одно из фундаментальных положений концепции хосписа заключается в том, что первичным объектом обслуживания являются пациент и его семья. Хотя медицинское обслуживание фокусируется на больном, но вся система ухода требует общения с семьей и другими близкими пациенту людьми. Браун выдвигает тезис о том, что «чем ближе пациент к смерти, тем больше внимания он требует от семьи».

Семья пациента, как объект обслуживания хосписа, рассматривается большинством авторов в двух аспектах.

Крант, Сондерс, Уорд и др. отмечают, что целью многих хосписов является вовлечение в процесс ухода родственников больного. При этом многие бригады по организации ухода на дому обучают родственников методам ухода за умирающими. Такой подход позволяет снизить нагрузку на медицинский персонал, а родственников включить в активную фазу поддержки уходящего из жизни.

Крант выделил следующие потребности родственников умирающих больных:

- 1) быть с больным во время смерти;
- 2) иметь возможность помогать больному;
- 3) быть уверенными; что больному комфортно;
- 4) получать ежедневную информацию о состоянии больного;
- 5) быть лично информированными о приближающейся смерти больного;
- 6) иметь возможность справляться со своими эмоциями;
- 7) иметь возможность успокаивать больного в любое время (свободный режим посещения);
- 8) иметь поддержку медицинского персонала.

«Понятие идентификации, отождествления человека со своей семьей и близкими приводит к тому, что родственник проходит все те же стадии психологического стресса, что и сам больной. Шоковая фаза у родственника развивается зачастую раньше, чем у самого пациента, так как знание о диагнозе он получает первым. Фаза торговли с судьбой, отрицания, вытеснения ситуации проявляется в надежде найти другого врача, который выявит “ошибочность диагноза”, в поисках чудотворцев – все это круг, по которому прошла не одна семья» [1, с. 160]. Нередко меняются и отношения внутри самой семьи. Гипе-

ропека лишает пациента “права голоса”, тем более когда арестована правда о его диагнозе. Эти тонкости учитываются хосписной командой. С ее участием корректируются отношения в семье, причем самое главное, что вся группа людей, ухаживающих за пациентом, занимается в первую очередь его проблемами. Единство зиждется на партнерстве близких пациента и родных, родных и персонала, персонала и больного. Преемственность этой связи создает и правильный ритм ухода, и гармонию взаимоотношений, и равенство прав всех сторон, начиная с больного и кончая семьей.

Часто одной из проблем, мучающих родных, является вопрос – отдавать ли больного в хоспис. Только общение с персоналом и наглядное представление об атмосфере хосписа позволяют понять простую истину – полноценная забота о пациенте не может быть осуществлена одним человеком. Лишь группа, команда, бригада способна создать режим круглосуточного дежурства у постели больного. Лишь распределение ролей с пониманием задачи каждого члена команды помогает принимать правильные решения в отношении ведения пациента.

Наряду с распределением обязанностей по обслуживанию пациента происходит переориентировка семьи со смерти на продолжение жизни. Идея о единстве семьи, о ее развитии и значимости в продолжении рода смещает акценты. Чего хотел бы умирающий больше всего? Чтобы его семья продолжила его жизнь, чтобы он оставался любимым и поминаемым в сердцах родных, чтобы его близкие были счастливы, пережив его смерть. Эта установка позволяет персоналу регламентировать время и нагрузку, ложась на семью. Команда сестер, врачей, волонтеров старается дать семье передохнуть, избавить от наиболее негативных впечатлений. В моменты умирания, смерти взаимопонимание между хосписной командой и родными умирающего столь велико, ведь это время, когда “съедается вместе пуд соли”, что они все объединяются в одну семью людей. В дальнейшем эти тесные связи, подкрепляемые совместными переживаниями, помогают создавать систему психологической поддержки. Горе, переживаемое вместе, легче, чем в одиночестве. Стоит ли объяснять, насколько легче пациенту хосписа оставлять семью, видя, что она окружена заботой и поддержкой людей, которые стали друзьями семьи.

Вторым аспектом работы с родственниками пациентов является проведение с ними психологической подготовки к потере близкого человека, а также предоставление семье соответствующей поддержки после смерти близкого человека. Смерть больного вызывает эмоциональный и физический риск у его родственников. Печаль — нормальная реакция, но всепоглощающая печаль вызывает ухудшение соматического и психического состояния, вплоть до смерти или попытки суицида.

Это подтверждается впечатляющей статистикой о том, что после смерти больного резко возрастает заболеваемость и смертность среди его близких (на 40% и выше).

Одна из функций, выполняемых членами бригады паллиативной помощи, которые контактируют с людьми в течение периода, когда они находятся в состоянии острого горя, состоит в оказании помощи тем, кому угрожает развитие глубокой депрессии. Этим пациентам может быть оказана затем дополнительная помощь: медицинское обследование и назначение лечения, например, каким-либо антидепрессантом.

Работа с родственниками умершего больного — это очень сложная функция, выполнение которой иногда затягивается на один и даже на два года. Особое место в паллиативной помощи занимает забота о детях, которые потеряли родителя, умершего от рака.

Одним из концептуальных положений в работе хосписа является «принцип открытости диагноза» [63].

Преобладание в хосписе тенденции «открытости диагноза» обусловлено тремя факторами. Во-первых, аргументация исследователей, считающих необходимым говорить правду, представляется весьма сильной, так как пациентам хосписа, как правило, действительно необходимо устроить свои земные дела. Во-вторых, обреченные больные очень чувствительны к фальши, вот почему Р. Поллетти считает, что «на их вопросы нужно отвечать честно и не отгораживать их от мира стеной молчания». В-третьих, большинство больных в терминальном состоянии и так знают или догадываются о серьезности болезни и прогноза. По этому поводу Р. Поллетти пишет: «Покрасневшие глаза родственников, шепот, изменившееся к нему отношение, растерянность, перемена темы разговора, уклончивость в ответах говорят больному больше, чем слова».

«Открытость диагноза» далеко не всегда приводит умирающих к обострению страданий. Н. Эльштейн отмечает, что «умирающие больные, проходя через стадии естественного внутреннего “противления” неизбежному, а затем депрессии, в конечном счете становятся более спокойными и в то же время более восприимчивыми к психотерапии».

Доктор Кюблер-Росс и ее сотрудники описали пять стадий, через которые проходит человек, узнав о приближающейся смерти [1, с. 57–58].

Первая стадия – **отрицание** («Это не так»), неприятие плохого известия. «Эта стадия нужна, она смягчает шок. Без нее страх и горе были бы слишком велики. На больного вдруг навалилось что-то угрожающее и страшное. Поймите и разделите это с ним. Дайте надежду».

Когда проходит первый шок, появляется гнев, возмущение. «Почему я? Почему другие и, может быть, люди старше меня будут жить, а я должен умереть»? Это вторая стадия – **протест**. Негодование больного может быть направлено против Бога – Бог несправедлив. Такое отношение к Богу может вас возмутить и оттолкнуть от больного. Это было бы неверно. Часто это – неизбежная стадия; она трудна, но она пройдет.

Скоро вспышка протеста стихает и приходит третья стадия – **просьба об отсрочке**. Больной уже просит Бога, говорит с Ним, хотя, может быть, никогда раньше к Богу не обращался. Он обещает стать лучше, жить лучше, если ему дадут некоторое время. Приходят начатки веры, ему хочется верить, и в это время близкий человек, особенно верующий, может существенно помочь ему.

Четвертая стадия – **депрессия**. Больной слабеет и осознает это. Протеста больше нет, а есть сожаление и горе. Ему жаль оставлять близких и все, что он любил при жизни. Он сожалеет и о своих плохих поступках, об огорчениях, причиненных другим; он старается исправить причиненное им зло. Но он уже готовится принять смерть. Он стал спокоен. Он хочет иногда остаться один, не любит посетителей с пустыми разговорами. Он не хочет отвлекаться ни на что постороннее, он кончил с земными заботами и ушел в себя.

Последняя стадия – **принятие**. В этой последней стадии особенно нужна поддержка близких. Очень важно, чтобы кто-то был рядом, пусть даже без слов. Даже когда больной без сознания или спит, он чувствует, что с ним рядом кто-то есть.

Описанные выше стадии необязательно сменяют друг друга именно в такой последовательности. Они могут повторяться, или какая-то из них может отсутствовать вовсе.

«Принятие», как финал психологического развития личности умирающего, и есть та духовная основа, которая дает возможность больному умереть спокойно и с достоинством. Вот почему «принцип открытости диагноза» является одним из ключевых в концепции хосписов.

Другим принципиальным положением концепции хосписа является необходимость обеспечения психологического комфорта больного, т.е. избавление его от страданий. Это достигается, прежде всего, за счет атмосферы уважения к его личности, содействия в удовлетворении его желаний и сохранении его связей с внешним миром, поддержания в нем интереса к жизни.

«Целью паллиативной помощи является обеспечение всесторонней помощи для предупреждения и уменьшения всех аспектов страдания пациента. Компоненты паллиативной помощи или аспекты помощи и лечения, которые должны быть реализованы, вытекают логически из причин, приводящих к страданию. Каждый из этих компонентов должен быть реализован как часть всеобъемлющей паллиативной, или тотальной, помощи. Купированию боли и других физических симптомов уделяется первоочередное внимание, так как если они не будут устранены, будет невозможно осуществить все другие составляющие компоненты паллиативной помощи». [1, с. 22]

Отсюда вытекает следующее принципиальное положение концепции хосписа — ликвидация (уменьшение) боли при полном сохранении сознания. Боль никогда не носит чисто физического характера, не сводится к чисто физическим страданиям. Она связана и с душевыми страданиями. Психика человека изменяется, он начинает иначе воспринимать себя и окружающий мир. Его отношения с окружающими людьми ухудшаются. И, что самое главное, боль изменяет его восприятие смысла жизни.

Для снятия болей применяют наркотические и ненаркотические анальгетики, психотропные средства, акупунктуру (иглоукальвание) или сочетание этих средств. Лигнер сообщает, что в хосписе св. Кристофера наркотики назначают 1 раз в 4 часа, действуя по принципу: «Не ждать болей, а предупредить их». Важным аспектом проблемы обезболивания является передача среднему медицинскому

персоналу хосписа широких полномочий по назначению анальгетиков. Такое сочетание систематического и свободного назначения анальгетиков позволяет уменьшить количество пациентов с болями. Так, если боли, по данным различных авторов, испытывают 58–87% больных, то благодаря обезболиванию их количество снижается до 1%.

В связи с назначением наркотических анальгетиков чрезвычайно важно отрешиться от проблемы наркомании. Перед лицом смерти и во имя больного опасения врачей, особенно бытующих в среде отечественных медиков, о возможном развитии пристрастия к наркотикам, являются несостоятельными, а в ряде случаев и лжегуманными, так как не позволяют разорвать порочный круг боли и страха.

Подробнее методы лечения болевого синдрома описаны в Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи (Приложение № 3).

* * *

На русском языке в наиболее полном виде основные положения концепции хосписов представлены в Московских городских строительных нормах (МГСН) 4.01 – 94 «ХОСПИСЫ»:

Извлечение из МГСН 4.01 – 94:

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ХОСПИСОВ

1. Хоспис оказывает помощь преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами.

2. Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписе.

3. Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами

выездной службы хосписа («хоспис на дому»). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.

4. В хосписе может быть реализован принцип «открытости диагноза». Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.

5. Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

6. Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

7. Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций».

1.5. Вопросы этики

1.5.1. Заповеди хосписа

Опыт практической работы зарубежных и отечественных хосписов позволил разработать ряд правил, положений, нравственных предписаний, впервые обобщенных и сформулированных в виде 10 заповедей А.В. Гнездиловым (г. Санкт-Петербург). В дальнейшем В.В. Миллионщиковой (г. Москва) в текст заповедей включены дополнения. В дополненном виде текст заповедей выглядит следующим образом:

ЗАПОВЕДИ ХОСПИСА

1. Хоспис — это комфортные условия и достойная жизнь до конца.
 2. Мы работаем с живыми людьми. Только они, скорее всего, умрут раньше нас.
 3. Нельзя торопить смерть, но и нельзя искусственно продлевать жизнь. Каждый живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на последнем этапе жизни пациента.
 4. Брать деньги с уходящих из этого мира нельзя. Наша работа может быть только бескорыстной.
 5. Мы не можем облегчить боль и душевные страдания пациента в одиночку, только вместе с ним и его близкими мы обретаем огромные силы.
 6. Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.
 7. 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.
 8. Каждый человек индивидуален. Не навязывай пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.
 9. Принимай от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать — пойми человека, прежде чем понять — прими его.
 10. Будь всегда готов к правде и искренности. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому.. Но не спеши.
 11. «Незапланированный» визит — не менее ценен, чем визит «по графику». Чаше заходи к пациенту. Не можешь зайти — позвони; не можешь позвонить — вспомни и все-таки... позвони.
 12. Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.
 13. Хоспис — дом для пациентов. Мы — хозяйева этого дома, поэтому: переобуйся и вымой за собой чашку.
 14. Репутация хосписа — это твоя репутация.
 15. Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.
- Концепция и заповеди хосписа позволяют понять суть хосписа как нового учреждения медико-социальной помощи, они являются

определяющими в решении вопросов профессионального отбора медицинских работников и волонтеров для работы в хосписе. В то же время заповеди хосписа мобилизуют духовный потенциал персонала, позволяют совершенствовать профессиональное мастерство, учат доброте и великодушию, отзывчивости, готовности к бескорыстной помощи.

1.5.2. Основные принципы медицинской биоэтики применительно к паллиативной помощи (Е.С. Введенская, из книги «Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца» [1])

ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА

Для осуществления этого принципа в практике специалистам паллиативной помощи необходимо:

- согласовывать приоритеты и цели помощи с пациентами и их родными;
- обсуждать варианты лечения с пациентом и совместно формулировать планы помощи;
- не отказывать в предоставлении информации, которую пациент желает получить, в том числе информации о любом виде лечения;
- уважать желание пациента отказаться от лечения.

**ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО
ДОСТОИНСТВА ПАЦИЕНТА**

Это основополагающий принцип медицинской биоэтики, невидимо присутствующий и в других принципах, однако его трактовка в контексте паллиативной помощи имеет свои особенности. Принцип уважения человеческого достоинства пациента иногда отождествляется с принципом уважения его автономии (независимости в принятии собственных решений и их реализации). Инкурабельные больные, как и другие больные, имеют свои предпочтения в выборе лечения. Необходимость уважения этих желаний определяет поведение врача. Так врач не должен настаивать на проведении лечения, от

которого информированный отказывается. Например, если компетентный больной отказывается от поддерживающей жизнь терапии, врач не должен назначать ее, даже если верит в то, что на данном этапе жизнь больного еще может быть поддержана. С другой стороны, врач должен предоставить пациенту в доступной для его понимания форме достаточную информацию о его болезни, прогнозе и лечении.

В обязанности врача входит также необходимость обсудить с больным его пожелания относительно лечения в будущем, если при ухудшении самочувствия он будет не в состоянии принимать решения самостоятельно. В некоторых западных странах это обычно сопровождается тем, что больному предлагают заполнить «директиву», в которой отражается его решение о предпочитаемом лечении в том случае, если он будет не в состоянии выразить его сам, или записывается имя и адрес человека, которому он доверяет принимать за себя решения относительно тактики дальнейшего лечения. Планирование дальнейшей помощи приобретает особое значение в том случае, если больной боится быть отвергнутым обществом или не имеет доверительных отношений в семье или с друзьями. Некоторые больные сохраняют в тайне от близких правду о своем диагнозе и прогнозе. Врач должен иметь это в виду и обеспечить необходимую поддержку.

Уважение автономии больного — важная, но и не единственная составляющая реализации принципа уважения достоинства пациента как личности. Врачи не должны бездумно следовать желаниям своих больных. Это очевидно в тех случаях, когда пациенты просят назначить им лечение или манипуляции, которые определенно не имеют медицинских показаний. Особенно важно иметь это в виду, когда речь идет о пациенте в конце его жизни. Такие больные могут просить врача ускорить наступление смерти, поскольку они считают, что продолжающаяся жизнь более не благо, а бремя. Отказ от выполнения просьбы больного в этих случаях свидетельствует как раз об уважении человеческого достоинства.

Конечно, врач должен обладать достаточной этической рассудительностью и опытом, чтобы решить, как и когда он должен отвечать на желания больного. Важно подчеркнуть то, что уважение человеческого достоинства не может быть сведено лишь к необходимости уважения автономии пациента.

ПРИНЦИПЫ БЛАГОДЕЯНИЯ И НЕДЕЯНИЯ ЗЛА («НЕ НАВРЕДИ»)

Реализация этих принципов подразумевает, что специалисты паллиативной помощи должны:

- тщательно оценить все преимущества и трудности, которые могут возникнуть в результате планируемого лечения («благодеяние»);
- тщательно взвесить вероятность получения осложнений и вероятность достижения положительных результатов, планируемых при проведении того или иного диагностического или лечебного мероприятия («не навреди»);
- реализовать право каждого больного на получение самого высокого стандарта помощи в пределах имеющихся ресурсов, а также сделать все возможное для организации необходимого лечения за счет перераспределения имеющихся средств и привлечения дополнительных возможностей.

Обеспечение благополучия пациента (благодеяние) в конце его жизни (до самого момента смерти) достигается удовлетворением интересов больного. Но каковы эти интересы? Jansen L.A., Johnston B.E., и Sulmasy D.P. делят интересы больного, нуждающегося в паллиативной помощи в конце жизни, на две основные категории:

- феноменологические интересы (напрямую связанные с жалобами и фактическими переживаниями больного);
- нефеноменологические (не связаны с фактическими переживаниями больного).

К первой категории относятся интересы больного, который находится в состоянии физического дискомфорта, то есть его беспокоят боль, одышка и др. тягостные физические симптомы. Первостепенная задача паллиативной медицины — избавить пациента от боли. Хотя эти жалобы и субъективны, хорошие специалисты паллиативной помощи должны выявить и оценить их. Например, пациентам, которым необходимо обезболивание, предлагается оценить уровень боли по специальной градуированной шкале (от 0 до 10 баллов). Это мероприятие является руководством для клинициста, который производит обезболивание, обеспечивая больному комфорт.

Чтобы удовлетворить нефеноменологические интересы больного в конце жизни, медики должны избавить больного не только от боли, но и от страдания. Термины «боль» и «страдание» не являются синонимами.

В соответствии со стандартным определением, боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение человека, вызванное фактическим или потенциальным повреждением тканей. Страдание — более широкое понятие, которое включает в себя понятие боли, но не ограничивается им. В определении страдания большая роль принадлежит социальным и психологическим компонентам. Например, больные часто страдают, переживая отрицательные изменения своего состояния. Они также могут испытывать страдания от изменения привычного образа жизни и ощущения, что они стали не теми, кем были раньше. Это, в свою очередь, приводит к страданиям другого рода.

ПРИНЦИПЫ СПРАВЕДЛИВОСТИ И ВЕРНОСТИ

В сфере паллиативной помощи, как нигде в медицине, приобретает жизненную важность соблюдение одного из основных принципов биоэтики — принципа справедливости. Хотелось бы выделить три основные его составляющие, имеющие особую актуальность для паллиативной помощи как медико-социальной помощи умирающему больному:

- доступность помощи для категории населения, не способной на активную защиту своих прав;
- обеспечение бесплатности этой помощи, которая предоставляется одной из самых социально незащищенных групп населения, особенно в условиях затянувшихся экономических реформ в России;
- тщательный подбор медицинского персонала, начиная с руководителя учреждения, который способен не только на выполнение служебных обязанностей, но и на проявление милосердия к умирающим больным и безусловное соблюдение этических норм и принципов, среди которых на первом месте честность и верность человеческому и медицинскому долгу.

1.5.3. Фредерика де Грааф¹. Могут ли психотерапевт и сопровождающий помочь умирающему перед смертью?

Введение

В кризисной ситуации, когда человек стоит перед лицом неизлечимой болезни и смерти, задачи помочь ему те же, что и в психотерапевтической практике. Но проблема стоит гораздо острее. Причина этой остроты кроется в неотвратимости смерти и ограниченности срока общения с больным.

Психотерапевт может играть очень важную роль в период ухода за умирающим при условии, что он до определенной степени осознает факт собственной смерти, не в абстрактном, а в экзистенциальном смысле. Если этого нет, то страх смерти, испытываемый самим психотерапевтом, неизбежно передается умирающему. Нередко этот страх прикрывается фальшивой маской и разного рода защитами.

Ясное осознание факта собственного небытия («я тоже умру») способствует открытости, состраданию и дружеским отношениям — таковы условия, которые абсолютно необходимы, чтобы внушить доверие и дать умирающему и его близким чувство безопасности: они не оставлены.

Переживая это, больной может найти в себе мужество раскрыться не столько психотерапевту, сколько самому себе, собственной тревоге и страху перед разлукой, перед страданиями: физическими, душевными или духовными.

1) Задачи психологической помощи умирающим и ее особенности

Из моего многолетнего опыта общения с раковыми больными, стоящими перед лицом неминуемой смерти, хотелось бы дать практические рекомендации психотерапевтам и людям, сопровождающим умирающих.

Психотерапевт ничем не отличается от других людей. Он такой же смертный, как и умирающий больной. В данном случае больной даже

¹ **Фредерика де Грааф** — психолог, рефлексотерапевт, доброволец Первого московского хосписа. — *Прим. ред.*

является его «профессором», может чему-то научить, а не наоборот. Помните это чрезвычайно важно при встрече с умирающим. Ведь мы не знаем, что значит быть на пороге смерти.

Трепет и уважение к любому человеку, к тому, кто соприкасается с тайной смерти, должны лежать в основе всякого общения с ним. Цель всех сопровождающих – помочь умирающему принять себя таким, какой он есть, и способствовать примирению с последним неизбежным конфликтом земной жизни.

2) Значение понятия личности

Довольно часто мне приходилось наблюдать, что умирающий страдает от потери личности: он считает, что стал «никем» именно из-за потери контроля и дезориентации. Отсюда следует, насколько важно для каждого психотерапевта и сопровождающего не потерять из виду уникальность человека, его ценность. Необходимо передать это умирающему, который вместе с изменением внешнего облика, нередко теряет и сам смысл жизни. Поэтому стоит, пока он еще в сознании, узнать как можно больше о его личном мире до болезни, познакомиться с ним в первую очередь не как с пациентом, а как с человеком, у которого был и есть свой неповторимый облик и опыт жизни. Стоит также обсуждать, что было для него ценно и какие ценности приоритетны сейчас. Следует выявить его *Umwelt* (окружающий мир) и *Eigenwelt* (личный мир), в который входят его родственники и близкие.

3) Бессрочность существования как тяжелое психологическое испытание

Почти всем людям, проходящим через испытание неизлечимой болезни, тяжело от сознания неизвестности исхода: сколько еще времени отпущено жить. Очень часто умирающие (и их родственники) мучаются этим вопросом, живя страхом: чего ожидать, когда и каким образом наступит смерть. Надо помогать и тем, и другим жить в настоящем, «здесь и теперь».

Также важно, особенно для родных и друзей, научиться *пережить свое горе* именно «здесь и теперь», а не думать о том, что было, или о том, что будет после смерти больного или раньше времени мысленно хоронить его. Последнее является отказом жить в настоящем,

пережить вместе горе разлуки сейчас, и часто теряется чувство радости, что близкий человек еще жив и еще возможна встреча с ним.

4) Психотерапевт и сопровождающий наравне с умирающим: атмосфера, созданная вокруг умирающего, и роль молчания

Психотерапевт, как и любой человек сам, своей личностью создает ту атмосферу, которая нужна для того, чтобы больной и его родные могли раскрыться. Необходимо безусловное принятие человека и его близких без малейшего осуждения, и столь же необходимо умение молчать, чего он (психотерапевт) не сумеет, если в нем еще живет страх смерти, если он еще не нашел свое собственное отношение к ней. Глубокое молчание чрезвычайно важно для того, чтобы больной мог в этой тишине сбросить маску стать самим собой. Психотерапевт и сопровождающий должны обязательно научиться не защищаться против страха, тревоги и боли, испытываемых умирающим, и не подменять правду пустой болтовней, ложной занятостью и несерьезными отвлекающими поступками, лишь бы не прикоснуться душой к его отчаянию.

5) Смысл жизни и смерти

Психотерапевту и сопровождающему следовало бы использовать опыт Виктора Франкла, помогавшего людям в концлагере задавать самим себе вопрос не «**как** выжить», а «**зачем** стоит жить», то есть обдумать: не «что я могу **ждать** от жизни», а наоборот, «что я могу **дать** жизни». Из практики В. Франкла стоит заимствовать и его изречения об уникальности каждого человека и о его ответственности перед кризисом жизни и смерти. Приняв эту точку зрения, легче обнаружить в личности больного все светлое и достойное. В психологической терминологии это означает: надо помочь больному не быть **жертвой**, но взять на себя **ответственность** за свое отношение к собственной болезни и к смерти. Тогда умирающий в последней фазе своей жизни может подарить эту активную позицию окружающим, избавившись тем самым от гнетущего ощущения быть обузой.

6) Потеря контроля

Она проявляется во всех аспектах состояния человека: физическом, душевном (эмоциональном) и духовном. Психотерапевту и сопрово-

ждающему нужно учитывать, что больному важно иметь контроль над собой, прежде всего в мелочах. Поэтому весьма желательно дать ему возможность выбора, чтобы он чувствовал себя хозяином положения. Потеря контроля тесно связана с депрессией («я уже ничего не могу делать, как раньше, я стал в тягость»). Вследствие этого снижается иммунитет, может усилиться физическое недомогание и боли: физические, душевные и духовные.

7) Свобода человека

Человек имеет право быть таким, какой он есть. Стать самим собой, то есть образом Божиим, — вот его призвание. Психотерапевту и сопровождающему необходимо это учитывать и не избегать «конфликтных» больных. Именно в борьбе, по мнению самых разных психологов и богословов, у человека есть шанс душевно и духовно расти и измениться (в этом и заключается смысл болезни). Если так, то можно предположить, что наилучшим выражением роста больного является его борьба с собой, с судьбой и с окружающими. Тогда борьба — это знак жизненной силы.

По словам Карла Роджерса, только принимая конфликт в себя, переживая его (это, в частности, касается горя и боли разлуки), человек способен найти свое реальное «я». Встреча со смертью и осмысление ее суть последний конфликт земной жизни. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помогать умирающему (и его родственникам) найти себя в этой ситуации.

8) Раскрытость (= открытость) сердца

Ряд психологов и богословов придерживаются следующего мнения: если психотерапевт и сопровождающий больного желают помочь ему в предсмертный час, необходимо принять в себя его состояние, его страх, его скорбь или по крайней мере встать на его место. К. Роджерс говорит: «Моя задача — понять, как он чувствует себя в своем внутреннем мире».

У митрополита Антония Сурожского есть замечательные слова: «Человеку нужно, чтобы ты был с ним в его горе, был на дне этого горя вместе с ним. И не убеждать его, что горя нет или что он не прав горя». В этой мысли, вероятно, выражена самая суть отношения психотерапевтов, врачей и всех сопровождающих к умирающим.

9) Процесс переживания важнее, чем цель

Большинство психологов и богословов подчеркивают значение скорее процесса, чем результата в конфликте, о котором речь шла выше. Намного важнее найти в себе мужество **находиться, пребывать** в конфликте, а не избегать его. Помогая больному это осознать, психотерапевт тем самым положительно влияет на все три аспекта состояния человека: физический, душевный (эмоциональный) и духовный. Как следствие, могут в значительной мере уменьшиться негативные симптомы болезни у умирающего: на физическом уровне — это запоры, тошнота, боли; на душевном уровне — например, уныние, отчаяние, тревога, бессонница и страх смерти; на духовном уровне — больному будет легче готовиться к смерти, как практически, так и духовно. Человек хочет жить «здесь и теперь», в самом процессе, который с ним происходит.

К сожалению, часто случается, что больные регрессируют, ибо их единственная цель — стать снова такими же, как прежде, в прошлом, то есть снова быть здоровыми, продолжать жить, как раньше, желая избегать всего, что происходит сейчас, тем самым отказываясь от попыток найти смысл в страдании. А перед лицом смерти это неосуществимо.

Заключение

Для психотерапевта, равно как и для каждого человека, будь то родственник, медперсонал или вообще любой член общества самым существенным моментом является «пребывание вместе» с умирающим, давая ему простор стать собой, стать личностью и жить без маски, фальши и игры. Психотерапевту нельзя мешать пациенту найти себя из-за собственных страхов, тревоги и защит. «Пребывание вместе» даст больному возможность расти в полную меру его призвания, чтобы, приняв факт смерти как неотъемлемую **часть жизни**, он использовал ситуацию для своего внутреннего роста. Согласно В. Франклу, надо научиться взять ответственность за свое **отношение** к предстоящей смерти.

Стоит особо подчеркнуть: сопровождающему следует помнить, что ему никогда не удастся полностью снять у больного тревогу «небытия». И не в этом задача психотерапевта. Он может лишь стоять как спутник вместе с умирающим перед неразрешимостью последнего

конфликта земной жизни. По словам митрополита Антония Сурожского, «больной имеет право горевать». Единственное, что может делать сопровождающий, — **пребывать** с ним, не только физически присутствуя, но принимая его состояние в свое сердце и таким образом деля с ним его страх, его борьбу, чтобы в этом конечном конфликте дать ему возможность стать личностью: смотреть в лицо неизбежной смерти, **осмыслить** свое страдание и готовиться к переходу в Жизнь, а не к смерти.

1.5.4. Питер Дарнфорд. Раздели этот путь (для тех, кто заботится об умирающих и поддерживает их родственников и близких)

Предисловие госпожи Сесилии Сондерс

В этой брошюре рассказывается о нас — о людях, которые заботятся об умирающих, а также поддерживают их родственников и близких. Рано или поздно мы сами оказываемся в таком положении. Мы не всегда осознаем, что порой молчание лучше любых слов и что наше истинное присутствие важнее всего. Возможность говорить о смерти от имени умирающего человека и от имени скорбящей жены помогает нам осознать суть смерти, придает нам уверенность и дает силы не отступить в нужный момент. Потребность и желание умирающих иметь кого-то рядом выражены простыми словами: «Побудьте здесь и бодрствуйте со мной». Для них эти простые слова важнее заботы, утешения или учений. Мы становимся беспомощными при виде страданий других людей, и самое лучшее, и нужное, что мы можем сделать, — это просто находиться рядом с ними. Знания и опыт, описанные в этой брошюре, помогут нам поступить именно так, иногда жертвуя, но иногда неожиданно приобретая что-то.

Сесилия Сондерс

Секс и смерть — вот эти две темы являлись табу моего поколения. Удивительно, что и то и другое уже долгое время было, есть и будет неотъемлемой частью нашего бытия. Нравится нам это или нет, мы непроизвольно испытываем их влияние. Я также существенно подвержен и тому и другому. Без секса меня бы не зачали; и я бы не существовал. Без смерти — мое бесконечное присутствие на этой земле

превратилось бы в скучное существование. Будучи пожилым человеком, я бы занимал место на этой земле, на земле, которая зависит от сильных и молодых. И секс, и смерть являются сущностью жизни, природы, их нормой и основанием. Я непроизвольно связан и с тем и с другим, и то и другое постоянно таится в моем подсознании и очень часто присутствует в моей фантазии. Это вполне естественно. И все же в моей юности порядочные люди не говорили на эти темы. Секс вырвался на свободу, кто-то даже скажет, и не без основания, слишком уж на свободу, очевидно, после долгого заключения в тисках общественной морали. Смерть же очень медленно и неохотно начинает восприниматься естественным явлением: уж слишком долго ее скрывали, а результат — многое утеряно в навыках ухода за умирающим. И эти навыки просто необходимо воскресить. Даже медицина зачастую рассматривает смерть как свою неудачу и поражение.

Джон Дан писал незабываемые слова:

*Ни один человек не есть остров сам по себе,
Смерть любого человека уменьшает меня,
Потому что я есть часть человечества,
Никогда не стремись узнать, по ком звонит колокол,
Колокол звонит по тебе.*

В эпоху Джона Дана смерть воспринималась обществом открыто и естественно. В моей же юности ее скрывали, допуская ее существование только в кинофильмах и книгах. Меня поощряли верить в то, что герой только тот, кто уцелел. Лишь «не наши» ковбои и краснокожие индейцы умирали — только не я. Нас отождествляли с героями, а герои живут долго и счастливо. Как раз это и породило понятие того, что умирают только «негодяи». Мы часто слышали: «Почему он умер? Он был таким хорошим человеком». Более того, нам говорили, что у нашего смертного ложа будет звучать музыка. Однако когда смерть наших близких разрушает это представление и вместо звуков музыки мы слышим вымученное дыхание, мы не только начинаем чувствовать одиночество и грусть утраты любимого человека, но мы неожиданно начинаем осознавать свою беспомощность перед смертью. Мы начинаем задумываться о своем бессмертии, и начинаем слышать колокол, колокол, который звонит по нам.

Испытывать страх смерти вполне естественное явление. Это и есть составная часть нашей жизни, нашего выживания. Без этого страха мы просто были бы глупцами. Но для некоторых из нас смерть может стать зловещим, неестественным наказанием. Полагаясь на свой жизненный опыт, я наверняка могу объяснить, откуда возникло мое мрачное представление о смерти. В моей юности много говорилось и писалось об ужасах Первой мировой войны. Нам преднамеренно навязывали эти ужасы с целью подавить в нас какое-либо желание вырасти поджигателями войны — и таким образом предотвратить саму войну. В детстве меня постоянно водили на разные печальные выставки чрезмерно увеличенных фотографий убитых солдат в окопах, скелетов, висящих на колючей проволоке, или людей с оторванными взрывами конечностями. И все же, когда смерть действительно пришла в нашу семью, меня постарались отгородить от нее: мне не разрешили повидать мою любимую бабушку, а затем и тетю, когда те умерли. Мне пришлось тайком подслушать шепотом произнесенные слова взрослых о них, слова, которые мне не следовало слышать. Помню, как мама сказала: «Она вся почернела», имея в виду умершую тетю, или, может быть, бабушку. Такого рода высказывания всегда нагоняли на меня страх. В моем воображении я начинал выстраивать галерею ужасных картин смерти; я хотел узнать, что такое «предсмертный хрип», или как будет умирающий вести себя: уставится ли он на меня со страхом в глазах или вдруг свалится на меня; а кровь, увижу ли я ее? Мой разум переполнялся отвратительными мыслями о смерти.

В девятнадцать лет я ушел на Вторую мировую войну. Меня не покидал страх увидеть умирающих людей и быть не в состоянии помочь им, мучило сознание того, что я сам мог оказаться среди трупов.

Несмотря на то что мне довелось испытать ужасы этой войны, только лишь став священником, я осознал всю банальность, недраматичность и в общем-то спокойствие смерти. Время и опыт как бы уничтожили тревожные и навязчивые мысли о ней. Однако все еще существует много людей, которые страдают от столь отвратительных и навязчивых мыслей о смерти.

За последние годы, вследствие инициаторского труда госпожи Сесилии Сондерс, мастерство заботы и ухода за умирающими начало воскресать, начали открываться так называемые хосписы. И действительно, возврат к просвещению в области смерти явился, на некоторое

время, самым последним веянием в медицине. Повсюду начали проводиться симпозиумы, создавались организации, писались книги и брошюры о смерти и умирающих.

И как раз этот интерес к смерти выразил ребенок очень просто и красиво в своем обращенном к Богу письме:

Дорогой Боженька, что происходит, когда мы умираем? Я просто хочу это знать, но не хочу умирать.

Твой друг Херби

Тема смерти превратилась в интересный предмет рассуждений для тех людей, которые сами не умирают. Умиравшим же людям не до рассуждений, у них мало времени осталось. И это все оставшееся время уходит на старания побороть страх, сомнения и боль. Они отчаянно нуждаются в облегчении боли, нуждаются в людях, которые разделят с ними нечто неразделимое; в людях, которые будут с ними, без лишних разглагольствований и рассуждений, в самой гуще всепоглощающих волн сомнения и неопределенности. Свою речь я начал триумфом о том, что смерть была, есть и будет с нами долгое время; и вот Вам еще одна общеизвестная истина — никто не умирает вместо Вас, Ваша смерть — это путь, который только Вы одни в состоянии пройти. В какой-то мере эта истина относится и к горю. Горе скорбящих схоже с умиранием; скорбящие люди как бы теряют какую-то частицу себя, что-то в них самих умирает. И умирающие, и скорбящие жаждут только одного: разделить с кем-нибудь свое горе и одиночество. Быть спутниками умирающим и скорбящим, быть рядом с ними, может быть, без слов, но разделяя их боль и страдания, идти с ними по пути к смерти, покуда возможно, без рассуждений, бойких утверждений и пересудов, — вот это и есть самое лучшее, что мы можем для них сделать. Нас, обыкновенных людей, таких как я и вы, просят сопровождать умирающим и скорбящим на их нелегком пути к смерти, на пути, ведущем на неисследованные земли. Ни один путь не схож с другим.

Со временем мы узнаем и изучаем общие черты, но каждый раз, проделывая этот путь, мы сталкиваемся с чем-то новым, не похожим на прежнее. Будучи попутчиками, но при этом, не подвергаясь физической или душевной боли умирающих и скорбящих, мы в состоянии лучше увидеть и оценить происходящее.

И здесь я хочу обратить ваше внимание на несколько знакомых черт, которые мы узнали, проделывая этот путь.

Будьте же на какое-то время моим попутчиком и разделите мой путь к смерти. В первую очередь всегда помните, что моя смерть — это моя смерть и я имею право поступать как могу и своим шагом. Избавьте меня от посетителей, которые посещают меня лишь ради чувства долга. Такие посетители думают про себя: «Навещу-ка старину, пока тот дух не испустил». Не приводите ко мне иных с веселым восклицанием: «Смотри-ка, кто к нам пришел!», ожидая от меня безмерной благодарности такому посещению. Моему времени нет цены. Сон превратился в самого близкого и дорогого друга. Надеюсь, все мои друзья поймут и уважают это. Пожалуйста, просто посидите со мной, пока я сплю. Будьте там, когда я проснусь, если возможно, но если это невозможно, оставьте записку, чтобы я знал, что Вы были у меня. Когда я не сплю, не оставайтесь около меня очень долго. Короткие, но частые посещения всегда слаще.

Мне, наверно, будет страшно, и я, скорее всего, не спрошу: «Я умираю?». Не хочу, чтобы мои близкие люди мучились сомнениями о том, сказать ли мне, что я умираю. Откровенные разговоры о смерти среди близких помогают нам переносить горечь утраты. Притворство же того, что ничего не происходит, только усугубляет нашу скорбь. Иногда я буду притворяться, не судите меня строго: умираю-то я. Избавьте меня от врачей, которые, сидя у меня в ногах, вдруг заявляют: «Хотите знать правду?», и конечно, я отвечаю: «Да». Таким образом, поделившись со мной этой правдой, они сваливают всю ее тяжесть на мои, уже без того ослабшие плечи и уходят с легким сердцем, оставляя меня молча страдать бессонными ночами. Неужели нельзя было пройти через это вместе, моим шагом, не спеша?!

Хочу быть окружен людьми, которые, когда я говорю о своей смерти, пожмут мне руку, обнимут меня и тихо заплачут. А не теми, которые будут болтать впустую или даже попытаются изменить тему разговора. Относитесь ко мне со всей серьезностью, мне не нужно избитых фраз и клише, не нужно добродушия, а если не найдете нужных слов, пусть вас это не огорчает, просто помолчите вместе со мной. Ведь бессловесная любовь и есть язык Господа Бога?! Не бойтесь слез. Иисус проследил за мной. Если мне захочется поговорить о своих похоронах, не смущайтесь,

а наоборот, проявите свою деловитость. Записывайте все, о чем мы говорим, а таким образом дайте мне почувствовать, что все в порядке.

Моя неугомонность и постоянные перепады настроения наверняка причиняют вам беспокойство и огорчения. Если сегодня я обсуждаю свою смерть, то завтра я вдруг заговорю о своем отпуске в солнечной Флориде и даже попрошу забронировать билет на самолет. Или вдруг начну наводить справки о купле «роллс-ройса». Отнеситесь снисходительно к моим прихотям и причудам. Не вздумайте напомнить мне о том, что я умираю. Не начинайте меня утешать. Мне нужна лишь ваша уравновешенность, ваша бессловесная неизменчивость именно тогда, когда меня мучают сомнения. И не вздумайте, ради бога, «вразумлять меня». Не надейтесь, что я поддамся вашей излюбленной психологии или религиозным убеждениям.

Постарайтесь избавить меня от боли и страданий. Окружите меня людьми, которые поймут, и эффективно, но учтиво справятся с унижительными проявлениями смерти, при этом не обращаясь со мной, как с младенцем в пеленках. Смерть смиряет. Все мои тщеславия, притворства отошли. Мое достоинство и независимость покинули меня. Я вдруг оказался в зависимости от всех и вся. Так окружите же меня добрыми людьми, которые увидят меня таким, какой я есть. Иногда я буду выглядеть ужасно, не смотрите на меня как на нечто грустное или огорчительное. Не смотрите на меня сверху вниз, не стойте против меня, просто посидите рядом со мной. Разделите со мной мой путь к смерти. Постарайтесь не говорить шепотом над моей головой, как будто я какой-то неодушевленный предмет.

Беседуйте со мной, но не говорите обо мне в моем присутствии, а если вам надо говорить обо мне — отойдите подальше и там обсуждайте меня.

Иногда бывает невозможно устранить мою боль, или же я отказываюсь принимать лекарства, от них у меня кружится голова, и я чувствую себя одурманенным. Ухаживающие за мной люди начинают беспокоиться и не знают, как поступать. Если я сильно страдаю от боли, просто найдитесь со мной. Вспомните, как наши предки, в отсутствие современных медикаментов, страдали от боли, но близкие не покидали их, а, наоборот, даже иногда чувствуя свое бессилие, оставались с ними и в поту «вымучивали» их боль. Оставайтесь со мной, если даже помочь не можете, мне нужно ваше присутствие. Я все еще «Я», и мне страшно. Мне нужно ваше спокойствие и уравновешенность, дабы почувствовать себя в безопасно-

сти, и, несмотря ни на что, поверить, что все есть и будет в порядке. Не надо мне доказывать этого словами. Вам не всегда будет понятно, почему ваше физическое прикосновение или просто улыбка даст мне это почувствовать. Поговорка гласит: «Будьте со мной с молитвой на устах». Если хотите разделить свою веру со мной, помолитесь наедине перед тем, как прийти ко мне, ваша молитва поможет вам более чутко понять мои нужды. Будьте в мире со мной, не докучайте мне библейскими цитатами и религиозными догмами. Уместная же молитва, произнесенная в подходящий момент, поможет мне проложить путь к «звездам».

Проявите заботу о моей семье: не хочу огорчать и утомлять их своим жалким существованием. Не хочу, чтобы они в конце концов пожелали скорого наступления конца. Позднее они будут жалеть об этом.

Когда же я без сознания, не забывайте, что я наверняка все еще вас слышу, все еще чувствую прикосновение вашей руки, не уходите от меня, я еще не труп. Я все еще «Я», и мне очень одиноко.

А потом вдруг наступает конец, я отбрасываю тело, доселе известное под именем Петр. Все хорошие люди, которые ухаживали за мной и с которыми я так подружился, внезапно исчезают, а вместо них степенные мужчины в черных костюмах и перчатках учтиво устраняют останки умершего.

Близкие и родственники в замешательстве. Они, подобно зомби, двигаются сквозь кошмарный сон...

Разделяя путь умирающего, разделите путь и скорбящих по ним. Вы не покинули меня на моем пути к смерти, так не покидайте же моих близких, скажем, мою жену в ее первые, может быть, самые тяжелые дни скорби.

Звонит телефон, этот докучливый аппарат, и металлический голос начинает высказывать сожаления по поводу кончины родного мне человека, просит обязательно сообщить, если нужна его помощь.

Мне его помощь не нужна. Мне нужно, чтобы кто-нибудь меня обнял, поддержал, протянул руку. Даже письмо одушевленное этого металлического голоса. К письму можно дотронуться, прочитать и сберечь. Все что хотите, но не этот бесплотный голос. А кто же все-таки звонил? Не могу вспомнить. Одиночество усиливается в затуманенной мыслями голове. Поначалу много дел: надо зарегистрировать смерть; кто-то тихим голосом объясняет, что обычно родственники делают это, может, я могу им подсказать, кто этим займется? И я слышу свой собственный

голос: «Я сделаю это, конечно же, я сделаю это!». Каким-то образом я добираюсь до стола служащего загса, он ко мне добр, что-то пишет медленно и безупречно, затем поднимает голову и говорит: «Назовите, пожалуйста, полное имя покойного». Слово «покойный» не укладывается в моем сознании, и я не понимаю, о чем идет речь. Почему бы не сказать «мертвый человек»? Все это кажется странным.

Затем начинаются приготовления к похоронам. Сообщают близким и родственникам. А мне хочется поговорить с покойным, спросить у него, не нужно ли ему чего-нибудь. Я не могу его найти, он не сидит на своем стуле, его и в постели нет, но он где-то здесь, недалеко, его зубная щетка все еще на своем месте. Наступает день похорон; люди приходят и уходят, стараются помочь, успокоить. А я не успокаиваюсь. Мне плохо! Мне очень ПЛОХО! Мне одиноко, очень одиноко. Одиночество меня пугает. В душе я все рыдаю и рыдаю. Как поступить с его одеждой, с его очками, с его вещами? Кто-то скажет: раздайте это все, кто-то посоветует забросить все на чердак. Мне хочется бежать от одиночества, пустоты и боли. Может быть, на время переехать поближе к моим детям? Может быть, это поможет смириться с утратой? Может быть, я просто научусь жить с моей скорбью? Или просто бежать от нее куда глаза глядят хоть до края света, а когда бежать уже некуда, что тогда? Что делать? Покончить с собой? Нет, у меня не это сил не хватит. А мне этого очень хочется. Слова: «если бы только» настойчиво преследуют меня; «если бы только я ему сказала», «если бы только я повела его к врачу». Знаю, что все это смешно, но если бы кто-то был рядом со мной, понимал и разделял мою неразделимую боль! Мне не нужны красноречивые ответы. Но мне нужна практическая помощь, набралось столько дел. Но пожалуйста, не надо нарочитых сочувствий, это все так неестественно. И эти люди с делаными улыбками приходят и уходят. Они говорят: «Время лечит» — и при этом пожимают мне руку. Хотя бы они болтали свои избитые фразы где-нибудь подальше. Что они знают об этой боли? Что они знают о беззвучном крике души? Что они знают о рыдании без слез? А она это понимает, милая старушка с соседнего двора. Она лучше всех их, она не знает, что сказать, но она не избегает меня, наоборот, она подходит ко мне, она много не говорит и смущенно смотрит на меня. Я вижу понимание и сочувствие в ее глазах, она всегда со мной, когда мне это нужно, она всегда разделяет мою боль и страдания, она не топчет грубо мою скорбь, она всегда все понимает. Друзья же мои, завидев меня, убегают в смущении и растерянности.

Несколько дней тому назад заходила ко мне медсестра. Было очень приятно. Она побыла с часок, а потом ушла. А что же делать с оставшимися двадцатью тремя часами? А что же делать со всей оставшейся неделей? Заходил пастор, и мы очень мило побеседовали, но все наши разговоры казались никчемными и пустыми. Вся жизнь кажется такой бессмысленной. Нет, Бога не существует. О, Бог ты мой, помоги мне... «Отче наш, Иже еси на небеси...». Мне так одиноко. Хотя бы телефон зазвонил и кто-нибудь заговорил веселым голосом...

Проходит время, и мне становится легче; но вот какие-то незначительные, маленькие события выводят меня из терпения: случайно выпавшие старые письма или книжные закладки тотчас напоминают о действительности, и я начинаю беззвучно рыдать, страдая от душераздирающей боли.

Недавно я собралась с силами и вместе с моей приятельницей зашла в собес узнать о моей пенсии. Сотрудница собеса отнеслась к нам мило и учтиво. Все было в порядке до тех пор, пока она вдруг не начала вычеркивать «его» имя из журнала. Я начала рыдать: как она посмела, эта паршивая девчонка, одним движением руки вычеркнуть его имя?!

Наступает ночь, а ночь такая длинная, а постель такая пустая...

Вот именно такую боль и душевное состояние нас просят разделить с умирающими и по ним скорбящими. Мы учимся и узнаем, как превратиться в «неназойливые губки», дабы впитать в себя всю боль и скорбь этих людей. Несмотря на все наши сомнения, разочарования и неуверенность, мы все же каким-то образом вселяем им спокойствие и уравновешенность. И в словах Джона Дана со страшной болью в душе мы познаем, что «смерть любого человека уменьшает меня». Но, несмотря на всю грусть и печаль, мы многому учимся и многое узнаем у умирающих и по ним скорбящих: мы узнаем чудодейственную силу сострадания и мужества, наша любовь к ним смиряет нас, мы узнаем, что смерть отнюдь не поражение или неудача, не наказание или ошибка в сотворении мира, а смерть — это безопасный шаг в нечто доселе для нас неведомое и непознанное. И как говорится в псалме: «Возьму ли крылья зари и переселюсь на край моря, и там рука Твоя поведет меня, и удержит меня десница Твоя».

*Перевод с английского
Натальи Букия-Питерс*

1.5.5. Отец Христофор Хилл (Великобритания). Роль безмолвного созерцания в духовной опеке умирающих

Добровольцы хосписа (в особенности те, кто пришел для служения в хосписе по религиозным мотивам) часто задают мне один вопрос: «Что мне говорить умирающему?». Мой ответ, основанный на пятилетнем опыте хосписного служения, прост и неожидан: «Ничего не говорить!».

Молчать, созерцать. Восточная Православная Церковь придает огромное значение роли безмолвия в духовной жизни христианина. Действительно, практика молчаливой молитвы сердца развилась в XIV веке в богословское направление «исихазм» (от греческого «исихия», что означает «молчание», «тишина»). Позже оно распространилось среди монашеских общин на Святой Горе Афон и на христианском Востоке. Именно исихасты выделяли первенство безмолвия над устной речью. Есть предание, согласно которому братия одного монастыря просила св. Памву произнести торжественную речь гостю-архиепископу, на что тот ответил: «Если его не учит мое молчание, его не учат и мои слова».

Все это может показаться несколько далеким от хосписной практики, но мне кажется, что из принципа безмолвного созерцания можно извлечь полезные уроки, особенно тем, кто пришел в хоспис из религиозных побуждений. «Обилие всевозможной информации в современном мире захлестнуло человека, оно вызвало безразличное, легкомысленное отношение к слову, как к устному, так и печатному. Поэтому самым мощным, самым убедительным сегодня становится безмолвный голос образа» (архимандрит Зенон).

Существует английская поговорка «Картина рисует тысячу слов», и это особенно относится к духовным образам. Образы находятся в центре культуры и богослужения Православной Церкви. Греческое слово «икона» означает «образ» со множеством связей, относящихся не только к изобразительному искусству. Основной же иконой Церкви является не изображение какого-либо святого, а сам человек, созданный по образу и подобию Бога, икона Бога. Как жаль, что те почести и поклонение, воздаваемые церковным иконам, мы не воздаем иконам живым, то есть людям, особенно в условиях хосписа! К иконам сле-

дует подходить в духе безмолвного созерцания; так должно быть и в отношении к пациенту хосписа. Слова часто теряют смысл, даже если их правильно употребляют.

Однако это не означает, что в духовной практике надо поощрять пассивность. Часто обсуждаемое противопоставление созерцательного и активного подхода мне представляется надуманным. Нельзя строго разделить человеческий род на эти две категории. В Евангелии от Луки есть известный рассказ о деятельном служении Марфы и созерцательном Марии (Лк. 10: 38–42, 11: 27–28). Я бы сказал, что было бы полезно рассматривать Марфу и Марию как символ двух сосуществующих сторон человека, одна уступающая другой в необходимом момент жизни. Конечно, наше безмолвие, обход палат с почтительным молчанием, это и есть наша деятельность, только она не в словах. «Стяжай дух мирен, и тысячи вокруг тебя спасутся», — сказал св. Серафим Саровский. Это высказывание было воплощено в жизнь и деятельность Великой Княгини св. Елизаветы Федоровны, основательницы прототипа современного российского хосписа — Марфо-Мариинской обители.

Люди с религиозными взглядами часто думают, что хоспис — это место для «миссии». Это неверно. Под словом «миссия» можно понимать и пропаганду христианства, т.е. выражение определенных понятий и идей посредством слов. Главное слово здесь все же «служение», а не «миссия». Один образ заботливого и любящего человека уже может облегчить страдания умирающего. Увы, страдания можно усилить непрошеными (хотя и искренними) разговорами, цель которых обратиться, но не утешить.

В связи с этим важно учесть следующее:

1. Часто становится ясно, что «миссия» необходима этому самому «миссионеру», а не пациенту. Следовательно, работник хосписа преследует свои личные психологические интересы вместо оказания реальной помощи пациенту. (Кстати сказать, такой соблазн подстерегает каждого, кто осознает призвание в каком-либо деле, не обязательно религиозном.) Кому нужно духовное обращение пациента, Богу или «миссионеру»? Уверен, что не Богу, потому что Бог совершенно не нуждается в почитании как в богослужебной повинности человека. Он уже почтен тем, что человек имеет жизнь, что Его Божественная Слава дает человеку участвовать в полноте Его жизни. Или,

как красноречиво выразил это св. Ириней Лионский, «славой Божией является живущий человек, а жизнь человека есть умозрение Бога».

2. «Миссия» в отрицательном смысле также подразумевает употребление слов. Я уже упомянул о том, как много слов обесценено современной культурой. Если работник хосписа или даже священник хотят что-либо сказать, пусть они скажут это безмолвно своим примером или делом. Все в духовной жизни хосписа: часовня, как поются или читаются молитвы, даже облачение священника и его помощников — должно нести отпечаток Божественной красоты. Вот почему я настаиваю на простоте и некоторой строгости богослужения в часовне хосписа или в палатах. Священнические облачения самого простого покроя и спокойных тонов. Так же и литургические сосуды и пение. Так же и иконы, украшающие часовню. Нам повезло, что эти иконы написаны величайшим из живущих иконописцев архимандритом Зином. Это такие иконы, которые в духе свободы призывают нас к безмолвному созерцанию их образов. В таком духе безмолвного почитания следует подходить к своим пациентам и работникам хосписа.

Есть огромная разница между человеком религиозным и христианином. Осмелюсь сказать, что первое может стать помехой последнему! Такая религиозность может означать даже некоторый инфантильный эгоизм: «Что Я могу сказать или сделать?», при этом ударение падает на «Я». Настоящий христианин, напротив, скажет «ты», а не «я». (Только безгласная проповедь может принести больше плодов.)

Люди умирающие так и есть люди, хотя бы в тяжелейшем положении, однако они точно так же чувствуют и переживают, как и прежде, до установленного диагноза. Настоящая духовная опека умирающих заключается как раз в том, чтобы откликнуться на страдания пациента христианской любовью. Если умирающему необходимы чашка чая или одеяло, их и надо дать, а не занудную проповедь о Боге или Церкви. Это особенно ясно мы видим в Господней притче о Последнем Суде. В словах Христа «Я был странником, и вы приняли Меня... был болен, и вы посетили Меня» (Мф. 25:35) мы слышим взывание пациентов хосписа. С другой стороны, если пациент хочет молиться, отведите его в часовню или позовите священника. Повторю, лучшей формой христианского свидетельства в наше время, и особенно в хосписе, будет жизнь по евангельским идеалам.

В заключение хотелось бы привести тот совет, что несколько лет назад дал мне, недавно рукоположенному священнику, владыка Антоний (Блум), возглавляющий Сурожскую епархию в Великобритании. «Священник, — сказал владыка (а его слова относятся ко всем, кто считает себя христианами), — должен стать иконой Христа. Он должен стать столь прозрачным, чтобы Божья любовь смогла бы светиться через него. А если у него это не получается, то он никакая не икона, а раскрашенная дубина!».

1.5.6. Духовное завещание Веры Васильевны Миллионщиковой персоналу Первого московского хосписа

*Горит огонь в очах у молодых людей,
Но льется ровный свет из старческого ока.
Виктор Гюго*

Я хочу рассказать вам, как мне сейчас трудно с вами работать. Мне, которая создала этот хоспис и все, что его наполняет: от заповедей до их исполнения, до персонала, то есть всех вас.

Мне 68 лет, я болею, болею хроническим заболеванием, которое трудно лечится. Мне очень трудно дается осознание того, что я не прежняя: не могу слазить на чердак и выйти на крышу, не могу взбежать или стремглав спуститься с лестницы, не могу неожиданно нагрянуть в любое время суток в хоспис, не могу сделать обход, чтобы показать вам, у кого из больных неудобно для него стоит тумбочка, что лежит больной неудобно, что конъюнктивит у него, стоматит, что кожа сухая, и нужно не только его «долить», но и два-три раза в день обработать кожу кремом для тела, которого нет в карманах халата каждого из вас, что вы забываете причесывать больных по утрам и в течение дня, и что небритый мужчина — ваша промашка, что вот здесь надо снять некротические массы с пролежня больше, а что здесь лапароцентез или торакоцентез делать еще рано, что вот это выслушиваемое ослабленное дыхание в нижних отделах — это завтра пневмония, и надо срочно, длительно (весь день) поворачивать больного, делать с ним дыхательную гимнастику; что необработанные ногти на руках и ногах — это ваша лень, что запах от тела — это не от болезни и старости,

а от того, что вы не помыли больного; что сидящий рядом родственник пациента не используется вами как помощник, вы не смогли занять его трудом полезным и т.д. На выездной службе — я не иду на контрольный визит, не отзваниваю родственникам. Я рефлексирую, я физически не могу этого сделать и по возрасту, и по болезни. И выходит, что в работе меня видели ну 10–12 человек из персонала, а все позже пришедшие должны или верить «старикам» на слово про былую Веру, или думать, что она просто «карась-идеалист», которая на конференциях только читает морали. Справедливо? Нет. Потому что среди вас есть достаточно людей, которые все это знают, но все ждут, что я стану прежней. Не стану. У меня другой этап жизни. Я не могу гореть — это противостоестественно. Я могу светить мягким долгим светом, зная, что у меня в хосписе есть ученики, помощники. И когда мои помощники осознают это, как, кажется, осознаю я, хоспис останется на должной высоте. А если не осознают — придут люди, которые не верят словам, не подкрепленным делами, — и хоспис преобразится: персонал будет все циничнее, лицемернее, лживее, корыстнее. Ну, какое-то время еще поживет по инерции на былой репутации и... кончится. Этого не должно произойти. Ничто в хосписе не должно кануть в Лету, уйти в никуда. Вы должны понять, что моя роль теперь иная — я должна быть, а вы должны нести. Любовь и добро. Что все, что сделано в хосписе, — не слова, это действие, дело. И дело должно продолжаться. Продолжаться естественно, искренне, с любовью, дружелюбно, с пониманием того, что все там будем, и что в служении больному — наше будущее. Как мы с ними, так и с нами будет. Я приношу вам глубокую благодарность за радость сотрудничества, приношу всем, с кем работаю десятилетие или чуть меньше. Я приношу свои извинения тем, кто не видел меня в работе раньше, а слышат только обращенные слова, не подкрепляемые делом. Я хочу, чтобы вы на работу ходили с удовольствием, какой бы тяжелой она ни была. Я хочу, чтобы с работы ушли все те (надеюсь, что их нет или их ничтожно мало), кто не верит хосписным заповедям и у кого слова расходятся с делом, кто циничен и считает, что все провозглашаемое мною в хосписе — пустые слова.

Я верю, что все сказанное мною сегодня не воспринимается вами как прощание или, не дай Бог, принятие моего поражения. Я верю, что все мною сказанное — призыв к действию, к тому, чтобы в хоспис никогда не входили незваные гости — ложь, цинизм, лицемерие.

ГЛАВА 2.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХОСПИСА
(НА ОСНОВЕ ОПЫТА ЗАРУБЕЖНЫХ ХОСПИСОВ
И ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ХОСПИСА)

2.1. Открытие хосписа. Типовое положение о хосписе
(устав хосписа)

В 2002 году приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы было утверждено Типовое положение о хосписе, которое является основополагающим документом для организации работы хосписов в Москве, в том числе и Первого Московского хосписа. Ниже приводится полный текст этого положения.

ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ХОСПИСЕ

1. Общие положения

- 1.1. Хоспис является государственным учреждением здравоохранения, предназначенным для оказания специализированной медицинской, социальной, психологической, юридической и духовной помощи инкурабельным онкологическим больным, с целью обеспечения им симптоматического (паллиативного) лечения, подбора необходимой обезболивающей терапии, оказания медико-социальной помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической и социальной поддержки родственников на период болезни и утраты ими близкого.
- 1.2. Хоспис создается в порядке, предусмотренном нормативными правовыми актами г. Москвы.
- 1.3. Должностные лица и персонал хосписа руководствуются в своей деятельности законодательством Российской Федерации и настоящим Положением.

- 1.4. Хоспис является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, расчетный и иные счета в учреждениях банков, круглую печать со своим наименованием, угловой штамп с наименованием учреждения, бланки.
- 1.5. Хоспис осуществляет свою деятельность в соответствии с Уставом и на основании лицензии, полученной в установленном порядке.
- 1.6. Хоспис может являться клинической и учебной базой медицинских образовательных учреждений и научно-исследовательских институтов.
- 1.7. Хоспис выступает истцом и ответчиком в суде, арбитражном, третейском судах в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 1.8. Хоспис выполняет государственные мероприятия по мобилизационной подготовке в соответствии с действующим законодательством и нормативными актами Правительства Москвы.
- 1.9. Хоспис в целях реализации государственной, социальной, экономической и налоговой политики несет ответственность за сохранность документов (управленческих, финансово-хозяйственных, по личному составу и др.); обеспечивает передачу на государственное хранение документов.

2. Цели хосписа

- 2.1. Целью создания хосписа является реализация прав граждан на получение гарантированного объема медико-социальной помощи в терминальной стадии онкологического заболевания.
Хоспис осуществляет обслуживание населения прикрепленного района численностью до 600 000 чел. Мощность хосписа определяется в 25–30 коек.
- 2.2. Отбор больных в хоспис осуществляется врачами хосписа на основании:
 - наличия онкологического заболевания в терминальной стадии, подтвержденного медицинскими документами направившего учреждения;
 - наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома;

- наличия социально-психологических показаний (депрессия, реактивные состояния, конфликтные ситуации дома, невозможность ухода за больным).
- 2.3. Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным, которая в зависимости от нужд пациента и его семьи, может оказываться в виде промежуточных форм – дневного стационара, выездной службы.
- 2.4. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.
- 2.5. Медицинская помощь и квалифицированный уход за больными в хосписе осуществляются бесплатно. Дотации (оплата) со стороны родственников или больных запрещаются.
- 2.6. Хоспис не занимается коммерческой и иной деятельностью, противоречащей его благотворительному характеру, и нарушающей принцип равного доступа в учреждение и равных возможностей по медико-социальному уходу для всех инкурабельных больных.
- 2.7. Хоспис обеспечивает медико-социальную и правовую защиту пациентов, находящихся на учете в хосписе.
- 2.8. Хоспис обеспечивает социальную защиту персонала хосписа.
- 2.9. Хоспис проводит организационно-методическую работу по первичной подготовке кадров: врачей, средних медицинских работников, младшего медицинского персонала, добровольцев и обучение родственников навыкам ухода за больными.
- 2.10. Структуру и штатное расписание хосписа утверждает главный врач хосписа, исходя из численности прикрепленного контингента и объема оказываемой медико-социальной помощи (в пределах фонда оплаты труда).
- 2.11. Хоспис оказывает организационно-методическую и практическую помощь учреждениям и специалистам по вопросам паллиативного лечения, принимает участие в проведении совещаний, конференций по актуальным вопросам паллиативного лечения.

2.12. Хоспис обеспечивает:

- неотложную медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь;
- подбор и проведение необходимой обезболивающей и симптоматической терапии;
- квалифицированную медико-социальную помощь больным, оказание психотерапевтической помощи больному и его родственникам;
- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями и пожеланиями больного;
- организацию и проведение поддерживающего паллиативного лечения инкурабельных больных;
- организацию необходимой консультативной помощи;
- транспортировку больного;
- проводит освоение и внедрение в практику работы новых методов паллиативного лечения и ухода за больными;
- производит анализ эффективности медико-социальной деятельности хосписа;
- проводит мероприятия по мобилизационной подготовке и гражданской обороне;
- осуществляет эксплуатацию и ремонт имущества хосписа;
- ведет статистический и бухгалтерский учет и предоставляет отчетность о деятельности хосписа в установленном порядке.

3. Задачи хосписа

3.1. Основными задачами хосписа являются:

- формирование новой формы медико-социального обеспечения, основанной на милосердном и гуманном отношении общественности и государства к проблемам инкурабельных онкологических больных;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи больным в терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными;

- обеспечение подбора и проведения необходимой обезболивающей терапии;
 - организация необходимой консультативной помощи.
- 3.2. В соответствии с указанными задачами на хоспис возлагается:
- создание службы добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за больными в домашних условиях и в стационаре, обучение их;
 - связь с религиозными организациями всех вероисповеданий для отправления, в случае необходимости, культовых обрядов в период пребывания в стационаре и на дому;
 - связь и активная работа с благотворительными организациями, как отечественными, так и зарубежными;
 - связь с другими хосписами, как отечественными, так и зарубежными;
 - связь с органами социальной защиты населения;
 - связь со средствами массовой информации.

4. Структура хосписа

В структуру хосписа входят:

1. Приемное отделение.
2. Стационар на 25–30 коек.
3. Дневной стационар.
4. Выездная служба.
5. Административно-хозяйственная служба.
6. Вспомогательные службы (стерилизационная, аптека, дезкамерный блок, прачечная, пищеблок).

5. Имущество и финансы хосписа

- 5.1. Имущество хосписа закрепляется за ним на праве оперативного управления, согласно перечню имущества и баланса хосписа на дату его учреждения. Имущество хосписа является собственностью города Москвы.
- 5.2. Источником формирования имущества и финансовых ресурсов хосписа являются:
 - городской бюджет здравоохранения;
 - иные источники, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- 5.3. Хоспис владеет, пользуется, распоряжается закрепленным за ним имуществом в соответствии с его назначением, настоящим Положением, законодательством Российской Федерации.
- 5.4. При осуществлении права оперативного управления имуществом хоспис обязан:
- эффективно использовать имущество;
 - обеспечивать сохранность и использовать имущество строго по назначению;
 - не допускать ухудшения технического состояния имущества. Это требование не распространяется на ухудшение, связанное с нормативным износом имущества в процессе эксплуатации;
 - осуществлять капитальный и текущий ремонт имущества;
 - начислять амортизационные отчисления на изнашиваемую часть имущества.
- 5.5. Имущество хосписа, закрепленное за ним на праве оперативного управления, может быть изъято как полностью, так и частично исключительно в следующих случаях:
- при ликвидации, реорганизации хосписа;
 - при нарушении условий, предусмотренных п. 5.4 настоящего Положения.
- Изъятие или отчуждение имущества производится по представлению Департамента здравоохранения г. Москвы.

6. Организация деятельности

- 6.1. Хоспис осуществляет самостоятельную хозяйственную деятельность в пределах, установленных настоящим Положением.
- 6.2. Хоспис строит свои отношения с другими учреждениями, предприятиями, организациями и гражданами во всех сферах хозяйственной деятельности на основе договоров.
- 6.3. Хоспис имеет право:
- привлекать для осуществления своих функций на договорных условиях другие предприятия и организации, частных лиц;
 - в установленном порядке определять размер средств, направляемых на оплату труда работников хосписа и их поощрения, производственное и социальное развитие.

6.4. Хоспис обязан:

- нести ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение договорных, расчетных обязательств, за нарушение правил хозяйствования, установленных законодательством Российской Федерации;
- возмещать ущерб, причиненный нерациональным использованием земли и других природных ресурсов, загрязнением окружающей среды, санитарно-гигиенических норм и требований по защите здоровья персонала хосписа, больных;
- обеспечить своих сотрудников безопасными условиями труда и нести ответственность в установленном порядке за ущерб, причиненный их здоровью и трудоспособности;
- осуществлять оперативный бухгалтерский учет деятельности хосписа, вести статистическую и бухгалтерскую отчетность, отчитываясь о результатах деятельности в порядке и сроки, установленные Департаментом здравоохранения г. Москвы.

6.5. Контроль за деятельностью хосписа осуществляется Департаментом здравоохранения г. Москвы, управлением здравоохранения административного округа, а также налоговыми, природоохранными и другими органами в пределах их компетенции, на которые в соответствии с действующим законодательством и законодательными актами Российской Федерации возложена проверка деятельности государственных и муниципальных учреждений.

6.6. Контроль за распоряжением имуществом, закрепленным за хосписом на праве оперативного управления, осуществляет Департамент здравоохранения г. Москвы в соответствии с действующим законодательством.

6.7. Для решения поставленных хосписом задач, выполнения гуманитарных, нравственных, моральных, духовных, этических проблем в деятельности хосписа может учреждаться Попечительский совет, привлекаться общественные и религиозные организации на правах благотворительности, наставничества, добровольчества, безвозмездной помощи, бескорыстного служения.

7. Управление хосписом

- 7.1. Управление хосписом осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Положением.
- 7.2. Руководителем хосписа является главный врач, назначаемый и увольняемый Департаментом здравоохранения г. Москвы или управлением здравоохранения административного округа в соответствии с действующим законодательством.
- 7.3. Главным врачом хосписа назначается специалист с высшим медицинским образованием, имеющий опыт работы по организации здравоохранения.
- 7.4. При назначении специалиста на должность главного врача хосписа с ним заключается контракт, в котором определяются права, обязанности и ответственность главного врача, условия его материального обеспечения и освобождения от занимаемой должности с учетом гарантий, предусмотренных действующим законодательством.
- 7.5. Главный врач хосписа может быть освобожден от занимаемой должности до истечения срока контракта на основаниях, предусмотренных в контракте или в действующем законодательстве.
- 7.6. Главный врач по вопросам, отнесенным законодательством Российской Федерации к его компетенции, действует на принципах единоначалия.
- 7.7. Главный врач хосписа имеет следующие права:
 - действовать без доверенности от имени хосписа, представлять интересы хосписа в государственных органах, предприятиях, организациях, учреждениях;
 - в пределах, установленных контрактом и настоящим Положением, распоряжаться имуществом хосписа, заключать договора, выдавать доверенности;
 - открывать расчетные или иные счета хосписа;
 - утверждать структуру и штаты хосписа;
 - в пределах своей компетенции издавать приказы и давать указания, обязательные для всех работников хосписа;
 - осуществлять подбор, прием на работу, расстановку и повышение квалификации кадров хосписа;

- поощрять сотрудников, привлекать их к материальной и дисциплинарной ответственности;
- создавать фонды материального поощрения и другие фонды, предусмотренные действующим законодательством;
- определять потребность в ресурсах и приобретать их в установленном порядке.

7.8. Главный врач обязан обеспечить:

- проведение и соблюдение в практике работы хосписа основных морально-этических и медицинских принципов хосписа;
- соблюдение санитарных норм и правил эксплуатации всего оборудования хосписа, требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, правил охраны труда и противопожарной безопасности;
- бесперебойную работу медицинской аппаратуры, инженерно-технических коммуникаций и сооружений;
- рациональное использование трудовых, финансовых и материальных ресурсов;
- бесперебойное снабжение необходимыми средствами и материалами медицинского и хозяйственного назначения;
- ведение утвержденной медицинской документации, представление оперативной информации и статистической отчетности;
- составление (изменение) штатного расписания в пределах фонда заработной платы и тарификации должностей, включенных в штатное расписание;
- учет результатов работы персонала и контроль текущей деятельности;
- улучшение условий труда и отдыха персонала, включая проведение сеансов психоэмоциональной разгрузки на наиболее напряженных участках работы персонала хосписа.

7.9. Главный врач хосписа руководит подразделениями хосписа непосредственно или через своих заместителей.

7.10. Отношения работников хосписа, возникшие на основе трудового договора (контракта), регулируются законодательством о труде Российской Федерации.

8. Ликвидация, реорганизация, перепрофилирование хосписа

- 8.1. Решение о ликвидации, реорганизации, перепрофилировании хосписа принимается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 8.2. При реорганизации или прекращении деятельности хосписа все документы (управленческие, финансово-хозяйственные, по личному составу и другие) передаются в соответствии с установленными правилами правопреемнику.

При отсутствии правопреемника документы постоянного хранения, имеющие научно-историческое значение, передаются на государственное хранение в архивы, документы по личному составу (приказы, личные дела, карточки учета, лицевые счета и т.п.) передаются на хранение в архив административного округа, на территории которого находился хоспис. Передача и упорядочение документов осуществляется силами и за счет средств хосписа».

Приведенное Положение может служить основой для разработки аналогичного положения в различных административных районах и округах Москвы и регионах России.

2.2. Размещение, участок и территория хосписа

Реализация основных положений концепции хосписа не может осуществляться без создания определенной архитектурной среды, обеспечивающей физический и психологический комфорт больным и их родственникам, штатным и внештатным сотрудникам хосписа.

До настоящего времени нет определенности в вопросе о том, должны ли хосписы быть отдельными учреждениями или же находиться при больнице общего типа (БОТ)¹.

Сторонники строительства хосписов на территории БОТ (Кэри, Айбах, Твайкросс) считают, что в этом случае строительство хосписов будет более экономичным, так как это позволит эффективно рас-

¹ Под понятием «больница общего типа» подразумеваются многопрофильные и специализированные больницы с высокотехнологичной и дорогостоящей койкой.

пределять ресурсы БОТ и хосписа, осуществлять различные виды исследования и лечения, используя лечебно-диагностический арсенал БОТ, проводить смену персонала в случаях невозможности его работы в хосписе.

Многие из этих аргументов, вероятно, легли в основу взгляда на эту проблему в Минздраве России, так как в Положении о хосписе, утвержденном приказом от 01.02.1991 г. № 19, признано целесообразным создавать их на базе больниц.

Подавляющее большинство авторов считают, что хосписы следует строить как отдельное медико-социальное учреждение, аргументируя свою точку зрения по-разному.

Каннингем считает, что родственники больного и обслуживающий персонал должны выступать в роли «актеров», поднимающих дух пациентов, но больничная среда не дает такой возможности. «Актеры» невольно, бессознательно забывают свою «роль», и создается обратный эффект. Вот почему, по мнению автора, строительство отдельных хосписов предпочтительнее.

Махони отмечает, что в БОТ нет специально подготовленного персонала и соответствующей среды. Хоспис, по его мнению, вместе с прилегающей к нему территорией должен стать «местом отдыха и душевного успокоения».

Голденберг считает, что нужны специальные проекты, отвечающие концепции хосписа; БОТ не могут быть использованы для нужд хосписа из-за «многоэтажности современных бетонных корпусов», что не позволяет создать среду, которая бы позволяла больному и его семье активно участвовать в лечебном процессе, а не быть пассивными получателями медицинской помощи. Здание хосписа должно иметь жилой, а не больничный вид. Территория хосписа должна напоминать парк для отдыха.

Кейн с соавторами отмечают, что деятельность медицинского персонала хосписа и соответствующих отделений БОТ должна быть унифицирована, однако на практике ценности, создаваемые хосписом как отдельным учреждением, и отделением типа «хоспис» при БОТ различны.

Сил отмечает, что внутрибольничные переводы из общих отделений БОТ в отделение типа «хоспис» оказывают отрицательное воздействие на пациентов.

Анализ зарубежных данных позволяет выделить три варианта размещения хосписов:

1) Хосписы, размещающиеся на самостоятельной территории (хосписы св. Кристофера и св. Анны в Англии, хосписы в Германии, Австрии и др.).

2) Хосписы в виде отдельно стоящего здания на территории больницы (хосписы в Монреале и Нью-Гавене в США, хосписы в Канаде и др.).

3) Хосписы, встроенные в больничное здание (США).

Для реализации первых двух вариантов размещения хосписов используются как новые проекты зданий, так и планы реконструкции зданий, приспособленных для этой цели. Приспособление зданий под хоспис должно осуществляться с учетом медико-технологических и архитектурно-планировочных требований, определяемых на основе концепции хосписа.

Из трех вариантов размещения хосписов наиболее целесообразным является первый вариант, предусматривающий размещение его на самостоятельной территории, так как только этот вариант создает условия полного разделения хосписной и больничной среды. В то же время, отдавая предпочтение этому варианту, нельзя не отметить, что его полноценная реализация в населенных пунктах возможна при наличии свободных и резервных площадей. В крупных городах в условиях сложившейся застройки нельзя исключать размещение хосписов на территории многопрофильных и специализированных больниц, но и в этом случае хоспис предпочтительнее размещать в отдельно стоящем здании на правах юридического лица.

Необходимо отметить, что хотя хосписы, размещенные в рамках представленных вариантов, имеют различные ценности, это не значит, что их цели абсолютно несовместимы. Идеальной средой для умирающего является, на наш взгляд, дом, где работают высокопрофессиональные, отзывчивые и хорошие люди, и именно это будет определяющим для больных хосписа. В то же время формирование среды обитания, поиск такой архитектурно-пространственной композиции, которая бы опиралась на основные положения концепции хосписа, собственные возможности ландшафта, строительной базы являются не менее актуальными вопросами при проектировании хосписов.

При разработке генерального плана хосписа следует рекомендовать его размещение в селитебной (жилой), зеленой зонах или в

зоне ближнего пригорода, отдавая предпочтение двум последним зонам.

Необходимость полноценной садово-парковой зоны обусловлена одним из требований положений концепции хосписа. Природная среда должна рассматриваться как фактор физического и психологического комфорта, так как оказывает положительное психофизиологическое и психотерапевтическое воздействие на больных, их родственников и персонал хосписа.

Выбор участка для нового строительства должен предусматривать меры по защите здания хосписа и его территории от неблагоприятных внешних факторов – городского шума, запыленности и загрязненности воздуха. Вместе с тем размещение их в удалении от магистральных улиц и дорог не должно существенно ухудшать доступность проезда к хоспису.

Выбор участка в той или иной мере должен предусматривать близость хосписа к действующей церкви или монастырю. Зарубежный опыт функционирования хосписов показывает, что подавляющее большинство добровольных помощников (волонтеров) формируется из числа прихожан и монашеского корпуса.

Диапазон размера земельного участка хосписа со стационаром на 30 коек должен быть в пределах 0,9–1,5 га (0,03–0,05 га на 1 койку). В Москве в настоящее время действует норматив 0,03 га на 1 койку.

Требования к размещению, участку и территории хосписов в г. Москве обобщены в МГСН 4.01 – 94 «ХОСПИСЫ» и в полном объеме представлены ниже.

Извлечение из МГСН 4.01 – 94

ТРЕБОВАНИЯ К РАЗМЕЩЕНИЮ, УЧАСТКУ И ТЕРРИТОРИИ¹

1. Хосписы следует размещать в селитебной, зеленой или пригородных зонах на земельных участках, наиболее благоприятных по санитарно-гигиеническим условиям*.

¹ Положения настоящих Норм, обозначенные знаком <*>, являются обязательными.

2. При выборе участков рекомендуется предусматривать доступность проезда к хосписам больных и их родственников, близость к действующим больницам и зданиям для богослужения.

3. Размеры земельных участков рекомендуется принимать из расчета не менее 0,03 га на одну койку стационара хосписов без учета площади гаража и летней стоянки автомашин.

4. Земельные участки хосписов должны иметь ограждение высотой не менее 1,6 м*.

5. Здания хосписов следует размещать не ближе 30 м от красных линий застройки, а также от жилых и общественных зданий*.

6. На земельных участках хосписов следует размещать только функционально связанные с ними здания и сооружения*.

7. На земельных участках хосписов следует предусматривать подъездные пути к главному входу, выездной службе, службе приготовления пищи, помещению для хранения трупов и другим службам и помещениям, требующим транспортного обеспечения*.

Подъездные пути не следует проектировать перед окнами палат стационара хосписов.

Проезд к наружному выходу помещения для хранения трупов должен быть отделен от подъездных путей к другим службам и помещениям хосписов.

8. Благоустройство территорий хосписов следует осуществлять в соответствии с действующими нормативными документами, а также требованиями, приведенными в рекомендуемом приложении.

9. При отсутствии центральной базы санитарного автотранспорта, на территориях хосписов следует предусматривать по заданию на проектирование гараж и летнюю стоянку автомашин.

ТРЕБОВАНИЯ К БЛАГОУСТРОЙСТВУ ТЕРРИТОРИЙ ХОСПИСОВ

Территория хосписов должна быть озеленена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 60% площади участка хосписов.

По периметру ограждения с внутренней стороны рекомендуется полоса зеленых насаждений шириной не менее 5 м и высотой не менее 2 м.

При проектировании садово-парковой зоны территорий хосписов следует стремиться к достижению эффектов естественного и живописного ландшафта.

Следует предусматривать средствами ландшафтной архитектуры устройство удобных мест отдыха и прогулочных маршрутов больных с использованием разнообразных малых архитектурных форм: беседок, фонтанчиков, небольших водоемов, светильников, скамеек и др.

Для озеленения территорий хосписов следует применять породы деревьев со светлой, раскидистой кроной: ясень, клен, береза и др.

Прогулочные маршруты должны проектироваться с учетом использования колясок.

2.3. Архитектурные особенности проектирования хосписов

Одной из главных особенностей проектирования хосписов является требование малоэтажности проектируемого здания. Это требование обусловлено комплексом причин, взаимно дополняющих друг друга:

- хоспис предназначен для умирающих больных, а следовательно, физически ослабленных людей, для которых избыточная этажность здания (даже при наличии лифта) может привести к увеличению энергозатрат и оказаться дополнительным стресс-фактором;
- хоспис по составу, набору и площади помещений является достаточно компактным объектом, позволяющим изначально рассматривать его как малоэтажную застройку. Малоэтажная застройка позволяет наиболее естественно решать проблему гуманизации архитектурной среды, связи здания хосписа с внешней средой, природой, дает возможность непосредственного созерцания природного ландшафта пациентам хосписа, не желающим или по своему физическому состоянию не имеющим возможности выйти из палаты на природу.

С учетом зарубежного опыта проектирования хосписов и изложенных выше аргументов наиболее оптимальным следует считать хоспис, представляющий собой одно- или двухэтажное здание.

Не менее важным является требование к внешнему облику здания хосписа. Авторы зарубежных публикаций неоднократно подчеркивают мысль о том, что здание хосписа не должно иметь вид больничной застройки, его композиция должна быть лишена казенных и административных деталей.

Эта особенность может быть учтена путем проектирования здания коттеджного типа, которое своей архитектурной «драматургией» скорее напоминало бы индивидуальное жилье или дом отдыха, а не больницу для умирающих больных. Важным следствием такого подхода является приоритетность индивидуального проектирования хосписов по сравнению с типовым проектированием учреждений подобного типа.

При формировании внутренней среды хосписа необходимо создание в нем условий, максимально приближенных к домашним.

Создание гуманной атмосферы уюта домашней обстановки оказывает положительное воздействие не только на пациентов хосписа, но и на их близких, способствует появлению у них уверенности в том, что больной попал в надежное учреждение. В то же время в вопросе гуманизации среды для персонала разумно проявлять известную сдержанность и осторожность в подходе к «одомашниванию», поскольку атмосфера, даже в помещениях для отдыха персонала, должна лишь в известной степени позволять «отключиться», не демобилизуя работника полностью.

Внутренняя среда хосписа должна учитывать стремление больных к общению или изоляции, его потребности в смене впечатлений и настроений, в эстетическом окружении, в получении информации, в религиозных отправлениях, в чередовании покоя и деятельности.

В этой связи большое внимание следует уделять созданию архитектурно-планировочными средствами социальной микросреды, обеспечивающей оптимальные контакты в маленьком коллективе.

Многообразие проектных решений хосписов было проанализировано в 1982 году Американским институтом архитекторов и Американской ассоциацией больниц. Результаты тщательного анализа 48 запланированных и существующих решений хосписов представлены в отчете «Архитектура хосписов для стационарных больных». *Кэри*, анализируя данные этого отчета, сформулировал перечень

минимальных требований по основным пунктам проектирования хосписов:

- разнообразии вместимости палат и их интерьера. Предпочтение отдается палатам на 1, 2 и 4 койки;
- палаты имеют большую площадь, чем в традиционных стационарных медицинских учреждениях;
- семейные зоны должны включать одну большую общую комнату и уголок для родственника в палатах пациентов;
- наличие небольшой кухни (обычно примыкающей к семейной зоне) для общего пользования со специальными приспособлениями для подогрева или приготовления индивидуальной пищи;
- наличие крытого садика-галереи с открывающимися окнами и оранжереи;
- наличие большого количества живописных произведений, особенно изображающих природу, а также скульптуры, миниатюр, статуэток и других форм предметно-изобразительного искусства;
- отдельный специальный пост медицинской сестры, обслуживающей больных хосписа;
- отдельные входы, как для всего здания, так и для всех его элементов (зон);
- наличие открытых зон: веранд, террас, а также зеленых зон отдыха на территории, прилегающей к зданию хосписа;
- наличие соединительных элементов, связывающих больницу с зоной персонала и служебными помещениями;
- свободный доступ к больным их друзей и родственников, добровольцев, представителей благотворительных обществ, религиозных служителей различных конфессий;
- наличие помещений для пребывания членов семьи в ночное время;
- наличие многофункционального зала для проведения конференций, заседаний персонала и других мероприятий, а также используемого под библиотеку.

По мнению *Кэри*, выполнение этих минимальных требований по основным пунктам проектирования хосписов позволяет создать «домашнюю атмосферу и уют».

2.4. Мощность и функциональная структура хосписа

Мощность хосписа определяется мощностью (количественной вместимостью) его стационара (число коек) и утверждается региональным органом здравоохранения. Количество посещений больных на дому (выездов бригад) определяется по факту, не является плановым показателем и зависит от уровня обращаемости больных или его родственников, характера помощи (медицинская, социальная, психологическая, комплексная) и различных местных условий.

Мощность хосписов по данным различных авторов, как правило, колеблется в пределах от 15 до 45 коек, причем большинство авторов считают, что указанная мощность является оптимальной с точки зрения реализации положений концепции хосписов и создания определенной архитектурной среды. Оптимальная мощность хосписа, соответствующая среднему значению этого диапазона, – 30 коек. *А.В. Гнездилов*, обобщая зарубежный опыт, сообщает, что хоспис на 30 коек может обеспечить потребность 400 тыс. населения. Уровень обеспеченности в этом случае составит 7,5 койки на 100 тыс. населения.

Этот показатель может быть взят за основу расчета показателя потребности населения в койках хосписов. Например, количество коек хосписов в регионе численностью 1200 тыс. жителей составит 90 коек. Количество хосписов в этом случае при мощности 30 коек каждый составит 3 хосписа.

В зависимости от мощности хосписов, объема финансирования и других (преимущественно местных) условий их количество может быть увеличено или уменьшено, но суммарное количество коек в хосписах должно соответствовать расчетному показателю потребности населения в койках хосписов.

Функциональная структура хосписа определяется основными задачами и функциями этого медико-социального учреждения, а также потребностями пациентов и их родственников, медицинского, обслуживающего персонала и посетителей хосписа.

К основным задачам хосписа следует отнести:

- формирование новой формы медицинского и социального обслуживания инкурабельных больных
- повышение доступности стационарной медицинской помощи

больным в терминальной стадии и улучшение качества помощи, оказываемой им на дому;

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

Для реализации этих задач на хоспис, как медико-социальное учреждение, возлагается две важные функции:

1) проведение симптоматического лечения и организация квалифицированного ухода за пациентами в стационарных условиях,

2) оказание необходимой помощи по проведению симптоматического лечения и организации квалифицированного ухода за пациентами на дому.

Выполнение этих функций хосписа предусматривает наличие в его структуре стационарной и выездной службы, как главных функциональных подразделений.

Полноценное функционирование этих главных подразделений предполагает включение в структуру хосписа следующих служб:

- службы распределения потоков людей и приема больных;
- административно-хозяйственной и бытовой служб;
- вспомогательных служб (стерилизационная, ЛФК, массаж и др.) и пищеблока.

Изучение и анализ литературных данных по вопросу функциональной структуры хосписа в сочетании с анализом его целей, задач и функций, определенных в официальных документах, позволили предложить следующую структуру хосписа:

I. Помещения вестибюльной группы и приема больных.

II. Стационар.

III. Выездная служба

IV. Административно-хозяйственная, бытовая и вспомогательная службы.

V. Служба приготовления пищи.

Следует отметить, что приведенная выше структура хосписа носит лишь рекомендательный характер. В ней, например, отсутствует дневной стационар, так как госпитализация тяжелых больных, многие из которых имеет метастазы в кости, со всех точек зрения нецелесообразна. Для менее тяжелых больных потребность в госпитализации в дневное время может быть удовлетворена путем использования

круглосуточной койки, временно функционирующей как койка дневного пребывания. На основании опыта работы Первого Московского хосписа установлено, что количество больных, нуждающихся в госпитализации в дневное время, крайне мало (единицы!), что делает нецелесообразным включение дневного стационара в структуру хосписа.

В.В. Миллионщикова предлагает создавать хосписы усеченного вида в виде «хосписа на дому», или выездной службы.

По такому пути целесообразно пойти на первом этапе в тех случаях, когда нет средств на дорогостоящие проекты, потому нет возможности сразу организовать хоспис со стационаром. Таким же путем шли в Америке в годы «Великой депрессии» — движение *макмиллановских* медсестер — службы на дому. Эти службы в дальнейшем стали фундаментом для хосписов в США. Но юридическая самостоятельность таких хосписов — обязательна.

Функционирование выездной службы намного более экономично, чем функционирование хосписов со стационарами. Стоимость одного визита бригады выездной службы в три раза дешевле стоимости пребывания больного на койке стационара хосписа. Стоимость содержания больного на выездной службе исключает расходы на питание, коммунальные услуги, приобретение и амортизацию оборудования, расходы на прачечную, ремонт и другие текущие расходы.

Работая с родственниками, хосписы возвращают в строй, на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей огромное количество людей. Если учесть, что, по данным ВОЗ (а данные Первого Московского хосписа это подтверждают), каждого больного окружают 10–12 условно здоровых, полноценных членов общества (родные, друзья, соседи), то экономическая выгода для государства создания полноценных хосписов или хосписов усеченного вида становится очевидной.

Выездная служба в этих случаях может быть размещена на небольших площадях, в небольших помещениях, укомплектованная штатами, как самостоятельное юридическое лицо (администрация, бухгалтерия, медицинский и обслуживающий персонал).

В то же время структура хосписа может быть дополнена оргметодотделом по социальной и медицинской работе, являющимся, по существу, координатором социальной работы хосписа и одновременно осуществляющим функции учебно-методического центра для всех хосписов региона. Оргметодотдел организуется в одном из хосписов

региона, поэтому включение его в унифицированную структуру хосписа, приведенную выше, нецелесообразно.

Деятельность основных структурных элементов хосписа (стационар, выездная служба), а также оргметодотдела регламентируется положениями, утверждаемыми главным врачом хосписа.

2.5. Примерный состав и площадь помещений хосписа

Содержательная часть каждого из функциональных элементов хосписа может быть различной и зависит от рабочей площади здания и мощности хосписа, численности штатного персонала, возможности выполнения ряда бытовых (прачечная) и вспомогательных (служба приготовления пищи) функций другими стационарными учреждениями на договорной основе. Ниже (табл. 1) приводится извлечение из московских городских строительных норм, характеризующее состав и площади помещений каждого функционального элемента хосписа.

Следует обратить внимание, что предлагаемый примерный состав и площади помещений хосписа со стационаром на 30 коек носит лишь рекомендательный характер. В заданиях на проектирование хосписов, а также на реконструкцию других зданий под хоспис следует учитывать предполагаемое штатное расписание, площадь участка застройки, рабочую площадь реконструируемого здания и ряд других местных и организационных факторов.

Таблица 1

ПРИМЕРНЫЙ СОСТАВ И ПЛОЩАДИ ПОМЕЩЕНИЙ ХОСПИСА СО СТАЦИОНАРОМ НА 30 КОЕК

(Извлечение из МГСН 4.01 – 94)

п/п	Функциональные группы и перечень помещений	Площадь, м ² (не менее)	Количество помещений
1	2	3	4
1. ПОМЕЩЕНИЯ ВЕСТИБЮЛЬНОЙ ГРУППЫ И ПРИЕМА БОЛЬНЫХ			
1.1	Вестибюль-гардеробная для посетителей	36	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
1.2	Гардеробная уличной одежды для персонала	5	1
1.3	Справочная	4	1
1.4	Киоск	6	1
1.5	Уборная для посетителей при вестибюле	3	2
1.6	Смотровая с гинекологическим креслом	18	1
1.7	Санитарный пропускник для больных:		
	раздевальная	6	1
	ванная с душем с подъемником	14	1
	одевальная	6	1
1.8	Помещение (место) для хранения каталог и кресел-колясок	4	1
1.9	Уборная для больных	3	1
II. СТАЦИОНАР НА 30 КОЕК			
2.1	Палата на 1 койку со шлюзом, встроенными шкафами и санитарным узлом	22	4
2.2	Палата на 2 койки со шлюзом, встроенными шкафами и санитарным узлом	28	3
2.3	Палата на 4 койки со шлюзом, встроенными шкафами и санитарным узлом	48	5
2.4	Пост дежурной медицинской сестры	6	6
2.5	Процедурная с гинекологическим креслом (со сливом) и шлюзом	22	1
2.6	Перевязочная	22	1
2.7	Помещение для группового отдыха больных в дневное время	30	1
2.8	Зимний сад	50	1
2.9	Молитвенная	20	1
2.10	Помещение для индивидуального разогрева домашней пищи	10	1
2.11	Кабинет заведующего	12	1
2.12	Ординаторская	16	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
2.13	Кабинет врача-психотерапевта	12	1
2.14	Комната старшей медицинской сестры с местом для хранения медикаментов	12	1
2.15	Комната среднего (младшего) медицинского персонала с гардеробной для домашней и рабочей одежды	28	2
2.16	Комната для ночного отдыха родственников больных	12	3
2.17	Комната для отдыха добровольных помощников	12	1
2.18	Помещение для хранения переносной аппаратуры	12	1
2.19	Помещение для мытья и стерилизации суден, горшков, мытья и сушки клеенок	8	1
2.20	Помещение для сбора и временного хранения грязного белья	8	1
2.21	Помещение для хранения дезсредств и предметов уборки с трапом, краном и сушкой	4	1
2.22	Ванная с душем и подъемником для больных	14	1
2.23	Кладовая чистого белья	4	1
2.24	Помещение для хранения каталок и кресел-колясок	6	1
2.25	Комната личной гигиены персонала с душевой кабиной	6	2
2.26	Клизменная (со шлюзом)	10	1
2.27	Уборная для персонала (со шлюзом и умывальником)	3	2
2.28	Уборная для посетителей (со шлюзом и умывальником)	3	1
2.29	Помещение для хранения трупов с холодильной установкой (с отдельным наружным выходом)	18	1
2.30	Траурное помещение	22	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
III. ВЫЕЗДНАЯ СЛУЖБА			
3.1	Кабинет заведующего	12	1
3.2	Комната старшей медицинской сестры с местом для хранения медикаментов	12	1
3.3	Комната выездных бригад с местом для диспетчера	38	1
3.4	Комната шоферов	10	1
3.5	Уборная для персонала	3	1
IV. АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННАЯ, БЫТОВАЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СЛУЖБЫ			
4.1	Кабинет главного врача с приемной	28	1
4.2	Кабинет заместителя главного врача по медицинской части	15	1
4.3	Кабинет заместителя главного врача по административно-хозяйственной части	10	1
4.4	Кабинет социальных работников	18	1
4.5	Комната главной медицинской сестры	10	1
4.6	Комната общественных (благотворительных) организаций	10	1
4.7	Конференц-зал	43	1
4.8	Медицинская библиотека	12	1
4.9	Кабинет медицинской статистики с архивом	24	1
4.10	Бухгалтерия с кассой	18	1
4.11	Комната сестры-хозяйки	10	1
4.12	Центральная бельевая	12	1
4.13	Кладовая хранения мягкого инвентаря	10	1
4.14	Кладовая хранения жесткого инвентаря	18	1
4.15	Кладовая временного хранения списанного инвентаря	18	1
4.16	Мастерская	18	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
4.17	Буфет для персонала:		
	зал с раздаточной	24	1
	подсобное помещение	6	1
	моечная столовой посуды	8	1
4.18	Комната психологической и психоэмоциональной разгрузки персонала (со шлюзом)	18	2
4.19	Сауна для персонала:		
	раздевальная	5	2
	душевая	3	2
	кабина сухого пара	6	1
	бассейн	15	1
	уборная	3	1
4.20	Централизованная стерилизационная:		
	помещение приема и подготовки инструментов и материалов	9	1
	моечная	10	1
	стерилизационная	12	1
	помещение хранения и выдачи материалов	9	1
4.21	Аптечный распределительный пункт:		
	распаковочная	8	1
	комната для хранения и выдачи лекарственных средств	12	1
	помещение для хранения наркотических средств	4	1
4.21	Дезкамерный блок:		
	помещение приема и сортировки вещей	5	1
	помещение выдачи вещей	5	1
	загрузочное помещение дезинфекционной камеры	9	1
	разгрузочное помещение дезинфекционной камеры	12	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
	кладовая хлорной извести	4	1
	кладовая дезинфицирующих средств	2	1
	гардероб персонала с душем	4	1
	уборная	3	1
	кладовая предметов уборки с поливочным краном, трапом и сушкой	6	1
	комната персонала	8	1
4.23	Прачечная:		
	помещение приема и сортировки белья	6	1
	стиральный цех (постирочная)	18	1
	сушильно-гладильный цех	15	1
	кладовая стиральных средств	4	1
	комната персонала	8	1
	комната личной гигиены персонала с душевой кабиной	6	1
	уборная	3	1
4.24	Помещение для хранения предметов уборки	4	1
4.25	Уборная для персонала	3	2
V. СЛУЖБА ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ			
<i>Производственные помещения:</i>			
5.1	Помещение первичной обработки овощей	10	1
5.2	Цех заготовки овощей	8	1
5.3	Цех заготовки мяса, птицы и рыбы	10	1
5.4	Варочный цех	30	1
5.5	Холодная заготовочная	6	1
5.6	Цех мучных изделий	8	1
5.7	Моечная кухонной посуды	6	1
5.8	Кладовая суточного запаса продуктов	6	1
5.9	Экспедиция (с наружным выходом)	6	1

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
5.10	Столовая для больных:		
	обеденный зал	38	1
	моечная с оборудованием для мытья столовой и кухонной посуды	22	1
<i>Складские помещения:</i>			
5.11	Охлаждаемые камеры для хранения:		
	мяса и рыбы	6	1
	молочных продуктов, фруктов и зелени	6	1
	отходов со шлюзом, оборудованным поливочным краном, трапом для мытья бачков (с отдельным наружным выходом)	6	1
5.12	Помещение холодильной установки	9	1
5.13	Кладовая сухих продуктов	6	1
5.14	Кладовая хлеба	4	1
5.15	Кладовая овощей	6	1
5.16	Загрузочная	6	1
5.17	Тарная	6	1
5.18	Кладовая белья	5	1
5.19	Кладовая инвентаря	5	1
5.20	Гардеробные, душевые, уборные для персонала с комнатой личной гигиены	13	1
5.21	Кладовая предметов уборки помещений с поливочным краном, трапом и сушкой	6	1
5.22	Комната медицинской сестры диетического питания	8	1
5.23	Помещение хранения и мытья тележек и тары, применяемых для транспортировки пищи	8	1
5.24	Комната персонала	8	1

Примечания:

1. Санитарный узел при палате состоит из уборной, умывальника и душа.

2. Соотношение палат различной коечности определяется заданием на проектирование.
3. Количество постов дежурной медсестры в стационаре может быть увеличено или уменьшено в зависимости от штатного расписания.
4. Наличие и площади отдельных помещений могут быть изменены в зависимости от штатного расписания и расстановки технологического оборудования.

2.6. Персонал хосписа

2.6.1. Проблемы персонала хосписа

(А.В. Гнездилов, из книги «Психология и психотерапия потерь»)

Когда мы хотим понять, что же такое хоспис, в чем, кроме комфортно оборудованных помещений и многочисленных обезболивающих препаратов, специфика этого учреждения, невольно ловишь себя на мысли, что наиболее специфичны здесь люди – персонал. Литературные источники, мнения врачей зарубежных хосписов, а также наш собственный опыт полностью подтверждают это представление. Люди, имеющие особые черты характера, обладающие высоким профессионализмом и высокой культурой общения как с больными, так и друг с другом, – вот главная составляющая хосписной работы.

Какие же требования мы предъявляем при подборе персонала? Вопрос кажется риторическим, поскольку в хоспис идут работать очень немногие, и, казалось бы, мы должны с радостью принимать всякого изъявившего желание. Но опыт дает нам основание выбирать, и прежде всего в претенденте оценивается степень отзывчивости на чужую боль. Это крайне важное и редко встречающееся ныне свойство характера. Им, к сожалению, обладают и далеко не все медики. Чаше всего отзывчивость развита у тех, кто имел то или иное переживание горя или утраты в собственной жизни.

Так, кандидатов в работники хосписа просят вспомнить самую первую смерть в их жизни, которую они реально пережили. Не имеет

значения, будет ли это смерть близкого человека или животного: важно, конструктивно или невротически она была воспринята. Фактически та самая фраза принятия, примирения, снимающая страх перед смертью, приходит к человеку, позитивно пережившему эту встречу. Негативное, невротическое восприятие надолго поселяет в душе чувство особого страха, своеобразного «комплекса смерти».

Второе, на что мы ориентируемся, — духовность человека. Реализована ли она в религиозности или нет — не столь принципиально, хотя вопрос о вере в Бога достаточно хорошо помогал нам понять человека. Мы отдаем себе отчет, насколько хрупки наши ориентиры и что религиозность не всегда соответствует внутреннему смыслу понятия духовности. Но опыт работы в хосписе показывает, что при высокой текучести кадров именно верующие люди являются наиболее надежными и стабильными и отвечают задаче служения больному. Следует заметить, что духовность, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего за ним.

Третье качество, необходимое для работы в хосписе, — милосердие. Это, прежде всего, доброта и полное отсутствие равнодушного отношения к страданиям больного человека, это естественное стремление немедля, не раздумывая, прийти ему на помощь; сюда же входит и понятие жертвенности.

Наконец, следует отметить еще одну способность, которую нельзя назвать иначе как энергетическим потенциалом личности. Открещиваясь от всяких экстрасенсорных доктрин, тем не менее мы можем выделить людей, чье психологическое, эмоциональное поле как бы наполняет или заряжает нас, и, наоборот, есть люди, легко истощающиеся и опустошающие других. Наши предпочтения очевидны. В этой связи уместным будет напомнить высказывание Парацельса, врача и философа Средневековья: «Придет время, когда врач будет целить больного самим собой». Таким образом, памятуя, что каждый медик является лекарством для больного, необходимо понять и проверить себя, не являешься ли ты ядом, сокращающим жизнь пациента.

Закljučая наши «требования-ориентиры», мы ясно представляем всю сложность «поиска соответствий» всем вышеизложенным условиям. Требования при подборе кадров для службы в хосписе действительно высоки. И все же дадим простой совет, который в свое время помог и нам: достаточно найти хотя бы одного истинно доброго

человека, и по закону духовной жизни «подобное притянет к себе подобное». Возможно, решение проблемы подбора персонала заметно облегчится и у вас.

Работа персонала в клинике, ориентированной на паллиативную медицину, необыкновенно трудоемка и ответственна. Сложности обслуживания онкологических больных в терминальной стадии определяются целым рядом факторов, травмирующих психику самого персонала.

Во-первых, у 70–80% больных возникают те или иные психические нарушения. На этапе поступления в хоспис преобладают реактивные состояния, связанные с экстремальностью ситуации: ухудшение физического состояния, предчувствие конца, расставание с домом, обусловленное болью, выбор хосписной койки и т.д.

В период пребывания в хосписе вслед за первичной адаптацией выступают психические нарушения у больных с метастазами в головной мозг или явлениями общей интоксикации организма. Однако реактивные состояния и здесь не исчезают, а провоцируются очередными смертями соседей по палате. Следует отметить, что «спрятать» этот патогенный фактор от пациентов хосписа невозможно. Именно по этой причине число больничных коек в стационаре не должно превышать тридцати. Большее число коек однозначно означает большее число смертей, и, соответственно, нарушается атмосфера хосписа.

На терминальном этапе помимо психических изменений, связанных со следствиями локализации опухоли в мозгу, персонал сталкивается с атональными состояниями, которые зачастую протекают с выраженными нарушениями сознания.

Ориентированность работы хосписа на помощь всей семье пациента добавляет сложности к общению с родственниками. Все их переживания также нуждаются в купировании, и хорошо, когда они остаются в рамках невротических состояний, но это бывает не всегда. Особенно тяжелы бывают реакции близких на смерть.

Насколько сложна эта работа, может понять только тот, кто давал возможность человеку, потерявшему своего близкого, «выплеснуться» на самого себя. Когда это слезы отчаяния – то это более переносимо, чем агрессия родственника, выплескивающего несправедливый гнев на голову человека, который самоотверженно служил его близ-

кому. Способность принять переживания родственников из уважения к памяти умершего, которому были отданы силы и чувства, требует от персонала особых и характера, и установки. Следует отметить, однако, что те же родственники, которые несправедливо обвиняли сестер и врачей или выплескивали на них злость на судьбу за свою потерю, вслед за тем понимали свою несправедливость, благодарили персонал за помощь, просили прощения за несдержанность и становились порой лучшими друзьями хосписа.

Наличие 30–40% неврологических лежащих больных с метастазами в спинной мозг и, соответственно, с парезами и параличами создает дополнительные трудности в уходе. Переворачивание, подача судна, кормление, прогулки на улице с перекладыванием больного на каталку или кресло — все это не нуждается в объяснениях.

Поступление в хоспис запущенных случаев с разлагающимися опухолями, наличие свищей, недержание функций тазовых органов и так далее обеспечивает большой процент больных, требующих специфического ухода. Не нужно доказывать, как влияет их «антиэстетичность» на чувства окружающих, вызывая естественную брезгливость. Только постоянный контроль за своими эмоциями и преодоление негатива состраданием и милосердием позволяют достичь необходимых доверия и взаимопонимания. Сколько умения и такта требуется при этом!

Наконец, самым травматичным является для персонала постоянная не просто встреча со смертью, но психологическое участие в ней.

Специфика работы осложняется еще и тем, что персонал не может дистанцироваться от пациентов. Ситуации умирания бывают столь драматичны, что включают весь персонал почти автоматически. В самом деле, можно ли остаться равнодушным, когда пациент зовет на помощь, протягивает руки, просит обнять его, чтобы почувствовать себя самого, поддержку, чтобы преодолеть страх.

Конечно же, идентификация, отождествление с больными и их переживаниями порождает повышенные требования к потенциалу выносливости, а если говорить точнее — к духовности каждого, кто идет работать к умирающим больным. И ведь мало кто понимает, что даже дача негативной информации пациенту так, чтобы не нарушить его психологической защиты, травмирует медика порой не в меньшей степени, чем больного.

Вероятно, одним из самых печальных моментов хосписной службы является факт исчезновения плодов твоего труда. Если в других клиниках сестра или врач встречают своих пациентов и с гордостью думают, что в каждом исцелении есть и их заслуга, то персонал хосписа, выложившись до конца, отдав все силы, уже никогда не встретит своего подопечного, не прочтет благодарность в его взгляде. И как бы ни была благородна задача помощи умирающим, но редко смерть способна приносить чувство удовлетворенности своей работой персоналу клиники.

Следует еще отметить, что неформальные взаимоотношения персонала и пациентов естественно приводят к взаимопривязанности, близости. И насколько тяжелее терять не просто пациента, но друга! Кстати, можно подчеркнуть еще один небольшой психологический момент: ценность привязанности увеличивается, если ты находишься в позиции дающего, а не берущего. Это касается и духовных, и материальных, физических аспектов бытия.

Нельзя обойти молчанием и следствия тех стрессующих факторов, которые воздействуют на персонал. Скорее, чем в других клиниках, здесь наблюдается синдром «выгорания» — явления повышенной невротизации, развития психосоматических болезней, таких как язвенная болезнь, заболевания сердца, внутренних органов.

В плане изменений психики можно фиксировать повышенную утомляемость, неврастеническую симптоматику с раздражительностью, колебаниями настроения, канцерофобические навязчивости.

Особо травмирует смерть молодых пациентов. Их переживания персонал нередко переносит на себя, представляя собственную кончину от тех же причин. В этой связи помимо психотерапии требуется, прежде всего, дать отдых человеку, перенасытившемуся негативными переживаниями, дать ему возможность переключиться на другую ситуацию, сменить среду.

Перечисление негативных сторон работы в хосписе требует, разумеется, и представления позитивных моментов. С этих позиций хотелось бы, прежде всего, рассмотреть причины, которые приводят людей на службу в хоспис. Следует отметить, что причина редко бывает одна, чаще их — комплекс. Наверное, одним из мотивов является поиск в работе смысла жизни. Работа в хосписе действительно за-

ставляет переосмыслить свою жизнь. Встреча со смертью производит переоценку всех ценностей, дает понимание того, зачем ты пришел в этот мир. Стоит ли говорить о том, что «мелочи жизни», заботы о материальном достатке, комфорт мещанского благополучия, сиюминутные потребности — все это как цель и смысл жизни отпадает, ибо перед глазами находится постоянное напоминание о смерти и недолговечности бытия. Переосмысление, осознание жизни с позиций высокой морали, духовный рост больных, наблюдаемый и поощряемый персоналом, вовлекают в этот процесс каждого, небезучастно находящегося рядом с больным. И сопереживая больному на этом пути, всякий решившийся на него укрепляет и возрождает собственную душу, среди хаоса всевозможных иллюзий острее ощущая непреходящую ценность каждого мгновения земной жизни.

Ориентированность на больного, приобщение к его жизни помогают становлению личности и даже позволяют осознать собственную значимость (благодарность за «последний стакан воды» заслужить не так просто...).

Представьте, лишь в мыслях, на месте уходящего из жизни себя. Какую небывалую значимость мгновенно приобретут душевные качества тех, кто окажется с вами рядом в это трудное время. В хоспise, рядом с больными, случайных людей, как правило, нет. Здесь те, кто искренне и сознательно желает помочь и облегчить чужое горе.

Взять простейший вариант. Лежачий больной должен в присутствии других сходить на горшок, или пациент, не контролирующий работу тазовых органов, вдруг оказывается мокрым или грязным. Присовокупите к этому ночное время и палату тяжелобольных, чей сон и так достаточно проблематичен. И каков должен быть психологический заряд нянечки, которую хочется назвать «нянюшкой», когда ее приход вносит покой и умиротворение в самые израненные и мятущиеся души. Нет ни грубости, ни осуждения, лишь понимание и сочувствие.

Хотелось бы развить эту тему. В конце своей жизни беспомощный, страдающий человек как бы возвращается в положение ребенка. Даже физически он смотрит на подходящих к нему людей снизу вверх. Персонал же несет на себе функцию родителей, ухаживающих за своими детьми. Мы всегда щедры на ласку ребенку, даже не предполагая, кем он вырастет. Сколь же важно увидеть в том или ином старике его

внутреннего ребенка. Ребенка, которому страшно затеряться среди других, ребенка, испытывающего потребность во внимании, любви, снисходительности к его слабостям.

Редкое обращение к персоналу, как к «мамочке» или «отцу», не всегда свидетельствует о «склерозе»... Проблема возвращения в детство может прочитываться как эмоциональная поддержка со стороны памяти, черпающая силы в первых впечатлениях, приобретенных в семье.

Понимающий и сострадательный персонал предопределяет психологический климат в палате, и так же как дети индуцируются в своем поведении и чувствах взрослыми, так и больные следуют примеру персонала.

«Если ты не сделаешь этого – то кто сделает?». Это сознание медсестры, врача, санитарки дарит духовную радость и счастье, дает силу и поддержку, научает любви и милосердию. Конечно, бывают и невротические установки, когда приходящие в хоспис через больных, через свою работу пытаются решить здесь только какие-то свои личные проблемы – облегчить собственную боль. На Западе поэтому, наверное, и не принимаются в хосписную службу те, кто недавно (менее полутора-двух лет назад) потерял своих близких.

Мы уже упоминали о культуре общения. Хотелось бы привести один случай, демонстрирующий, что это такое. Медсестра английского хосписа поинтересовалась у русских коллег, каким образом они бы узнали у больного, что тот сам думает о своем заболевании. В ответ прозвучало: «Просто подошли и спросили бы: “Что вы думаете о своем заболевании?”». Медсестра растерянно улыбнулась: «Так? Даже не узнав у него прежде, есть ли у него желание разговаривать на эту тему, или когда он будет настроен на беседу?..»

В этом примере кроется очень многое. К сожалению, в нашей стране исторически отношения между людьми складывались по вертикали. Нас успешно обучили диктатуре – той пирамиде, где вышестоящий требует, приказывает, спрашивает с подчиненного, а тот лишь исполняет волю начальника, без обратной связи. Увы, но подобный стиль отношений принят многими. Однако в хосписе его быть не должно. Партнерство – вот тот необходимый здесь стиль отношений по горизонтали, где пациент остается личностью, которая обладает равными с персоналом правами, независимостью и свободой выражения, а в

чем-то имеет и преимущества, поскольку персонал ориентирован на служение ему.

Можно много говорить о контакте персонала с больным, о пантомимике, позициях во время беседы, улыбках, о том, что создает комфортный психологический климат хосписа. Здесь еще раз уместно сказать о физической, эмоциональной и духовной составляющих этого климата.

Физический контакт предполагает максимальную совместимость с пациентом от начального знакомства, которое сопровождается рукопожатием, до последующих соприкосновений. Они проявляются через так называемый язык тела. Допустим, легкое прикосновение руки может передать и чувства, и симпатии, и доверительность, и одобрение, но также и остановить больного от напрасного выплеска, успокоить тревогу, переключить внимание.

Важно находиться в едином временном и пространственном поле с пациентом. Тогда отпадает необходимость долгих объяснений. Ты начинаешь понимать не то, что говорит или делает собеседник, а как он говорит или делает, идет считывание транситуационной информации и обмен ею. Для этого не нужно специального образования. Ребенок спокойно засыпает на руках матери. Она думает, что вот теперь можно сходить в магазин, но дитя тут же просыпается, начинает плакать, словно прочло ее мысли. Собака угадывает часто ваш взгляд и бежит к двери, виляя хвостом и ожидая прогулки. Вот примеры физического контакта.

Жест прикосновения может купировать ложные комплексы самобрезгливости или ожидания подобного чувства от окружающих. Приобщение пациента к своему «полю» может заметно растянуть чувство времени, и это порой самый большой подарок, который мы можем дать уходящему человеку. Даже во время коматозного состояния «держание за руку» помогает больному справиться со страхами.

Эмоциональный контакт зиждется на чувстве симпатии. В этом случае мостик строится не от себя к больному, но от него к себе. Настроенность не на «подать себя», а выслушать и принять другого создает почву для общения. Вместе с этим необходимо понимание ситуации больного, сочувствие и доброжелательность. Необыкновенно важна для медработника или волонтера способность не держаться в сознании страх смерти. Ибо больные, если можно так

выразиться, читают мысли окружающих, то есть легко воспринимают информацию на невербальном уровне. Страх индуцирует страх. Невротическое восприятие смерти у медика передается больному и немедленно создает в его сознании подобный мыслеобраз. Подтверждением этому служит поведение ребенка. Он фактически не боится смерти, если его не индуцируют своими страхами и горем родители или окружающие люди.

<...>

Что касается психологической поддержки персонала, то мы не можем предложить какой-то определенной унифицированной системы купирования тех или иных реакций медицинских работников. Имеющиеся данные говорят в первую очередь о создании коллектива, существующего как единое целое, вырабатывающего после обсуждений общие оптимальные решения, как группы людей, поддерживающих друг друга (на утренних конференциях, специальных встречах с психологами или психотерапевтами и т.д.).

При всем уважении к опыту наших западных коллег мы, к сожалению, не можем полностью решить наших проблем с помощью самокупирующейся системы взаимоотношений в группе. Попытки обсуждений, отреагирования, поддержки, «работающие» в отношении больных и их родственников, не так эффективны в решении наших собственных проблем. Текучесть кадров подтверждает это мнение. Нам кажется, причиной тому является специфически негативное отношение нашего персонала ко всякого рода групповой деятельности. Слишком свежа в памяти модель коллективизма, которая в свое время насаждалась широко и бездумно, которая своим формализмом обычно нивелировала запросы и проблемы личности и вызывала в результате крайне отрицательное отношение к групповой деятельности как таковой. Вероятно, это наблюдение касается всего нашего общества, где спор отнюдь не рождает истину, а, напротив, способствует озлобленности и взаимообвинениям. Конструктивные моменты в дискуссиях и обсуждениях, к сожалению, отступают перед деструктивными. В результате «положительным» итогом нередко можно считать лишь возможность публично излить свой аффект.

Вторым фактором, нарушающим психологический климат в коллективе, является крайне низкий уровень материальной обеспечен-

ности персонала, из-за чего люди не имеют возможности снять груз переживаний и расслабиться в домашней обстановке, в семье.

Пребывание на природе, походы в театр, музеи также требуют времени и возможностей, а последние у большинства крайне ограничены. Тем не менее нам видится, что решение вопроса – в расширении границ сознания персонала, его кругозора, эстетических потребностей, т.е. в расширении духовной сферы личности, что, несомненно, ведет к большей терпимости и взаимопониманию.

Разумеется, научение конструктивному диспуту, терпимости к противоположному мнению и взглядам также необходимы для создания продуктивных взаимоотношений в группе.

В этом плане нам кажется обязательным прежде всего восстановить те принципы, которые в нашем обществе долго подавлялись. Мы имеем в виду доверие как основу системы взаимоотношений. В прежней, советской, модели общества все взаимоотношения в медучреждениях подчинялись единой догме – постоянному контролю над каждым шагом персонала. Мы считаем, что в хосписе акцент должен быть смещен на собственную совесть каждого человека, работающего здесь. Никто не может быть лучшим судьей для нас, чем мы сами. Работа в хосписе фактически подводит к этому принципу, поскольку основана на энтузиазме, который у нас, как известно, благополучия материального не дает. Учитывая, что каждый человек чувствует предел собственных сил, в практике хосписов и должен быть отлажен такой ритм работы, который бы позволил каждому работать в соответствии со своими возможностями.

Нам кажется, что человек должен быть сам хозяином своего времени. Возможности отключения, переключения, взаимозаменяемости позволят ему регулировать свое время. Стремление к профессиональному совершенствованию, внимание к собственным эстетическим запросам, постоянное сознание необходимости «делать добро» будут способствовать созданию той атмосферы, в которой возможно купирование многих стрессовых реакций.

Хотелось бы отметить, что изменение отношения к смерти и к собственным негативным переживаниям должно занять соответствующее место при обсуждении тех или иных проблем. В самом деле, живя непросто, мы постоянно пытаемся избавить свою жизнь от горя, печали и даже грусти, но порой переживание именно этих чувств

делают человека более чутким и отзывчивым — «душевым», как говорят, и — духовно богатым. Человечность чаще всего определяется не столько умом, сколько масштабом чувствования.

Таким образом, хотелось бы сказать, что нет единого рецепта для купирования тех или иных переживаний, но есть — и мы используем это в своей каждодневной работе — возможность, отступив от стереотипа, руководствоваться принципом индивидуального подхода к каждому работнику, что, в свою очередь, позволяет своевременно реагировать на реальные нужды сотрудников коллектива. Большинство — в силах самостоятельно решать свои проблемы, и «подведение единого знаменателя» в попытке всех сразу избавить от негативных переживаний, безусловно, никому не нужно. Поэтому мы считаем, что проведение психотерапевтической помощи персоналу необходимо прежде всего индивидуализировать. Пути воздействия можно разделить на индивидуальную психотерапию, основывающуюся на рациональных беседах, или духовную помощь со стороны священнослужителя, лица, обладающего авторитетом для данного человека, а также групповую психотерапию.

В нашей практике мы использовали и используем утренние конференции обсуждения больных, включая в них проблемы персонала. Эти обсуждения создают подготовку персонала, но регламент времени не дает возможности полностью купировать эмоциональные реакции всех, однако они помогают персоналу почувствовать единство и разделить интересы каждого со всеми. Большую поддержку оказывают встречи вне хосписа, в неформальной обстановке.

<...>

Мы видим, что в отношении персонала целесообразно применение тех же методов, что и к больным, поскольку речь идет, прежде всего, о снятии эмоциональных стрессов. Принципы воздействия одинаковы, хотя методы видоизменяются в соответствии с разницей ситуаций, в каких пребывают онкологический больной и наши коллеги. Трудность заключается в создании так называемых супервизорских групп — терапевтов для медицинских работников. Обычная жизнь упирается в банальную поговорку о сапожниках без сапог..

Психотерапия для медицинского персонала особенно тяжела и требует куда больше времени и усилий, поскольку мы сталкиваемся с ситуацией, когда врач и пациент-медик обладают почти одинаково-

вым опытом и сознанием. Как часто, глядя в глаза коллеге, мы получаем стереотипный ответ: «Вы же медик, вы все сами понимаете». На этом психотерапия заканчивается.

Способность вызвать пациента на долгий разговор дает ему возможность «выплеснуться», не делая заключений, не давая оценок. Вот тот путь, по которому следует проводить психотерапию и с персоналом. Даже в случае невозможности стимулировать партнера на откровенный разговор не следует торопиться с окончанием общения. Никогда не надо первому завершать контакт, нужно помнить, что молчание может принести не меньшую помощь собеседнику, который приходит не столько за советом, сколько за поддержкой. Терапия присутствием, общением, необязательно вербальным, — один из мощнейших методов, который трудно переоценить.

2.6.2. Штатное расписание

Вопрос о количестве штатных работников хосписа описан в литературе явно недостаточно. Известно, что в штате хосписа в Тринити (Англия) работает 100 человек, а в хосписе св. Кристофера — 200. При этом в хосписе в Тринити на пациента приходится по две медсестры (*Д. Кесли*). В обоих хосписах прибегают к помощи внештатных работников — добровольцев, количество которых в хосписе в Тринити достигает 200, а в хосписе св. Кристофера — 250 человек.

В штат работников британских хосписов входят врачи, медсестры, социальные работники, специалисты по терапии, психологии и священники (*Д. Кесли*).

По данным *Р. Поллетти*, в хосписах работают 2 или 3 врача полный или неполный рабочий день. Они решают вопрос о наиболее эффективных средствах и способах облегчения болей и душевных страданий. Планы лечения нередко обсуждаются с пациентом или (и) его родственниками.

В хосписе, где лечение носит паллиативный характер, медицинские сестры играют очень большую роль. Они встречают пациентов и их родственников, обеспечивают постоянное обслуживание больных, выслушивают просьбы больных и передают их другим работникам, если не в состоянии удовлетворить их сами. Они осуществляют уход,

необходимый для поддержания жизни и для физического комфорта больных, поддерживают их морально, стараются приободрить. В работе им помогают санитары и сиделки.

Во многих хосписах под руководством одного из штатных сотрудников работают добровольцы, в том числе верующие люди. Как правило, они присматривают за одинокими пациентами или за пациентами, родственники которых почему-либо не могут их навещать. *Brown* отмечает, что в обязанность добровольцев входит не замена штатного персонала, а оказание ему посильной помощи и дополнительных услуг.

Штатное расписание отечественных хосписов действующими приказами Минздрава не определено. Штатное расписание отделений сестринского ухода, рекомендованное приказом Минздрава от 01.02.1991 г. № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» неприменимо для хосписов. Очевидно, что штатное расписание хосписов зависит от местных возможностей и условий, структуры хосписов и пр.

Существенным аспектом для деятельности штатного персонала хосписов и добровольцев является предварительное специальное обучение.

На Западе большинство врачей хосписов проходят стажировку в хосписе св. Кристофера, который с момента своего основания (1967) превратился в самый передовой научно-исследовательский и учебный центр мира. Медицинские сестры, работающие в хосписах, проходят специальную подготовку. В США они имеют особый диплом; в Великобритании – проходят курс постдипломной подготовки, на котором их обучают оказывать умирающим физическую и психологическую помощь. *Паркес* сообщает о специальном учебном курсе для добровольцев и родственников пациента, что свидетельствует о серьезности в подходе к обучению всех лиц, соприкасающихся с пациентами хосписа.

Предварительное специальное обучение предполагает наличие учебно-методического центра, организуемого в одном из хосписов крупного города, области или края. По окончании соответствующего курса обучения врачи и медсестры получают удостоверение на право медицинской деятельности в хосписе. Форма удостоверения утверждена приказом Минздрава РФ от 15.09.1992 г. № 249.

Альтернативным подходом к решению проблемы обучения кадров является обучение непосредственно на рабочем месте. В Первом Московском хосписе, например, существует правило, согласно которому любой потенциальный новый сотрудник до оформления на работу проходит испытательный срок в течение 60 рабочих часов.

Сложившийся опыт работы, практика функционирования Первого Московского хосписа, возможности его финансирования и другие факторы позволили сбалансировать численность персонала с потребностями полноценной работы хосписа. Штатное расписание Первого Московского хосписа приведено в табл. 2.

Таблица 2

п/п	Наименование структурных подразделений, должностей	Кол-во штатных единиц
1	2	3
ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ		
<i>Администрация</i>		
1	Главный врач	1.00
2	Зам. гл. врача по лечебной части	1.00
3	Зам. гл. врача по работе с сестринским персоналом	1.00
4	Провизор	1.00
5	Медицинская сестра диетическая	1.00
6	Медицинский статистик	1.00
7	Медицинский дезинфектор	0.50
8	Санитар (для приема трупов)	2.00
9	Врач-эпидемиолог	0.50
ИТОГО:		9.00
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ		
<i>Выездная служба</i>		
1	Зав. отделением – врач-онколог	1.00

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
2	Врач-онколог	2.25
3	Врач-гериатр	0.25
4	Старшая медицинская сестра	1.00
5	Медицинская сестра	11.50
6	Фельдшер	2.50
7	Медицинский регистратор	1.00
8	Сестра-хозяйка	1.00
ИТОГО:		20.50
<i>Стационар</i>		
1	Зав. отделением – врач-онколог	1.00
2	Врач-онколог	2.50
3	Врач-терапевт	2.50
4	Врач-гериатр	2.50
5	Старшая медицинская сестра	1.00
6	Медицинская сестра палатная	23.25
7	Фельдшер	1.25
8	Медицинская сестра процедурной	2.00
9	Медицинская сестра перевязочной	2.00
10.	Младшая медицинская сестра по уходу	25.75
11	Санитарка-буфетчица	2.50
12	Санитарка	3.75
13	Сестра-хозяйка	1.00
ИТОГО:		71.00
<i>Стерилизационная</i>		
1	Медицинская сестра	1.00
2	Санитарка	1.00
ИТОГО:		2.00

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
<i>Приемное отделение</i>		
1	Медицинская сестра	1.00
2	Медицинский регистратор	2.00
	ИТОГО:	3.00
<i>Кабинет ЛФК</i>		
1	Инструктор по лечебной физкультуре	1.00
2	Медицинская сестра по массажу	4.00
	ИТОГО:	5.00
<i>Организационно-методический отдел</i>		
1	Зав. орг. метод. отделом	
	(специалист по соц. работе)	1.00
2	Медицинская сестра	2.00
3	Медицинский статистик	1.00
4	Врач-методист	0.50
	ИТОГО:	4.50
ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫЙ НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ		
<i>Служащие</i>		
1	Зам. гл. врача по экономическим вопросам	1.00
2	Юрисконсульт	1.00
3	Специалист по кадрам	1.00
4	Начальник хозяйственного отдела	
5	Программист	1.00
6	Секретарь-машинистка	1.00
7	Инженер по ОТ	0.50
8	Специалист по ГО	0.50
9	Специалист по ПБ	0.50
10	Инженер по охране окружающей среды (эколог)	0.50

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
11	Психолог	2.00
12	Специалист по социальной работе	2.00
13	Социальный работник	5.00
14	Заведующий складом	1.00
15	Заведующий хозяйством	1.00
ИТОГО:		19.00
<i>Бухгалтерия</i>		
1	Главный бухгалтер	1.00
2	Бухгалтер	4.00
3	Кассир	0.50
	ИТОГО:	5.50
ХОЗЯЙСТВЕННО-ОБСЛУЖИВАЮЩЕЙ ПЕРСОНАЛ		
<i>Хозяйственная часть</i>		
1	Садовник	6.00
2	Уборщик производственных и служебных помещений	5.50
3	Гардеробщик	2.50
ИТОГО:		14.00
<i>Пищеблок</i>		
1	Повар	4.00
2	Чистильщик плод., мойщик	2.00
3	Подсобный рабочий	2.00
4	Уборщик служебных помещений	3.00
ИТОГО:		11.00
<i>Прачечная</i>		
1	Заведующая прачечной	1.00
2	Оператор по стирке	2.00

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
3	Оператор гладильных машин	3.00
4	Подсобный рабочий	1.50
5	Уборщик служебных помещений	1.00
6	Швея	1.00
7	Кастелянша	1.00
ИТОГО:		10.50
ВСЕГО ПО УЧРЕЖДЕНИЮ		175.0
В том числе медицинский и фармацевтический персонал		114.0
Из них должности		
врачей		15.0
среднего мед. персонала		61.0 + 1 провизор
младшего мед. персонала		37.0
Прочие		61.0
из них персонал, приравненный по оплате труда к врачам		2.0

Действующими приказами Минздрава России должностные Положения работников хосписа не определены. В Первом Московском хосписе действуют должностные Положения, разработанные оргметодотделом и утвержденные главным врачом хосписа. Примерные должностные Положения о медицинском персонале, психологе и социальном работнике хосписа, разработанные на основе практического опыта их применения, приведены в Приложении 2. Эти Положения носят рекомендательный характер и могут быть использованы на местах для практического применения или разработки своих аналогичных документов.

2.7. Службы хосписа

2.7.1. Организация работы выездной службы

Выездная служба – самая сложная и ответственная служба хосписа, сотрудники которой работают с пациентами и его семьей на дому. В состав выездной службы входят врачи, медсестры, социальные работники, добровольцы. В выездной службе работают психолог, юрист. Пациенты и их семьи посещаются в зависимости от состояния больного 1–5 раз в неделю.

В среднем под наблюдением выездной службы ПМХ постоянно находятся более 250 пациентов и их семей. Выездная служба обеспечена тремя санитарными машинами.

Организация работы выездной службы осуществляется в соответствии с Положением, утвержденным главным врачом ПМХ. Полный текст этого Положения приводится ниже:

ПОЛОЖЕНИЕ О ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЕ ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ХОСПИСА

1. Выездная служба является структурным подразделением Первого Московского хосписа (ПМХ), имеет в своем распоряжении соответствующие помещения и технические средства, а также штаты, утверждаемые установленным порядком.

2. Выездную службу возглавляет квалифицированный врач, имеющий сертификат специалиста и значительный опыт практической работы в ПМХ. Заведующего выездной службой назначает и увольняет главный врач ПМХ.

3. В своей работе выездная служба руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

4. Мощность (количество выездов в год) и штатное расписание выездной службы ПМХ утверждаются главным врачом и согласовы-

ваются с Департаментом здравоохранения г. Москвы с учетом расчетных показателей потребности и штатными нормативами.

5. Основные задачи и функции определяются с учетом соблюдения заповедей и принципов хосписа всем персоналом выездной службы ПМХ.

6. Основными задачами выездной службы являются:

- оказание медицинской помощи на дому онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания;
- оказание социальной и психологической помощи на дому больным и членам их семей на основе обеспечения психологического и физического комфорта;
- взаимосвязь и преемственность в работе выездной службы с другими подразделениями ПМХ (стационар, оргметодотдел).

В соответствии с основными задачами на выездную службу возлагаются следующие функции:

- инструктаж новых сотрудников выездной службы, а также подготовка, обучение и контроль за соблюдением персоналом основных морально-этических норм и принципов хосписа;
- оказание медицинской помощи на дому онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания;
- организация лечебного процесса на дому в объеме обязанностей, предусмотренных должностными Положениями;
- проведение методов паллиативной и симптоматической помощи;
- оказание социальной и психологической помощи больным и членам их семей на основе обеспечения психологического и физического комфорта;
- обеспечение социальной помощи больным и членам их семей проводится совместно с социальными работниками и организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе;
- обеспечение психологического комфорта на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному и членам его семьи с учетом состояния больного, духовных, религиозных и социальных нужд больного и членов его семьи;

- осуществление целостного подхода к личности больного и членам его семьи на основе сохранения и поддержки их социального и духовного потенциала;
- взаимосвязь и преемственность в работе выездной службы с другими подразделениями ПМХ, в том числе со стационаром, организационно-методическим отделом, медицинским психологом, социальными работниками и юристом.

7. В состав бригад выездной службы могут входить врачи, в том числе заведующий выездной службой, медицинский психолог, фельдшеры, медицинские сестры, а также социальные работники.

8. Количественный и профессиональный состав выездных бригад определяется заведующим выездной службой в зависимости от показаний (первичное или повторное посещение; ухудшение самочувствия больных; потребность в симптоматической, социальной, психологической, духовной помощи; обучение родственников навыкам ухода за больным, технике инъекций и др.).

9. При изменении условий, обеспечивающих оказание помощи на дому (резкое ухудшение состояния больного, длительное отсутствие родственников и др.) выездная служба госпитализирует больного в стационар ПМХ.

10. В отделении выездной службы организуются научно-практические конференции.

11. В отделении выездной службы ведется необходимая учетно-отчетная медицинская документация по формам, утвержденным Минздравом России, а также по специально разработанным для этой службы формам (первичная информация о пациенте, специальные вкладыши в историю болезни: «Первичное посещение», «Оценка риска пролежней», «Изменения оценки риска пролежней», «Карта боли», «Посмертный эпикриз» и др.).

12. Специальные формы и вкладыши разрабатываются заведующим, врачами, медицинским психологом выездной службы и утверждаются главным врачом ПМХ.

В настоящее время выездная служба хосписа работает параллельно со стационаром и оказывает помощь около 100 больным. Медицинская сестра делает пять посещений в день. Врач посещает больных при постановке на учет и планово один раз в месяц. При показаниях частота вызовов учащается.

И наконец, в крайних случаях больные госпитализируются. Основные показатели деятельности выездной службы приведены в табл. 3.

Таблица 3

Год	Количество					
	поступивших (первичных)	визитов врачей	визитов м/с и фельдшеров	визитов сотрудников ¹	консультаций пациентам, не принадлежащим к региону обслуживания	визитов к родственникам умерших пациентов
2007	795	2476	5558	2004	72	97
2008	796	2221	7188	1220	48	136
2009	735	2144	7087	2176	19	270

При постановке на учет нового пациента сотрудники выездной службы предлагают пациенту или его близким следующие памятки:

Памятка 1

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ХОСПИС

**Уважаемые пациенты, родственники,
друзья пациентов и все близкие им люди!**

С сегодняшнего дня вас обслуживает выездная служба Первого Московского хосписа Департамента здравоохранения г. Москвы. Наши услуги **бесплатны**. Мы – бюджетное учреждение и находимся на городском финансировании.

¹ Посещение поликлиник, посещение аптек, оформление групп инвалидности (ВТЭК).

Вы уже познакомились лично или разговаривали по телефону 245-41-06 с нашим диспетчером.

Вы уже предоставили нам подробную **выписку** из истории болезни и направление Вашего врача в хоспис.

Вас уже навестили наши сотрудники (врач или медсестра, или социальный работник, или доброволец хосписа), и они представили Вам свои удостоверения. Персонал, выехавший к Вам на визит, оставил Вам необходимую справочную помощь как устную, так и в виде листовок.

Вы уже знаете, что часть лекарств, назначенных врачом Выездной службы, Вы получаете бесплатно из аптеки хосписа. (К сожалению, если у Вас есть сопутствующие болезни, например, гипертоническая болезнь, болезни сердца, бронхиальная астма, диабет и др., то эти лекарства Вам надо будет продолжать получать у Вашего врача в поликлинике.) Если вам рекомендованы наркотики, то их Вы должны выписывать у районного онколога, а наш врач даст письменные рекомендации для Вашей поликлиники.

Вы уже знаете, что персонал выездной службы окажет Вам не только медицинскую (врач или медсестра) помощь, но и обучит элементам ухода за тяжело больным (как перестелить постель, поворачивать больного, кормить, обрабатывать раны, делать уколы. Наш социальный работник (при необходимости, которую Вы оцените вместе) поможет Вам справиться с бытовыми проблемами; поможет в оформлении инвалидности, проведет необходимые консультации и т.д.

Вы уже знаете, что в хосписе для Вас работает юрист. Его консультацию вы можете получить по телефону.

Вы уже знаете, что персонал Выездной службы может пригласить к Вам духовное лицо, какую бы религию Вы ни исповедовали. На территории хосписа есть православная часовня и моленная комната для представителей других конфессий.

Если Вам будет предложена госпитализация в стационар хосписа, то не берите из дома лишнего: деньги, драгоценности, украшения. Зато возьмите все то, что Вы любите, и без чего Ваша жизнь в стационаре будет малокомфортной: любимые фотографии, радиоприемник, цветы и пр. И конечно, возьмите предметы личной гигиены (зубную пасту, зубную щетку, мыло, шампунь, кремы, дезодорант, мочалку).

В хосписе собрана большая библиотека, услугами которой Вы можете пользоваться, находясь дома или в стационаре.

Продолжение Памятки 1

Выездная служба работает с понедельника по пятницу с 09:00 до 17:00, тел. (499) 245-41-06.

Если в ночное время, а также в выходные дни у Вас возникнут экстренные вопросы, Вы можете решить их, позвонив дежурному врачу в стационар хосписа по тел. (499) 245-00-03.

Вы всегда можете посетить хоспис, чтобы иметь личное представление о нашем учреждении.

СПАСИБО!

Памятка 2

**ПАМЯТКА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ И ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ХОСПИС**

Обязательно взять:

- зубную щетку и зубную пасту;
- шампунь;
- лосьоны и кремы;
- мочалку (в хосписе для каждого пациента есть возможность принять ванну – в том числе при необходимости с использованием специального подъемника; поэтому желательно иметь свою мочалку);
- дезодорант;
- маникюрные ножницы;
- телефон и зарядное устройство к нему;
- лекарственные средства для лечения сопутствующих заболеваний, выписанные врачом.

Не брать с собой:

- документы, деньги, драгоценности, украшения – их негде хранить в хосписе;
- памперсы, пеленки, средства ухода, постельное белье – все это есть в достаточном количестве в хосписе;
- лекарства, используемые в хосписе.

Нет необходимости брать с собой большое количество сменного белья – в хосписе есть прачечная, и после стирки и глажки Ваши вещи снова вернутся к Вам.

Все пациенты в хосписе обеспечиваются шестьюразовым питанием – так что нет необходимости приносить продукты питания (особенно с ограниченным сроком годности). Пожалуйста, приносите только то, что Ваш близкий сможет съесть.

По желанию Вы можете взять:

Любые вещи и предметы, с которыми Вам комфортно и уютно на новом месте (любимый халат, плед, тапочки, пижама, цветы, фотографии, диски с любимой музыкой).

В хосписе есть возможность находиться с домашним любимцем (если Ваше животное не слишком большое и у Вас одноместная палата).

Если Вы курите, находясь в хосписе, Вы можете не менять свои привычки. Пожалуйста, уточните у персонала, где именно можно курить.

2.7.2. Организация работы стационара

В стационар хосписа по направлению выездной службы помещаются пациенты, требующие постоянного наблюдения (для подбора болеутоляющих средств или по социальным показаниям: неблагоприятная обстановка дома, необходимость предоставить членам семьи отдых и т.д.).

В стационаре хосписа пациенты получают медицинскую помощь, имеют возможность общения и занятий по интересам. В стационаре устраиваются концерты, приглашаются представители разных профессий, организуются выставки для пациентов и их близких. Родственники и близкие пациентов могут круглосуточно посещать хоспис. По желанию могут оставаться на ночь. Также пациенты и их родственники могут получить юридическую консультацию у юриста хосписа.

Мощность стационара Первого Московского хосписа (ПМХ) в настоящее время составляет 30 коек. Организация работы стационара осуществляется в соответствии с Положением, утвержденным главным врачом ПМХ. Полный текст этого Положения приводится ниже:

ПОЛОЖЕНИЕ О СТАЦИОНАРЕ ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ХОСПИСА

1. Стационар является структурным подразделением Первого Московского хосписа (ПМХ), имеет в своем распоряжении соответствующие помещения и технические средства, а также штаты, утверждаемые установленным порядком.

2. Стационар возглавляет квалифицированный врач, имеющий сертификат специалиста и значительный опыт практической работы в ПМХ. Заведующего стационаром назначает и увольняет главный врач ПМХ.

3. В своей работе стационар руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

4. Мощность и штатное расписание стационара ПМХ утверждаются главным врачом и согласовываются с Департаментом здравоохранения г. Москвы с учетом расчетных показателей потребности и штатными нормативами. Мощность стационара ПМХ составляет 30 коек.

5. Основные задачи и функции стационара ПМХ определяются с учетом соблюдения заповедей и принципов хосписа всем персоналом стационара.

6. Основными задачами стационара являются:

- оказание медицинской помощи онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания;
- оказание социальной и психологической помощи больным и членам их семей на основе обеспечения психологического и физического комфорта;
- взаимосвязь и преемственность в работе стационара с другими подразделениями ПМХ.

7. В соответствии с основными задачами на стационар возлагаются следующие функции:

- инструктаж новых сотрудников стационара, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом основных морально-этических норм и принципов хосписа;

- оказание медицинской (симптоматической) помощи онкологическим больным в терминальной стадии заболевания;
- организация лечебного процесса в объеме обязанностей, предусмотренных должностными Положениями;
- проведение методов паллиативной и симптоматической помощи;
- лечение сопутствующих заболеваний.
- оказание социальной и психологической помощи больным и членам их семей на основе обеспечения психологического и физического комфорта;
- обеспечение социальной помощи больным и членам их семей проводится совместно с социальными работниками и организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе;
- обеспечение психологического комфорта на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному и членам его семьи с учетом состояния больного, духовных, религиозных и социальных нужд больного и членов его семьи;
- осуществление целостного подхода к личности больного и членам его семьи на основе сохранения и поддержки их социального и духовного потенциала;
- обеспечение физического комфорта на основе создания условий, максимально приближенных к домашним;
- взаимосвязь и преемственность в работе стационара с другими подразделениями ПМХ, в том числе с дневным стационаром, выездной службой, организационно-методическим отделом, психологом, юристом и социальными работниками.

8. Нагрузка специалистов стационара определяется его задачами и функциями и должностными Положениями персонала.

9. Порядок приема больных в стационар и их выписки из стационара определяются Положением о хосписе.

10 В стационаре больным разрешается пользование личным бельем, одеждой и обувью.

11. Вскрытие умерших производится в установленном порядке.

12. Стационар обязан иметь правила внутреннего распорядка для больных и членов их семей и правила внутреннего трудового распорядка для сотрудников.

13. В стационаре организуются больничный совет, совет медицинских сестер, клиничко-анатомические и научно-практические конференции.

14. В стационаре ведется необходимая учетно-отчетная медицинская документация по формам, утвержденным Минздравом России.

Основные показатели деятельности стационара приведены в табл. 4.

Таблица 4

Год	Число пролеченных больных	Койко-дней	Средняя длительность пребывания больного на койке (дни)	Оборот койки
2007	645	10 026	15,5	5,2
2008	698	9947	14,2	11,0
2009	679	9974	14,6	11,1
2010	710	10 159	14,3	11,2

2.8. Врачебные обходы и конференции

Говоря о специфике оказания паллиативной помощи и особенностях работы хосписной службы по сравнению с обычной больницей, все же не стоит забывать, что хоспис — это не в последнюю очередь медицинское учреждение, качество функционирования которого зависит от готовности всех участников к постоянному сотрудничеству, согласованности действий и информационному обмену. Обеспечить такое взаимодействие позволяет регулярное проведение медицинских обходов и врачебных конференций. Предлагаем вам ознакомиться с выдержками из статьи В.С. Козака «Врачебные конференции и клинические обходы и их роль в повышении качества медицинской помощи». В данной статье речь идет о конференциях и обходах, проводимых в традиционном лечебно-профилактическом учреждении, однако общие рекомендации, предложенные в ней, можно считать универсальными и актуальными для любого медицинского учреждения.

В.С. Козак.

ВРАЧЕБНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОБХОДЫ И ИХ РОЛЬ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Последнее время мы так увлеклись созданием «эффективных систем управления качеством», что забыли о том, что в наших ЛПУ давно уже функционируют процедуры, которые не надо выдумывать с нуля, эффективность которых доказана опытом.

Речь идет о врачебных конференциях и клинических обходах. К сожалению, сегодня врачебные коллективы и ЛПУ утрачивают традиции проверки этих мероприятий, их эффективность падает, они превращаются в формальную и мало интересную повинность как для врачей, так и для руководителей ЛПУ. Во многих учреждениях и вообще прекратили проведение клинических обходов и патологоанатомических конференций. Между тем врачебные конференции и клинические обходы в умелых руках руководителя являются действенным рычагом управления с целью повышения качества медицинской помощи.

Врачебные конференции

а) утренние общеучрежденческие врачебные конференции.

Собирая врачебный коллектив на ежедневные конференции, руководство имеет уникальную возможность проводить выбранную им политику и стратегические установки в повседневную жизнь ЛПУ, добиваясь объединения усилий всех врачей, всех подразделений для достижения общих целей. Это первая и важнейшая задача утренних конференций. Обсуждая проблемы поступивших или тяжелых больных, председательствующий на конференции может (и должен) способствовать сотрудничеству различных служб для решения проблем этих больных, стимулировать проявление коллегиальности и всячески осуждать случаи «отделенческого эгоизма». Опыт показывает, что если руководство ЛПУ пренебрегает объединительной функцией, то вскоре все службы начинают работать исключительно «на себя», в удобном только для них режиме, забывая об интересах всего ЛПУ и больных. Это беда многих современных учреждений.

<...>

У руководителя, ведущего утреннюю конференцию, есть прекрасная возможность выяснить, как сработали службы, решая проблемы

того или иного пациента, были ли сбои в совместной работе, выявить причины возникших нестыковок, чтобы принять корректирующие меры.

Таким образом, деятельность руководства по объединению работников и служб ЛПУ становится повседневной и сугубо практической.

Вторая задача утренних «пятиминуток» – текущее планирование и организация работы ЛПУ на ближайший день (дни). Обсуждая поступивших больных и тех, кто оставлен под наблюдением дежурной бригады, руководитель имеет возможность тут же спланировать совместные действия служб в отношении этих пациентов: консультации, исследования, консилиумы, переводы и др. меры.

Третья задача, которую решает утренняя «пятиминутка», – контрольная, что позволяет получить представление о состоянии экстренной помощи в ЛПУ, выявлять неблагоприятные инциденты. Заслушивая доклады дежурных врачей и просматривая истории болезни, опытный председательствующий может получить достаточно сведений для текущей оценки качества медицинской помощи.

Четвертая задача «пятиминутки» – работа коллективного разума врачей ЛПУ при обсуждении сложных ситуаций, которая при умелом руководстве может носить характер «мозговых атак», известных своей эффективностью для поиска решений в нестандартных ситуациях. И наконец, пятая задача – обучение персонала на примере конкретных разборов, в ходе которых у врачей складываются общие взгляды на тактику ведения различных групп больных, а в ЛПУ формируется собственная клиническая школа.

Безусловно, для того чтобы «пятиминутки» могли решать перечисленные задачи, их председатель должен быть специалистом высокой квалификации и широкой эрудиции, уметь говорить на людях, четко формулировать свои мысли, обладать авторитетом в коллективе и иметь полномочия для принятия решений прямо на совещании. Некоторые из наших читателей-руководителей, быть может, справедливо полагают, что у них нет всех перечисленных качеств. Может ли это стать поводом к отказу от утренних конференций? Безусловно, нет. Ибо, если вы не полагаетесь на свою способность с лету решать трудные проблемы на глазах у всего коллектива, следует продумать приемы ведения совещаний, проконсультироваться у психологов и т.п. Главное при этом не впасть в формализм: Состоит –

320, поступило — 5, выписано — 6», — и помнить, что качество «пятиминуток» и их эффективность отражают лицо руководителя ЛПУ и его ближайших заместителей. (Иногда еще и клинических кафедр, базирующихся в ЛПУ.)

<...>

В заключение разговора о врачебных конференциях — несколько слов об их подготовке и ведении.

1. Председательствующий должен продумывать ход каждой конференции, ставить перед собой четкую цель относительно того, что врачи вынесут из сегодняшнего обсуждения. По окончании пятиминутки надо проанализировать, достигнута ли эта цель, и если нет, то почему ее не удалось достичь.

2. Конференции должны быть интересны, в меру эмоциональны и не затянуты. Они должны придавать импульс работе.

3. Механизм обмена оперативной информацией на конференции должен быть четко продуман. Врачи должны приходиться на них с рабочими блокнотами и активно использовать возможность контактов друг с другом для решения оперативных вопросов.

4. В ЛПУ должен иметься приказ о врачебных конференциях. Ведение протоколов конференций обязательно. Решения, принятые на конференции, должны контролироваться руководством ЛПУ.

5. Руководитель ЛПУ должен лично контролировать вопросы эффективности врачебных конференций.

6. Никакой воды!

Клинические обходы

а) клинические обходы заведующего отделением.

В прошлом заведующий отделением считался самым опытным врачом отделения, на котором лежит ответственность за ведение всех пациентов, находящихся на лечении в этом отделении. Была выстроена довольно четкая система мер, с помощью которых заведующий контролировал клиническую ситуацию во вверенном ему подразделении.

Для иллюстрации приведу пример рабочего дня выдающегося терапевта Н.А. Долгоплоска, который долгие годы руководил терапевтическим, а затем кардиологическим отделением в московской больнице № 52. Утром он приходил в отделение в 07:30—07:45 и до

08:30 знакомился с тяжелыми больными и поступившими за время его отсутствия в отделение, делая краткую собственноручную запись в историю болезни, которая содержала диагностические соображения, план обследования и лечебные назначения. В 08:30 он принимал сестринскую конференцию, которая проходила в отсутствие врачей. На этой конференции он получал подробную информацию о том, что происходило в отделении за время дежурства (сестринскую версию), знакомился с записями, сделанными в историях болезни за это время, иногда подходил к пациентам, о которых шла речь. К 09:00, к приходу на работу врачей, он был в курсе всех дел, проводил отделенческую «пятиминутку», где врачам ставились конкретные задачи по поступившим и тяжелым больным, к 09:30 шел на общепольничную конференцию. После общепольничной конференции он подписывал разнообразные заявки и документы и совершал плановый обход 10–15 больных, а также пациентов, готовящихся к выписке на завтра.

Таким образом, в течение дня он осматривал минимум 20–25 пациентов отделения, и все отделение было под его клиническим контролем. При этом административная работа в отделении, в основном, лежала на плечах опытной старшей медицинской сестры.

* * *

Добавим к вышесказанному, что если в структуру больницы входит паллиативное (хосписное) отделение, проведение там самостоятельных внутренних обходов и конференций является обязательным.

В Первом Московском хосписе действует следующая схема. В стационаре ПМХ **ежедневно** проходят утренние конференции с участием всего персонала, на которых обсуждаются изменения за сутки в состоянии каждого пациента, находящегося в стационаре, и определяется план работы на день. **По понедельникам** проводится общая конференция, на которой присутствует персонал как стационара, так и выездной службы, а также администрация хосписа. На ней заслушиваются отчеты о количестве (за неделю) поступивших, выписанных и умерших пациентов, о состоянии пациентов, находящихся в стационаре, обсуждаются конкретные рабочие ситуации и истории пациентов, требующие особого внимания сотрудников. **Каждый четверг** устраивается конференция на выездной службе с участием администрации

(главный врач, заместитель главного врача), на которой происходит клинический разбор историй болезни, обсуждаются проблемы психологического и социального характера в семье пациента. По итогам конференции утверждается план госпитализации на неделю.

Общий врачебный обход с участием главного врача проводится один раз в неделю (по средам). Кроме того, каждый руководитель, ответственный за определенное направление в работе хосписа (заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог и т.д.), еженедельно осуществляет обход в один из рабочих дней.

2.9. Медицинская документация

В Первом Московском хосписе используются формы первичной медицинской документации, утвержденные приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030. На каждого больного заводится обычная стандартная история болезни (форма 003/у). В то же время практика работы ПМХ показывает, что не все формы, предусмотренные приказом № 1030, удовлетворяют потребности хосписа. По этой причине в ПМХ используются специально разработанные формы и вкладыши. К ним относятся:

Формы:

- 1) первичная информация о пациенте;
- 2) лист передачи дежурства.

Вкладыши:

- 1) первичное посещение;
- 2) оценка риска пролежней;
- 3) изменение оценки риска пролежней;
- 4) карта боли;
- 5) повторное посещение;
- 6) лист назначений;
- 7) лист учета лекарственных препаратов;
- 8) посмертный эпикриз.

Все они приведены ниже.

ФОРМЫ

Форма 1

ПЕРВИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Дата поступления						
Кто обратился						
Ф.И.О. пациента						
Возраст						
Диагноз						
Знает ли о своем заболевании	ДА		НЕТ		ДОГАД.	
На что ориентирован	ХОСПИС		В/С	П-КА		Б-ЦА
Какое лечение получает	ТРАМАЛ		ДЮРОГЕЗИК		МСТ	
Группа инвалидности	I	II	III	Б/Л УВОВ	ОФОРМ ВВОВ	НЕТ
Проблемы пациента, какую помощь ожидают	ГОСП.		ПАТРОН.		КОНСУЛ.	
Ф.И.О. онколога, № п-ки	51	7	92	117	20	Д/З
Ф.И.О. терапевта, № п-ки						
Ф.И.О. родственников,						
№ телефонов						
Адрес						
Телефон						
Осмотр стационара ПМХ	ДА			НЕТ		
Ф.И.О. принявшего сообщение						

ЛИСТ ПЕРЕДАЧИ ДЕЖУРСТВА

ЛИСТ ПЕРЕДАЧИ ДЕЖУРСТВА						
Дата _____ пост № _____ Ф.И.О. смены, сдающей дежурство _____						
Ф.И.О. смены, принимающей дежурство _____						
Настроение пациента, визиты родственников, досуг, прогулки						
Пролежни, раны, их динамика						
Ванна да/нет						
Массаж, кол-во						
Диурез, Мл	выпито: выделено:	выпито: выделено:	выпито: выделено:	выпито: выделено:	выпито: выделено:	выпито: выделено:
Стул, да/нет						
Тошнота, рвота, количество, чем купировали						
Прием лекарств по схеме да/нет						
ТО, утро/вечер	У В	У В	У В	У В	У В	У В
Ф.И.О. пациента						

ВКЛАДЫШИ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ

Вкладыш 1

Первичный осмотр в отделении
лечащим врачом _____
и заведующим отделением _____
Дата
Время
Жалобы
ANAMNESIS MORBI
ANAMNESIS VITAE
Рост Развитие
Трудовой анамнез, профвредность
Инвалидность
Социально-бытовые условия
Вредные привычки: курение, алкоголь

Наследственность
Аллергоанамнез
ТВС, болезнь Боткина
Сахарный диабет
Сопутствующие заболевания
Эпидемиологический анамнез
Гинекологический анамнез
STATUS PRAESENS COMMUNIS
Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое
Температура тела
Конституция: нормостеник, астеник, гиперстеник
Кожные покровы: нормальной окраски, бледные, субиктеричны, иктеричны, диффузный цианоз, акроцианоз гиперемия, шелушение
Сыпь
Рубцы
Сосудистые «звездочки», «печеночные» ладони
Влажность кожи: нормальная, повышенная, сухая, холодный пот
Тургор кожи: нормальный, снижен
Состояние питания: нормальное, повышенное, избыточное, пониженное, кахексия

Продолжение Вкладыша 1

Пастозность: есть, нет
Отеки
Лимфоузлы
Щитовидная железа (не) увеличена
Костно-мышечная система
ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ
Дыхание через нос свободное, затруднено
Частота дыхания в минуту
В акте дыхания участвуют: грудная клетка, вспомогательная мускулатура
Перкуторный легочный звук: ясный, укороченный, тупой, с коробочным оттенком, коробочный
Дыхание везикулярное, жесткое, бронхиальное, усилено, ослаблено, локализация
Хрипы сухие, влажные, средне-, крупно-, мелкопузырчатые локализованы
ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
Область сердца визуально (не) изменена.
АД _____ мм рт.ст. ЧСС _____ в минуту. Пульс _____ в минуту
Наполнение: полный, слабый, нитевидный, ритм
Патологическая пульсация
Признаки сердечной недостаточности (хронической) (острой)
Селезенка

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ
Аппетит сохранен, снижен
Язык чистый, обложен налетом, обычной окраски, гиперемирован
Дисфагия: есть, нет
Живот обычной формы, втянут, увеличен в объеме за счет
При пальпации мягкий, (без)болезненный, напряженный
Перкуторно
Печень (не) увеличена, (не) выступает из-под реберной дуги при пальпации (без)болезненная, поверхность ровная, мелко-, крупнобугристая, край острый, закругленный.
Желчный пузырь
Симптомы раздражения брюшины
Стул: оформленный, кашицеобразный, жидкий, регулярный, неустойчивый, запоры, поносы, окраска, патологические примеси
ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ
Область почек визуально (не) изменена
Симптом поколачивания по пояснице справа, слева, с обеих сторон.
Мочеиспускание: свободное, (без)болезненное, учащенное, уреженное, затруднено, ишурия
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
Сознание: ясное, спутанное, оглушение, сопор, кома (поверхностная, глубокая)
Контакт, адекватность

Продолжение Вкладыша 1

Реакции				
Чувствительность				
Менингеальные знаки: есть, нет				
Очаговая симптоматика				
Локализация боли				
Иррадиация				
Краткая характеристика боли				
Длительность боли до начала лечения (сутки)				
ТИП БОЛИ				
– соматическая (поражение мягких тканей, костей, мышечный спазм);				
– висцеральная (поражение или перерастяжение полых и паренхиматозных органов, канцероматоз серозных оболочек, асцит, гидроторакс, запоры);				
– нейропатическая (повреждение или сдавление нервных структур).				
Предшествующая терапия боли	анальгетики	препараты	суточная доза	длительность
	ненаркотическая			
	наркотическая			
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Хронический болевой синдром (ХБС) – балл(а) по шкале оценок (ШВО)				
ДИАГНОЗ				
Status localis				
План лечения, назначения				

Согласие больного на обследование и лечение получено.
Лечащий врач _____
Зав. отделением _____
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
1. Информированность о диагнозе пациента – родственников –
1.1. Источник информации
2. Наличие свободного обсуждения диагноза пациента с хосписом, родственниками и друзьями
Психологический климат в семье
Любимые занятия пациента
ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ
Регулярно ли посещает храм?
Есть ли духовный отец?
Чем может помочь хоспис в духовной практике?
Другие духовные проблемы
НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОМ
№ поликлиники
Ф.И.О. участкового терапевта
№ поликлиники
Ф.И.О. ближайших родственников, друзей и близких больного, их телефоны

ОЦЕНКА РИСКА ПРОЛЕЖНЕЙ¹

Телосложение		Недержание мочи/кала	
Обычное	0	Недержания нет	0
Ожирение	2	Изредка – недержание мочи	1
Кахексия	8	Недержание кала	2
		Недержание и мочи, и кала	3
Состояние кожи		Подвижность	
Здоровая кожа	0	Полная	0
Сухая кожа	1	Двигательное беспокойство	1
Отек	1	Апатия	2
Влажная	1	Ограничена	3
Изменившийся цвет	2	Неподвижность	4
Кожа повреждена	3		
Пол и возраст		Аппетит	
Мужчина	1	Средний	0
Женщина	2	Питание через трубку	1
14–49	1	Только жидкость	2
50–64	2	Анорексия	3
65–74	3	Отказ от приема пищи	4
75–80	4		
80+	5		
Особенный риск		Лекарства	

¹ В настоящее время для стационарных больных оценка риска пролежней проводится в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 17.04.2002 г. № 123.

Продолжение Вкладыша 2

Кахексия	8	Стероидные	4
Сосудистые болезни	5	Цитостатики	4
Анемия	2	Нестероидные	4
Курение	1		
Диабет, паралич	4–6		
Большая травма/операц.	5		

Проведите подсчет и сделайте оценку риска

Больше чем 10 – риск есть

Больше чем 15 – повышенный риск

Больше чем 20 – очень высокий риск

Вкладыш 3

ИЗМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПРОЛЕЖНЕЙ

Число	Количество баллов	Изменения	Сделано	Подпись

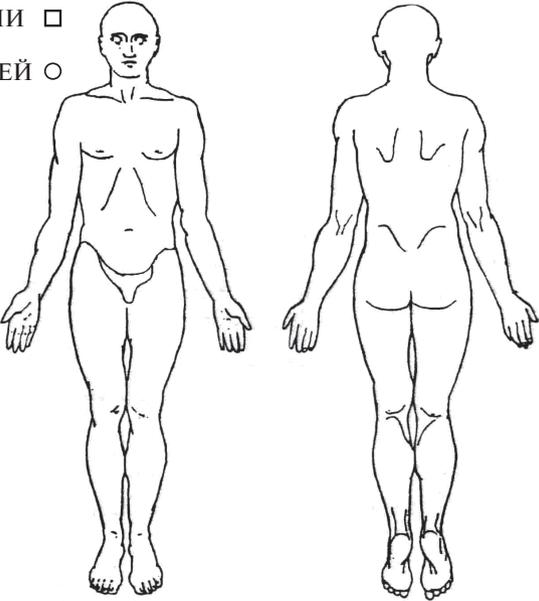
Вкладыш 4

КАРТА БОЛИ

(заполняется одновременно с рисунком)

Дата	Интенсивность боли по 10-балльной шкале	Боль только при движении	Боль в покое	Что облегчает боль	Замечания

КАРТА БОЛИ
и
ПРОЛЕЖНЕЙ



Пролежни
1
2
3
4
5

Боль
1
2
3
4
5

Вкладыш 5

ПОВТОРНОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Заполняется врачом, медсестрой

Ф.И.О. пациента			
дата		время	
Визит (тел. звонок)			
	Течение болезни		сделано

Продолжение Вкладыша 5

Состояние	средней тяжести		с (-) динамикой	беседа	
	ближе к тяжелому		с (+) динамикой	психол. поддержка	
	тяжелое		без динамики	лекарств. пр-ты	
	крайне тяжелое			туалет больного	
Сознание	ясное		сопор	купание	
	спутанное		кома	смена постельного	
Подвижность:	активен		актив в пред. пост.	и нательного белья	
	актив. в пределах кв.		неподвижен	перевязка	
	с посторонней помощью			массаж	
Жалобы				профилак. пролежней	
				мануальная эвакуация	
				клизма	
				п/к капельн.	
				в/м, п/к инъекция	
Болевой синдром	есть		под контролем	постан. и замена ПМК	
	нет			обучение родствен.	

Продолжение Вкладыша 5

Кожные покровы	норм. окраски	диффуз. цианоз			
	бледные	акроцианоз			
	иктеричны	сухие			
Отеки				Социальная помощь:	
Пролежни				магазин	
Раны				п-ка	
				аптека	
Аппетит		АД		помощь в хозяйстве	
Тошнота		PS		уборка	
Рвота		t°		парикмах. услуги	
Язык	чистый				
	влажный	обложен			
	гиперемирован	налетом			
Мочиспускание					
Стул	регулярный	задержка			
	со слабительными	жидкий			

Продолжение Вкладыша 5

Живот обычной формы, втянут, увеличен в объеме за счет	
При пальпации мягкий, (без)болезнен, напряжен, вздут	
Перистальтика: активная, вялая, не выслушивается	
Печень: (не) увеличена, (не) выступает из-под края реберной дуги	
Дыхание: через нос свободное, затруднено, ЧДД	
Перкуторный легочный звук: ясный, укороченный, тупой	
Аускультация легких: дыхание везикулярное, жестко, ослаблено	
Хрипы: сухие, влажные, локализованы	
Социальная и психологическая ситуация, рекомендации	Подпись:

Вкладыш 6

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ

Время/ препарат, доза	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Продолжение Вкладыша 9

Симптоматическое лечение в процессе наблюдения проводилось по поводу ¹ жалоб на боли, тошноту, рвоту, одышку, кашель, нарушение выделительных функций мочевой и пищеварительной систем _____
Обработка стом, ран, массаж, гимнастика, инъекции _____
Социальная помощь: предоставление средств ухода, туалет больного, работа по дому, посещение, помощь в оформлении группы инвалидности, посещение в больнице и др. _____
Психологическая помощь _____
Духовная помощь _____
Работа с родственниками: обучение навыкам ухода за больным, технике инъекций _____
Пациент скончался _____, где _____ (дата)
в связи с прогрессированием _____
Заключительный клинический диагноз: _____

2.10. Лекарственное обеспечение и расходные материалы

Лекарственное обеспечение Первого Московского хосписа осуществляется из средств городского бюджета и внебюджетных (благотворительных) средств. Ниже (табл. 5) приводится перечень препаратов и средств по уходу за пациентами, наиболее интенсивно используемых в Первом Московском хосписе, с указанием их среднего годового потребления. Эта информация поможет вновь открывающимся хосписам в планировании и организации лекарственного обеспечения и обеспечения расходными материалами. При использовании таблицы в качестве справочного материала следует, однако, учитывать, что в ней приводятся лишь приблизительные (усредненные) данные. Количество расходуемых медикаментов и средств по уходу может колебаться

в зависимости от стабильности поставок, необходимости компенсировать отсутствующие препараты другими препаратами того же действия, а также состояния пациентов, находящихся на учете.

Таблица 5

Наименование лекарственного препарата	Лекарственная форма и аптечная расфасовка	Примерное годовое потребление (количество)
1	2	3
Транквилизаторы		
Мезапам	Таблетки 0,01, 50 шт./уп.	26
Реланиум	Ампулы 5 мг/мл, 2 мл, в/в, в/м	50
Релиум	Таблетки, п/о, 5 мг, 20 шт./уп.	80
Сибазон	Таблетки 0,5%, 2 мл, 10 шт./уп.	429
Феназепам	Таблетки 1 мг, 50 шт./уп.	380
	Ампулы 0,1%, 1 мл, 10 шт./уп.	150
Антидепрессанты		
Азафен	Таблетки 0,025, 250 шт./уп.	17
Амитриптилин	Таблетки 25 мг, 50 шт./уп.	35
Азафен	Таблетки 0,025, 50 шт./уп.	26
Нейролептики		
Аминазин	Ампулы, 2,5% 2,0, 10 шт./уп.	185
	Драже 0,1, 10 шт./уп.	30
Галоперидол	Ампулы 0,5, 1 мл, 10 шт./уп.	420
	Раствор 2 мг/мл, 30 мл	10
	Капли д/пр. внутрь 2 мг/мл, 30 мл	95
Хлорпротиксен	Таблетки 15 мг, 30 шт./уп.	80
Стимуляторы ЦНС		
Аммиак	Раствор 10%, 40 мл	70
Кордиамин	25%, 1,0, 10 шт./уп.	40
	Ампулы 25%, 2 мл, 10 шт./уп.	126
	Флакон 25%, 30 мл	30

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Кофеина-бензоат натрия	Ампулы 20%, 1 мл, 10 шт./уп.	1
Сульфокамфокаин	Ампулы 10%, 2 мл, 10 шт./уп.	311
Противосудорожные		
Бензонал	Таблетки 0,1 г, 50 шт./уп.	5
Карбамазепин	Таблетки 200 мг, 50 шт./уп.	440
Миорелаксанты		
Мидокалм	Таблетки 150 мг, 30 шт./уп.	8
	Таблетки 50 мг, 30 шт./уп.	6
	10% 1 мл, 5 шт./уп.	6
Седативные		
Пустырника настойка	Флакон, 25 мл	30
Ново-пассит, раствор	Флакон, 100 мл	84
Валерианы настойка	Флакон, 25 мл	350
Валерианы экстракт	Драже 20 мг, 50 шт./уп.	70
Корвалол	Флакон, 25 мл	205
Валокордин	Флакон, 20 мл	30
	Флакон, 50 мл	19
	Флакон, 25 мл	90
Ноотропы		
Пикамилон	Таблетки 0,02, 30 шт./уп.	7
Глицин	Таблетки 0,1 г, 50 шт./уп.	420
м-, н-Холинолитики		
Циклодол	Таблетки 2 мг, 50 шт./уп.	13
Антихолинергетики		
Беллатаминал	Таблетки, 30 шт./уп.	30
Ингибиторы холинэстеразы		
Прозерин	Ампулы 0,05%, 1 мл, 10 шт./уп.	1
Дюрогезик Матрикс	Пластырь 25 мкг/час, 5 шт./уп.	178
Дюрогезик Матрикс	Пластырь 50 мкг/час, 5 шт./уп.	135
Дюрогезик Матрикс	Пластырь 75 мкг/час, 5 шт./уп.	40
Морфин г/х 1%	Ампулы 1,0 10 шт./уп.	352

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
МСТ Континус	Таблетки 100 мг, 20 шт./уп.	22
	Пластырь пролонг. действия 10 мг, 20 шт./уп.	137
	Таблетки 30 мг, 20 шт./уп.	57
	Таблетки 60 мг, 20 шт./уп.	31
Налоксон	Ампулы 0,4 мг/мл, р-р д/и 1 мл, 10 шт./уп.	1
Омнопон 2%	Ампулы 1,0, 5 шт./уп.	236
Промедол	Ампулы 20 мг/мл, 1 мл, 5 шт./уп.	215
Просидол	Таблетки защечные 0,02, 10 шт./уп.	20
Трамал	Капсулы 50 мг, 20 шт./уп.	640
Трамал	Ампулы 50 мг/мл, 2,0, 5 шт./уп.	978
Анальгин	Таблетки 0,5 г, 10 шт./уп.	20
Анальгин 50%	Ампулы 2 мл, 10 шт./уп.	80
Брал	Таблетки 500 мг, 100 шт./уп.	68
Парацетамол МС	Таблетки 500 мг, 10 шт./уп.	300
Пенталгин-н	Таблетки 10 шт./уп.	716
Диклофенак	Таблетки 50 мг, 20 шт./уп.	30
Найз	Таблетки 100 мг, 20 шт./уп.	520
Седалгин Нео	Таблетки 10 шт./уп.	1054
Цитрамон П	Таблетки 10 шт./уп.	172
Диклофенак	100 мг, 10 шт./уп.	252
Ацетилсалициловая кислота	Таблетки 0,5 г, 10 шт./уп.	67
Кеторол	Ампулы 30 мг/мл, 10 шт./уп.	230
	Таблетки	130
Катеджел с лидокаином	Гель 12,5 г, шприц, 1 шт./уп.	60
Лидокаин 10%	Спрей 38 г	6
Новокаин 0,5%	Раствор 200 мл	30
Сульфацил натрия, глазные капли 20%	Флакон 5 мл	50
Амикацина сульфат	Флакон 0,5 г № 1	150

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Левомеколь	Мазь 40 г	722
Линкомицина г/хл 30%	Ампулы 1 мл, 10 шт./уп.	100
Макропен	Таблетки 400 мг, 16 шт./уп.	3
Пимидель	Капсулы 0,2, 20	10
Нитроксолин	Таблетки 50 мг, 50 шт./уп.	35
Сумамед	Таблетки 500 мг, 3 шт./уп.	4
Фурагин	Таблетки 0,05 г, 30 шт./уп.	10
Фурадонин	Таблетки 0,1 г, 20 шт./уп.	3
Цефотаксим	Флакон 1,0, 50 шт./уп. пор. Д./ при г р-ра в/в и в/м	3
Цефтриаксон	1 г 1 шт./уп. пор. д/при г р-ра в/в, в/м введ.	50
Бензилпен. натр. соль	Флакон, 1 млн ЕД, 50 шт./уп.	5
Ципрофлоксацин	Таблетки 500 мг, 10 шт./уп.	15
Метронидазол	Таблетки 0,25, 20 шт./уп.	400
Бисептол	Таблетки 480 мг, 20 шт./уп.	7
Оксамп-натрий	Флакон, 0,5	350
Верошпилактон	Таблетки 25 мг, 20 шт./уп.	500
Верошпирон	Капсулы 100 мг, 30 шт./уп.	50
	Капсулы 50 мг, 30 шт./уп.	225
Диакارب	Таблетки 250 мг, 24 шт./уп.	134
Триампур-комполитум	Таблетки, 50 шт./уп.	16
Фуросемид	Таблетки 0,04 г, 50 шт./уп.	209
Фуросемид 1%	Ампулы 2 мл, 10 шт./уп.	378
Диазолин	Драже 100 мг, 10 шт./уп.	65
Димедрол 1%	Ампулы 1 мл, 10 шт./уп.	98
Кальция хлорид 10%	Ампулы в/в, 10 мл, 10 шт./уп.	3
Пипольфен	Драже 25 мг, 20 шт./уп.	30
	Ампулы 25 мг/мл, 2 мл, 10 шт./ уп.	24
Супрастин 2%	Ампулы 1 мл, 5 шт./уп.	3
Супрастин	Таблетки 25 мг, 20 шт./уп.	23
Тавегил	Ампулы д/и, 2 мл, 5 шт./уп.	1

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Гексорал 0,2%	Аэрозоль 40 мл	55
Ингалипт	Аэрозоль 30 мл	21
Метрогил Дента	Гель стоматологический, туба 20.0	20
Пагавит, палочки с глисе-рином	25*3 шт.	55
Ромазулан	Флакон 100 мл	14
Бриллиантовый зеленый спиртовой 1%	Флакон, 10 мл	97
Диоксидин 1%	Ампулы 10 мл, 10 шт./уп.	6
Йода спирт 5%	Флакон, 10 мл	40
Камфорный спирт 10%	Флакон, 40 мл	1473
Курасорб Цинк	10*10 см/ст. в инд. уп., 50 шт.	3
Курафил	10*10 см ст. инд. уп. Гидрогель, 100 шт.	2
Мирамистин	150 мл	24
Перекись водорода 3%	Флакон, 100 мл	534
Перекись водорода	Флакон, 40 мл	1358
Полискин	10*20 см /ст. инд. уп. плен. покр. д/ран/120 шт.	2
Стоматофит	120 мл	5
Супрасорб А	10*10 см № 10 компресс	20
Супрасорб А	Повязка 10*20 см, калыц-альгин	5
Супрасорб А	Повязка 5*5 см, № 10, калыц-альгин	13
Супрасорб Х	Повязка 14*20 см, № 5 гидробал	2
Супрасорб Х	Повязка 5*5 см № 5 гидробал	7
Супрасорб Х	Повязка 9*9 см № 5 гидробал	12
Телфа	Повязка комб.ст.10*20 см инд. уп., 100 шт.	4
Телфа	Повязка комб.10*25 см ст. инд. уп., 100 шт.	2
Телфа	Клеаст. инд. уп. плен. покр.10*12.5 см, 50 шт.	2

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Телфа	Клеаст. инд. уп. плен. покр.30*30 см, 50 шт.	1
Телфа	АМД а/микр. ст. в инд. уп. 10*12.5 см 200 шт./уп.	1
Фурацилин	Таблетки 0,02 г, 10 шт./уп.	61
Химотрипсин	Флакон, 10 мг, 10 шт./уп.	17
Хлоргексидин 00.5%	100 мл	30
Чистея плюс	0,1 л	90
Чистея плюс кожный антисептик	0,1 л	330
Этиловый спирт 70% р-р д/наруж прим. и изгот. лек. форм фл.	100 мл	310
Бинт эластичный с за-стежк. УНГА	10*300	25
Троксевазин 2%	Гель, 40 г	28
Антикоагулянты		
Гепариновая мазь	25 г	79
Гемостатики		
Аминокапроновая кисло-та 5%	Флакон, 100 мл	372
Дицинон	Ампулы 250 мг, 2 мл, 50 шт./уп.	1
Этамзилат	Таблетки 0,25 г, 50 шт./уп.	230
Этамзилат	Ампулы 2 мл, 10 шт./уп.	147
Гемодез-Н	200 мл	12
Натрия хлорид 0,9%	1000 мл	1380
Натрия хлорид 0,9%	Флакон, 500 мл, 10 шт./уп.	124
Реополиглукин	Раствор, 200 мл	20
Дексаметазон	4 мг/1 мл р-р д/ин., 1 мл 25 шт./уп.	1022
Преднизолон	Ампулы 25 мг/1 мл, 50 шт./уп.	2
Регидрон	18,9 г, 20 шт./уп.	3
Уголь активированный	Таблетки, 0,25 г, 10 шт./уп.	1105
Бускопан	10 мг, № 10, супп.	40

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Смекта	Пакеты 3 г, 10 шт./уп.	4
Бифидумбактерин форте	Пакеты 5 млн, 30 шт./уп.	59
Имудон	Таблетки, 40 шт./уп.	17
Мезим-форте	Таблетки п/о, 80 шт./уп.	7
Алмагель	Суспензия, 170 мл	43
Алмагель А	Суспензия А, 170 мл	44
Панкреатин	Таблетки 25 Ед, 60 шт./уп.	100
Лоперамид	Капсулы 2 мг, 20 шт./уп.	160
Метоклопрамид	Ампулы 0,5%, 2,0, 10 шт./уп.	303
Метоклопрамид	Таблетки 10 мг, 50 шт./уп.	120
Церукал	Таблетки 10 мг, 50 шт./уп.	9
Омепразол /Скопин-фарм/	20 мг, 30 шт./уп.	561
Париег	10 м г п/о к/раств, 14 шт./уп.	2
Ранитидин	Таблетки 150 мг, 20 шт./уп.	973
Вазелиновое масло	Флакон 100 мл	270
Вазелиновое масло	4,3 кг	1
Бисакодил	10 мг, 10 шт./уп.	276
Бисакодил	Таблетки 5 мг, 30 шт./уп.	157
Глицерин	2, 11, 10 шт./уп.	350
Гутталакс	Флакон, 30 мл	220
Дюфалак	Флакон, 200 мл	33
Магния сульфат	Пакеты 10 г	310
Сенаде	Таблетки, 500 шт./уп.	322
Эспумизан	Капсулы 40 мг, 25 шт./уп.	14
Дротаверин	20 мг/мл, 2 мл, 10 шт./уп.	60
Дротаверина	Таблетки г/хл 40 мг, 20 шт./уп.	166
Дротаверина	Таблетки г/хл 40 мг, 50 шт./уп.	100
Но-шпа	Ампулы 40 мг, 2 мл, 25 шт./уп.	17
Папаверина г/хл 2%	Ампулы 2 мл, 10 шт./уп.	24
Эналаприл	Таблетки 10 мг, 20 шт./уп.	80
Эналаприл	Таблетки 20 мг, 20 шт./уп.	40

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Коринфар	Таблетки 10 мг, 50 шт./уп.	5
Анаприлин	Таблетки 40 мг, 50 шт./уп.	5
Аспаркам	Таблетки, 50 шт./уп.	457
Валидол	Таблетки 0,06 г, 10 шт./уп.	90
Верапамил	Таблетки 40 мг, 50 шт./уп.	3
Дигоксин 0,025%	Ампулы 1 мл, 10 шт./уп.	5
Нитроглицерин	Таблетки 0,5 мг, 20 шт./уп.	1
Нитроглицерин	Таблетки 0,5 мг, 40 шт./уп.	40
Нитросорбид	Таблетки 10 мг, 50 шт./уп.	75
Трентал	Таблетки 100 мг, 60 шт./уп.	2
Трентал 2%	Ампулы 5 мл, 5 шт./уп.	2
Дигоксин	Таблетки 0,25 мг, 30 шт./уп.	10
Коргликارد	0.06–1.0, 10 амп.	18
Бромгексин	Драже 8 мг, 25 шт./уп.	2
Бромгексин	Таблетки 8 мг, 50 шт./уп.	36
Мукалтин	Таблетки 50 мг, 10 шт./уп.	200
Терпинкод	Таблетки, 10 шт./уп.	29
Эуфиллин	2,4% ампулы 10 мл, 10 шт./уп.	7
	24% ампулы 1 мл, 10 шт./уп.	10
	150 мг, 20 шт./уп.	160
Аскорил, сироп от кашля	Флакон, 100 мл	74
Трависил, сироп	Флакон, 100 мл	102
Теопек	Таблетки пролонгированного действия 300 мг, 40 шт./уп.	6
Теофедрин-н	Таблетки, 10 шт./уп.	12
Трависил	Таблетки для рассасывания 16 шт./уп.	100
Ацикловир	Таблетки 400 мг, 20 шт./уп.	10
Нистатин	Таблетки 250000 Ед, 20 шт./уп.	8
Нистатин	Таблетки 500000 Ед, 20 шт./уп.	42
Флуконазол	Капсулы 150 мг, 1 шт./уп.	57
Флуконазол	Капсулы 50 мг, 7 шт./уп.	60

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Нистатиновая	Мазь 100000 Ед, 30 г	50
Чистотел	Флакон, 1 л	20
Авансепт-спрей	Флакон, 0,5 л	50
Главхлор	1 кг (дез. средство)	6
Авансепт-Актив	Флакон, 1л	527
Инцидин Экстра-Н	Флакон, 6 л СЕ, дез. средство	1
Мистраль	Флакон, 1 л	54
Неотабс	Таблетки дез., 150 г	2
Аламинол	Флакон, 1 л	186
Актовегин, мазь 5%	Туба, 1 шт./уп.	45
Метилурацил 10%	Мазь 25 г	150
Супрасорб Ф стерильный	Пленка рулон 10*10 см	9
Супрасорб Ф стерильный	Пленка 10*12 см, 10 шт./уп.	1
Супрасорб Ф стерильный	Пленка 10*12 см, 50 шт./уп.	1
Супрасорб Ф стерильный	Пленка рулон, 10*15 см	2
Супрасорб Ф стерильный	Пленка рулон 10*25 см, 10 шт./уп.	7
Супрасорб Ф стерильный	Пленка рулон 15*20 см, 10 шт./уп.	7
Супрасорб G	10*10 см, 5 шт./уп.	13
Супрасорб G	20*20 см	1
Супрасорб G	5*7,5 см, 5 шт./уп.	16
Супрасорб H	10*10 см	3
Супрасорб H	10*10 см	16
Супрасорб H	10*10 см, 10 шт./уп.	7
Супрасорб H стандарт	15*15 см, 5 шт./уп.	1
Супрасорб С коллаген	4*6 см, 5 шт./уп.	7
Супрасорб С коллаген	6*8 см, 5 шт./уп.	4
Супрасорб С коллаген	8*12 см, 5 шт./уп.	1
Фливактив с активированным углем, стер. салфетки	10*10 см, 10*20 см	6
Бинт VAROPLAST	10 см*7м	20

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Бинт нестерильный	7м*14 см	1400
Вата нестерильный	250 г	200
Губка гемостатическая	5*5 см № 1	230
Губка гемостатическая	9*9 см № 1	370
Курасорб стерильный в индивид. уп.	5*5 см, 100 шт./уп.	2
Повязки покр. телфа клир/.стер. инд. уп.	30*30 см, 50 шт./уп.	1
Повязки абсорбирующие- Ксероформ стерильный в индивид. уп.	2,5*20 см, 150 шт./уп.	1
	10*10 см, 150 шт./уп.	1
Повязки абсорбирующие «Курити», стерильные, марлевые тампоны, лен- ты с йодоформом	2,5 см*4,57м 12 шт./уп.	2
Повязки комбинирован- ные «Телфа амд» /а/микр. стерильный в индивид. уп.	Салфетки 10*12,5	
	Подушечки 5*7,5, 200 шт./уп.	1
Лейкопластырь	2 см, 500 см	100
Марля	0,9 м, 1000 м	17
Курапор	Повязка 10*15 см, 50 шт./уп.	15
Курапор	Повязка 10*20 см, 50 шт./уп.	12
Курапор	Повязка 10*8 см, 5	14
Курафикс Н	Рулон 10 см*10 м	7
Курафикс Н	Рулон 15 см*10 м	6
Омнификс, пластырь	Рулон 20*10 см	20
Чистея, жидк. мыло с а/б эффектом	Флакон, 0,3 л	174
Чистея, жидк. мыло с а/б эффектом	Флакон, 3 л	28
Крем детский, ф-ка «Сво- бода»	Тюбик, 40 г	256
Пеленка впит. «Молинея плюс»	60*60 см, впитываемость 856 мл, 10 шт./уп.	600
Пеленки Molinea Plus	60*60 см, впитываемость 715 мл, 30 шт./уп.	277

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Подгузник «Моликаре Классик экстра»	Размер L, впитываемость 2690 мл 30 шт./уп.	113
Подгузник «Моликаре Классик экстра М»	Впитываемость 2245 мл, 30 шт./уп.	113
Подгузник «Тена Слип Плюс I»	Размер 3	2900
Подгузник «Тена Слип»	L (92–144см) 90 шт./уп.	27
Подгузник «Тена Слип»	M (73–122см) 90 шт./уп.	27
Простыни впитывающие при недержании «Тена Бед Нормал»	60*90 впитываемость 1050-1200 мл	2700
Трусы при недержании «Моликаре Мобиле»	Размер M, 14 шт./уп.	97
Подгузник «Тена Слип Плюс M»	Размер 2	1290
Крем дет. Ромашка Вит F	Тюбик 75 г	24
Крем для ухода за кожей рук «Чистея»	Тюбик 200 г	90
Эликсин 1 л	Флакон	134
Салфетки влажные «Кур-носики»	100 шт./уп.	112
«Силонда лосьон», косм. крем ообр.	Флакон, 500 мл	47
Азопирам	Комплект 200 мл	12
Тест-полоски «Сателлит» д/глюкоком.	50 шт./уп.	30
Игла-бабочка	g21	100
Система д./переливания инфуз. р-ров	1 шт./уп.	2805
Шприц одноразовый с иглой	2 мл	21820
	150 мл	240
	10 мл, 100 шт./уп.	2120
	0,5 мл, 10 шт./уп.	41
	1 мл	492
	5 мл	11 200
	20 мл	900

Продолжение Таблицы 5

1	2	3
Скальпель стерильный	размер 24	100
Перчатки нестерильные смотровые	пара	81 000
Перчатки стерильные хирургические	пара	780
Канюля назальн.	размер S	50
Катетер Фолея		630
Маска кислородная с удлиненной линией	размер S	50
Мочеприемник	Вместительность 2 л	30

2.11. Организационно-методический отдел

Организационно-методический отдел по социальной и медицинской работе был предусмотрен штатным расписанием ПМХ с момента открытия. Однако фактически начал свое функционирование лишь в начале 2002 года. Это было обусловлено необходимостью обучения соответствующего специалиста, который кроме теоретической подготовки должен иметь опыт практической работы в ПМХ не менее 5 лет. В ПМХ заведующим оргметодотделом является специалист с высшим социальным образованием, имеющий также среднее медицинское образование. Организация работы оргметодотдела осуществляется в соответствии с Положением, утвержденным главным врачом ПМХ. Полный текст этого Положения приводится ниже:

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ ПО СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЕ ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ХОСПИСА

1. Организационно-методический отдел по социальной и медицинской работе (далее — отдел) является структурным подразделением Первого Московского хосписа (ПМХ), имеет в своем распоряжении

соответствующее помещение и технические средства, а также штаты, утверждаемые установленным порядком.

2. Отдел возглавляет лицо с высшим социальным или медицинским образованием, имеющее значительный (5 и более лет) опыт практической работы в ПМХ. Руководителя отдела назначает и увольняет главный врач ПМХ.

3. В своей работе отдел руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

4. Структура отдела, определяющая его задачи и функции, а также штаты отдела утверждаются главным врачом и согласовываются с Департаментом здравоохранения г. Москвы.

5. Основными задачами отдела являются:

- координация деятельности социальных работников ПМХ;
- совершенствование социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- взаимосвязь и преемственность в работе ПМХ с другими подразделениями ПМХ и лечебно-профилактическими учреждениями.

6. В соответствии с основными задачами отдел осуществляет:

- инструктаж новых сотрудников ПМХ, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом ПМХ основных морально-этических норм и принципов хосписа;
- планирование и проведение занятий (групповых и индивидуальных) с социальными и медицинскими работниками ПМХ, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной, медицинской и психологической (совместно с медицинским психологом) помощи больным и членам их семей;
- разработку, утверждение, внедрение и контроль выполнения должностных инструкций социальных работников, а также медицинского и обслуживающего персонала ПМХ;
- оказание практической помощи социальным работникам ПМХ по всем вопросам, входящим в их компетенцию, а также медицинскому и обслуживающему персоналу ПМХ по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;

- изучение, обобщение и анализ отечественной и зарубежной литературы, научных публикаций и монографий по вопросам организации работы хосписов, социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- внедрение в практику работы ПМХ новых методов социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- организацию и постановку статистического учета в ПМХ, составление годового отчета, подготовку аналитических справок и иных материалов на основе данных медицинской статистики;
- разработку и внедрение качественных показателей работы ПМХ;
- разработку, планирование и проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- разработку и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с другими подразделениями ПМХ и лечебно-профилактическими учреждениями, а также с действующими и вновь открывающимися хосписами Москвы по вопросам социальной и медицинской помощи больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего.

7. Нагрузка специалистов отдела определяется задачами и функциями отдела и их должностными обязанностями

8. В отделе ведется необходимая учетно-отчетная документация, архив нормативно-методических материалов по вопросам организации работы в хосписах, а также социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

Большое внимание оргметодотделом уделяется работе с добровольными помощниками (см. раздел 2.12), а также разработке различных информационных и вспомогательных материалов для родственников пациентов, персонала и добровольцев хосписа.

2.12. Опыт работы с добровольцами Первого Московского хосписа

В США и Европе помощь добровольцев в хосписах — широко распространенное явление. Добровольцы привозят больных для пребывания в дневном стационаре, выполняют административные функции, помогают в организациях благотворительных мероприятий, работают в благотворительных магазинах, которые существуют у большинства хосписов. В таких магазинах можно приобрести вещи по невысокой цене, при этом сознавая, что деньги от покупки идут на помощь онкологическим больным. Перед тем как начать свою деятельность, каждый доброволец проходит обучение под руководством социального работника.

В хосписах Великобритании добровольцами работают более 100 000 человек. В среднестатистическом английском хосписе добровольцы ежегодно посвящают хоспису около 47 000 часов своего времени, что равноценно 27 сотрудникам, работающим на полную ставку. Таким образом, благодаря добровольцам хоспис экономит ежегодно порядка 400 000 фунтов (около 19 млн руб.).

В России работа добровольцем — не такое распространенное явление в силу культурных особенностей и зачастую в силу экономической ситуации. Однако в последнее время оно быстро приобретает популярность. Опыт работы добровольцем позволяет задуматься о многом и познать себя с других сторон в процессе помощи людям, которые делают сложный выбор — как провести последние дни своей жизни.

Работа с добровольцами в Первом Московском хосписе ведется практически с момента его основания. Роль и вклад добровольцев нельзя недооценивать: добровольцы не заменяют персонал, работа которо-

го оплачивается, но дополняют его для того, чтобы, в конечном итоге, повысить качество обслуживания пациентов хосписа и их семей.

В настоящее время в базе добровольцев (когда-либо помогавших Первому Московскому хоспису) числится порядка 200 человек, из них ежемесячно оказывают помощь на регулярной основе 35–40 добровольцев. Среди них есть те, кто приходят в стационар, помогают пациентам выездной службы, а также выполняют удаленную работу вне хосписа.

Изначально работа с добровольцами велась заведующим оргметодотделом хосписа. С недавнего времени данная сфера ответственности передана отдельному сотруднику – координатору добровольцев, находящемуся в структуре оргметодотдела. По штатному расписанию координатор является социальным работником. Координатор разрабатывает и представляет на утверждение главному врачу программу работы с добровольцами и документы, регламентирующие работу с добровольцами (соглашение, правила и т.д.). Он организует привлечение, отбор, обучение и ввод добровольцев, а также их поддержку и оценку их деятельности. Кроме того, координатор является связующим звеном между персоналом и добровольцами, находя «точки соприкосновения» между потребностями хосписа и желаниями и возможностями добровольцев.

Привлечение добровольцев происходит путем размещения информации на сайтах Первого Московского хосписа и Фонда помощи хосписам «Вера» (см. разделы 2.11.1 и 2.11.2); размещения наружной рекламы (о возможности помочь хоспису своим свободным временем); участия в совместных инициативах с другими некоммерческими организациями и объединениями; публикации в СМИ.

Помимо этого хорошо себя зарекомендовали такие два ресурса для привлечения новых добровольцев, как приглашение на практику студентов медучилищ и медвузов, а также корпоративное добровольчество (для разовой помощи).

Прежде чем стать добровольцем, соискатель проходит несколько этапов:

1. Обращение к координатору (по электронной почте или по телефону).
2. Заполнение онлайн-анкеты (которая автоматически интегрируется в google-таблицу, так что нет необходимости повторно

переносить информацию с бумажных носителей в электронные) – см. раздел 2.11.3

3. Координатор просматривает анкету: отсеиваются кандидаты с очевидными для человека без специального образования (например, по стилю написания и манере общения) психическими отклонениями; тем, кто может помогать только в выходные дни, предлагается помощь на субботах раз в месяц.
4. Координатор назначает встречу в хосписе (см. раздел 2.11.4), по результатам которой определяются следующие шаги. После собеседования координатор вносит в таблицу комментарии о потенциальном добровольце.
5. Если доброволец проходит первичный отбор, то он начинает работать на испытательном сроке (около 30 часов), делая ТОЛЬКО ту работу, которая не связана напрямую с помощью пациентам хосписа. Испытательный срок, с одной стороны, дает возможность добровольцу самому реально оценить свои возможности, с другой стороны, это возможность для персонала лучше узнать добровольца, особенности его характера и поведения (чтобы в дальнейшем рекомендовать или нет его к работе с пациентами).
6. После испытательного срока доброволец повторно беседует с координатором (у которого к тому времени уже есть отзыв о добровольце от сестры-хозяйки, медсестер или другого персонала, непосредственно работавшего с данным добровольцем) и в случае положительного решения подписывает соглашение о сотрудничестве на год (см. раздел 2.11.5). Соглашение подписывается на помощь в определенном виде работ (либо нескольких видов работ по выбору), при этом обязательно прописывается, может ли доброволец быть допущен к работе с пациентами хосписа.

Критериями для отбора добровольца служит совокупность следующих характеристик (в том числе личностных и поведенческих):

- сознательность выбора (доброволец понимает, что такое хоспис, какие трудности и проблемы он может встретить, но при этом готов попробовать оказывать посильную помощь; он осознает

- ответственность перед пациентами и их семьей, готов сохранять тайну медицинского диагноза и не разглашать конфиденциальную информацию);
- адекватная оценка своих сил, роли добровольца и значимости своей помощи;
 - отсутствие медицинских противопоказаний;
 - эмоциональная устойчивость;
 - открытость и тактичность, готовность работать в рамках установленных правил и в соответствии с заповедями хосписа и кодексом добровольца.

Если у человека скончался от онкологического заболевания кто-то из близких или родственников, он может стать добровольцем не ранее чем через год после смерти родственника. Иначе существует риск замещения собственного горевания активной заботой о других. Человек не проживает в полной мере свою утрату или же, наоборот, вновь и вновь проживает боль и отчаяние, проходя через горе утраты с пациентами хосписа и их родственниками. И в том и в другом случае он не сможет эффективно помогать другим людям и однозначно нанесет вред себе.

Обучение добровольцев может осуществляться в разных видах и на разных этапах работы добровольца в хосписе. Система обучения включает в себя: вводный инструктаж при первом визите в хоспис в качестве добровольца (подробнее см. раздел 2.11.6), регулярные ежемесячные встречи с участием персонала хосписа, тематические семинары (например, гигиеническая обработка ногтей пожилого человека), а также организационные собрания и командообразующие мероприятия. Еще одной формой обучения добровольцев является создание библиотеки, в которой собраны книги, освещающие хосписную тематику.

При работе добровольца в стационаре очень важно его тесное сотрудничество с персоналом хосписа (особенно если речь идет о работе, связанной с пациентами). Когда персонал поручает добровольцу какую бы то ни было работу, необходимо его проинструктировать, показать, обучить, поддержать, проконтролировать качество выполняемой работы и оценить его эмоциональное состояние до и после работы в стационаре, чтобы при необходимости предложить поддержку и предотвратить эмоциональное выгорание добровольцев.

Только при таком постоянном и тесном взаимодействии добровольцев и сотрудников хосписа может быть реализован командный подход к паллиативной помощи пациенту и его семье.

Как уже было сказано выше, основная цель работы с добровольцами — удовлетворение потребностей в помощи всех служб, входящих в структуру хосписа, повышение качества обслуживания пациентов хосписа и их семей.

В стационаре добровольцы могут оказывать следующую помощь:

- работа, не связанная напрямую с пациентами (влажная уборка палат, коридоров, генеральная уборка санитарных комнат, мытье окон, кроватей, уход за комнатными растениями, подготовка основы для перевязочного материала и т.д.);
- работа с пациентами (чтение вслух, кормление, помощь на прогулках, гигиенический массаж, услуги парикмахера и специалиста по маникюру, мытье — при наличии медкнижки);
- помощь на кухне (при наличии медкнижки);
- помощь садовнику (посадка рассады, прополка сорняков, подрезка кустов; уборка листьев осенью и снега зимой);
- помощь в прачечной (глажка белья);
- встреча посетителей и гостей хосписа.

На выездной службе:

- помощь в хосписе (подготовка перевязочного материала);
- помощь на дому (обеда, уборка, помощь, не требующая специальных медицинских навыков);
- помощь автомобилистов (сопровождение на обследование, доставка средств по уходу, коляски, противопролежневые матрасы и пр.);
- помощь в получении талона на госпитализацию («розового талона»).

Помощь Фонду может быть оказана в виде:

- pro bono (профессиональная помощь на безвозмездной основе — например, услуги дизайнера, корректора, юридическая консультация и т.д.);
- помощь в продвижении благотворительных мероприятий, проводимых для сбора средств в пользу хосписов, и распространении информации о них;

- помощь на благотворительных мероприятиях;
 - помощь автомобилистов (перевезти гуманитарную помощь).
- Разовая помощь включает в себя:
- субботники (например, мытье окон или облагораживание территории);
 - корпоративное добровольчество (в форме участия в субботниках или по аналогии с опытом сотрудничества с компанией «Пробелье»: с инициативы и поддержки руководства двое из сотрудников компании регулярно, раз в неделю, проводят свой рабочий день, помогая хоспису).

Кроме того, добровольцы могут выполнять работу курьера, помогать с размещением информации на сайте, заниматься организацией праздников (например, Нового года) и концертов в хосписе (или выступать самим в качестве музыкантов и артистов), помогать с украшением палат перед госпитализацией пациентов, создавая максимально уютную и комфортную обстановку.

Коммуникация и общение координатора с добровольцами происходит посредством телефонных звонков и электронной почты (создана google-группа добровольцев и друзей Первого Московского хосписа: по понедельникам регулярно рассылается письмо, содержащее описание всех потребностей в помощи добровольцев в хосписе на неделю, новостей о предстоящих семинарах и событиях).

Критериями оценки работы с добровольцами являются как качественные, так и количественные характеристики, однако и те и другие довольно непросто формализовать в виде статистических показателей и отчетности.

Количественные показатели работы с добровольцами определяются на основе учетных записей координатора и записей в журнале посещения для добровольцев. Данные показатели содержатся в отчетности, ежемесячно предоставляемой на рассмотрение главному врачу (см. раздел 2.11.7).

Об эффективности работы добровольческой службы можно судить по отзывам персонала хосписа (см. раздел 2.11.8), благодарностям от пациентов и их семей, а также посредством анкетирования добровольцев (для оценки степени их морального удовлетворения, уровня мотивация и степени включенности в жизнь хосписа).

2.12.1. Примерная структура наполнения раздела «Добровольчество» на сайте хосписа

- краткое вводное слово «Почему хоспису нужны добровольцы и в чем может заключаться их помощь»;
- кодекс добровольца;
- описание вакансий для добровольцев;
- (онлайн-) анкета для добровольца;
- описание процедуры «Как стать добровольцем» (этапы, временные рамки, требования к добровольцу);
- фотографии с мероприятий и встреч добровольцев, истории «Почему я стал добровольцем» или «Как я стал добровольцем» (желательно размещение нескольких историй – людей разных возрастов, разных профессий и социального положения);
- **ОБЯЗАТЕЛЬНО:** контакты координатора добровольцев или сотрудника, к кому можно обратиться с вопросом или за дополнительной информацией.

2.12.2. Кодекс добровольца

1. Уважай религиозные, философские и другие взгляды больного – они важная часть его внутреннего мира. Давление с нашей стороны недопустимо.
2. Не откладывай на завтра, если обещал больному помощь. Завтра может быть поздно.
3. При общении с больным помни, что:
 - желания и интересы больного являются основой для общения. Наше открытое сердце и умение слушать могут преодолеть чувство одиночества;
 - сдержанность в эмоциях и движениях, отсутствие суеты – проявление понимания состояния больного;
 - отсутствие в речи резких, категорических выражений и, напротив, употребление мягких, вероятностных форм предложений помогают создать атмосферу доверия.
4. Не обсуждай без необходимости личную жизнь больного, сохраняй необходимую конфиденциальность.

5. Оставь на время прихода в хоспис груз своих нерешенных проблем. Не перекладывай его на плечи больного.
6. Берись только за посильную работу. Каждое полезное дело, каким бы незначительным оно ни казалось, важно для хосписа.
7. Выполняй работу, за которую взялся, как следует и не перекладывай на другого. Не забывай поблагодарить других добровольцев за помощь.
8. Доброжелательность, терпимость и честность помогут нам работать вместе.
9. Относись внимательно к просьбам и замечаниям сотрудников хосписа. Не обижайся, если у сотрудника не было времени поблагодарить за хорошо сделанную работу.
10. Если возникла трудная ситуация, не спеши, лучше посоветуйся с добровольцами и с персоналом. Принимай участие в регулярных встречах добровольцев. Это поможет правильно организовать и скоординировать нашу деятельность.
11. Не осуждай коллегу, а открыто обсуждай проблему. Не торопись с выводами. Осуждение разрушительно, а открытое обсуждение поможет найти правильный выход.
12. Прислушивайся к мнению коллег и не бойся поменять привычный вид деятельности в хосписе. Возможно, новая работа позволит лучше раскрыть себя и принесет больше пользы.

2.12.3. Анкета для добровольца

Перед тем как заполнить анкету добровольца, прочтите, пожалуйста, несколько важных правил для всех, кто задумался об оказании помощи:

1. Оценить свое время.

Сколько реально времени в день/неделю/месяц вы готовы уделять помощи хоспису. От этого зависит выбор вида добровольческой помощи.

2. Оценить свои силы.

Прежде чем браться за все, что кажется таким важным и нужным, необходимо задуматься: сможете ли вы довести это до конца? Сумеете ли качественно осуществить выбранный вид помощи? Остановитесь и оцените свои силы. Помните: «Мы в ответе за тех, кого приручили».

Согласно хосписной философии, мы не можем принять от Вас помощь, если в вашей семье недавно скончался от рака кто-то из близких. Просим отнестись к этому с пониманием. Если спустя год желание стать добровольцем сохранится, мы с удовольствием примем Вашу поддержку.

Спасибо за понимание!

Фамилия, Имя, Отчество*

Дата рождения*

Семейное положение*

Номер телефона*

Адрес электронной почты

Ваши паспортные данные*

Ближайшее метро (к дому)

Ближайшее метро (к работе)

Адрес*

Наличие машины

- есть
- нет

При наличии машины – ее тип

- седан
- джип
- микроавтобус
- грузовая

Марка и номер машины (для проезда на территорию объектов и мероприятий, связанных с помощью хоспису)

Занятость*

- работаю, полная занятость
- работаю, частичная занятость
- свободный график/работаю на дому
- школьник
- студент
- на пенсии
- временно не работаю
- другое:

* Поля, обязательные к заполнению

Место учебы

Место работы

Специальность

Религиозные убеждения

- православие
- католицизм
- ислам
- атеизм
- другое:

Почему Вы хотите стать добровольцем? *

Наличие добровольческого опыта

- да
- нет

Если есть, то какой (опишите, пожалуйста, подробнее)

Откуда Вы узнали о добровольцах Первого Московского хосписа?

- печатные СМИ
- телевидение
- от друзей/знакомых
- наружная реклама
- Интернет

Сколько времени Вы готовы посвящать волонтерской работе?*

- регулярно, один раз в неделю
- регулярно, несколько раз в неделю
- регулярно, раз в месяц
- разово, от случая к случаю

Какие дни для Вас наиболее удобны?*

Существует очень важное для самих добровольцев правило: первые визиты в хоспис (во время испытательного срока) должны пройти в будний день и, желательно, в первой половине дня. Это необходимо для знакомства добровольца с хосписом и его сотрудниками, ознакомления с особенностями добровольческой помощи.

- будни
- выходные
- не важно

Удобное для Вас время*

Существует очень важное для самих добровольцев правило: первые визиты в хоспис (во время испытательного срока) должны пройти в

будний день и, желательно, в первой половине дня. Это необходимо для знакомства добровольца с хосписом и его сотрудниками, ознакомления с особенностями добровольческой помощи.

- утро
- день
- вечер

Ваши варианты помощи

Как Вы можете помочь*

- работа с пациентами хосписа
- доброволец-парикмахер
- доброволец-мастер маникюра/педикюра
- помощь в благоустройстве хосписа: уборка, мелкий ремонт, поддержание уюта
- доброволец в помощь садовнику
- доброволец-помощник на складе
- доброволец-водитель
- доброволец-курьер (в пределах Москвы и МО)
- доброволец-администратор
- доброволец-фандрайзер
- доброволец-юрист
- доброволец-дизайнер (web-дизайн, графический дизайн)
- доброволец-фотограф
- доброволец-музыкант
- доброволец на мероприятиях (выставки, акции, раздача листовок)
- доброволец-аквариумист
- помощь с поиском контактов в СМИ и лиц, заинтересованных в благотворительной поддержке хосписа
- работа на телефоне
- помощь со сбором и анализом информации
- помощь в полиграфии (печать и тиражирование)
- любая порученная работа

Пожалуйста, напишите, что Вы умеете и любите делать (как пример — сфера вашей деятельности, область профессиональных и личных интересов)

Какие, по Вашему мнению, возможны варианты дальнейшего взаимодействия?

- постоянное сотрудничество в качестве добровольца
- переход в штатные сотрудники
- другое...

2.12.4. Первая встреча с добровольцем

1. Собеседование – примерный перечень возможных вопросов:

- Расскажите, пожалуйста, о себе (род занятий, увлечения, семейное положение).
- Откуда Вы узнали о хосписе, как возникла идея стать добровольцем и почему Вы хотите помогать именно в хосписе?
- Есть ли личный опыт потери (смерть близких) и/или опыт соприкосновения с длительной тяжелой болезнью (в том числе онкологической)?
- Какие страхи или опасения связаны у Вас с работой в хосписе?
- Как бы Вы ответили своим знакомым/друзьям на вопросы «Что такое хоспис?» и «Зачем Вы туда пошли?» (проверка стереотипов, восприятия и ожиданий)
- Ваши ассоциации при словосочетании «атмосфера хосписа»?
- Почему нужна помощь добровольцев? В чем, как Вам кажется, нуждаются пациенты хосписа и их семьи? Как эти потребности связаны с помощью, которую оказывают добровольцы?
- Занятость человека: сколько времени, без ущерба для Вашей личной и профессиональной жизни, Вы хотели бы и могли бы посвящать хоспису (примерное количество часов в неделю)? По каким дням? Насколько регулярно Вы готовы помогать?
- Есть ли опыт добровольчества – если да, расскажите о нем подробнее (что делали, кому помогали, какие основные трудности и радости, почему перестали этим заниматься)?
- Отношение семьи к тому, что человек хочет стать добровольцем? (супруга/супруги, если человек женат/замужем, родителей – если доброволец несовершеннолетний).

2. Вопросы добровольца координатору.

3. Рассказ о хосписе и экскурсия по хоспису и прилегающей территории. Длительность и содержание рассказа может варьироваться и включает в себя: описание структуры хосписа (стационар, выездная, фонд), обязательно с акцентом на важность ЛЮБОЙ работы, история

возникновения хосписов, философия и заповеди хосписа, кто здесь находится, что именно делают добровольцы и как могут помогать в стационаре, на выездной или фонду.

Первая экскурсия обязательно включает в себя сад, прилегающую территорию, холл стационара (домашняя, не «пугающая» обстановка), добровольческую, кабинет сестры-хозяйки, столовую, прачечную, выездную службу (основные места «потенциальной работы»).

2.12.5. Примерная форма соглашения о добровольном сотрудничестве

СОГЛАШЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СОТРУДНИЧЕСТВЕ № ____

г. Москва

« ____ » _____ 201_ г.

Гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Доброволец», с одной стороны, Государственное учреждение здравоохранения города Москвы «Первый Московский хоспис Департамента здравоохранения города Москвы», именуемый в дальнейшем «Организация», в лице главного врача Капустиной Виктории Викторовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, и Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице Президента Федермессер Анны Константиновны, действующей на основании Устава, с третьей стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», пришли к соглашению о добровольном сотрудничестве в сфере благотворительной помощи неизлечимым онкологическим больным и их семьям и совместном осуществлении данной благотворительной деятельности, в целях реализации которого заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с настоящим Соглашением Доброволец обязуется добровольно и безвозмездно участвовать в программе « _____ » (далее именуе-

мая «Программа»), реализуемой Фондом совместно с Организацией, в рамках которой по поручению координатора Программы (далее именуемого «Координатор») может выполнять работы и оказывать услуги, предусмотренные этой Программой.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Доброволец обязуется:

- не разглашать конфиденциальные сведения о людях, которым помогает в рамках участия в Программе;
- не использовать в личных целях информацию, доступную благодаря участию в Программе;
- выполнять работы и оказывать услуги на безвозмездной основе;
- выполнять указания и распоряжения руководства Организации, Фонда и Координатора;
- соблюдать правила внутреннего распорядка Организации, Фонда и иных организаций (учреждений), участвующих в Программе, где осуществляется непосредственно работа Добровольца, а также условия договоров, заключенных Фондом с этими организациями (учреждениями);
- бережно относиться к имуществу Организации и Фонда;
- соблюдать правила работ и оказания услуг, установленные Организацией и Фондом для добровольцев, а также соблюдать правила, установленные для добровольцев в организациях (учреждениях), участвующих в Программе;
- соблюдать согласованный Сторонами график выполнения работ (оказания услуг) в рамках Программы;
- в случае исповедания какой-либо религии оповестить об этом Координатора, не проповедовать свою веру и не вовлекать других добровольцев или подопечных в ее исповедание;
- получить медицинскую книжку с объемом обследований, предусмотренным для работы в Организации, если наличие такой книжки является обязательным требованием вакансии, на замещение которой претендует Доброволец.

- 2.2. Не менее чем за 7 (Семь) дней Доброволец обязуется уведомить Координатора о прекращении своего участия в

Программе, о смене места жительства, об отъезде в длительный отпуск и других событиях, влекущих как одновременные, так и длительные изменения в графике работы Добровольца.

- 2.3. Доброволец обязуется не договариваться с лицами, находящимися под опекой, или любыми иными лицами об оказании дополнительной помощи от имени Организации и/или Фонда без согласования с Координатором.
- 2.4. Доброволец, в рамках принятых на себя обязательств, несет ответственность за качество выполнения работы и оказания услуг.
- 2.5. Доброволец обязан не совершать действий, оскорбляющих честь и достоинство, а также наносящих вред подопечным.
- 2.6. Организация и Фонд обязуются:
 - обеспечить Добровольца работой (материалами, оборудованием, заданием и т.д.) в соответствии с его обязанностями;
 - создать Добровольцу условия для безопасного и эффективного труда (в том числе обеспечить формой и питанием);
 - в необходимых случаях выдавать Добровольцу доверенность на право действовать от имени Фонда;
 - принимать меры по повышению информированности Добровольца, а также повышению квалификации в сфере его непосредственных обязанностей, оказывать консультативную помощь, при необходимости предоставлять наставника;
 - допускать Добровольца к интересующим его мероприятиям, проводимым Фондом (тренинги, акции и т.д.);
 - по просьбе Добровольца давать ему характеристику или рекомендацию;
 - ознакомить Добровольца с документами, соблюдение которых требуется от него в соответствии с пунктом 2.1 настоящего Соглашения.

3. ПРАВА СТОРОН

- 3.1. Доброволец имеет право:
 - информировать о возможностях помощи Организации и Фонду и привлекать в ряды добровольцев новых людей че-

рез Координатора в порядке, установленном Организацией и Фондом;

- посещать семинары по повышению квалификации в сфере его непосредственных обязанностей;
- участвовать во внутренних ежемесячных встречах для добровольцев;
- получать консультацию по вопросам, возникающим в ходе работы в Организации и/или Фонде, у его сотрудников;
- вносить предложения о расширении деятельности Фонда.

3.2. Организация и Фонд имеют право:

- давать указания и распоряжения Добровольцу, касающиеся его участия в Программе;
- проверять и контролировать деятельность Добровольца;
- отстранить от работы в Программе Добровольца, не прошедшего испытательный срок;
- отстранить от работы в Программе Добровольца, нарушающего условия настоящего Соглашения и/или Правила работы в Организации (Приложение 1).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ

- 5.1. Настоящее Соглашение считается заключенным с момента его подписания.
- 5.2. Настоящее Соглашение заключено сроком на 12 (Двенадцать) месяцев.
- 5.3. Если не позднее чем за 10 (Десять) дней до окончания срока настоящего Соглашения ни одна из Сторон не заявит о прекращении настоящего Соглашения по окончании его срока, он пролонгируется на тот же срок.

6. РАСТОРЖЕНИЕ СОГЛАШЕНИЯ

- 6.1. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто по инициативе любой из Сторон с уведомлением другой Стороны не позднее чем за 7 (Семь) дней до даты расторжения.

- 6.2. В случае отсутствия активного сотрудничества Добровольца с Организацией и/или Фондом без предварительного предупреждения в течение трех и более месяцев, Соглашение считается расторгнутым. Продолжение деятельности в рамках Программы будет возможно только при заключении нового соглашения.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Доброволец:

Паспортные данные

Организация:

Государственное учреждение здравоохранения города Москвы
«Первый Московский хоспис Департамента здравоохранения го-
рода Москвы»

119048 г. Москва, ул. Доватора, дом 10

Фонд:

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»

ИНН 7724296034

Юридический адрес: 115477, г. Москва,

Пролетарский проспект, д.39, кв.27

Организация

Главный врач

Капустина В.В. _____

Фонд

Президент

Федермессер А.К. _____

Доброволец _____

Главному врачу
Государственного учреждения здравоохранения
города Москвы «Первый Московский хоспис
Департамента здравоохранения города Москвы»
В.В. Капустиной

Я, _____
паспорт серии _____, номер _____, ^(Ф.И.О.) выданный _____
_____ « ____ » _____ года,
(наименование организации) (дата выдачи)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному учреждению здравоохранения города Москвы «Первый Московский хоспис Департамента здравоохранения города Москвы», расположенного по адресу: 119048, г. Москва, ул. Доватора, 10, на обработку (неавтоматизированную и автоматизированную) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, профессия, образование, социальное положение, семейное положение, адрес, дата рождения, месяц рождения, год рождения, паспортные данные для обработки в целях регистрации персональных данных добровольцев, сведений об их профессиональной деятельности.

Я утверждаю, что ознакомлен с моими правами и обязанностями в области обработки персональных данных.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании письменного заявления.

_____/_____
подпись расшифровка подписи
« ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
К СОГЛАШЕНИЮ О ДОБРОВОЛЬНОМ СОТРУДНИЧЕСТВЕ

**ПРАВИЛА РАБОТЫ ДОБРОВОЛЬЦЕВ
В ПЕРВОМ МОСКОВСКОМ ХОСПИСЕ**

Добровольцы хосписа: общие положения

Добровольцем хосписа может стать любой человек, достигший совершеннолетия, успешно прошедший собеседование с Координатором добровольцев (далее – Координатор) и испытательный срок. Человек, не достигший совершеннолетия, допускается к работе только при наличии письменного разрешения родителей или опекунов.

Доброволец находится в непосредственном подчинении Координатора. При выполнении своих обязанностей в стационаре или на дому доброволец функционально подчинен соответствующему заведующему подразделением.

Доброволец организует свою работу в соответствии с настоящим Положением, заповедями хосписа и Кодексом добровольца, руководствуясь действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Департамента здравоохранения г. Москвы, нормативными актами и инструкциями. Доброволец осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье.

Распоряжения координатора являются обязательными для добровольца. Распоряжения заведующего стационаром и заведующего выездной службой являются обязательными для добровольца на момент совместно выполняемой работы.

Виды помощи

1. Доброволец может быть допущен к работе с пациентами после заполнения анкеты, предоставления всех необходимых документов, собеседования с Координатором, прохождения испытательного срока и повторного собеседования после его завершения.

2. Доброволец может быть отстранен или не допущен к работе с пациентами (на основании консолидированного мнения персонала хосписа) – о чем его уведомляет Координатор.

3. Любой доброволец может быть привлечен к работе, напрямую не связанную с уходом за пациентами (помощь по хозяйству, организационная работа и т.д.).

4. Доброволец работает в хосписе в тесном сотрудничестве с персоналом: сообщает персоналу о любых просьбах пациента и/или его родственников/близких и не принимает никаких решений самостоятельно. Если пациент обращается к добровольцу с просьбой, выполнение которой требует минимальных навыков ухода за больными (изменение положения тела, подмывание, смена памперса и т.д.) или специальных медицинских знаний, доброволец незамедлительно обращается к медицинскому персоналу (в том числе используя кнопку вызова).

Время посещения стационара

5. Доброволец, помогающий в стационаре хосписа, работает строго в будние дни в период с 10:00 до 17:00. Исключение составляют организованные субботники, о проведении которых Координатор оповещает добровольцев и приглашает их к участию. В иных случаях помощь в выходные дни и вечернее время будних дней может оказываться только по предварительному согласованию с Координатором.

Порядок посещения стационара

6. Доброволец обязан планировать и организовывать время посещения хосписа, предварительно связываясь с Координатором (любым удобным способом – по телефону или электронной почте).

7. При работе в стационаре доброволец обязан носить именной бейдж, который можно взять в комнате для добровольцев. В случае отсутствия или утери именного бейджа доброволец может обратиться к Координатору или диспетчеру стационара с просьбой о его восстановлении.

8. При работе в стационаре доброволец обязан носить форму (специальная форма для добровольцев либо цветные/полосатые халаты, которые можно взять в стационаре). Ношение белой медицинской формы (как принадлежащей самому добровольцу, так и принадлежащей кому-либо из сотрудников хосписа) не разрешается. После окончания работы форму необходимо оставить в комнате для грязного белья в стационаре.

9. После посещения хосписа доброволец обязуется делать отметку в журнале посещений, который находится в комнате добровольцев, записывая свою фамилию, инициалы и время работы в стационаре.

Интернет, социальные сети, средства массовой информации

10. В случае размещения любой информации о хосписе или информации от лица хосписа/фонда помощи хосписам в Интернете (в блогах, социальных сетях, на сайтах) или средствах массовой информации (бумажных или электронных) доброволец обязуется предварительно согласовать текст сообщения с Координатором.

11. Запрещается заводить блоги, сайты, группы в социальных сетях от лица хосписа или фонда помощи хосписам без предварительного согласования с Координатором.

Конфиденциальность и общение с пациентами

12. Запрещается публикация/размещение в открытом доступе в Интернете (на сайтах, в блогах, социальных сетях) Ф.И.О. пациентов, информации о его диагнозе, а также иной персональной информации о пациентах или их семьях и их фотографий – если на это нет письменного согласия самого пациента или его семьи.

13. Запрещается предоставлять пациентам, находящимся в стационаре или под опекой выездной службы, или их семьям свои личные контактные данные. Запрещается брать у пациентов, находящихся в стационаре или под опекой выездной службы, личные контактные данные без предварительного согласования с Координатором.

14. После заранее согласованного визита к пациенту, находящемуся под опекой выездной службы, доброволец обязуется сообщить Координатору о своем визите. Если от пациента поступают какие-либо просьбы, доброволец обязуется незамедлительно сообщить о них Координатору.

Помощь хоспису

15. Хоспис высоко ценит безвозмездную помощь добровольцев. Добровольцы не спонсоры. Важен их нематериальный вклад в работу хосписа. Однако если доброволец все же желает приобрести для хо-

списка что-либо из материальных ценностей, необходимо до покупки согласовать тип, вид, модель и другие качественные и количественные характеристики приобретаемой гуманитарной помощи.

2.12.6. Первый визит в хоспис в качестве добровольца

Когда доброволец приходит в хоспис первый раз, чтобы начать работать (во время испытательного срока), очень важно встретить его, помочь сориентироваться и ответить на возникающие организационные вопросы.

Что необходимо знать добровольцу, приступающему к работе:

- где находится гардероб, где комната добровольцев, где можно хранить сменную одежду и обувь, где туалет, где столовая, где комната разогрева пищи;
- где кабинет сестры-хозяйки, где взять халат и куда его отдать после завершения работы;
- где взять именной бейдж, куда записывать информацию о своих посещениях;
- где находится первое место работы, где взять инвентарь, как зовут сотрудника, непосредственно в подчинении которого будет работать доброволец (координатор обязательно представляет добровольца сотруднику), – например, сестра-хозяйка, садовник, заведующий складом и т.д. – и где его можно найти.

2.12.7. Примерная форма отчетности по работе с добровольцами

Отчетный месяц	
Количество обращений от желающих стать добровольцами	
Из них: <ul style="list-style-type: none"> – отсеяно; – приглашены на субботники 	
Количество заполнивших анкеты	
Количество собеседований	

Количество новых добровольцев, приступивших к работе на испытательный срок	
Из них: – младше 20 лет – от 20 до 30 лет – от 30 до 40 лет – старше 40 лет	
Количество добровольцев, помогавших в стационаре	
Общее количество часов, отработанных в стационаре	
Количество добровольцев, отработавших в стационаре 20 и более человеко-часов в месяц (с разбивкой по фамилиям)	
Количество добровольцев, помогавших выездной службе	
Общее количество часов, отработанных на выездной службе	
Количество добровольцев, чья работа высоко оценивается сотрудниками хосписа	
Количество добровольцев, помогавших Фонду – в том числе на мероприятиях (указать, каких именно)	

Субботник – дата проведения, краткое описание работы, количество участников.

Обучение – дата проведения семинара, тема, количество присутствовавших.

При наличии таковых – краткое описание основных существенных изменений и сложностей в работе с добровольцами за текущий месяц.

2.12.8. Примерная форма анкетирования сотрудников хосписа (отзыв о добровольце)

Ф.И.О. добровольца _____

Пожалуйста, оцените данного добровольца по следующим характеристикам по пятибалльной шкале (1 – минимально, в наименьшей степени, 5 – максимально, в наибольшей степени).

	1	2	3	4	5
Регулярность посещения хосписа (оказания помощи хоспису)					
Восприимчивость к просьбам и комментариям со стороны сотрудников хосписа (в том числе критике)					
Скорость и эффективность выполнения порученной работы					
Тактичность и вежливость (по отношению к пациентам, их семьям, сотрудникам хосписа и другим добровольцам)					
Ответственность					
Эмоциональная устойчивость					
Излишне проявляемая самостоятельность и инициативность (особенно в вопросах, не относящихся к компетенции добровольца), позиция «я знаю, как надо»					
Склонность браться за несколько дел, не завершив предыдущее задание					
Небрежное отношение к конфиденциальности и личной информации о пациенте					
Суевливость, повышенная возбудимость, навязчивость					
Склонность навязывать свои религиозные и философские взгляды					

Анонимно для сотрудников хосписа

2.12.9 Методика работы с волонтерами на базе ОБО «Белорусский детский хоспис»

*Подберезкин Максим Александрович,
заместитель директора по вопросам стратегии и развития
ОБО «Белорусский детский хоспис»*

Общая характеристика волонтерства в Беларуси

Волонтерское движение в Республике Беларусь все еще находится на стадии становления. Сегодня белорусская общественность недо-

статочно понимает, кто такие волонтеры, кто ими может стать, сущность и потенциал добровольческого движения. Добровольческая деятельность часто понимается как осуществление разовых акций, ограничивается материальными услугами, что противоречит самой идее волонтерства. Не развита организационная структура волонтерской деятельности, актуальной является проблема обучения волонтеров, отсутствует конкретная информация о количестве и направлениях деятельности существующих волонтерских объединений, о возможности обращения за помощью к волонтерам нуждающихся.

На современном этапе в Беларуси добровольческие группы формируются в основном среди молодежи – старшеклассников общеобразовательных учреждений, учащихся профессионально-технических, средних специальных и высших учебных заведений. Можно сказать, что для нашей страны волонтерство сегодня мало связано с профессиональной сферой.

Кроме того, необходимо отметить, что в Беларуси запрещена деятельность незарегистрированных общественных организаций, – это снижает количество волонтерских инициатив.

Таким образом, можно говорить о том, что на данный момент в Беларуси отсутствует нормативно-правовая база для волонтерской деятельности. Кроме того, не налажен механизм внутреннего информирования волонтерских организаций, обмен опытом и информацией между ними.

Волонтерство в ОБО «Белорусский детский хоспис»

Как правило, привлекать дополнительные ресурсы к деятельности организации имеет смысл в двух случаях:

- в деятельности организации существуют проблемы, которые невозможно решить имеющимися силами;
- организация планирует развиваться, но ресурсов для этого недостаточно.

Созданная в Белорусском детском хосписе волонтерская служба призвана стимулировать развитие организации, как через повышение качества жизни подопечных семей, так и путем увеличения социальной значимости нашей деятельности. На сегодняшний день более 200 человек зарегистрированы в качестве волонтеров хосписа.

После определения основных потребностей организации и принятия решения о необходимости работы с волонтерами, нужно

определить роль, которую будут занимать волонтеры в деятельности, организации. Для этого необходимо, во-первых, четко определить цель волонтерской работы. Цель должна содержать конкретные индикаторы, по которым можно судить о ее достижении или не достижении.

В Белорусском детском хосписе мы предлагаем волонтерам выбор из более чем двадцати ролей, среди которых: ассистент координатора волонтеров, участник социальных мероприятий, помощник медсестры, модератор социальных семей, юрист, журналист, фотограф, друг семьи и пр. Для каждой роли мы постарались максимально подробно прописать обязанности, необходимые навыки, возможность обучения, степень занятости. Это позволяет уже на первом этапе рекрутинга сэкономить время на объяснение, кроме того, в результате мы имеем более целенаправленных волонтеров.

В целом функция волонтеров в организации может быть:

1. Основная (без волонтеров организация не сможет выполнять свою миссию).
2. Вспомогательная (волонтеры дополняют деятельность сотрудников организации, не дублируя ее).
3. Замещающая (волонтеры выполняют часть функций сотрудников).
4. Неопределенная (волонтерская деятельность не планируется, волонтер выполняет спонтанные поручения сотрудников организации).

В нашей организации волонтеры выполняют вспомогательную и замещающую функции.

Уделяя большое внимание созданию позитивного корпоративного имиджа организации, мы придаем огромное значение роли волонтеров в этом. Так как волонтер позиционирует себя как представитель организации, любые его социальные действия могут как улучшить, так и ухудшить имидж организации.

Именно поэтому мы считаем целесообразным проводить отбор и дополнительное обучение тех волонтеров, которые вступают в социальные взаимодействия от имени организации. Важно, чтобы волонтер разделял миссию, видение и цели организации. Кроме этого, волонтеры должны быть вежливы, обладать определенным уровнем культуры, образованности.

Для более эффективного использования наших волонтеров, мы стараемся максимально применять их профессиональные навыки – юридическое образование, способность к дизайну и пр. Крайне важно грамотно составить график привлечения каждого конкретного волонтера к помощи. С одной стороны, не желательно перегружать волонтера работой – возможно, человек не сможет отказаться, но будет чувствовать себя некомфортно и в следующий раз ответит на просьбу о помощи с меньшей охотой. С другой стороны, редкие обращения к волонтеру могут создать впечатление ненужности этого человека организации.

Мы стараемся, чтобы общение с каждым волонтером происходило не реже чем один раз в две недели. Для поддержания интереса волонтера к помощи организации мы еженедельно осуществляем интернет-рассылку новостей организации.

После знакомства с волонтером мы заключаем договор на оказание волонтерских услуг, в котором также прописывается уровень ответственности волонтера и сотрудников организации. Также волонтер заполняет анкету, содержащую личную информацию, знакомится с положением о волонтерах организации.

В качестве поощрения наиболее активных волонтеров в Белорусском детском хосписе принята система награждений грамотами, которые проходят в рамках общих волонтерских собраний. Другим видом поощрений является написание рекомендаций, характеристик, ходатайств и пр., а также выдача сертификатов о том, то человек является волонтером нашей организации.

2.13. Синдром эмоционального выгорания и его профилактика

Материалы из книги Е.С. Введенской

*«Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца» [1],
глава 11 «Заботиться не только о больном»,
приводится в сокращенном виде*

Необходимость поддержки персонала, работающего в учреждениях паллиативной помощи

Необходимо подчеркнуть, что персонал хосписа работает с самой тяжелой категорией больных, когда происходит во сто крат большая

потеря энергии, чем в других медицинских учреждениях. «Выгорание персонала» происходит значительно быстрее.

<...>

К сожалению, в России люди, работающие в хосписах, не получают достаточного материального поощрения и остаются социально незащищенными. Персонал, особенно медицинские сестры, на плечи которых ложится вся тяжесть работы, часто психологически истощен, вследствие чего страдает их физическое здоровье, и они попросту выходят из строя. Поэтому нельзя планировать штат хосписа в соответствии с общепринятыми стандартами для лечебно-профилактических учреждений. Требуется вдвойне разумно отнестись к планированию штата с учетом необходимости обеспечения ухода за умирающими больными, чтобы условия работы и пребывания в хосписе соответствовали санитарным и общечеловеческим нормам. При организации хосписов и других учреждений паллиативной помощи необходимо обращать особое внимание на условия работы персонала и сделать все возможное, чтобы обеспечить работающим материальную и эмоциональную поддержку.

Врачи и медицинские сестры, работающие в тех отделениях клиники, где высока смертность, подвергаются воздействию значительного психологического стресса. В первую очередь это относится к сотрудникам хосписов и отделений паллиативной помощи, онкологических отделений и реанимационных бригад.

В медицинском институте врача отнюдь не готовят к тому, что надлежит делать в тех случаях, «когда ничего уже сделать нельзя», когда и современнейшие медицинские технологии, и фармакологическая помощь равно утрачивают свое значение перед лицом уже неотвратимой смерти. Как надлежит вести себя с умирающим человеком? Как держать себя с его родственниками?

Ощущение собственной беспомощности в подобных ситуациях приводит к усилению дискомфорта, врач переживает свою несостоятельность, недостаточность профессиональной компетентности, иногда испытывает сильное чувство вины.

Вообще говоря, поведение врачей, работающих в хосписах и отделениях паллиативной помощи, тяготеет к двум крайностям: дистанцирование либо полное слияние. В первом случае врачом сознательно или бессознательно вырабатываются определенные психотехниче-

ские приемы защиты от стресса по типу «дистанцирования»: «К этому невозможно привыкнуть, я просто надеваю маску», «Я отключаюсь, перестаю что-либо чувствовать», «Стараюсь отгородиться», «Действую автоматически, как робот, выключаю все свои чувства». В результате между врачом и умирающим пациентом вырастает стена «из высоких медицинских технологий». Врач сокращает время общения с умирающим, стараясь всячески обезличить такой контакт. При этом речь такого врача изобилует разного рода клише («Все будет хорошо»), и врач чувствует явное облегчение, когда пациент отвечает тем же. С умирающим обращаются как с «недочеловеком» либо как с малым ребенком. При этом умирающий остается один на один со своими проблемами — в полной изоляции, в условиях, отнюдь не приличествующих все еще живому человеку, до последней своей минуты думающему, чувствующему, страдающему.

Другая крайность: между врачом и умирающим больным образуется глубокая личностная связь, усиливающаяся в тех случаях, когда больной является ровесником врача, и они имеют сходные ценности и мировоззрения. Тогда пациент как бы вторгается в жизнь врача, а врач, связывая себя эмоциональными узами с умирающим, подчас выполняет такую же роль, как и родственники больного. Вместе с родственниками он, по-детски протестуя, отрицает неотвратимость смерти («Не смей покидать меня!»), а после смерти пациента неизбежно испытывает все тягостные переживания «работы горя», не понимая психологической сущности происходящего с ним, и в силу этого еще более утрачивая свою профессиональную идентичность.

Обе крайности одинаково пагубны с точки зрения их влияния на личность врача. Они вносят свой вклад в профессиональные и личностные деформации, обуславливая так называемый синдром профессионального и эмоционального выгорания врача. Это емкое выражение, «эмоциональное выгорание», обозначает целый спектр явлений, среди которых — психосоциальная опустошенность), уплотнение и взрывчатость эмоций, склонность к конфронтации с пациентом, нарушение ценностной ориентации, физическая и психическая усталость и др.

Необходимость специальной профессиональной подготовки и психотерапевтической помощи врачам, работающим с инкурабельными и умирающими больными, не вызывает сомнений. Как сохра-

нить здоровье персонала, каковы приемы профилактики синдрома эмоционального выгорания? Как, оставаясь сенситивным к страданиям умирающего человека, не утратить своей профессиональной идентичности, быть рядом и в то же время дистанцироваться?

На мой взгляд, наилучшим и наиболее оптимальным на сегодняшний день способом решения этих проблем являются так называемые балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами.

Первые тренинговые семинары для врачей общего профиля были организованы в 1950-х годах в Лондоне на базе знаменитой Тавистокской клиники Михаэлем Балинтом, психоаналитиком венгерского происхождения, изучавшим психоанализ в Будапеште у известного Шандора Ференци, ближайшего соратника и оппонента Фрейда. В своей знаменитой, ставшей классической работе «Доктор, его пациент и болезнь», впоследствии неоднократно переиздававшейся, М. Балинт изложил основы проведения подобного рода семинаров. В результате метод получил имя Балинта.

<...>

В балинтовском движении выделяют особое направление – группы для врачей, работающих в отделениях с высокой летальностью. Речь идет, прежде всего, о хосписах и отделениях паллиативной помощи, онкологических и инфекционных отделениях для больных СПИДом.

Процедура проведения балинтовской группы

Группа врачей, численностью от 8 до 12 человек (так называемая малая группа), встречается каждые 1–2 недели (продолжительность встречи/семинара 1,5–2 часа) на протяжении нескольких лет. Во время семинара участники рассказывают о своих клинических наблюдениях, случаях из практики и обсуждают их. Каждый случай может служить предметом обсуждения всей группы. Врач, предлагающий вниманию группы «свой» случай, «своего» пациента, описывает свои взаимоотношения с последним, приводя множество дополнительных сведений, делясь собственными размышлениями и чувствами по поводу данного случая, заканчивая, быть может, некоторой профессиональной дилеммой, которую он предлагает рассмотреть на семинаре.

Ведущими данных семинаров являются психологи или психиатры (1–2 человека), как правило, психоаналитической ориентации. Стиль

ведения занятий — недирижерский. В фокусе групповой работы, как уже отмечалось, отношения «врач — больной», как они складываются при ведении больных с тяжелыми, угрожающими жизни заболеваниями.

В работе балинтовской группы может использоваться ряд известных тренинговых методов и психотерапевтических приемов: ролевые игры, элементы психодрамы (в частности, используется фигура «про-тагониста» — врача, представляющего на суд группы «свой» случай и находящегося в течение длительного времени в центре ее внимания), тренинг сенситивности, приемы эмпатического слушания, приемы невербальной коммуникации и др.

Тем самым балинтовская группа существенно отличается от других, принятых в медицине систем обучения. Это группа и тренинговая, и психотерапевтическая (поддерживающая), но, прежде всего, группа исследовательская. Речь идет об исследовании отношений «врач — больной», исследовании «белых пятен» доктора в его взаимоотношениях с пациентом.

Интервал между встречами балинтовской группы, составляющий 1—2 недели, вполне достаточен для того, чтобы не превращать группу в сугубо психотерапевтическую. Последнее нежелательно в силу ряда причин. Врачи, участвующие в семинарах, могут быть профессионально связаны друг с другом, могут находиться в определенных отношениях, обусловленных ролевой иерархией, требованиями субординации, могут быть актуально вовлечены в те или иные конфликты, неизбежные в любых коллективах. В силу этого более целесообразным является создание таких групп в рамках системы повышения квалификации, объединяющей врачей, работающих в разных клиниках, в различных регионах.

Именно принцип балинтовской группы положен в основу работы мультипрофессиональной команды в паллиативной помощи. Регулярные встречи всех членов команды, в состав которых непременно входят психолог и/или психотерапевт, дают возможность не только обсуждения клинических случаев и принятия коллегиальных решений, но и всестороннего обсуждения взаимоотношений с больными и их родственниками, психологической подготовки персонала к смерти больного и взаимную поддержку членов команды после утраты пациента. Это является важным компонентом профилактики «сгорания»

персонала, без чего невозможно представить работу в хосписе или отделении паллиативной помощи.

* * *

К вышесказанному стоит добавить, что развитие СЭВ угрожает не только персоналу хосписа, но и добровольцам, что необходимо учитывать при работе по его профилактике.

Подробнее о профилактике СЭВ см. Методические указания по организации паллиативной помощи (Приложение 1) и также раздел 2.6.1 Сборника.

ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ И БЛИЗКИХ ПАЦИЕНТА

3.1. Один из моих близких неизлечимо болен

Горе, смятение, страх, гнев, растерянность поселились в моем доме. Именно сейчас, когда жизнь стала немного налаживаться, — и это горе. Сколько времени осталось быть вместе? Кто виноват? Что делать? А вдруг боль нельзя будет облегчить? Правильно ли я ухаживаю? Справлюсь ли я, если состояние его ухудшится? Кого позвать на помощь? Кто может понять мое состояние? Мне нужно сосредоточиться, мобилизоваться, а у меня нет сил. Часто я чувствую себя виноватой. Виноватой в случившемся. В том, что мы не обратили внимания, когда ему стало хуже. Теперь-то я знаю, что это было... А врачи? Если бы не посылали от одного к другому, может, было бы время что-то сделать. Хотя что могут врачи против этой болезни... А вот у знакомой кому-то вроде пошло какое-то «народное средство». Может, попробовать и нам? Как быть? «Как быть» и «почему» — эти вопросы не оставляют меня ни на минуту. Почему я сержусь на бесконечно любимого смертельно больного человека? Неужели за то, что он нарушил весь уклад моей жизни? Или за то, что он бывает вдруг требовательным, агрессивным, раздражительным, гневливым? Я ведь не имею на это права, но ничего поделать с собой не могу. Когда я вижу его глаза, я хочу убежать из комнаты. Я чувствую, что он хочет говорить со мной обо всем и, прежде всего, о болезни, о ее прогнозе. А я избегаю, выкручиваюсь, ухожу из комнаты, возвращаюсь с заплаканными, красными от слез глазами и снова вру... Ему от этого еще страшней, наверное. А вдруг рак заразен? А внук и дочка едят из тех же тарелок. Надо выделить ему отдельную посуду. Но ведь он обидится. А что делать с дачей? Она ведь на его имя? Почему мы, заходя к нему в комнату, говорим почти шепотом, а потом собираемся на кухне? А он там один, отрезанный от нас, самых близких. Он

ведь так в нас нуждается. Что мы делаем? Почему бы нам не сидеть рядом с ним, не включать его в разговоры обо всем, что происходит дома, на моей работе, в школе у внука? Почему я не зову друзей? Почему я до сих пор не знаю, кого он хочет видеть? Что я делаю? Я теряю самого дорогого человека, а думаю о себе, а не о нем. Что он чувствует? Что хочет сказать? Что переживает? Что он хочет сказать? Ведь может быть, скоро у меня не будет времени, чтобы получить ответы на эти вопросы от него. И тогда будут новые мучения: не поговорили, не договорились, не узнали...

Что же, что же делать? Схожу с ума от бессилия и отчаяния. Помогите!

Мы надеемся, что наши рекомендации помогут вам. В следующих разделах содержатся основные рекомендации по уходу за неизлечимым пациентом, советы, адресованные тем, кто оказался – на первый взгляд – в безвыходной ситуации.

Если у вас возникнут дополнительные вопросы, вы всегда можете обратиться за консультацией в Первый Московский хоспис (тел.: +7 (499) 245-00-03; (499) 245-76-04, (499) 245-76-29; info@hospice.ru) или в Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» (8-901-595-95-07; fund@hospicefund.ru).

3.2. Что такое хоспис?

Хоспис – это бесплатное медико-социальное учреждение, где обеспечивают уход и обезболивание, оказывают медицинскую, социальную, психологическую, духовную и юридическую помощь неизлечимым больным, а также их семьям, как в период болезни, так и после утраты близкого человека.

Хоспис – это:

- **БЕСПЛАТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**, финансируемое госбюджетом, имеющее лицензию. Источниками дополнительного финансирования могут быть средства органов социального обеспечения,

- добровольные пожертвования частных лиц, государственных и коммерческих структур, общественных организаций, церкви.
- Возможность обслуживать район с населением 400 000 человек.
 - Медицинская, социальная, психологическая, юридическая, духовная ПОМОЩЬ пациенту и членам его семьи.
 - Высокий профессиональный уровень и милосердие сотрудников.
 - Возможность жить без страха и одиночества.
 - Наиболее полноценное использование оставшегося у человека времени жизни. Духовная поддержка человека любого вероисповедания.
 - Обучение родственников навыкам ухода за больными.
 - Психологическая поддержка членов семьи неограниченный период времени.
 - Круглосуточная связь с врачами и персоналом хосписа семь дней в неделю.
 - Постоянное обучение персонала и добровольцев.

Хоспис — это не дом смерти. Это комфортные условия и достойная жизнь до конца.

Если в вашей семье есть неизлечимо больной человек, мы советуем вам обратиться за помощью или консультацией в ближайший хоспис. Там вам окажут посильную помощь и поддержку, дадут рекомендации по уходу за пациентом, ответят на ваши вопросы.

Список хосписов и паллиативных отделений на территории России вы найдете в Приложении 3.

Мы хотим напомнить вам, что хоспис — это совершенно бесплатное учреждение и любая помощь, которую вы и ваш родственник получаете здесь, предоставляется безвозмездно. Хоспис также не может принимать пожертвования родственников и близких пациента, находящегося под опекой хосписа, или недавно умершего пациента. Кроме этических причин, это связано и с тем, что такое пожертвование может быть рассмотрено как завуалированная взятка или оплата услуг в учреждении, где платных услуг быть не может. Если вы хотите выразить благодарность хоспису или кому-то из сотрудников, вы можете написать благодарственное письмо в вышестоящую организацию.

Спасибо!

3.3. Организация ухода и самообслуживания пациента

Уход за больным, когда все делается за него и обо всем необходимым ему приходится просить близких, — это самое трудное время для каждого человека, задействованного в этой ситуации.

Самостоятельность болеющего человека во многом зависит от того, как организовано его жизненное пространство. Не всегда у близких есть возможность неотлучно находиться у постели больного. И это не всегда нужно, если он сам может помогать окружающим ухаживать за собой. В первую очередь необходимо организовать место больного в доме. Не имеет большого значения, будет у него отдельная комната или нет. Это зависит от жилищных условий, желаний больного и родственников, возможно, тяжести состояния больного. Во всяком случае, при необходимости уединения комнату можно перегородить занавесом или использовать ширму, а находящегося в отдельной комнате больного снабдить колокольчиком или металлической миской с ложкой, звон которых будет слышен в любом месте квартиры. Желательно, чтобы лежащему в кровати больному были видны окно и, если возможно, дверь комнаты. При имеющейся возможности и согласии больного желательно переставить мебель в помещении таким образом, чтобы обеспечить доступ к кровати с трех сторон; так удобнее осуществлять уход. При имеющихся трудностях в присаживании в постели можно сделать приспособление типа «вожжей» из бельевой веревки, закрепленной к ножному концу основания кровати, другой конец веревки в виде петли должен лежать в постели на уровне кистей больного. Для облегчения поворотов к боковым сторонам кровати можно прикрепить выступающие над ее уровнем «ручки» из довольно жесткой проволоки и обмотать их тканью. В значительной мере обездвиженный человек, особенно если он испытывает боль, должен иметь в постели значительное количество разных подушек. С их помощью можно удобно расположить руки и ноги; если какая-то конечность отекает, устроить ее в приподнятом положении; подоткнуть подушки под спину и ягодицы, уменьшая давление на болезненные участки тела; в положении на боку положить подушечку между колен; приподнять с их помощью до уровня тела находящуюся сверху ногу и руку.

При выборе цвета постельного белья следует помнить, что кожа желтушного больного выглядит менее желтой на фоне вещей розового и голубоватого тонов. Прикроватный столик или тумбочка, выключатель торшера или бра должны быть расположены так, чтобы до них можно было легко дотянуться. Когда пить приходится лежа, вместо кружек лучше использовать пластмассовые поильники. К ручке тумбочки можно привязать один пакет — с рулоном туалетной бумаги и салфетками и другой — для мусора, сделать перекладину для полотенца, поставить рядом с кроватью стул с судном, накрытым салфеткой и, если нужно, с уткой. Для лежачего больного лучше брать в аптеке судно в виде «совочка», практически не имеющее одного борта; оно может использоваться больным самостоятельно. Некоторые женщины с успехом применяют небольшую банку, плотно прижимая ее к промежности и подложив для защиты постельного белья памперсную пеленку; банка опорюжняется в стоящее рядом с кроватью судно.

Если человек читает книги или рисует, то раскладная конструкция типа мольберта, ножки которой, широко раздвигаясь, упираются в кровать, помогает заниматься любимым делом.

Если больной может встать, коврик около кровати должен лежать очень плотно. Недопустимо вставание с постели и ходьба по дому в носках: можно легко поскользнуться.

Внимательно следите, чтобы на основных маршрутах движения больного, особенно в ночное время, не было ковров и половиков, края которых могут заворачиваться и делать «подножку».

Из-за выраженной общей слабости или по ряду других, обычно неврологических причин вставание с постели и ходьба могут быть затруднены. Если врач не назначает постельный режим, то, ориентируясь на самочувствие больного и переносимость им физических нагрузок, надо поощрять его двигательную активность. Для этого следует предусмотреть наличие устойчивой мебели около кровати, на которую можно опираться, присаживаясь и вставая. Возможно использование при ходьбе папок и костылей. Очень удобны валкеры, называемые «ходунками», на колесиках или без них.

Особо надо сказать об оборудовании туалета и ванной комнаты. Пол должен быть нескользким, а раковина устойчива. Туалетную комнату надо снабдить парой дверных ручек, приделанных к стенам

по бокам от унитаза, а ванную комнату – ручкой над ванной. Для облегчения вставания с унитаза можно увеличить его высоту, наращивая отдельно взятое сиденье с помощью стопы толстых тряпок, вырезанных по его выкройке; все сооружение скрепляется скотчем и накладывается на унитаз по мере необходимости.

Прикроватный стул, лучше с ручками, и с ведром под выпиленным по размерам таза больного сиденьем является альтернативой унитазу и биотуалету.

То есть, если даже если нет возможности приобрести фабричные средства ухода, их можно с успехом заменить сделанными своими руками вещами, которые позволяют без слов выразить свою любовь к болящему и дать ему возможность облегчать близким труд по уходу за ним, чувствовать себя независимым и активным, насколько это позволяют его силы.

3.4. Памятка по уходу за тяжелобольным

1. Поместите, если возможно, больного в отдельную комнату, а если нельзя, то выделите ему место у окна.

2. Постель не должна быть мягкой. Если это необходимо, застелите клеенкой матрас под поясницей. Простыня должна быть без складок, складки провоцируют образование пролежней.

3. Одеяло лучше использовать не тяжелое ватное, а шерстяное, легкое.

4. Рядом с постелью поставьте тумбочку (табуретку, стул) для лекарств, питья, книг и др.

5. В изголовье постели разместите бра, настольную лампу, торшер.

6. Чтобы больной мог в любую минуту вызвать вас, приобретите колокольчик или мягкую со звуком резиновую игрушку (или поставьте рядом с больным пустой стеклянный стакан с чайной ложкой внутри).

7. Если больному трудно пить из чашки, то приобретите поильник или используйте соломку для коктейлей.

8. Если больной не удерживает мочу и кал, а у вас есть средства, чтобы купить памперсы для взрослых или взрослые пеленки, то приобретите их. А если нет, то сделайте много тряпочек из старого белья для смены.

9. Используйте только тонкое (пусть старенькое) хлопчатобумажное белье для больного: застежки и завязки должны быть спереди. Приготовьте несколько таких рубашек для смены.

10. Проветривайте комнату больного 5–6 раз в день в любую погоду по 15–20 минут, укрыв больного теплее, если на улице холодно. Протирайте пыль и делайте влажную уборку каждый день.

11. Если больной любит смотреть телевизор, слушать приемник, читать – обеспечьте ему это.

12. Всегда спрашивайте, что хочет больной, и делайте то, о чем он просит. Он знает лучше вас, что ему удобно и что ему надо. Не навязывайте ему свою волю, всегда уважайте желание больного.

13. Если больному становится хуже, не оставляйте его одного, особенно ночью. Соорудите себе постель рядом с ним. Включите ночник, чтобы в комнате не было темно.

14. Спрашивайте больного, кого бы он хотел видеть, и зовите к нему именно этих людей, но не утомляйте его визитами друзей и знакомых.

Кожа требует самого пристального внимания, так как больше, чем у здорового человека, нуждается в чистоте. Лежащего пациента необходимо обтирать влажным теплым полотенцем с последующим вытиранием насухо. Лучше смочить полотенце лосьоном для тела, разбавленным водой. Одной из самых частых проблем у лежачих больных являются пролежни. Они возникают в результате нарушения кровообращения. Обычно это область крестца, копчика, позвоночных отростков, лопаток, пяток и ягодиц. Лечить пролежни тяжело и долго, поэтому надо приложить все силы, чтобы не допустить их появления: меняйте положение больного в постели до 10 раз в сутки, поворачивайте его. Простыня должна быть натянута, без складок. Швы нижнего белья не должны приходиться на участки, наиболее плотно соприкасающиеся с кроватью. Не рекомендуется использовать резиновый круг, так как сам по себе он провоцирует пролежни и замедляет их лечение. Имейте много небольших подушек различной формы, для того чтобы подкладывать их под различные части тела.

Мокрое грязное белье немедленно меняйте (если не копить, а замачивать и стирать сразу же, то можно избежать характерного запаха тяжелобольного в квартире).

Места наибольшего давления на кожу необходимо смазывать детским кремом либо камфорным спиртом. Каждый день смазывайте всю поверхность тела водорастворимыми питательными кремами, особенно ноги, область крестца.

При появлении покрасневших участков необходимо массировать их несколько раз в день и также смазывать кремом. Хорошо подходит любой детский крем. Если пролежень стал влажным, самостоятельно не наносите никаких мазей, не наклеивайте пластырей и не забинтовывайте: сделаете только хуже. Пролежни должны дышать. Пригласите специалистов из хосписа.

Волосы моют не реже одного раза в неделю, расчесывать их нужно ежедневно.

Ногти на руках и ногах подстригайте по мере их отрастания. Не забывайте мужчин брить. Делайте это аккуратно, избегая порезов.

Глаза и полость рта тоже нуждаются в уходе. Ежедневно промывайте глаза настоями ромашки, шалфея или чайной заваркой, используя пипетку и ватный шарик. Протирайте язык, десны и зубы слабым раствором марганцовки или фурацилина, ромашки, шалфея – тоже ежедневно. Для профилактики стоматита необходимо полоскать ротовую полость после каждого приема пищи. Если пациент может, то пусть чистит зубы зубной щеткой.

Стул необходимо регулировать. Если у пациента запоры, используйте слабительные и клизмы. Если запор длительный (больше 5–6 дней) и не помогает даже клизма, обращайтесь к врачу, равно как и в ситуации, если больной не мочится больше суток.

Питание должно быть легко усваиваемым, полноценным. Желательно кормить пациента небольшими порциями 5–6 раз в день. Пищу готовьте так, чтобы она была удобна для жевания: мясо в виде котлет или суфле, овощи в виде салатов или пюре. Конечно, необходимы супы, бульоны, каши, творог, яйца. Важно ежедневное употребление овощей и фруктов, а также ржаного хлеба и кисломолочных продуктов. Не старайтесь давать всю пищу только в протертом виде, иначе кишечник будет работать хуже. Во время кормления желательно, чтобы пациент находился в положении полусидя (чтобы не по-

перхнуться). Не укладывайте его сразу после еды. Не забывайте поить пациента соками, минеральной водой. Но всегда помните: главное — желание пациента.

Профилактика пневмонии (воспаления легких). У тяжелых лежачих пациентов это частое осложнение, возникающее из-за длительного пребывания в одном положении и нарушения нормального дыхания и вентиляции легких. Чаще сажайте пациента, поворачивайте его с боку на бок. Проводите массаж грудной клетки, включающий в себя переворачивание больного на живот и легкое постукивание снизу вверх по всей поверхности спины. Проводите дыхательную гимнастику. Приобретите надувную игрушку — пусть пациент надувает ее: это хорошая тренировка легких. Свежий воздух в комнате — это тоже профилактика пневмонии, однако не переохладите больного.

Консультируйтесь по всем вопросам с сотрудниками хосписа: они во многом могут вам помочь.

3.5. Лечение хронического болевого синдрома

Одним из симптомов многих болезней является боль. Наши знания и опыт позволяют справляться с ней. Но без вашей помощи наши старания были бы малоэффективны, поэтому в этой памятке мы хотим проинформировать вас о боли и методах борьбы с ней.

Существуют два вида боли: острая и хроническая.

Острая боль возникает внезапно. Время ее действия, как правило, ограничено.

Хроническая боль продолжается в течение длительного времени; Человек, долгое время испытывающий боль, ведет себя иначе, чем тот, для которого боль — новое ощущение. Люди, долгое время терпящие боль, могут не стонать, не проявлять двигательного беспокойства, частота пульса и дыхания у них может быть обычной, однако сдержанное поведение больного не означает, что он не испытывает боли.

Пути распространения и проявления боли имеют сложный характер. В формировании ощущения боли принимают участие многие

составляющие. Ослабление систем организма при хроническом заболевании может быть вызвано такими факторами, как депрессия или пессимистический настрой, недостаточный сон, длительное применение без достаточных показаний наркотических средств.

Чувствуя боль, ожидая ее усиления, человек испытывает не только неприятные физические ощущения, но и страдает душевно. Страдание является психической реакцией на боль или психологической составляющей боли, и эта составляющая часто может преобладать над истинной (физической) болью. Когда человек испытывает хроническую боль, он вынужден постоянно себя в чем-то ограничивать. Некоторые привычные ему действия становятся затруднительными или недоступными.

От сильной боли не всегда получается избавиться полностью, но можно научиться уменьшать ее до терпимого уровня.

При регулировании боли надо стремиться ввести ее в разумные пределы и избегать чрезвычайных ситуаций, когда она становится невыносимой.

Действительно, многие заболевания на разных стадиях сопровождаются болью. Но боль вовсе не обязательный спутник вашей болезни. Многие люди не испытывают болей. Помните об этом!

В большинстве случаев причиной хронических болей у пациентов являются объемные образования, которые изменяют структуру и функцию вовлеченных в болезненный процесс органов и тканей.

Но боль может вызываться и другими причинами. Например, дискомфорт в животе может быть следствием длительной задержки стула; суставная боль – иметь причиной хронический артрит; боль за грудиной – быть проявлением заболеваний сердца и т.д. Говоря иными словами, пациент «имеет право» на обострение своих хронических и «приобретение» новых заболеваний, одним из симптомов которых может быть боль.

Часто боль является следствием перенесенной лучевой терапии или хирургического лечения. Это связано с травматизацией нервных волокон, их вовлечением в рубцовый процесс, с давлением при развившемся лимфостазе конечности и т.д.

Из сказанного следует, что пациенты могут иметь несколько видов боли с различной их локализацией, и наши специалисты стремятся выявить причину каждой и принять необходимые меры.

Лечение хронической боли всегда будет успешным, если придерживаться нескольких обязательных правил:

- если при хронической боли врач назначает обезболивающие препараты, то они должны применяться по рекомендуемой схеме;
- хроническая боль требует регулярного, «по часам», употребления анальгетиков. Прием препаратов должен «опережать» усиление боли;
- доза обезболивающего лекарства и интервалы между приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать устойчивую концентрацию его в крови и избегать усиления болей в эти промежутки. При этом допустимая суточная доза лекарственных препаратов, конечно, не превышает.

Первоочередной задачей является ночное обезболивание, потому что плохо проведенная ночь неизбежно влечет за собой «плохой» день. В течение 7–8-часового сна в ночной период надо стремиться поддерживать в крови больного концентрацию анальгетика, достаточную для блокирования болевых рецепторов. При необходимости это достигается приемом непосредственно перед сном несколько большей или двойной дозы обезболивающего препарата и/или комбинацией его с лекарством, обладающим успокаивающим эффектом, которое усилит и продлит действие анальгетика. Если нужно, ночью можно принять внеочередную дозу обезболивающего препарата.

Если появилась боль, а время очередного приема лекарственного препарата еще не наступило, надо срочно принять внеочередную дозу обезболивающего, а в положенное время принять лекарство по схеме и потом придерживаться ее. При повторении случаев «прорыва» боли схема обезболивания корректируется врачом.

Не надо будить пациента, если наступило время приема обезболивающего лекарства, а он спит. Пропущенная доза дается сразу после пробуждения; схема при этом может несколько сдвинуться.

Ряд препаратов в первые дни от начала приема могут вызывать усиление общей слабости, сонливость. В течение первых 4–5 дней от начала приема препаратов 3-й степени могут развиваться галлюцинации, некоторая спутанность сознания, появиться тошнота. Все эти симптомы кратковременны и с успехом подвергаются медикаментозной коррекции. В случае если побочные эффекты не исчезают, врач

может заменить анальгетик на другой из той же группы, пересчитав эквивалентную дозу.

При приеме некоторых препаратов обезболивания появляются или усугубляются запоры. Это, к сожалению, не является кратковременной проблемой. Для предотвращения и лечения запоров рекомендуется следующее:

- употреблять жидкость в количестве не менее 1,5–2 л в день, предпочтительно минеральную воду, чай, соки, последние лучше в виде нектаров. Употребление кофе и спиртных напитков по возможности следует сократить;
- принимать пищу, богатую растительными волокнами (зерновой хлеб, сырые и вареные овощи, фрукты (из последних особенно хорош чернослив);
- двигаться как можно больше, стараться по возможности выйти на прогулки;
- при необходимости принимать слабительные, рекомендованные врачом.

Выводы об эффективности схемы обезболивания делаются не раньше, чем через 1–2 суток от начала ее применения. Для облегчения анализа эффективности обезболивания пациенту или вам желательно регулярно вести дневниковые записи по схеме, где необходимо отмечать дату и время приема препарата, эффективность принятого средства. Такие записи помогают проводить коррекцию схемы обезболивания.

Иногда наши пациенты говорят нам: «Прием обезболивающих не лечит причину, вызывающую боль, а только приносит облегчение». Это так, но это не вся правда. Если боль захватывает всю территорию жизни, мешая есть и спать, думать и действовать, то организм лишается сил для собственной борьбы с болезнью. Точнее говоря, мы можем лишить его этой возможности, пренебрегая обезболиванием.

Адекватная схема обезболивания достигается применением анальгетика той или иной группы или комбинацией препаратов разных групп.

Во время визитов наш врач задает пациенту вопросы относительно испытываемых им болей. Интенсивность боли определяет сам больной, а не кто-либо из окружающих, потому что каждый человек имеет свой порог болевой чувствительности. Очень важно, чтобы пациент

откровенно говорил о своей боли. Некоторые пациенты склонны в рассказе приуменьшать степень боли.

Не стоит опасаться, что больной, испытывающий сильные боли, попадет в зависимость от применяемых в течение длительного времени наркотических препаратов. Ведь здесь он принимает лекарство с целью обезболивания, а не для того, чтобы вызвать новые ощущения. Применяемые опиаты используются организмом преимущественно в области болевых рецепторов, и это означает, что пациент даже при длительном приеме не становится зависимым от них.

В зависимости от степени выраженности болевого синдрома врач назначает в качестве основного препарат одной из трех ступеней лестницы обезболивания, разработанной Всемирной организацией здравоохранения, дополняя его, в случае необходимости, препаратами предыдущей ступени и/или ко-анальгетиками — лекарственными средствами, усиливающими действие основных анальгетиков. Применять таблетированные обезболивающие препараты, если врачом не указано иначе, надо после еды, чтобы свести до минимума их раздражающее действие на слизистую оболочку желудка. Если ваш пациент привык завтракать поздно, не надо откладывать из-за этого прием анальгетиков. Надо предложить ему что-то перекусить и дать лекарство. Так же надо поступать всегда, если назначенное время употребления обезболивающих не совпадает с основными приемами пищи. «Что-то положить в рот перед тем, как выпить лекарство» — это должно стать правилом, потому что при лечении хронического болевого синдрома принимаемые натошак препараты можно перечесать по пальцам, и наш врач скажет вам о них особо.

Мы стараемся доставлять нашим пациентам наименьший дискомфорт, поэтому инъекции лекарственных препаратов применяются лишь в случае, если прием через рот невозможен из-за тошноты, рвоты, нарушений глотания, а через прямую кишку — из-за обострения заболеваний прямой кишки или при отказе больного от этого пути введения. В случае парентерального (в виде инъекций) введения анальгетиков принцип применения «по часам», естественно, сохраняется.

В случае ректального приема необходимо особенно тщательно следить за регулярностью стула, так как наличие кала в прямой кишке затрудняет всасывание лекарственных препаратов.

Существуют и другие способы облегчения боли, которые можно и нужно применять наряду с медикаментозным обезболиванием. К ним относятся:

- массаж, особенно хорошо — с оливковым маслом, рук и ног, всего тела, нежное поглаживание над эпицентром боли; к этому могут быть подключены «малосильные члены» семьи и желающие помочь посетители, которым массаж может быть доверен;
- холод или сухое тепло к болезненной области, что, наряду с массажем, способствует угашению болевой импульсации в спинном мозге («теория ворот»);
- максимальная физическая активность, обеспеченная приспособлениями для ухода за собой и удобно оборудованным домашним местом для интересных занятий и работы. Она препятствует «одеревенению» мышц, вызывающему боль, и подключает головной мозг к занятиям, отвлекающим его от анализа боли;
- общение с домашними животными, которые дают нам примеры безмятежности и одаривают безусловной любовью;
- творчество во всех его проявлениях, что означает совершение всех дел так, как это свойственно именно вам, проявление своей неповторимой индивидуальности на радость людям;
- регулярное выполнение упражнений, направленных на расслабление мышц.

По поводу последнего метода хочется сказать более подробно.

Реакцией практически на любую боль являются мышечные спазмы — как поперечно-полосатой мускулатуры, работу которой мы можем в значительной степени регулировать сознательно, так как она составляет мышцы нашего тела, так и гладкой мускулатуры, которая содержится в структуре всех внутренних органов, а также кровеносных и лимфатических сосудов.

Мышечные спазмы усугубляют боль, делают ее сильнее, чем она «того стоит». Все методы, способствующие мышечной релаксации, таким образом, уменьшают любую боль или даже могут полностью убирать некоторые виды боли, делая ее доступной воздействию собственных систем обезболивания организма. К числу наиболее простых методов релаксации, которые можно делать без помощи психотерапевта, относятся поступательная релаксация, дыхательные упражнения и метод «прощения и отпускания» боли.

При проведении поступательной релаксации вы сначала напрягаете определенные группы мышц, а потом их расслабляете. Такая последовательность позволяет делать расслабление более глубоко. В книге Питера Лендорффа об этом написано следующим образом: «Расположитесь удобно в тихой комнате в кресле или в постели и начинайте медленно и глубоко дышать. Сосредоточьтесь на своем дыхании и начинайте работать по очереди с различными группами мышц. Начните с рук. Сожмите кулаки как можно крепче, задержитесь в этом положении на 10 секунд. Если это окажется утомительным, начните с меньшего, постепенно наращивая время. По истечении 10 секунд расслабьте кисти и руки, повторяя мысленно слова: «РАССЛАБЛЕНИЕ И ОСВОБОЖДЕНИЕ». Почувствуйте, как напряжение вытекает из кончиков пальцев. Теперь переключите внимание на предплечья и плечи. Напрягите их мышцы как можно сильнее на 10 секунд, затем расслабьте, повторяя мысленно: «РАССЛАБЛЕНИЕ И ОСВОБОЖДЕНИЕ». Затем пройдите таким образом пальцы ног, икры, бедра, ягодицы, живот, спину, грудь, шею, лицо и лоб. Просто «РАССЛАБЬТЕСЬ И ОСВОБОДИТЕСЬ». Почувствуйте, как из вашего тела вытекает напряжение и разливается тепло».

Вполне возможно проведение этих упражнений без предварительного напряжения мышц, если это по каким-либо причинам затруднительно.

Дыхательные упражнения при работе с болью заключаются в следующем. Совершив мышечное расслабление так, как об этом было рассказано, вы с закрытыми глазами начинаете представлять, что выдыхаемый вами воздух может проходить через боль. Через несколько попыток вы легко начинаете «выдыхать» боль — она при этом как бы начинает рассеиваться в пространстве.

Вы можете пользоваться этим методом как скорой помощью в случае любых неприятных ощущений души и тела, устроившись удобно, с закрытыми глазами, доброжелательно сосредотачивая свое внутреннее внимание на области неприятных ощущений и начиная «выдыхать» через них.

Вы должны быть уверены в том, что при вдумчивом и внимательном подходе семья и больной, располагающие сведениями о принципах лечения хронической боли и постоянно контактирующие с врачом,

при всяком изменении ситуации берут ее под контроль в считанные дни и даже часы. Вы должны быть уверены в этом так, как знают об этом из своей ежедневной практики специалисты, работающие в этой области медицины.

3.6. Питание пациента

Для наших больных характерна потеря аппетита. Им трудно заставить себя есть, у многих изменяются вкусовые ощущения; перестают нравиться блюда, которые раньше были любимыми. Иногда им кажется, что пища «безвкусная» или имеет «металлический привкус». Некоторые едят совсем понемногу, а некоторые просто не могут проглотить ни кусочка.

Тошнота и рвота – тоже симптомы болезни. И депрессия не способствует улучшению аппетита, а она – тоже спутник болезни.

Все это очень расстраивает и больного, и его близких – все чувствуют себя виноватыми: больной – что не может доставить радость близким, так старательно приготовившим ему еду; близкие – что не знают, что приготовить, чтобы больной поел.

Но все это имеет свои вполне обоснованные причины, связанные с течением болезни или с лечением (облучение, химиотерапия).

Что же можно сделать, чтобы помочь больному, и что нужно понять близким?

Примите потерю аппетита как результат болезни. Позвольте пациенту самому выбирать еду или напитки. Предлагайте различные варианты еды на выбор, но не настаивайте и не принуждайте больного.

Найдите способ показать больному свою любовь, заботу, сострадание. Сделанный массаж может его успокоить. Поиграйте в игры, почитайте книгу, послушайте вместе музыку, найдите, чем его можно еще развлечь.

Обезвоживание также способствует ухудшению самочувствия: является постоянная сухость во рту. Это состояние можно облегчить, если сосать кусочки льда, смачивать полость рта и губы. Делать это надо часто, каждые 10–15 минут.

Попытайтесь устранить запахи, доносящиеся из кухни. Они могут спровоцировать у больного тошноту или создать у него ложное ощущение сытости.

Тошноту можно снимать настоем мяты перечной: две чайные ложки сухой мяты заварите одним стаканом кипятка (можно в термосе); давать пить горячим, теплым или холодным (по желанию пациента) с медом и лимонным соком. Используйте для снятия тошноты (по желанию больного) соки, растворимые фруктовые чаи (лимонный, брусничный, малиновый), различные растворимые травяные чаи, морсы и кисели из клюквы, брусники, облепихи, черной смородины. Делайте настой шиповника (две столовые ложки размолотого шиповника на пол-литра кипятка, настоять в термосе ночь, пить процеженным с медом и лимонным соком). Теплые и прохладные напитки можно давать пить больному через соломинку.

Сервируйте еду в приятной обстановке, красивой посуде.

Давайте только маленькие порции еды, одно или два блюда за один раз.

Холодная, прохладная, нежирная, легкая и мягкая пища является наиболее подходящей. В питье можно добавлять различные порошкообразные белковые и витаминные добавки. Насильно не заставляйте больного ни пить, ни есть, только смачивайте губы в случае отказа от еды и питья.

Спрашивайте у больного, что бы ему хотелось попить и поесть, и уважайте его выбор (в том числе и отказ от еды). При отказе от еды больной может чувствовать себя лучше.

Поговорите с врачом или медицинской сестрой хосписа по интересующим и тревожащим вопросам.

3.7. Психологическое состояние пациента и релаксация

Психологическое состояние человека, узнавшего о том, что он заболел онкологическим заболеванием, характеризуется высоким уровнем тревоги. Когда диагноз скрывают, состояние может доходить до невроза.

Состояние тревоги описывается больным как нервозность, напряжение, ощущение паники, страх, ощущение, что должно произойти что-то опасное, ощущение типа «я теряю контроль над собой».

Как больной может помочь себе

Контролирование состояния тревожности — достаточно сложный процесс. Именно поэтому необходимо знать, как можно помочь такому человеку. Как помочь овладеть техникой релаксации (расслабления). Существуют различные методы программы для того, чтобы справиться с высоким уровнем тревожности. Каждый день в удобное для вас время (только не рекомендуется заниматься релаксацией после обеда в течение часа), заняв кресло и комфортно расположившись, можно слушать спокойную музыку.

Различные релаксационные программы есть на аудио- и видеосистемах (попросите своих близких и знакомых приобрести). Легкие физические упражнения также помогут снизить уровень тревожности. Релаксацией (расслаблением) надо заниматься только в спокойной обстановке. Попросите своих близких не беспокоить вас, и не лишним будет на это время отключить телефоны.

Попробуйте использовать данное упражнение:

1. Займите комфортное положение (только не лежа, так как в первое время вы можете просто заснуть).

2. Закройте глаза. Расслабляйте мышцы, начиная с мышц лица и опускаясь вниз (плечи, грудь, руки, живот, ноги), добиваясь чувств тепла и тяжести.

3. Затем сконцентрируйтесь на вашей голове и позвольте вашему мозгу расслабиться. «Я позволяю напряжению вытекать из моей головы. Я позволяю теплым ощущениям расслабить мышцы моего черепа и лица». Повторите эти шаги последовательно через различные части тела: плечи, грудь, руки, живот, ноги. Через некоторое время вы должны почувствовать, что вы достаточно расслаблены.

4. А теперь дыхание. Вдыхаем через нос, а на выдохе беззвучно произнесите слово «покой». Повторяйте это с каждым выдохом.

5. Все упражнение продолжается 10–15 минут. Не прерывая состояния расслабленности, осторожно откройте глаза, чтобы привыкнуть к свету, посидев спокойно, спросите себя, насколько у вас получилось это упражнение. Возможно, всплывет какая-то тревожная мысль или

проблема. Поработайте еще. Овладев данным упражнением, вы можете применить это упражнение в любой обстановке, но постараться до наступления психотравмирующих ситуаций.

Эта рекомендация составлена по материалам Русиной Натальи Алексеевны, заведующей кафедрой педагогики и психологии Ярославской государственной медицинской академии.

3.8. Профилактика пролежней

При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния регулярно осматривайте кожу в области крестца, пяток, лодыжек, локтей, затылка, ушей, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.

Не подвергайте уязвимые участки трению. Обмывайте их не менее одного раза в день, если необходимо соблюдать обычные правила личной гигиены, а при недержании мочи, кала, по мере необходимости. Пользуйтесь мягким и жидким мылом. Убедитесь, что моющее средство смыто, высушите этот участок кожи салфеткой или мягким полотенцем. Нанесите увлажняющий или защитный крем. Легкий массаж тела с применением увлажняющего крема рекомендуется делать не менее двух раз в день. Не делайте массаж в области костных выступов, изменяйте положение пациента каждые два часа, по возможности даже ночью, но не будите его. Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т.п.). Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати. Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу. Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Старайтесь, чтобы положение изголовья кровати не превышало 30 градусов. Не допускайте, чтобы в положении на боку пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра (костном выступе). Не допускайте непрерывного (более часа) сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте пациенту самостоятельно изменять положение тела через каждый час, подтягиваясь осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 минут: наклоняться вперед,

в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла. Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

- регулярно изменяйте положение тела;
- используйте приспособления, уменьшающие давление тела (валики, подушки и т.д.);
- с осторожностью приподнимайте и перемещайте пациента;
- осматривайте кожу не реже 1 раза в день;
- осуществляйте правильное питание и адекватный прием жидкости.

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе при недержании мочи. Для предотвращения возникновения пролежней рекомендуется пища с достаточным количеством белка и не менее полутора литров жидкости в сутки. Максимально расширяйте активность своего подопечного. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться.

При недержании мочи или кала используйте одноразовые пеленки и подгузники, а при их отсутствии хлопчатобумажные прокладки, стараясь менять их как можно чаще. Не допускайте непрерывного ношения подгузников, так как из-за недостатка воздуха и повышенной влажности они могут вызвать раздражение кожи. По этой же причине не рекомендуется применение клеенок и воздухо непроницаемых пеленок.

Как показывает практика ухода за пациентами, применение дорогостоящих препаратов для предупреждения и лечения пролежней не всегда оправдано. В последнее время в аптечной сети появилось достаточное количество отечественных средств для защиты кожи. Если же вам все-таки не удалось избежать появления пролежней, не пытайтесь самостоятельно справиться с ними с помощью марганцовки, зеленки и т.д. Это неправильно!

Помните, что предупредить пролежни легче, чем лечить их!

3.9. Дети в семье, где есть тяжелобольной

В трудных ситуациях дети, как и взрослые, нуждаются в понимании того, что происходит дома. Помните, что ребенок —

равноправный член семьи и он хочет, чтобы с ним обсуждали происходящее.

Дети готовы понять, но, может быть, по-своему. Необходимы простые и доступные объяснения происходящего. Их фантазии могут оказаться гораздо мучительнее для них, чем правда.

Нужно учитывать возраст ребенка, его развитие. Помните о трудных периодах взросления, которые могут усложнить отношение с ним (3, 7, 11–13, 15–16 лет).

Очень часто за словами «пусть он не знает...» скрываются наши собственные страхи; мы боимся открытого разговора с ребенком, а думаем, что защищаем его.

Если ребенок вдруг стал беспокоиться по поводу своего здоровья, хочет обследоваться в медицинском учреждении, обсудите это с ним.

Учителя в школе часто не знают о постигшем вашу семью горе. Детям стыдно об этом говорить. Найдите время и людей, чтобы сходить в школу, детский сад для того, чтобы учителя и воспитатели правильно реагировали на изменения в поведении ребенка.

Берите ребенка с собой в больницу, когда кто-то из родителей или близких находится там. Пусть он оставляет там свои рисунки, фотографии, игрушки.

А если близкий больной человек дома, сделайте так, чтобы ребенок и болеющий участвовали в жизни друг друга: помогали в приготовлении уроков, обсуждали все школьные или детсадовские дела и события, организовывали его досуг и т.д.

Если ребенок хочет ухаживать за родным больным человеком, поощрите это его желание: он может приносить и уносить что-то, более старшие помогут умыться, покормить и т.д. Но не загружайте ребенка сверх меры, следите за его состоянием.

Выясните и устраните причину отказа ребенка участвовать в уходе за больным или в визите в больницу: организуйте общение через письма, магнитофонные записи. Из них можно узнать, что особенно тревожит ребенка.

Если вам не удастся контакт с ребенком, то, наверное, всегда можно найти кого-нибудь из взрослых (посредника), которому ребенок симпатизирует и доверяет.

В период траура ребенок должен быть вместе со всеми. Расскажи-

те ему доходчиво и просто о культовых традициях, сопровождающих смерть.

Спросите, хочет ли ребенок пойти на похороны. Пусть этот выбор он сделает сам. Важно, чтобы в эти дни с ним находился кто-то из взрослых, близких ему, которые могут поддержать его, обмениваться с ним переживаниями.

3.10. Рекомендации близким пациента по посещению его в стационаре

Очень хорошо, если пациента навестят все члены семьи, но только не все сразу. Предпочтительно, если эти посещения будут происходить регулярно и в определенные часы. Пациент будет иметь возможность подготовиться к ним, и от этого они станут приятнее и менее утомительными для него.

При посещении пациента помните, что частые и продолжительные по времени визиты могут быть утомительны; старайтесь не разговаривать слишком долго. Если во время общения с пациентом он испытывает сильную слабость или чувствует себя очень плохо, лучше вообще не разговаривать. Помните, что простое присутствие может сыграть положительную роль. Прикосновение рук, поглаживание — эти действия уже сами по себе являются поддержкой для пациента.

Иногда нам приходится перемещать больных из одной палаты в другую, поэтому, придя в хоспис, узнайте у медперсонала, в какой палате находится пациент, каково его самочувствие сегодня. Попросите медперсонал предупредить пациента о вашем визите, чтобы он имел время подготовиться к нему.

Так как люди не любят приходить к больному с пустыми руками, необходимо продумать, что лучше принести пациенту:

- журналы легче держать в руках, и на них легче сконцентрировать внимание, чем на книгах. Кроме того, их легче передавать другим пациентам;
- небольшой фотоальбом с семейными фотографиями — особенно с изображением счастливых семейных событий — может

- стать темой для разговора и поднять настроение пациенту. Вашему близкому будет приятно, если вы оставите одну из понравившихся ему фотографий в рамке на тумбочке;
- кассеты и небольшой магнитофон с наушниками способны доставит пациенту приятные минуты;
 - любимые цветы всегда порадуют вашего близкого. Можно принести комнатный цветок;
 - гигиеническая помада для сухих губ и леденцы могут помочь пациенту справиться с сухостью во рту, которая часто появляется у наших пациентов;
 - не приносите пациенту слишком много еды, спрашивайте о предпочтениях у пациента. Помните, что в хосписе есть комната разогрева пищи, поэтому у вас есть возможность приготовить и разогреть любимое блюдо пациента;
 - во время визита к пациенту старайтесь сменить ему привычную среду обитания. Для общения можно выбрать холл стационара, библиотеку. Будет полезно предложить пациенту прогулку по территории хосписа.

3.11. Брошюра «На пороге смерти»

(Айрин Салмон, Кэтрин Гриффитс, Джон Бридсон)

Рано или поздно человек задумывается о смерти — близких людей или своей собственной. Но когда смерть уже стоит у порога, мы не всегда готовы встретить ее «во всеоружии».

Тревога, вызываемая близостью смерти, зачастую проистекает от недостатка знаний, поэтому рекомендуем вам прочитать эту брошюру. Здесь описаны некоторые типичные особенности процесса умирания. Возможно, вы получите ответы на некоторые вопросы и, надеемся, захотите обратиться за дополнительной информацией и помощью. Близким людям легче поддержать друг друга в это тяжелое, ответственное время, если знаешь, чего ждать.

Какие перемены происходят с человеком перед смертью?

Процесс ухода человека из жизни — уникален, но все же есть ряд общих признаков, указывающих на то, что человек умирает. Любой из этих признаков по отдельности не обязательно означает приближение

смерти, поэтому нужно помнить, что в нашем случае речь идет именно об умирающих людях.

Есть три категории изменений в состоянии человека, которые свидетельствуют, что его жизнь приближается к концу:

- сокращение потребности в воде и пище;
- изменения в характере дыхания;
- уход в себя.

1. Сокращение потребности и в воде и пище

Все мы знаем, что больной, прекративший есть и пить, вряд ли поправится. Близким людям от этого знания, конечно, ничуть не легче. По мере того как человек слабеет, пить и есть самостоятельно ему становится просто не под силу. В этот период он, пожалуй, будет благодарен, если его покормят. Однако потом наступает время, когда желание, да и потребность есть и пить пропадает. Отказ больного от пищи и воды может вызвать отчаяние у его близких, поскольку кормление они тесно связывают с уходом за ним. Тем не менее есть и другие важные способы продолжить уход: побыть рядом, предаться общим воспоминаниям, поделиться новостями из жизни родных и друзей. Не отчаивайтесь, если больной слабо реагирует: это, скорее всего, из-за усталости, а не потому, что ему безразлично. Просто побыть вместе – в этом и вы, и больной можете найти огромное утешение. Важнее всего то, что подобное общение дает умирающему почувствовать, что жизнь прожита не зря, что о нем будут помнить.

2. Характерные перемены в дыхании

Люди, страдающие одышкой, часто боятся умереть от недостатка кислорода. Однако ближе к смерти, чем менее активно протекают процессы в организме: потребность в кислороде сокращается до минимума. Возможно, это послужит утешением для больных с нарушениями дыхания, так как люди, которым приходилось ухаживать за умирающими, замечали: когда человек умирает, его дыхание становится более спокойным. Причиной затрудненного дыхания может быть и страх, поэтому, когда кто-то из близких находится рядом с умирающим, это не только служит ему утешением, но и выравнивает дыхание, перебиваемое ощущением тревоги. Иногда в последние часы жизни дыхание становится шумным, kloкочущим, происходит это от того,

что в груди больного скапливается мокрота, которую тот не в состоянии откашлять. Тогда больного лучше перевернуть, если это вообще возможно. Шумное дыхание, однако, как бы оно ни угнетало сидящего с больным, вряд ли беспокоит самого умирающего. Если большой дышит через рот, губы и ротовая полость пересыхают. Этому можно помочь, смочив больному рот губкой и нанеся на губы увлажняющий крем.

3. Уход в себя

«Отключение от жизни» — это деликатный процесс, протекающий постепенно. Чем ближе к концу, тем больше времени человек проводит во сне, а когда не спит, то чувствует сонливость. Это внешнее отсутствие интереса к окружающему миру является частью естественно-го процесса умирания, который может даже сопровождаться чувством умиротворения. (Разумеется, по отношению к родным в этом нет ничего оскорбительного.) Наконец, человек может впасть в беспамятство и находиться в этом состоянии сколь угодно долго — порой целыми днями. За минуты или часы до смерти характер дыхания может опять измениться. Иногда оно становится прерывистым, при этом паузы между вдохами и выдохами оказываются достаточно длинными. Иногда легочное дыхание заменяется брюшным, тогда больной как бы дышит не легкими, а животом. Помните: если дыхание затруднено, то он наверняка страдает от этого меньше, чем тот, кто за этим наблюдает. Незадолго до смерти кожа больного бледнеет, покрывается испариной и слегка холодеет. Большинство умирающих уходит тихо и спокойно, не просыпаясь. Тяжело пережить смерть близкого человека, ведь вы теряете того, кого любили. Порой не знаешь, что сказать друг другу в такие минуты. Врачи и медсестры помогут вам преодолеть ваше горе, окажут внимание и поддержку.

3.12. Несколько слов митрополита Суражского Антония для добровольцев и сотрудников ПМХ

(текст в редакции Е. Майданович с аудиозаписи, 8 июня 2000 г.)

Мне думается, что болезнь и страдание нам даются от Бога для того, чтобы мы могли освободиться от такой привязанности к жизни,

которая нам не дает возможности глядеть в будущее с открытостью, с надеждой. Если бы все было совершенно, то у нас не хватило бы дум отойти от этого совершенства. Но ведь то совершенство, которое у нас есть на земле, так далеко от той полноты, которую мы можем получить в Боге!

И мне кажется, что людям, которые болеют долго, надо помочь в двух вещах. Во-первых, в том, о чем я только что сказал, — помочь осознать: меня Бог сейчас освобождает из плена, дает мне возможность не привязываться к жизни, которая так мучительна, болезненна, дает мне возможность глядеть в другую сторону, — в сторону, где больше не будет ни боли, ни страдания, ни страха, где распахнется дверь и я окажусь перед лицом Самого Спасителя Христа, Который Сам через все это прошел. Ведь Христос Своей доброй волей вошел в жизнь, где царствует смерть, и страдание, и потеря Бога, и путем нашей смерти, как бы взяв на Себя всю нашу человеческую природу и смертность, вернулся в область Божественной вечности. Это единственный путь, который нас высвобождает от всего того, что нас делает пленниками.

А второе (и это мне кажется очень важно): когда мы тяжело бодем или идем к смерти, окружающие о нас заботятся, и часто болеющий человек болеет душой о том, что стал *обузой* для других. Вот в этом болеющего надо разубедить. Он не стал обузой. Он дал каким-то людям счастье, возможностью проявить свою любовь, свою человечность, быть им спутником через счастье, последний период жизни — в вечность. Болящих надо убедить, что, пока они были здоровы, крепки, они заботились о других, помогали им, не обязательно в болезни, теперь они могут от этих людей получить ту любовь, которую сами посеяли в их душах, дать возможность показать свою любовь и свою благодарность. Когда мы отказываемся во время болезни от помощи других, мы их лишаем величайшего счастья — нас *доллюбить* до конца. Это необязательно наши родные; это всякий человек, который отзывается на нас.

Я думаю, что если тот, кто заботится об умирающем, мог бы воспринимать происходящее с ним, просто сидеть рядом с ним и не вносить ничего самому, а только быть самому прозрачным, безмолвным, как можно более глубоким, то, вероятно, он увидел бы, как этот человек сначала слеп к вечности, как бы закрыт от вечности своей плотью, своей телесностью, своей человечностью. Постепенно все это

делается более прозрачно, и умирающий начинает видеть другой мир. Сначала, думаю, темный мир, а затем вдруг свет вечности. Я это однажды пережил: меня просили сидеть с одной старушкой, пока она умирает. Было так явственно, что сначала она отчалила от временной, телесной, общественной жизни (она очень была погружена в земную жизнь; ей было 98 лет, и она из глубин своей постели занималась своими коммерческими предприятиями). А потом постепенно это отошло, и вдруг она увидела темный мир, бесовский мир... И в этот мир вошел свет Божий — и весь этот бесовский мир разлетелся, и она вошла в вечность. Я этого не могу забыть; я тогда был молод, был студентом медицинского факультета первого или второго курса, и это у меня осталось.

Поэтому те молодые люди, которые ухаживают за больными, кроме того, что они дают больному возможность с благодарностью и открытостью принимать любовь, которая им дается, — это очень важно — могут с ними сидеть в тот момент, когда больной уже не может никаким образом им сказать о том, что он сейчас видит или чувствует, но знать, что сейчас совершается переход, и быть с ним все это время, время перехода.

3.13. Фредерика де Граф. Человек умер. Как жить дальше? Как пережить утрату?

Человек умер. Как жить дальше? Как пережить утрату?

Часто люди считают, что тело — это просто оболочка. Это не только оболочка. Тело — это помощник, который дает нам возможность жить друг для друга и для Бога. Через тело мы принимаем Тело и Кровь Христову, через тело мы выражаем свою любовь, не только физическим образом, но через выражение глаз, через наши жесты, через голос, через прикосновения. Тело — оно наравне с душой. Когда человек умер, надо с очень большим уважением относиться к его телу. К сожалению, здесь, в России, в морге с телами обращаются не очень почтительно! Часто люди начинают из суеверия бояться своих близких, как только они умерли.

Но тело умершего — это не какой-то другой человек, это же и есть наша Аня, наша Ирина, наш Володя, который только что умер. И нужно очень бережно относиться к нему, это не труп, это тело нашего любимого человека, которого мы знали и уважали всю жизнь.

Я думаю, важно не подавлять боль разлуки, не избегать ее. Часто тем, кто переживает горе смерти и потери близкого, сразу же дают успокоительные капли. Но это первый момент, когда он очень остро и глубоко может принять и пережить боль, и это ему необходимо. Наоборот, если подавить, притупить эту первичную боль, тогда потом уже не будет такого глубокого переживания. После этого начинаются хлопоты, связанные с похоронами и поминками. Поэтому так важно не лишиться родственников этой остроты горя сразу же после смерти близкого, когда можно переживать эту боль особенно сильно. Нужно дать выход эмоциям, возможность поплакать и даже покричать, и предоставить им выбор посидеть как можно дольше с тем человеком, который только что умер. Ведь это единственный момент, когда еще есть время быть рядом с ним и начать процесс переживания горя.

Только в том случае, если есть историческая патология, как например, сердечная или психическая неустойчивость, тогда имеет смысл принять успокаивающее. Но в принципе я за то, чтобы как можно острее пережить боль, потому что это тоже часть жизни. Только то, что пережито, можно потом сбросить. Только пережив все горе, можно выйти из него. Наоборот, если все переживания подавлены, то горе, скорее всего, найдет себе выход в теле, т.е. человек потом будет болеть (психосоматика).

Переживание горя — это часть жизни, и мы ответственны за то, как мы относимся к горю. Опять-таки мы можем стать «жертвой судьбы» или выбрать путь свободы и расти, пережив горе, выйти из него личностью, обогащенной этим опытом.

Осмысление страдания, осмысление смерти очень важны. Если нет осмысления, если нет смысла в страдании, тогда трудно будет миновать депрессию у пациента, родственников, близких. Можно говорить о том, что есть определенная задача, когда человек лишается близкого. Владыка Антоний Сурожский советует всматриваться в жизнь человека, который умер, и изучать, что в его жизни было достойно, светло, велико, увидеть величие человека, и, чтобы мир не оскудел после его смерти, воплотить именно эти качества в своей собственной жиз-

ни. Цель в том, чтобы мир не стал более бедным от того, что человек умер. Задача тех, кто потерял близкого человека и кажется, что самый смысл жизни, может заключаться в том, чтобы продолжать в этом же русле. Кроме того, это имеет очень хороший «побочный эффект», потому что, если мы будем жить тем светлым, как этот человек жил, мы будем едины с ним или с ней. И так реально продолжается наша связь с ушедшим.

И другая задача может состоять в молитве. По словам владыки Антония Сурожского, молитва — это единственный путь к соединению с усопшим, ведь усопший живет сейчас в Боге, и чем глубже мы будем жить молитвой и общением с Богом, тем глубже мы будем с человеком, который умер, т.е. перешел в Вечность. Но только молитвы недостаточно. Еще один способ (задача), чтобы быть единым со своим близким умершим, может состоять в том, что молитва должна воплотиться в самую жизнь. А именно: надо поступать таким же образом, как поступил бы ушедший в самых светлых проявлениях его жизни. И таким образом умножается любовь и свет в мире, что она глубже может соединять нас с ним во Христе. Если мы так будем приносить плоды во имя ушедшего, тогда можно сказать Христу: «Не приписывай это мне, эти плоды принадлежат усопшему».

Именно об этих задачах можно говорить с родственниками или близкими, которые горюют, чтобы они не безутешно замыкались на своем горе, на своих эмоциях и на своей разлуке. Конечно, горевать надо, конечно, плакать надо, но задача — не отчаиваться окончательно. А сделать все, чтобы связь с усопшим углублялась.

И еще: если умерший и его родственники неверующие, тогда, может быть, стоит говорить с его родственниками о том, что всякая любовь — от Бога. Потому что Бог — есть Любовь. И можно говорить о том, что да, он умер, он уснул, но ваша любовь такая крепкая, такая глубокая, что она не может умереть. Любовь ваша вечна, и вы будете снова встречаться. Даже если вам сейчас это непонятно и вы этому не верите. Возможно поделиться своим собственным опытом в том, что касается жизни близких людей, уже ушедших в Вечную жизнь.

И владыка Антоний Сурожский говорит: «Не смей говорить, что мы ЛЮБИЛИ друг друга. Мы ЛЮБИМ друг друга. Потому что у Бога все живы. Господь — это не Бог умерших, а Бог живых». И так можно

обращаться к ушедшим, так же как мы обращаемся к святым, и просто говорить с ними — ведь они живы, они все слышат и все видят.

Но часто, из-за того, что мы замыкаемся на своем горе или на своей жизни, мы становимся плотяными, а пустая плоть, как известно, не пропускает свет, и мы не ощущаем их близость. А может быть, нам не полезно это ощущать, потому что Господь ожидает от нас подвига, чтобы углубляться в молитвы. Именно в молитве встречаться, внутри сердца, души, а не ждать чудес вне нас. Я думаю, что наша задача заключается в стремлении к тому, чтобы встреча с человеком, который уже ушел к Богу, состоялась в глубине нашей души.

Недавно, дня два тому назад, у нас в хосписе умирала одна бабушка. Я ее не знала, но увидела, что она умирает. Я с ней посидела немного, и потом мы позвонили ее дочке, чтобы она приехала, для того чтобы быть рядом с ней (умереть же одному страшно!). За это время приехал ее внук, подросток лет восемнадцати, и видно, что ему очень неловко, ему страшно было. Мы с ним говорили о том, что он может сейчас дать бабушке самое ценное, — т.е. держать ее за руку, и просто побыть рядом, поговорить с ней, ведь она была еще в сознании. А он не смог это сделать. Я говорила: «Ну, если вы сейчас этого не будете делать, тогда всю жизнь вы будете бояться смерти. Утешьте ее, побудьте с ней, и я буду рядом с вами, только не уходите». Он не смог. И его мама тоже не смогла. Медсестры мне говорили, что они оба сидели далеко, у поста дежурной, когда бабушка умирала, оставаясь одна, без своих родных. Они суетливо заботились о бумажках, которые надо было выписать. Это редкий случай, когда человек так боится, что из-за страха ничего не может дать своему близкому, даже когда тот стоит перед одинокой смертью.

В заключение я хочу сказать, я считаю, что мы должны взять на себя ответственность за наше отношение к жизни, к болезни и к смерти. Если мы не выработали собственное отношение к смерти, мы из-за страхов никогда не будем в состоянии жить всей глубиной жизни и никогда не сможем помогать другим.

Необходимо осмыслить факт того, что жизнь и смерть — одно целое. И когда найден их смысл, тогда можно мужественно смотреть в лицо всякому страданию, связанному с умиранием.

Но у человека есть свободный выбор: он может идти по пути жертвы, т.е. пассивности и ропота, и тем самым он попадет в экзистенци-

альный вакуум, либо выбрать путь личного роста, где он берет на себя ответственность за свое отношение к жизни и к смерти, и внутренне свободно подходит к своей кончине.

3.14. Фредерика де Грааф. Есть ли смысл в болезнях?

Болезнь может нам помочь увидеть глубину жизни.

— Каждому, на кого обрушилась тяжелая, а порой неизлечимая болезнь, это событие кажется чем-то несправедливым и недобрым. Является ли на самом деле болезнь безусловным злом или в ней есть какой-то смысл?

— В каком-то смысле, мне кажется, такие пациенты правы, потому что, если смотреть на жизнь, смерти и болезни не должны были бы быть. Но они есть. Когда произошло грехопадение, это было отпадение человека от общения с Богом. С этого момента болезнь и смерть вошли в жизнь человека. Человек отвернулся от Бога, и теперь он старается пойти своим путем, обойтись без Бога в своей жизни. И с тех пор смерть — есть факт жизни. Но нам не надо забывать, что смерть ждет каждого из нас, каждый человек знает точно, что он рано или поздно умрет, как владыка Антоний Сурожский говорит: «Это наша общая болезнь». Но Православная церковь верит, что это не конец, мы перейдем в вечность. Это не смерть, это рождение в вечности. Итак, подготовка к смерти — это на самом деле подготовка к Жизни.

Хотя болезнь трагична, но считать ее злом было бы неправильно. Зачастую она является следствием нашей разлуки с Богом, внутренней разлуки с собой и разлуки с окружающими людьми. Обычно мы слишком поверхностно живем. Наша жизнь, особенно жизнь в крупных городах, такая суетливая, почти всегда занята чем-то второстепенным. Мы не даем себе время, чтобы остановиться, задуматься, побыть наедине с собой и быть с Богом.

Болезнь можно рассматривать как дар Божий, данный нам для того, чтобы вернуться к общению с Богом и к своей глубине со своим настоящим «я». Когда человек серьезно заболевает, многое в его жизни уходит на второй план, происходит переоценка ценностей, больные часто сами об этом говорят. Человек выключается из работы и социу-

ма, но именно эта новая обстановка может позволить ему, если хватает мужества, углубиться внутрь, и, возможно, впервые найти тишину в себе, быть самим собой, и встретиться с Богом.

Болезнь — это не несправедливость, это не кара от Бога. Святые отцы говорят, что в жизни человека действуют три воли: воля Божия, воля человека и воля лукавого. И очень много в жизни человека зависит от него самого. Часто больной говорит: «Как же это так? Я всегда был здоровым, и вдруг заболел? Ну почему, я же был хорошим человеком!». Мне кажется, за этими словами стоит: «Бог наказывает меня, а я ни в чем не виноват». Что меня всегда поражает, это то, что человек мало, очень мало обращается к Богу, но стоит ему заболеть, как Бог сразу виновен в том, что он заболел.

В случае болезни часто можно наблюдать, что тело человека просто не выдержало его образа жизни. Например, человек очень много ест сладкого и заболевает диабетом. Это не кара Бога, это наше сластолюбие, и тело его просто не выдержало. То же самое можно сказать про стрессы. Человек, конечно, не виноват, что в жизни много стрессов, это факт жизни. Но как он относится к этому — зависит уже от него самого. Когда человек все время принимает все стрессы близко к себе, «впускает их в себя», в молчании, без молитвы, совсем не расслабляется, не находит способов облегчить то, что происходит с ним, тело в какой-то момент говорит: «Хватит, пожалей меня, не могу больше!» — и заболевает. И это не кара Божия, а просто закон природы. В этом состоит наша ответственность перед своим телом, ответственность за то, как мы живем и обращаемся с ним.

Конечно, для меня есть случаи, когда, например, болеют дети или очень тяжело страдают раковые больные, тогда из души вырывается вопль: «Господи, как же Ты допускаешь все это?». Но часто на этот вопрос нет прямого ответа. Владыка Антоний Сурожский сам до конца жизни задавался этим вопросом и нашел для себя как-то ответ, ссылаясь на Откровение Иоанна Богослова: «В конце времен мученики будут стоять перед Богом и говорить: «Господи, Ты был прав во всем». Наверное, единственное, что можно в этом случае сделать, — это сказать человеку: «Я сам не знаю, почему ты болеешь (или болеет твой близкий), но я верю, что в этом есть какой-то глубокий смысл». И что важнее — научиться пребывать с человеком и молча разделить его горе.

Если найден смысл в страдании, тогда можно намного легче все, что связано с ним, — терпеть. Мне вспоминается больной Петр, он был еще молодым, немногим более 40 лет, много месяцев он находился у нас в хосписе.

У него была опухоль позвоночника, и он совсем не мог ходить. В один день он мне объявил: «Фредерика, я хочу покончить с собой». Я ему ответила: «Но, Петр, это тебе не поможет», и не старалась переубедить его, я тихо ушла. Через день он мне объявил: «Фредерика, я уже не хочу покончить с собой». Я спросила: «А что случилось?» И он мне объяснил (он не был особо верующим человеком): «Бог мне показал, что у меня есть задача, что я должен быть проводником для моей жены, когда она, в свою очередь, будет переходить к Богу». Замечательно, что эта задача дала ему мужество все спокойно перетерпеть и умереть своей смертью.

Для человека крайне важно понять, что в болезни кроется какой-то смысл и его задача — найти этот смысл. Иначе человек попадает в состояние депрессии и становится жертвой судьбы. И поэтому, когда мы встречаемся с больными или когда сами боеем, важно найти смысл болезни, но каждый должен пройти этот путь сам. Мы не имеем права сказать другому: «Смысл твоей болезни вот такой». Это просто невысказано, и очень, мне кажется, дерзновенно.

— Как себя вести, как настраиваться, чтобы переносить болезнь без отчаяния?

— Отчаяние, гнев — это часто неприятие факта болезни. Это крик души, который выражает боль: «Я хочу жить, я не готов умереть!». Например, у нас лежали молодые люди с опухолью позвоночника, у них отнимались ноги, и естественно, единственное, о чем они могли думать, — о том, чтобы вновь ходить. То есть они хотели только одного — вернуться к прошлому, к своей привычной жизни, тем самым отказываясь жить в настоящем, принять свой диагноз и чему-то научиться от своей болезни.

При серьезной болезни почти всегда присутствуют гнев и отчаяние. Эти чувства — неизбежны, это один из этапов осмысления болезни, когда человек осознает, что вернуться к прошлому не дано. Это нормальная, здоровая реакция, и надо помогать человеку выражать свои эмоции. Я бы даже сказала даже, стоит помочь человеку их выплеснуть.

Каковы бы ни были эмоции, все их надо мужественно пережить, встретить их лицом к лицу, потому что «сбросить» с себя можно только то, что мы опытом знаем, и пережили до конца. И не надо ободрять человека, когда он находится в горе, — он имеет на это право. Если его чувства будут подавлены, тогда, естественно, его физическое, душевное и духовное состояние только ухудшится. В таких случаях даже бывает, что никакими средствами не получается снять физическую боль у человека.

— *Как молиться, когда тяжело?*

— Когда человек страдает, ему тяжело и телесно, и душевно, и духовно. Часто человеку бывает страшно, не хватает веры, и может возникнуть протест. Я думаю, что первое, что нужно, — это быть честным, т.е. правдивым перед собой и перед Богом. Не надо бояться показать Богу все, всего себя, особенно свои отрицательные, темные эмоции. Например, человек может сказать даже так: «Я Тебя ненавижу, я ненавижу, что болею, но помоги мне найти мир!». Некоторые благочестиво говорят: «Ну да будет воля Твоя». Но не стоит ли за этим поверхностное, то есть ложное смирение, словно покров, за которым человек прячется: лишь бы не смотреть на то, что происходит на самом деле в глубине души. Я считаю, что надо дать возможность переживать горе во всех своих аспектах: гневаться, бунтовать и отчаиваться, только таким образом больной может найти в себе мир, отпустить всю борьбу. И я уверена, что Бог с радостью принимает такую честность по отношению к Нему, потому что, как говорил владыка Антоний Сурожский, Господь может только работать с настоящим человеком, таким, каков он есть на самом деле — плохим или хорошим, — но без маски, без всякой фальши.

Правдивость — это первое. Суть молитвы — это открытость Богу для того, чтобы была возможность встречи с Ним. Когда больным тяжело, душевно и телесно, можно лежать не говоря ничего, просто стоять или сидеть перед лицом Христа, и раскрыть Ему свою душу, свое сердце. И «сказать» Ему все, что происходит, и постепенно сбросить с Его помощью обиду, гнев, чтобы освободить место для встречи с Ним. Потому что когда мы находимся в ненависти, в злобе, обычно встреча не может произойти. Это так явно, когда наблюдаешь со стороны. Я недавно наблюдала, когда ехала в трамвае, как два человека ссорятся, обличают друг друга. И так стало видно, что настоящая встреча во-

все не состоялась, и я подумала: «Как жаль!». Ведь земная жизнь такая короткая! Явно, когда человек в аффекте, например, в гневе, тогда он ничего не видит, и места в его душе нет ни для кого, и для Бога тоже. А если это так происходит, тогда стоит возопить к Богу: «Помоги мне это сбросить!». Ведь избавиться от своих отрицательных, часто сильных, эмоций без его помощи очень трудно. Но не просто бороться с целью, чтобы избавиться от них, а делать это ради встречи с Богом, чтобы Он был внутри. В этом для меня цель молитвы.

Владыка Антоний Сурожский советует, когда нет сил, когда тяжело и пусто на душе и тело тяжелеет, тогда можно обратиться к Богу, как ребенок обращается к матери: «Обнимай меня, будь со мной!». И в этом вся его молитва. Или можно сказать: «Господи, помилуй! Прости и помилуй, будь со мной!». Это каждый может сказать, даже если нет сил. Или «Богородице, Дево, радуйся», особенно когда ночью не спится. Бывает, что я об этом говорю больным. Или просто так: «Господи, помилуй». Если человек знает «Отче наш», можно так молиться, если хватает сил.

Важно, чтобы человек не просто бормотал молитву, «молитвословил», но чтобы он действительно стоял перед лицом Божиим, перед лицом Божией Матери, и, даже не видя их, верил, что они невидимые стоят здесь и слушают, и принимают. Это крайне важно. Повторять молитвы как попугай — это ничего не даст ему, и это не доходит ни до его собственного сердца, ни до Бога, это лишь глубокая небрежность по отношению к Богу.

Можно от всей души воскликнуть: «Господи, помилуй!» — и молчать. Например, десять минут молчать перед Его лицом, и еще раз сказать: «Господи, помилуй!», но от всей души, от всего сердца. Есть такой пример, который приводил владыка Антоний Сурожский. На юге Франции был священник, который часто ходил в свой храм, и все время видел одного старика, который сидел в храме. Старик сидел так каждый день и не шевелил губами, не читал молитв, и четок не было у него в руках. Священник спросил его: «Почему ты здесь сидишь так каждый день?». И этот старик взглянул на него сияющими глазами и ответил: «О, я смотрю на Него, и Он на меня, и нам так хорошо!». Я думаю, что вот это — суть молитвы. Когда, например, человек не в силах читать утренние и вечерние молитвы (мало кто их знает, и, когда человек болеет, вряд ли он будет исполнять эти правила), суть молитвы

в том, чтобы человек опытом узнал, что Господь есть, узнал это своим сердцем. Этот опыт и осознание того, что Вечность реальна (другими словами, что Христос жив), может снять страх смерти, и человек будет в состоянии смотреть на то, что происходит с ним, в свете Вечной жизни.

— *Можете привести примеры людей, которых болезнь сделала лучше?*

— Наблюдая за пациентами нашего хосписа, я могу сказать, что часто они меняются, меняются, но не всегда это ярко выражено. Я удивляюсь иногда величию духа людей, которые стоят перед лицом смерти. Они дают мне понять, что смерть — это таинство. Помню подростка 16 лет, его звали Иван, с раком крови. Два раза он лежал у нас, в первый раз я к нему зашла и спросила: «Ваня, а как ты смотришь на свою болезнь?» И он сказал: «Очень просто: я скоро умру». Я говорю: «Ты не боишься?». — «Нет, не боюсь». — «А почему ты не боишься? Как ты относишься к болезни?». — «Ну, это дает мне возможность жить глубже, потому что мало времени». Это обычный подросток шестнадцати лет!.. А через минуту он говорит: «Но я не умру». — «Почему ты не умрешь?». — «Я же не могу оставить свою маму». И это было так удивительно, что он полностью принимал то, что происходило, он видел, что болезнь давала ему глубину жизни, мужественно принимал все как есть, а вместе с этим, как у многих подростков, на первом месте у него присутствовала забота о своей маме. И когда он второй раз поступил в хоспис, он умирал спокойно, потому что он сумел принять реальность, какой она была. И в этом, мне кажется, заключалось величие его духа...

Была женщина, Анна, которая умирала дома, недалеко от хосписа, и родственники попросили меня приехать к ней, чтобы посмотреть ее. Она сама была врачом. Она с трудом глотала. Я приезжаю, мне открывают дверь, и я вижу, что вся семья ходит на цыпочках, включая большую собаку, которая встретила меня. В кровати лежала очень красивая женщина лет 50, которая говорила только шепотом. Я спросила ее: «Почему вы говорите шепотом?». Она ответила: «Я хочу умереть».

Так как у меня есть способ ставить диагноз по пульсу, я ее посмотрела и поняла, что у нее впереди еще достаточно времени, чтобы жить. Я сказала ей: «Анна, вы пока не умрете». Она не очень радостно приняла это, но мы тем не менее очень душевно поговорили друг с другом. Я приходила к ней во второй раз, и мы снова говорили о

том, что пока не время ей умирать, а наоборот – жить. И я сказала родственникам, что не надо ходить на цыпочках, надо относиться к ней как к живому человеку, какой она была до болезни. Я не знаю, получилось ли это или нет, но месяца через два эта же Анна поступила к нам в хоспис на три недели, чтобы родственникам дать отдых от ухода за тяжелобольной.

И так мы снова встретились. В целом с ней не было легко: она манипулировала всеми. Она продолжала говорить шепотом, привлекая этим к себе жалость и внимание. Ей было трудно угодить: все ей было не так, что бы ей ни приносили и что бы для нее ни сделали. Родственники приходили в отчаяние, потому что ничего из того, что они делали, не могло ее обрадовать. Встреча для них с ней не состоялась.

В один день я пришла к ней, и, так как у нас уже сложились доверительные отношения, стала говорить довольно открыто. Я сказала ей: «Знаете, Анна, вы очень красивая, вы как белая лебедь. Но у лебедя есть выбор: можно лететь или можно сложить крылья и ничего не делать». Она смотрела на меня и поняла, о чем идет речь. И почти незаметно она начала работать над собой. Ее выписали домой, а через некоторое время она снова поступила к нам. Я посмотрела на нее и увидела, что она явно стоит близко к смерти. «Помните, о чем мы говорили при первой встрече?» – задала я ей вопрос. Она ответила: «Да». «Вы знаете, то, к чему вы так стремились при первой встрече, то есть ваше желание умереть, скоро исполнится?». В ответ она тонко улыбнулась, закрыла глаза и через часа два умерла. Она умирала очень достойно, на высоте. Она вышла из состояния жертвы, она приняла состояние ответственности за свою жизнь и внутренне выросла до такой степени, что ее отношения с родственниками изменились. (Она начала улыбаться, голос стал более звонким, и появилась какая-то благодарность по отношению к родным.) Даже наши медсестры, которые были не в курсе происходящего, говорили: «Такого мы еще не видели, как она умирала». Это было очень достойно и очень красиво.

А есть другой пример. Тоже врач, педиатр. Она лежала у нас месяца два, и она плакала о том, что заболела. Мы все старались ее вывести из этого состояния, как умели, и психологи, и врачи, и медсестры, но она ничего не принимала. Это было ее решение, это была позиция жертвы. Она плакала до самого конца. И это было так трагично, но осуждать нельзя, это был ее выбор. Но с этим «примером», к сожа-

лению, должна была жить ее сестра до конца своей жизни. И вполне возможно, что от такого поведения у самой сестры только увеличился страх умирания.

У человека есть свобода выбора, как болеть и даже как умереть. Мы ответственны за отношение к своей болезни, к своим родственникам, за тот пример, который мы показываем им. И надо помнить, что родственники остаются с этим примером на всю жизнь. Если есть благодарство, т.е. благодарность за то, что родственники делают для пациента, ухаживают за ним, пациент может дать им понять, как их любовь важна для него. Ведь часто больные чувствуют себя обузой, но у них есть, по словам владыки Антония Сурожского, Божественный дар: они могут своей болезнью дать родственникам возможность научиться жертвенной любви. А со стороны пациента важно научиться именно с благодарностью принимать эту любовь, отбросив всякие мысли о том, что он им в тягость.

Есть еще пример. У нас недавно лежала молодая женщина, Ирина, ей было 30 с лишним лет, у нее осталось двое детей. Она мне сказала: «Я ничего из себя не представляю, я ноль». Я спросила ее: «А почему?» — «Потому что я уже не могу помочь своим детям, кроме того, очень много денег уходит на мое лечение, я уже не мама, мои функции выполняет няня». И мы говорили с ней о том, что она не ноль, что в ней образ Божий, что нельзя так говорить, что на самом деле у нее есть задача. Это крайне важно — осмыслить, что есть задача, даже когда человек прикован к постели, и он не может делать, а может быть. И кем он будет, тяжелым или благодарным, радостным — это его выбор.

Часто тяжелобольной чувствует себя обузой, особенно переживают это мужчины. Они чувствуют себя обузой, потому что не умеют оставаться бездеятельными: не могут обеспечивать семью, строить дачу, и так далее. Но стоит говорить с ними о том, что выход есть. Кроме благодарности и выражения радости за их любовь он может молиться за всех. Ведь мало кто молится за своих близких, потому что на это обычно нет ни времени, ни привычки. Но когда человек болеет, он может впустить своих близких в свое сердце и говорить: «Господи, смотри на них, смотри на детей, смотри на жену, смотри на всех моих друзей, и на души всех моих усопших родных». Можно научиться молиться, глубоко молиться, пока есть силы. Владыка Антоний Сурожский говорил, что человек не должен считать себя обузой, потому что то,

чего не хватает нашему обществу, — это жертвенная любовь, чему родственники могут научиться благодаря больному. И молитва — это один из способов, в которых она может проявляться. Со стороны больного сама болезнь дает пациенту возможность научиться такой любви, что в этот период жизни несравнимо важнее всякой деятельности в его прежней жизни. В итоге больной от этого становится сам богаче душой. Ведь любовь, и тем более жертвенная любовь, — это единственное, что имеет ценность в вечности.

ГЛАВА 4. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ

4.1. М. Граусман. Положение с паллиативной помощью в регионах России

Хосписному движению в России 20 лет. По неофициальным данным, хосписов, отделений паллиативной и сестринской помощи открыто более 200. Но существует множество проблем на пути распространения паллиативной медицины в нашей стране, и развитие хосписной помощи происходит далеко не во всех регионах России: во многих городах бесплатных учреждений для неизлечимых больных нет вовсе.

В основной массе паллиативную помощь в регионах РФ оказывают специализированные отделения в рамках городских многопрофильных больниц, реже — отдельные медицинские учреждения — хосписы. Из-за проблем с перевозкой пациентов и нехватки финансирования выездные бригады и дневной стационар — крайне редкое явление.

Также в нашей стране практически отсутствует практика «респи-сов» — временной госпитализации пациента для того, чтобы предоставить отдых семье (по социальным и психологическим показаниям). В большинстве случаев в стационар пациент поступает в самой крайней ситуации, когда родственники уже перестают справляться. Нередки случаи отказа от госпитализации из-за страха перед словом «хоспис» и восприятия его как дома престарелых. Это результат отсутствия как культуры ухода за умирающими в нашей стране, так и информации о работе местных паллиативных отделений у районных онкологов. А.В. Гнездилов писал: «Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирает в стационаре, это — «некачественная цифра», поскольку свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно

здесь, в хосписе, свое последнее прибежище». Во многом в связи с этим иногда родственникам, даже в случае крайне тяжелой ситуации, стыдно согласиться на госпитализацию родного человека в хоспис. В то время как в мировой практике паллиативная помощь начинает предоставляться пациенту с того самого момента, как ему ставят диагноз: будь то рак или неизлечимое хроническое заболевание. Это позволяет оказывать поддержку большему числу пациентов, а также подготовить больного и его близких к пребыванию в хосписе (ответить на все имеющиеся вопросы и снять страх перед учреждениями этого типа). Тем самым оказывается более комплексная помощь, а не только в крайне тяжелом состоянии, когда на улучшение качества жизни пациента практически не остается времени.

Как правило, хосписы рассчитаны на 20–25 коек, а отделения в рамках городских больниц нередко имеют по 50–60 коек при минимуме медицинского персонала.

Существуют единичные частные хосписы, которые функционируют на средства благотворителей и способны обслуживать небольшое число пациентов.

Основные проблемы в области помощи неизлечимым больным в России:

1. Катастрофическая нехватка хосписов (как специализированных учреждений для онкологических больных, так и отделений по уходу общего профиля).

2. Отсутствие хосписов для неонкологических больных

За рубежом в хоспис можно попасть с любым диагнозом, главный критерий – необходимость симптоматического лечения. В США среди пациентов хосписов только 46% онкологические больные¹. Основные диагнозы, с которыми попадают в хосписы в Европе и США: СПИД, рак, тяжелая почечная или сердечная недостаточность, конечная стадия легочных заболеваний, прогрессирующие неврологические заболевания, деменция, болезнь Паркинсона, глубокая кома, тяжелые инсульты, врожденные и другие жизнеограничивающие заболевания.

¹Facts and figures. Help the Hospices. <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/>. Retrieved 2009-02-19

3. Отсутствие служб помощи на дому

Отсутствие или сложности в организации и функционировании выездных служб в основном обусловлены недостатком финансирования, ставок и специалистов. Во всем мире основная поддержка пациента осуществляется на дому выездной службой хосписа, ведь большинство больных хотят находиться дома, а не в стационаре и при этом получать необходимую им медицинскую и другую помощь. При этом поддержка, оказываемая пациенту выездной службой хосписа, экономичнее, чем бригадой скорой помощи. Отсутствие выездной службы сокращает количество пациентов, понижается оборот койко-места, перспективных больных невозможно выписать, все это делает хоспис без службы помощи на дому менее выгодным и эффективным. Но просчитать и оценить эту выгоду могут далеко не все администрации регионов России. Кроме того, наличие выездной службы облегчает отбор наиболее тяжелых пациентов на госпитализацию в хоспис.

4. Отсутствие хосписов для детей

По имеющейся у нас информации, в России существует 1 детский хоспис (г. Санкт-Петербург), 1 детское отделение для всех нозологий во взрослом хосписе (г. Волгоград), 2 отделения паллиативной помощи детям (г. Москва, г. Ижевск), а также выездная служба помощи на дому Марфо-Мариинской обители (г. Москва). Для сравнения: в Великобритании при населении 50,1 млн человек – 41 хоспис на 311 детских коек в общей сложности¹. Таким образом, в России не хватает более 100 детских паллиативных центров. Однако, по нашим данным, в одной только Москве в паллиативной помощи нуждаются 3000 детей (включая иногородних, направленных в Москву на лечение, которое оказалось безуспешным).

5. Недостаток финансирования

Финансирование региональных хосписов производится из местных бюджетов (поэтому в «бедных» регионах хосписы едва сводят концы с концами) и чаще всего осуществляется по остаточному принципу.

¹ Facts and figures. Help the Hospices. <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/>. Retrieved 2009-02-19

Бюджет большинства паллиативных учреждений покрывает не более 65% нужд.

6. Нехватка медикаментов и сложности с обезболиванием пациентов

В некоторых регионах ощущается нехватка препаратов и средств по уходу (ввиду проблем со снабжением или высокой цены, недоступной для бюджета учреждения). Из-за жесткого контроля за оборотом наркотических лекарственных средств, (которые необходимы для адекватного обезболивания пациентов), выездные службы, оказывающие помощь тяжелым больным на дому, не могут снять боль; пациенты испытывают сложности с получением обезболивающих препаратов в районных поликлиниках; а хосписы вынуждены применять более доступные, но менее эффективные или менее удобные средства и формы препаратов. Это приводит к неполному обезболиванию, «загруженности» пациентов и выключению сознания. Особенно остро эта проблема стоит в регионах страны, где наряду с описанными сложностями может быть дефицит необходимых обезболивающих. Нормы обезболивания наркотическими препаратами регулируются приказом МЗ РФ № 330 от 12.11.1997 г.

7. Катастрофическая нехватка персонала

Нехватка персонала и высокий средний возраст сотрудников (60 лет) обусловлены как устаревшей нормативной базой, отсутствием ставок (региональные хосписы функционируют согласно Положению 1991 г. (Приложение 1 к приказу Минздрава РСФСР от 1 февраля 1991 г. № 19)) и крайне ограниченным финансированием, так и отсутствием специалистов в оказании паллиативной помощи — отсутствием системы подготовки кадров. В такой ситуации сил персонала едва хватает на адекватный медицинский уход и добросердечное отношение к пациенту. Но даже эти условия качественно отличают региональные хосписы от местных больниц.

8. Эмоциональное выгорание сотрудников

Из-за крайней нехватки персонала и ежедневной физически и психологически тяжелой работы, отсутствия системы поддержки сотрудников хосписов мы все чаще сталкиваемся с проблемой профессионального выгорания. В Москве (где легче найти работу) это

приводит к высокой текучке кадров (около 20% в год), а в регионах России – к равнодушию и пассивности персонала хосписов.

9. Информированность населения

В настоящее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в периодических медицинских изданиях вопросы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуждаются крайне редко. Даже многие районные онкологи и участковые терапевты (врачи общей практики) имеют предубеждение против хосписов или просто не знают об их работе, качестве предоставляемых услуг и возможности госпитализировать туда пациента. Из-за отсутствия согласованности в работе сотрудников местных онкодиспансеров, районных онкологов и паллиативных отделений пациенты не получают направление в хоспис, не знают о существовании таких учреждений и вынуждены обходиться без медицинского ухода на попечении родных, которые также не могут получить нужную информацию и не знают, к кому обратиться за помощью.

10. Качество оказываемой помощи

Не всеми хосписами в России соблюдаются стандарты оказания хосписной помощи. Где-то пациенты вынуждены платить за услуги (есть сообщения от родственников пациентов о факте взяточничества в хосписах). Где-то родственники лишены возможности быть с близким человеком в самое тяжелое для него время из-за жесткого графика посещения. Где-то хосписы, ввиду разных причин, оказывают только медицинскую помощь, а рассчитывать на психологическую и эмоциональную поддержку, теплое отношение пациентам и их родственникам не приходится. В то время как система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи.

11. Образование

Отсутствие специальности «паллиативная медицина» в номенклатуре медицинских специальностей. Отсутствие системы обучения и повышения квалификации специалистов по уходу за неизлечимыми больными и врачей паллиативной медицины.

12. Благотворительность

Отсутствие местных благотворителей или нежелание администрации хосписа обращаться за помощью. Тогда как организация работы хосписа на должном уровне невозможна без поддержки благотворителей. Так, хосписы за рубежом в основном — некоммерческие организации, например, в Англии хосписы финансируются государством только на 20%, и на 80% — из благотворительных средств¹.

Кроме того, развивая «непопулярную» благотворительность в нашей стране (помощь неизлечимым больным, очевидно, менее востребована среди спонсоров, чем помощь детям), мы занимаемся повышением уровня культуры общества.

13. Помощь добровольцев

Для хосписа очень важна помощь волонтеров. Например, в среднестатистическом английском хосписе добровольцы ежегодно посвящают хоспису 47 000 часов своего времени, это равноценно 27 людям, работающим на полную ставку, таким образом, хоспис экономит каждый год около 19 млн руб. В российских же регионах практика привлечения добровольцев крайне редка.

Все перечисленные проблемы могут быть преодолены только при активном участии и взаимной поддержке работников паллиативных служб. Открытое общение, обмен опытом специалистов разных хосписов и общая цель помогут нам добиться ощутимых результатов в развитии помощи неизлечимым больным в России.

Одним из уникальных качеств сотрудников хосписов является подвижничество: без личной заинтересованности и целеустремленности неравнодушных людей в разных регионах нашей страны за последние 20 лет в России не появилось бы более 100 хосписов. Мы сравниваем наши успехи со статистикой Великобритании, но не стоит забывать, что там истории развития паллиативной помощи как минимум 80 лет, так что каждый участник российского хосписного движения может гордиться достигнутыми результатами и идти вперед, ведь нам еще очень многое нужно сделать. Нам не стоит бояться обращаться за поддержкой к местной администрации, бизнес-сообществу и част-

¹ URL: <https://www.northlondonhospice.org.uk/content/section/3/108/>

ным лицам, рассказывать в СМИ о работе хосписа, о его незаменимой помощи и нуждах пациентов, чтобы журналисты могли показать, чем хоспис качественно отличается от рядовой больницы. Только от нас зависит, какой образ будет у российских хосписов через 20 лет: сможем ли мы побороть страх и изменить укоренившееся мировоззрение соотечественников с «меня не касается» на «касается каждого». Это очень сложная задача, и она кажется почти невозможной, но именно по отношению к старикам, по качеству жизни тяжелых больных и инвалидов судят об уровне культуры общества.

В Приложении 4.1 вы найдете пример письма с обращением к потенциальному благотворителю о помощи хоспису.

В 2006 г. был основан Благотворительный фонд помощи хосписам, который оказывает поддержку московским и региональным хосписам, работающим в соответствии с концепцией хосписов. Подробнее о формах и условиях оказания помощи см. раздел 5.5.2.

4.2. Паллиативная помощь в России сегодня (интервью С. Рейтер)

1. Работа с окружением пациента

Доктор Елизавета Глинка, фонд «Справедливая помощь»: «В идеале, паллиативная медицина — это совершенно бесплатное облегчение симптомов тяжелого неизлечимого заболевания. Коротко и ясно. Паллиативная медицина включает в себя и обезболивание, и обеспечение качества жизни до самого конца. Уход человека из жизни может продолжаться несколько месяцев или даже лет, и хорошо бы как-то это время скрасить. В России далеко не в каждом хосписе, или в паллиативном отделении в больнице, пациент может общаться с родственниками. А ведь мы говорим о человеке, который может умереть в любую минуту. У нас, если говорить о системном подходе, совершенно нет никакой поддержки для родственников больных, а когда вы занимаетесь паллиативными больными, вы должны морально готовить к уходу близкого человека всю его семью, а иногда даже соседей, подруг,

друзей и так далее. Когда в общежитии умирает студент, то страдают все его одногруппники: в сущности, еще дети, которые впервые сталкиваются со смертью. Они не знают, куда им пойти, как помочь другу, в московские хосписы иногородних не берут, и так далее, по списку. Я помню, как в одном из общежитий умирала студентка 27 лет. Онкология. Четвертая стадия. Ее друзья плакали: “Мы не знаем, что нам делать. Она лежит в комнате, от нее, простите, пахнет. Она кричит от боли. Мы не знаем, как ее кормить, как за ней ухаживать”. Учить их этому – некому».

2. Отсутствие нужного количества выездных служб

Доктор Елизавета Глинка, фонд «Справедливая помощь»: «В Москве (население 10,6 млн чел.) 8 хосписов. Мировой опыт показывает, что на район с населением 300–400 тыс. человек должен быть 1 хоспис, который обслуживает порядка тыс. онкологических больных на 4-й, неизлечимой, стадии ежегодно. Для пациентов с неонкологическими заболеваниями в Москве нет ни одного хосписа. Не хватает выездных служб, т.е. патронажных команд, которые бы обслуживали больных на дому. Стационар можно сделать всюду, даже в коммунальной квартире. Сколько у нас сейчас выездных служб по всем московским онкологическим больным? Одна при Первом Московском хосписе, одна – при 8-м хосписе, и одна – при 3-м. И все. Выездных служб для неонкологических больных нет в принципе, этими больными никто не занимается, и они никому не нужны. Моя служба из 5 человек ездит к 62 больным со следующими диагнозами: рассеянный склероз, последствия тяжелейших спинных и черепно-мозговых травм, терминальные фазы хронической сердечной недостаточности. Это – наш контингент. Как они про нас узнают? Я не знаю. Их родственники и друзья меня сами находят».

Борис Холодов, заведующий паллиативным отделением, НПЦ «Солнцево»: «В 2006 году мы открыли патронажную службу для неизлечимо больных детей, и всем стало легче. Но мы не можем возить наркотические обезболивающие средства – для этого нужен бронированный автомобиль, охрана и другой регламент оплаты, и по страховке, и по зарплате. Врачи скорой помощи могут возить наркотические препа-

раты, и возят. Помните, в 90-х была волна нападений на машины скорой помощи и больницы? С тех пор им и «колесные» выплачивают, и зарплату увеличили. Но сейчас, когда обезболивающие препараты пациенту может выписать районный онколог, самое главное – другое. Наша машина – одна на весь город. Как была, так и остается. Вот уехала машина от нас, из Солнцево, с Юго-Запада на Северо-Восток, и – до свидания, увидимся завтра. На базу машина приезжает в час ночи, потому что бригада попала в затор. Спереди машина, сзади – машина, слева – отбойник, справа – кювет. Они стоят на МКАД, стоят на Рублевке, стоят в городской части. Последний вызов – в девять вечера, потому что по Москве днем не проедешь. А у нас – 90 больных на активе, с онкологией, неврологией, с соматическими и генетическими заболеваниями. Дети на ИВЛ, с муковисцидозом, с буллезным эпидермолизом. Профиль больных самый разный, синхронность и периодичность патронажа – тоже. Некоторых больных достаточно навещать раз в месяц или приезжать по звонку, к некоторым нужно ездить почти каждый день. И все 90 человек нужно помещать в наше отделение хотя бы раз в два месяца. Отведенное количество койко-дней – 14. Коек – 10. А детей класть надо, если необходимо менять обезболивающую терапию, или если родителям нужно отдохнуть, или если настало время, простите, ухода из жизни. У нас в отделении уже несколько месяцев лежит один мальчик, Антон, иногородний, с синдромом буллезного эпидермолиса. Куда мы его денем?! Ему стало лучше, у него зубы пошли, и, хоть его заболевание считается неизлечимым, сроки своей смерти он уже пережил, а должен был погибнуть несколько месяцев назад. Но в любое время мы должны принять больных, и мест может не хватить. Сейчас мы наладили информационное взаимодействие с амбулаторным звеном, и я боюсь шквального потока пациентов».

Анна Федермессер, президент фонда помощи хосписам «Вера»: «Недавно в Первый Московский хоспис попала пациентка, ухаживать за которой было некому. Ее очень молодая дочь от испуга перед ситуацией не понимала, что нужно делать. К тому же эта больная жила в районе, не относящемся к Первому хоспису, и выездная служба ее не наблюдала. И вот пациентка госпитализируется в стационар, и находится там, постепенно ухудшаясь и получая всю помощь, которую

можно. К исходу двух недель она умирает: да, обезболенная, да, с очень качественным уходом, но те сопутствующие проблемы, которые хоспис мог бы помочь решить, решены не были. Например, она ушла из жизни, когда ее дочери не было рядом. Дочка осталась напуганной, и с очень серьезным стрессом. Всего этого можно было бы избежать, если бы пациентка попала на учет хосписа задолго до госпитализации и находилась под наблюдением выездной службы. Выездная служба успела бы расположить к себе и маму, и дочку, которую бы научили ухаживать за мамой, и у нее было бы ощущение, что она для мамы что-то делает. А в результате что мы имеем? Забрали тяжелую пациентку, развязали дочке руки, но в результате оставили ребенка без мамы, без папы, без какой-либо поддержки. Не научили ее помочь маме, не дали ей ощущения, что она сделала все, чтобы маме было спокойно. Чтобы, когда у нее, даст Бог, родятся дети, у нее не было ощущения, что и она сама будет умирать в одиночестве. А 99% хосписов на территории России вообще не имеют выездной службы: на нее нет бюджета, нет сотрудников, нет понимания, как это все должно функционировать. Есть прекрасный тульский хоспис, там чудесные люди работают. Один хоспис на всю Тульскую область. Какая там может быть выездная служба?! Это же огромный регион! Если у них будет две машины, три машины, пять, сколько людей за день они обслужат, выехав с одного конца области на другой?! Нисколько».

Инна Диденко, главный врач 8-го московского хосписа: «Мы забираем онкологических больных под свой патронаж и отправляем к ним выездные бригады. Сначала у нас работали две бригады, в прошлом году мне дали третью, сейчас их – четыре. Теоретически мы могли бы обслуживать больше людей, но – не в этом городе. Наш хоспис находится в Некрасовке, отсюда выезжают и сюда же возвращаются наши машины. К нам, например, относится район Лефортово, равно как и Марьино, Кожухово, Капотня. Вы можете себе представить, сколько по пробкам ехать до Лефортово и обратно? Вы спрашиваете, может ли по дороге больной скончаться? Думаю, да. А Волгоградка, извечно стоящая?! А ежедневное “Взятие Карачаровского моста”?! За одно это медаль нужно давать. А это – весь наш округ. Хорошо, Жулебино рядом. А Люблино, Марьино – уже проблемы».

3. Самолечение и уход родственников

Доктор Елизавета Глинка, фонд «Справедливая помощь»: «Родственников, которые столкнулись с огромной бедой, всему нужно учить. Они, пытаясь от чистого сердца помочь больному, делают совершенно дикие вещи. Вот они набивают в Интернете: «Лекарство от рака», находят народные средства и ими одержимо лечат. Поят больного по схеме растительным маслом и водкой. Ты приезжаешь к больному, от которого пахнет водкой, а постель залита растительным маслом. Керосином больного лечат. Ты вдыхаешь запах керосина и думаешь: «Сейчас кто-нибудь закурит, и все, на хрен, взорвемся». Онкобольного в терминальном состоянии лечат безумными дозами трихопола. Рвота – бесконечная. А целители народные родственникам говорят: «Рвота – это нормально! Это же рак выходит!». Вы видели когда-нибудь полупьяного, промасленного терминального больного? На это смотреть невозможно».

Станислава Леоненкова, главный врач 1-го хосписа в Санкт-Петербурге: «Самолечение раньше было распространено повсеместно, да и сейчас встречается. Зловредная распечатка, лечение по методу Шевченко, который заключается в отказе от всех лекарств. Только водка с растительным маслом: больному постоянно дают столовую ложку подсолнечного масла, и столовую ложку водки. Якобы были чудесные случаи выздоровления, но это, конечно, полный бред. Я не видела ни одного человека, которому бы это помогло. Очень долго было популярно лечение Витурином, препаратом ртути. Его покупали в Петрозаводске: бутылки смесей, за которыми стояли огромные очереди. За очень большие деньги покупали высокотоксичное вещество, и, по сути, отравляли последние дни жизни больного. Печень, почки – все выходило из строя. Травами многие лечатся, экстраенсами. Люди боятся онкологии гораздо больше, чем сердечно-сосудистых заболеваний, хотя смертность от этих болезней на первом месте. Онкология в их сознании ассоциируется с мучениями, что часто, в общем-то, и происходит: например, одышка при раке легкого, ужасная смерть – умереть от удушья. Или распадающиеся опухоли – они такие бывают, что просто кошмар. Я все время говорю, что навидалась всякого и все, что можно, увидела, но

всегда есть что-то, что заставляет тебя задуматься о том, почему человек обречен на такие мучения».

4. Нехватка хосписов

Борис Холодов, заведующий паллиативным отделением, НПЦ «Солнцево»: «Наше отделение открылось 5 апреля 2010 года и было первым в стране. Когда мы его открывали, нам многие говорили, что оно будет невостребованным: говорили в том числе люди, которые работали в руководящем звене московского здравоохранения. Бытовало мнение, что вполне хватит детских больниц, где всегда есть свободные места, и что ни один родитель не отдаст своего ребенка в хоспис.

В нашем паллиативном отделении — десять коек. Заполнены — все. Статистика такова: в год от онкологии умирает около 50 детей-москвичей. И раза в три больше так называемых детей, временно проживающих в Москве. Их никто не учитывает. Эти пациенты прибывают в Москву из стран СНГ с запущенными онкологическими болезнями, лечатся, а потом из федеральных центров их выписывают по месту жительства. Родители боятся везти детей на родину: немногие понимают, что нужно живым донести ребенка до дома. Гораздо больше родителей волнует то, что там, в родном городе, им не окажут должную медицинскую помощь. Они заново идут в Министерство здравоохранения в Москве, получают отказ в официальном лечении, в частности противоопухолевом, и начинают метаться. Живут у родственников, переходя в социально незащищенную категорию. Потом оказываются у нас. И мы, московское учреждение, по воле судьбы работаем на всю страну, хотя официально обслуживаем москвичей. Пока Бог миловал, койки всех находили. Но бывало так, что отделение заполнялось полностью, и я в ужасе думал: «Что делать будем?». Ну, будем класть на койку в реанимации, в стационарный бокс, как делали раньше, когда подобного отделения у нас не было».

Доктор Елизавета Глинка, фонд «Справедливая помощь»: «У нас есть города, где хосписов просто нет. В Калининграде с бюджета буквально неделю назад была сброшена выездная служба для онкологических больных. Я не знаю, по ошибке или за ненадобностью, но ее — нет.

Неохваченных городов большинство или – 1 хоспис на город. Так обстоит дело в Ульяновске, Перми, Ярославле, Новокузнецке, Липецке. В огромном Екатеринбурге, например, хосписов вообще – нет. Увеличить количество хосписов – реально. Это не самое дорогое, что есть в медицине: в среднем пребывание больного в хосписе обходится в 8 тыс. руб. в день. Это недорого. Не требуется обследование, не берутся анализы. Все, что можно, уже проведено. Но для начала нам хотя бы надо привести в порядок те восемь хосписов, которые у нас есть, поскольку на данный момент идеален только Первый Московский хоспис. Знаете, когда заходишь в некоторые хосписы, не буду называть номера, но там пахнет мочой, то ты сразу все понимаешь. Недостатков много: в первую очередь поборы с родных. Больные говорят: «Куда ж нас отдали? У нас денег нет. А тут за судно, например, надо бросить пару сотен рублей». Из одного московского хосписа через забор сбежал мой больной, который предпочел умереть на Павелецком вокзале, но не там».

Татьяна Кравченко, заместитель главного врача по медицинской части, 3-й московский хоспис: «Наш хоспис развернут на 30 коек, и они все заполнены. Желающих попасть в хоспис – больше. Если нужно, мы разворачиваем 3–4 дополнительные койки и, соответственно, госпитализируем пациентов. Койки ставим прямо в палатах, что не противоречит санитарно-эпидемиологическим нормам, но это, конечно, вынужденная мера, чтобы мы могли еще кого-то обслужить.

Мы работаем в Юго-Западном административном округе: 30 больных в стационаре, 322 человека находятся под наблюдением выездной службы. Есть такая вещь: онкологические больные автоматически выбывают из-под обслуживания социальных служб города. То есть онкологический диагноз 4-й стадии является показанием к отказу от обслуживания социальными службами города: очень сложный уход, социальные работники не берут на себя эту ответственность. На самом деле люди одинокие или одиноко проживающие не могут сделать самые простые, на взгляд здорового человека, вещи: сходить в магазин, в сберкасса. Если человек лежит или плохо двигается, как ему быть в этом случае, просто непонятно. Социальные работники покупают им продукты, посещают в зависимости от потребностей, от помощи,

которая необходима больному: сегодня ему нужно купить лекарства, завтра — сварить суп, на третий день — вымыть квартиру, или оформить документы в Собоесе. Одинокие люди, которые находятся дома, больше других нуждаются в помощи.

В нашем округе проживает 1 млн 200 тыс. человек. Хоспис — один. В Западном и Восточном округах Москвы хосписов вообще нет. Пациентов, которые нуждаются в срочной госпитализации, отправляют в остальные хосписы города Москвы. Когда у нас возникает сложная ситуация с госпитализацией, мы идем по такому пути — сокращаем сроки пребывания в стационаре и продолжаем наблюдать и лечить наших пациентов на дому.

Инна Диденко, главный врач 8-го московского хосписа: «В год по нашему округу выявляется от 600 до 800 больных с 4-й стадией онкологии. Для таких больных есть стационар на 30 коек, и выездная служба из 4 бригад, обслуживающая до 18 человек ежедневно. Стационар на данный момент заполнен весь. Учитывая, что 30 коек — маловато, у нас существует очередь из больных — человек на 15. Им придется ждать недели полторы-две, в зависимости от смертности пациентов в стационаре. Чтобы взять еще больше больных, мы наблюдаем некоторых пациентов в течение 10 дней вместо 21 дня. Потом выписываем их под наблюдение патронажной службы, домой. Очередники, конечно, тоже находятся под патронажем. Да, мы стараемся не допускать острого болевого синдрома, и, если нужно, выездная служба будет ездить к больному каждый день. Но есть нюансы: мы наблюдаем больного на дому. Наш доктор назначил терапию обезболивающими препаратами. Родственники пошли к участковому терапевту, а тот не соглашается с нашим назначением, ему кажется, что нужна другая доза, другой препарат, нам приходится с ним связываться и долго все объяснять. А больной — ждет. Опять же по приказу Минздрава онкологические больные с 4-й клинической стадией должны осматриваться у терапевта раз в десять дней. Но их могут осматривать и раз в месяц, поскольку участковых терапевтов не хватает, с кадрами — проблема, и есть больные не только с онкологией: есть бронхиальная астма, сахарный диабет, инфаркты и тому подобное, и что мы можем с этим делать? Онкологический больной в 4-й стадии мало кому нужен».

Станислава Леоненкова, главный врач 1-го хосписа в Санкт-Петербурге: «Наш хоспис открылся первым в России, и двадцать лет мы обитали в стареньком деревянном здании, на шестистах квадратных метрах, где были нарушены все мыслимые и немыслимые санитарные нормы. Первое время у нас было просторно, потом мест стало катастрофически не хватать. Возникли очереди, особенно в последнее время. Статистика по онкологии растет, с каждым годом увеличиваясь на 25%, и сейчас мы встречаемся с очень агрессивными формами течения болезни: при всем том, что диагностика стала лучше, процесс развития злокачественных заболеваний сильно ускорился — выявляют, допустим, рак на начальной стадии, а через два месяца уже ставят 4-ю стадию. Вот сегодня поступает к нам бабушка, у нее в декабре нашли крошечную опухоль щитовидной железы, а в марте эта опухоль — огромна.

Средний возраст наших больных — 60 лет. Мы никогда не лимитируем срок пребывания пациента, хотя у нас в правилах прописано, что мы можем держать больного только 28 дней. Но мы стараемся, с периодическими выписками, продержать больного год, или даже больше. А как иначе?! Представьте, госпитализируются больные. Создается небольшая очередь. Мы ставим перед докторами вопрос: «Ребята, давайте кого-нибудь выпишем». А ребята резонно спрашивают: «Кого?». Нет такого больного, которого легко можно выписать. Либо он социально незащищен, либо он одинокий, никому не нужен, либо боли не купируются полностью, и это — недопустимо, он будет мучаться, либо ему постоянно нужна сложная, обширная перевязка. Когда мы еще находились в старом здании, у нас была очередь человек на 20 больных. В прошлом году нам выделили новое здание, которое обещали построить в течение 15 лет. Ежемесячно мы наблюдаем 300 человек плюс — 40 человек в стационаре. За год через нас проходит полторы тысячи больных. Но на наш хоспис вместо одного приходится три района, и койки постоянно заняты. Да, наша выездная служба очень многое делает на дому, без госпитализации, но выездных служб в городе катастрофически мало, на всех больных их не хватает. Городская администрация считает, что в любой момент может поставить больного на очередь в хоспис, но вот в каком состоянии больной будет ждать своей очереди, никого не волнует».

5. Отношение к иногородним пациентам

Доктор Елизавета Глинка, фонд «Справедливая помощь»: «Я наблюдала одного больного, Тисаева, жителя Костромской области, переехавшего в Москву. Он тут снимал комнату, а потом заболел раком мочевого пузыря. Оперировали его по скорой помощи, поставили цистостому, потом – выписали за ненадобностью, и он ходил к нам на перевязки. Потом его отправили по месту жительства, в Кострому. Время года – зима. На улице – лютые морозы. Денег на билет – нет. В службе социальной защиты говорят: «Езжайте электричками». Тисаев выходит на улицу, падает, и вырывает себе из мочевого пузыря цистостому. По скорой попадает обратно в больницу, там его подштопывают, и мы собираем ему денег на билет до Костромы. Это – не совсем уж умирающий больной, он еще поживет чуть-чуть. Но отношение к нему уже соответствующее».

Галина Васильевна Мелинская: «Мой сын Игорь жил в Москве один. Я-то сама с Севера, из Апатитов. Развитие болезни сына происходило не на моих глазах: только в августе 2010 года он мне сказал, что будет лечиться химией, и ему надо помочь. А я даже не знала, что у него были эти образования, он скрывал это от меня, ничего не говорил.

У него сейчас четыре меланомные большие шишки: на ключице, на правой руке, под правой подмышкой и на позвоночнике. И восемь маленьких новообразований на спине, на руке, на голове, на шее. В общем, по всему телу.

Первая шишка появилась три года назад. Он обратился в частную клинику, биопсия показала меланому, раковые клетки. Сделали операцию, после которой все успокоилось. Игорь, вообще-то, должен был ходить к онкологу и проверяться, но он как-то решил, что все и так будет хорошо. Этой весной у него на спине появилась какая-то шишечка. Игорь подумал, что мышцу растянул – он же по профессии промышленный альпинист, больничным не брал никогда, все время работал. В августе этого года сын позвонил мне, и сказал: «Опять рак, меланомы». Я скорей-скорей приехала.

Пять курсов химиотерапии Игорь прошел в 218-й поликлинике, недалеко от метро «Бабушкинская». Он рядом жил, вместе с женой,

вот только она его потом бросила, и из квартиры выгнала, он в Тучково переехал, однокомнатную квартиру снял, но к поликлинике остался прикреплен.

В январе у сына должен был быть последний, шестой, курс химиотерапии, но ему его не стали делать. Прекратили лечение, в общем. Сначала боли не было. Потом Игорь почувствовал боль в руке. Стали принимать таблеточки: кетонал, я его в аптеке покупала. Потом в поликлинике рецепт на трамал выписали, но с ним сложно было: я поехала в аптеку, а мне говорят: «Нет такой дозы». Другую дозу по этому рецепту не выдают. Дело уже вечером в пятницу было, пришлось до понедельника ждать.

Впрочем, трамал ему вообще не помог: две недели он очень плохо спал, его рвало, но врач из поликлиники к нам не приходил. А разве он поехал бы к нам, в Тучково? У него своих дел хватает.

Игорю уже было совсем плохо, да и с головой что-то. Оставлять его одного было нельзя, да и не с кем. Я соседку попросила, чтобы она с ним посидела. Сама пошла к врачу, и сказала, что мой сын две недели не может от боли спать. Нам выписали феназепам, и он тоже не помог. Вызвали скорую помощь, врачи сделали укол димедрола с анальгином. Боль снимает на полчаса, и все. Я еще раз еду к врачу: «Не помогает ему ваше лекарство, дайте что-нибудь другое, он не спит от боли». Она отвечает: «Ну, сделайте ему уколы реланиума». После уколов он капитально отключился, и так отключился, что вот как откроет глаза, а они как стеклянные они у него. И описался потом, и обкакался, и все — в постель. Кое-как я его вытащила, постель поменяла, положила на клеенчатый матрасик. Ночь он провел в полузабытьи, вызвали из церкви батюшку, причастие он прошел, а после этого его вырвало, и он потом еще галлюцинации высказывал. Никакое у него состояние было.

Не было у нас ни сиделки, никого, никто к нам не приезжал, и в поликлинике помощь не предлагали. Я сама за ним слежу, я же медсестра, в уколах маленько разбираюсь, могу ухаживать. Я вот что поняла. Мы чужие здесь, мы на родину к себе поедem, в Апатиты. Там горы, там чистый воздух, там друзья сына и одноклассники. Игорь пропишется, мы ему временную прописку сделаем. Там онколог есть, и больница, если что, тоже имеется. Правда, далековато она, в Мурманске».

6. Отсутствие единых стандартов паллиативной помощи

Борис Холодов, заведующий паллиативным отделением, НПЦ «Солнцево»: «Большинство родителей, даже зная, что их ребенок болеет неизлечимым заболеванием, от которого умрет, когда начинается приближаться его смерть, плачут и просят оказать пациенту максимально возможную помощь. Они хотят быть уверенными в том, что нельзя было продлить жизнь хотя бы на день, на час. Отказать в этом – недопустимо, потому что тогда это подрывает основы самой паллиативной медицины. В руководстве по паллиативной медицине ВОЗ четко прописано, что она «должна повышать качество жизни пациентов и членов их семей». До того как открылось наше отделение, дело обстояло так: ребенок с неизлечимым заболеванием, например, с нейробластомой с метастазами в кость, выраженная боль. Помимо боли, присутствует наполнение живота жидкостью, что затрудняет дыхание. По ночам появляются признаки удушья. Раздутый живот нажимает на диафрагму, не дает легким расправиться. Нет страшнее для наблюдателя картины, чем смерть от удушья. Боль, крик, а удушье вам лучше никогда не видеть. В таких случаях, пока у нас не было отделения паллиативной помощи, родители звонили нам ночью. Это происходило регулярно. Я ночью даю актив на скорую помощь. Пока у нас не было паллиативного отделения, скорая помощь везла ребенка в больницу, и отказов мы не знали. Сейчас, с открытием нашего отделения, врачи скорой помощи могут отказать: «Сожалеем, у вас ребенок умирает, вот и в выписке написано, РОНЦ не примет, не профильное лечение. Поэтому мы ребенку сделаем укольчик, но если не поможет, то мы – не виноваты». Можно и грубее сказать: «Мама, ну чего вы от нас хотите? Он же помрет скоро!».

Раньше таких пациентов везли в обычную больницу. Привозят. Утром родители просят: «Отпустите нас домой, мы так больше не можем». Родителей можно понять: врачей – не дозовешься, сестер – тоже. Отделение живет своей жизнью, поступают дети, которых срочно нужно оперировать, с которыми нужно быстро что-то делать.

Подход к неизлечимо больному ребенку на стадии ухода должен быть совершенно иным. С синдромом выгорания даже профессионалы не справляются. От нас уже ушел один доктор, сказав: «Мне

очень нравится эта работа, но у меня начинается выгорание, я не могу». Персонал паллиативного отделения должен быть специфическим, должен быть подготовленным, правильно отобранным. В больницах, тем более в текучке, страдают родители, страдает персонал – врачебный, сестринский. Ребенка отпускают домой. Концепции ведения дома – никакой. Его передают в поликлинику, поликлиника пугается».

Станислава Леоненкова, главный врач 1-го хосписа в Санкт-Петербурге: «Хоспис создан для того, чтобы бороться за качество жизни пациента, не за саму жизнь как таковую. В нашу задачу не входит продление жизни или – укорачивание, но улучшение ее качества. И если наш, хосписный, больной дошел до определенной черты, до грани смерти, надо его реанимировать или нет? Правильный ответ – нет. Если он постепенно умирает, вмешиваться в этот процесс нельзя. Это, прежде всего, негуманно. И возьмем совершенно другую ситуацию: известно, что у больных раком шейки матки или предстательной железы на 4-й стадии начинается кишечная непроходимость. Есть два варианта: либо ничего не делать, либо принимать превентивные меры. В Европе и США таким больным делают превентивное колостомирование, предупреждая кишечную непроходимость. То есть до того, как опухоль придавит кишечник, больному накладывают колостому, все очень аккуратно, имеется мешочек, который медсестры обрабатывают, больной спокойно ходит, и никто ни о чем не догадывается. Если такое колостомическое отверстие, то 70% таких больных будут умирать в муках, что, собственно, происходит у нас. Таких больных забирают по скорой помощи, когда у них уже началась кишечная непроходимость, когда живот и матка давят на остальные органы, все воспалено, развился перитонит, и накладывать колостому практически бесполезно. В итоге мы такого больного, пока у него не началась кишечная непроходимость, запишем в районную больницу, говорим: «Это же вы нам дали этого пациента, помогите, у него уже начинается кишечная непроходимость», а больного у нас не берут, потому что непроходимость еще не развилась окончательно, хотя видно, что разовьется. Уже есть все симптомы частичной непроходимости, а значит, через пару недель будет непроходимость полная, но пациента не берут: хирург не

обязан брать пациента, если у него нет острой кишечной непроходимости, и из приемного покоя больного отправляют обратно. И даже если терапевт поликлиники напишет направление, то хирург легко может сказать: «Полной непроходимости нет, уезжайте».

Татьяна Кравченко, заместитель главного врача по медицинской части, 3-й московский хоспис: «Проект закона “О паллиативной помощи” лежит в Министерстве социально-экономического развития уже больше двух лет, и может лежать там еще лет десять. То есть закона нет, а важен — результат. Нормативной базы — нет, и пока нет законов, регламентирующих деятельность в области паллиативной помощи, до тех пор мы не можем решить вопрос оказания паллиативной помощи в принципе. Должен быть закон, в котором будет четко прописано, что такое паллиативная помощь, кому она оказывается, какими врачами, где они будут учиться и сколько должны стажироваться».

8. Доступность наркотических обезболивающих препаратов

Борис Холодов, заведующий паллиативным отделением, НПЦ «Солнцево»: «Только в последние несколько лет районные онкологи крупных городов стали назначать детям обезболивающие наркотические препараты. До этого, согласно советским учебникам образца 60-х годов, онкологи наркотические обезболивающие детям не назначали, чтобы не спровоцировать у ребенка зависимость. Можете себе представить, какие тогда были сведения о наркотической зависимости. Понятно, что когда человеку, испытывавшему боль, вкалывают наркотик, то в ряде случаев вместе с исчезновением боли наступает эйфория. Тогда, даже если боль проходит, пациент инстинктивно может желать повторения именно этого чувства. Взрослый человек понимает, что если он скажет: «Ой, мне сделали укольчик, мне было так хорошо, пусть мне сделают еще один», то, может быть, ему ничего не сделают. То есть надо говорить, что все время плохо, и тогда точно будут колоть. Но у взрослого можно симуляцию поймать: к нему придет психолог, побеседует. А дети, так считалось, скорее всего, симулянты, и симулируют боль, сами того не осознавая. В учебниках было прописано, что употребление наркотиков детьми может привести к оста-

новке дыхания, может вызвать зависимость, и их можно выписывать только в самых крайних случаях. Во-первых, боль тоже может вызвать остановку дыхания, а во-вторых, как поймешь про крайний случай у ребенка?! Может, ему не больно, а просто страшно, а орет он при этом, как дурак.

Эта концепция алогичная, т.е. в ней есть элементы логики, но они скреплены жевательной резинкой. Тем не менее такая ситуация сохранялась лет тридцать: в больницах этим детям некомфортно, и долго их держать не могут. Значит — им надо домой, а дома им — больно. Они бы и рады быть дома, но с болью-то как быть? А до этого все строим ходили, не умирали, вот только стены грызли, и все. Партия и правительство заботились обо всех, и дети умирали от рака тихо, так что никто о них и не знал. И до сих пор в стране отсутствует законодательная база, которая бы четко регламентировала, где заканчивается медицинская помощь детям и начинается — паллиативная. Проводить ли неизлечимо больному ребенку с 4-й клинической стадией рака химиотерапию для удлинения жизни и сдерживания развития опухолевого процесса? А лучевую терапию для снятия болевого синдрома? Лучевая иногда снимает боль, бывает такое. Но значит ли это, что применением лучевой терапии вы тормозите развитие опухоли и продлеваете пациенту страдания? На каком этапе нужно останавливаться? У взрослых эта схема отработана эмпирически, поскольку взрослые хосписы были всегда, а детские стали появляться только сейчас. Нам еще предстоит разработать каноны этой помощи и понять, что может в нее входить.

Пока мы действуем чисто клинически и пытаемся не выходить за рамки понятия «качество жизни». Если у ребенка пролежни, мы должны их вылечить. Если у ребенка нарастает мышечный тонус до такой степени, что затруднительными становятся физиологические отправления, мы должны помочь. Нарушено глотание, мы должны отработать его. Проводим лучевую паллиативную терапию и паллиативную химиотерапию. На эту тему нет ни одного законодательного акта. Где проходят границы? Что считать преступной бездеятельностью? Я, как врач, буду биться до последнего вздоха, но правильно ли это, если речь идет о пациенте, которому ни в коем случае не нужно продлевать страдания? Мы — лечебное учреждение, стационар, мы ждем, пока примут закон о детской паллиативной медицине».

Виктория Капустина, главный врач Первого Московского хосписа:
«По сравнению с регионами, в Москве больше выбор обезболивающих наркотических препаратов. Пролонгированные препараты присутствуют во всех нужных формах: таблетированные или в виде пластырей. Проблема в том, что все эти препараты, выделяемые больному бесплатно, в закупке очень дороги и “съедают” почти весь бюджет: нам, например, выделяют на лекарственные средства и перевязочные материалы 89 тыс. руб. в месяц из расчета на одну койку, и каждый месяц наш провизор, Лена, приходит ко мне и говорит: «Ну вот, опять ни на что, кроме наркотических препаратов, денег не хватило». Конечно, расход пролонгированных препаратов меньше, поскольку они дольше действуют: пластырь дюрогезик наклеивается на 72 часа, таблетки МСТ cont. действуют 12 часов, но они и дороже. Их проще применять, чем тот же морфин, который нужно колоть каждые 2–4 часа. Соответственно, пролонгированные препараты врачи назначают чаще, потому что они – удобнее и ради рецепта на них не надо проходить все круги ада каждый второй день. Поэтому все большее количество людей получает рецепты на это обезболивающее, а значит, в аптеках его становится все меньше и меньше. Морфин стоит копейки, и его – много, но больному надо получать его практически через день: кому хватит 4 ампул, а кому нужно – 6. Представьте себе больного, которому 4 раза в сутки нужно колоть морфин: замучаешься бегать его получать. Каждый второй день надо выписывать рецепт, сдавать все пустые ампулы в аптеку, и так дальше – по кругу.

Дюрогезик и МСТ cont. в Москве выбираются на сто процентов. Больным его не хватает. Представьте себе: мы в хосписе подбираем пациенту с острым болевым синдромом схему обезболивания пролонгированными препаратами. Выписываем пациента на дом. Родственники берут рецепт в поликлинике, звонят в аптеку и спрашивают, есть ли в наличии, допустим, пластырь. А его – нет. Годовой лимит израсходован, больше закупок не предвидится. Лимит закупок рассчитывается так: берется среднее количество онкологических больных за прошлый год, и, исходя из него, закупаются препараты. То, что количество этих больных год от года увеличивается на 30%, никого, судя по всему, не волнует, и 30% новых больных остаются без лекарств. Они в лимит заложены не были, наркотиков для них – нет. И начинается гонка: нужного препарата в аптеках и на складах

нет, приходится подбирать и комбинировать те препараты, которые есть в наличии. Выписывается морфин, который только усугубляет проблемы родственников, потому что, по нашему опыту, больше 4 ампул в сутки ни одна поликлиника не выпишет. Тогда мы комбинируем морфин с анальгетиками: трамалом, анальгином, пенталгином. Сочетаем все, что есть. Если боль не снимается, назначаем, в дополнение, седативные препараты. Морфин используем, даже если больному его некуда колоть: открываем ампулу, капаем на сахар, кладем больному под язык. Да, это хитрости от бедности, а что нам еще остается делать?! Несколько раз мы пользовались эпидуральной анестезией. Вызывали анестезиолога из больницы, врачи ставили пациенту «эпидуралку», мы вводили обезболивающее, и больной так и лежал до самого конца.

У нас все сделано по-советски. Например, в случае смерти больного поликлиника ни за что не примет у родственников неизрасходованные таблетированные препараты или пластыри дюроезик, которые бы можно отдать другому больному. Вот умер больной, осталось большое количество наркотика МСТ cont. Родственники несут его в поликлинику, а им — от ворот поворот. А почему? Потому что у поликлиники нет права хранить такие препараты, там могут забирать только пустые или полные ампулы морфина. А с таблетками и пластырями непонятно что делать: для их уничтожения и списания нужно собирать целую комиссию, это морока, это головная боль, а она никому не нужна. Родственники, вместе со всеми их запасами, идут к нам. Мы тоже не имеем права брать у них препараты. В итоге мы связываем одних родственников с другими. И те, у кого остался препарат, отдают его тем больным, которым он еще нужен. Как на рынке. Периодически к нам приходят родственники больного и просят положить его в хоспис, поскольку нужного обезболивающего в поликлиниках нет. Но мы не всегда можем им помочь, поскольку и у нас тоже есть ограничения в нормах расходования НЛС, которые мы превысить не можем. Есть определенная норма на год, и мы ее «переесть» не можем. У нас существуют и суточные, и месячные нормы на наркотические препараты, мы крутимся как можем: в одном квартале тратим больше наркотиков, в другом — меньше, в зависимости от количества больных. За прошлый месяц мы израсходовали больше, чем положено. Если в следующем квартале будет меньше таких больных, то мы эконо-

мим. Если нет — останемся без препаратов. Сейчас мы перебрали все допустимые квартальные нормы: вот у нас лежит больной, мы колем ему по девять ампул морфина. На 30 пациентов полагается 10 ампул морфина в сутки. Мы колем, перебираем лимит, врачи пишут мне докладные записки: «В связи с наличием необезболенных больных, требующих большего количества наркотических препаратов, просим увеличить нормы в стационаре». Я ставлю на эту записку свою резолюцию, нормы увеличивают до 15 ампул в сутки.

То, что происходит с обезболивающими средствами, — и страшно, и противно. Мы писали десятки писем в Минздрав с просьбой увеличить нормы отпуска наркотических препаратов, но ответа не получили. Нормы отпуска наркотических препаратов прежние: в год — 126 ампул морфина, 660 миллиграммов МСТ cont. в сутки на одного больного. У нас были пациенты, которым в сутки было необходимо 360 миллиграммов, и мы перебирали суточную дозу. Эти суточные и месячные нормы — просто бред.

И неизвестно, когда наше государство поймет, что для онкологических больных в терминальной стадии с выраженным болевым синдромом не может быть норм лекарственных препаратов, купирующих боль. Что человек имеет право прожить свои последние дни достойно, без боли.

9. Нехватка персонала в хосписах

Анна Федермессер, президент фонда помощи хосписам «Вера»: «Есть ряд предрассудков, связанных с работой в паллиативе: успешный, толковый врач, получивший хорошее медицинское образование, в хоспис не пойдет. Он пойдет в больницу, будет там лечить людей. У нас сильная традиция так называемой победоносной медицины: вылечил — молодец, не вылечил — проиграл. У моей мамы, Веры Миллионщиковой, был коллега, про которого она часто рассказывала: очень хороший доктор, но если он, взяв в руки историю болезни, видел, что пациент бесперспективен, то сразу же передавал пациента другому врачу в этом же отделении, поскольку не хотел расстраиваться. Этот пример не единичен: если человек учился в медицинском институте, где нет такого предмета “паллиативная медицина”, и студента учили только вылечивать, то понятно, как он себя поведет, если ему пред-

ложат работать в облегчении процесса умирания. Процесса трудного, тяжелого, болезненного, горького. И есть у многих такое ощущение, что в хоспис приходят работать “лузеры” и “фрики”: нейрохирургом не стал, хирургом не стал, анестезиологом не стал — ну, иди в хоспис. В реальности в хосписах работают онкологи, геронтологи, терапевты, люди, которые в силу различных обстоятельств поняли, что нельзя больных оставлять без помощи. Им всему приходится учиться заново. Равно как и медсестрам, которые все начинают с азов. А о том, что существуют, например, курсы повышения квалификации, многие просто не знают. К тому же одних курсов явно недостаточно, поскольку хоспис — это очень сложное, не сугубо медицинское, а по сути медико-социальное учреждение, которое, помимо обезболивания, решает целую кучу сопутствующих проблем. Представьте на секундочку, что у вас в семье заболел близкий человек. Мама, папа, муж, не дай Бог — ребенок. Какой клубок проблем появляется от этого в семье, включая проблемы очевидные, финансовые. Времени не хватает, сил не хватает, денег не хватает, постоянное чувство вины, друзья боятся с вами общаться, потому что не очень понятно, про что с вами говорить».

Инна Диденко, главный врач 8-го московского хосписа: «Годовой бюджет хосписа — 70 млн руб. Сюда входит все: коммунальные услуги, транспорт, питание и зарплата персонала. То есть обычная медсестра получает на руки от 20 до 30 тыс. руб., что, конечно, недостаточно: в дневную смену работают 8 медсестер и 2 санитарки, на ночь остаются 2 медсестры, 2 санитарки и 1 врач. В среднем на одну медсестру приходится три человека, очень тяжелых больных. Если бы у меня была возможность, то я бы им за их адский, тяжелый, физический и моральный труд платила 100 тыс. руб. минимум. Пациенты же постоянно умирают; а медсестры привязываются к ним и вкладывают душу. С ним рождаются, и с ним — умирают. Душой, я имею в виду. Две медсестры недавно пришли ко мне и сказали: «Больше не можем». Им еще не было сорока лет, но они не выдержали, ушли».

Станислава Леоненкова, главный врач 1-го хосписа в Санкт-Петербурге:

«Зарплата персонала в нашем хосписе — как во всех бюджетных сферах. Бюджет хосписа — 36 млн в год, на все про все. Ставка медсестры высшей категории — 13 тыс. руб., мы им, естественно, доплачи-

ваем еще 3—4 тыс., но это же дополнительная нагрузка — в хосписе 38 больных на 2 сестринских поста. На постах — 3 медсестры, 3 санитарки. То есть на каждую медсестру больше десяти больных. Я, главный врач, получаю 40 тыс. Доктора — 20 тыс. А за такую работу, с неизбежным синдромом выгорания, нужно платить по меньшей мере в 2 раза больше, и без всякого совмещения и дополнительной нагрузки. И, конечно, нужно больше персонала — хотя бы по 2 медсестры на каждый пост, и по 2 санитарки».

10. Коррупция в хосписах

Анна Федермессер, президент фонда помощи хосписам «Вера»:
«В идеале, любой хоспис существует для того, чтобы совершенно бесплатно обеспечивать качество жизни больного. К сожалению, мало кто соответствует этому правилу: из всех существующих в России хосписов я могу дать голову на отсечение только за Первый Московский хоспис. Когда начал строиться 5-й московский хоспис, то мы пошли на место стройки вместе с мамой. Строился он в потрясающем месте, территория примыкала к парку Царицыно. Позже, когда строительство уже было закончено, а хоспис был открыт, мы пошли гулять в парк. Решили зайти в хоспис. Подходим, а нас — не пускают. Мама говорит: “Да я же врач Первого Московского хосписа!”. А ей отвечают: “Ничего не знаем, вас здесь никто не ждет”. Мама говорит: “Ну ладно. А вот тут у вас система видеонаблюдения, она зачем?”. Охранник отвечает: “Пациенты-то... они ж бегут! Через забор перелезают!”. Я силой увела маму, чтобы дело не дошло до драки. Долгое время мы про этот хоспис ничего не знали. Позже стало известно, что в 5-м хосписе был жесткий прејскурант на все, включая цену укола. Еще через некоторое время заведующего отделением помощи на дому Александра Новосельцева приговорили к трем годам тюремного заключения по 30 эпизодам взяточничества. Маму назначили членом комиссии по проверке, и два раза, под видом члена комиссии, туда проходила и я. Это очень ухоженное учреждение, безо всякого неприятного запаха, совершенно мертвое: лежат тихие, загруженные седативными препаратами пациенты. Либо все время спят, либо — в сопоре. Потом, когда в 5-й хоспис,

с подачи мамы, устроился новый врач, Александр Мельников, наш фонд некоторое время этому хоспису помогал – конечно, с условием соблюдения ряда вещей, как то: полная прозрачность дел, абсолютная бесплатность лечения, круглосуточный доступ родственников к пациентам. Поначалу все это работало, и я каждую неделю стала приезжать в этот хоспис и читать лекции о медицинской этике. Уже фонд осуществил туда некоторые покупки: мы довольно быстро купили раскладушки для родственников, отправляли туда гуманитарную помощь, планировали купить ширмы, музыкальный центр в холл, чтобы там играла умиротворяющая музыка. Мы успели привезти туда продуктовые наборы, какие-то подарки для сотрудников, которым я все время говорила: “У вас такая трудная работа, давайте мы вас поддержим, дадим билеты в театр”. Часть людей это поддерживалось; некоторые смотрели на меня как на полную идиотку. Кончилось все это очень быстро: Мельникова уволили, и вместе с ним выгнали и нас».

Александр Мельников, бывший заместитель главного врача 5-го московского хосписа: «После того как в 5-м хосписе разгорелся страшный скандал из-за взяток, к Вере Миллионщиковой обратился главный врач хосписа, Михаил Ефимов, и попросил посоветовать ей нового врача. Для меня до сих пор остается загадкой, почему Ефимов решил впустить в свой хоспис человека со стороны, т.е. меня. Он двуличный человек, хитрый. Я думаю, причина была в том, что на момент моего назначения, когда бывший заведующий отделением помощи на дому Александр Новосельцев уже был под следствием, велась служебная проверка и обнаружилась масса нарушений и упущений. Для отвода глаз Ефимов и решил меня позвать.

В этом хосписе, например, привязывали тяжелых больных. Да, бывает такое, что у терминального пациента возникают тяжелые психические нарушения, возникает состояние возбуждения, но с ними надо справляться при помощи препаратов, устраивая у кровати больного индивидуальный пост, не привязывая пациентов бинтами к кровати. Больной ведь находится в сознании, прибинтован, и от этого в совершенно страшном состоянии. Но, конечно, легче прибинтовать пациента и идти пить чай. Еще говорили, что обезболивающие наркотические препараты в хосписе нещадно списывались для после-

дующей перепродажи. То есть в истории больного записывается, что ему вводится наркотик, а он не вводится вообще или вводится другой препарат, совсем не наркотический, а наркотический препарат «идет налево». Я общался со многими сотрудниками 5-го хосписа, они мне рассказывали, что там творилось до моего прихода. Хоспис использовался в качестве платной службы, и, хотя по всем параметрам там должны были лежать только онкологические больные, за деньги госпитализировали любого. Создавали особые условия — отдельную палату повышенной комфортности, за что и получали порядка 30 тыс. руб. Впрочем, ту же сумму взимали и с онкологических больных: на суде было доказано достаточно много эпизодов, свидетельствующих, что Новосельцев брал за госпитализацию деньги в массовом порядке.

5-й хоспис, когда я туда пришел, был очень далек от нормативов и принципов нормального хосписного учреждения. Медико-этические нормы не соблюдались, а отношение к больным было не таким, каким должно было быть. Я думаю, что все вышеописанное проходило с ведома руководителя учреждения, главного врача Михаила Ефимова. Тем не менее Ефимов остался на прежнем месте, и ему даже выговор не объявили. Хотя из учреждения, изначально задуманного с благими целями, при нем сделали средство получения доходов.

Самого Новосельцева я лично видел два раза. С виду — нормальный человек, рогов нет, но эта его установка на то, что с больных нужно получать как можно больше денег, сказывалась на всей атмосфере хосписа. Там была тюремная система правил поведения пациентов и родственников, как в исправительном учреждении. Посещения только 4 часа в сутки, в палатах на кровати не сидеть, никаких родственников в ночное время. Это противоречит самой хосписной идеологии, основа которой в том, что рядом с больными всегда находятся его родственники. Лишать общения с родственниками пациента, который уходит из жизни, просто дико. Систему я первым же делом стал менять: ввел режим круглосуточного посещения, запретил прибинтовывать больных к кроватям. Начал работать с персоналом: должен сказать, что с медсестрами довольно быстро удалось достичь взаимопонимания. Нормальные девушки, они понимали, что больные требуют внимания.

Довольно много проблем возникло с врачами: прежде всего с заведующим стационаром, Сергеем Сердюком. Дело в том, что Сер-

дук, Новосельцев и Ефимов работали в тесном контакте, сколько кто кому отстегивал, я не знаю, но то, что это происходило, совершенно очевидно. В стационаре практически не было таблетированных обезболивающих препаратов, использовались только инъекционные. Инъекционное обезболивание — это не очень правильно, поскольку процесс болезненный, высока возможность инфицирования, пациенты время от времени выписываются домой, а кто им дома делает уколы, непонятно.

В конце 2009 года, перед Новым годом, Ефимов избавил меня от занимаемой должности.

Сейчас, насколько я знаю, там все шито-крыто, и система в принципе существует в прежнем виде. Тех, кто недоволен, выдавливают. Насколько я знаю, оттуда ушла старшая сестра, хороший специалист, поддерживающий изменения. Ушел кто-то из медсестер. Конечно, там нет той дикости, которая была раньше, но в хосписе не получилось создать нормальную, человеческую, обстановку. Естественно, не получилось никакого сотрудничества с благотворительным фондом. Поскольку для того, чтобы получать эти деньги, надо быть максимально открытыми и прозрачными, а на это они не пойдут никогда».

Олег Панкратенко, исполняющий обязанности заведующего выездной службой, Первый Московский хоспис: «Я был заместителем главного врача в 8-м московском хосписе, куда попал через своего знакомого, с которым раньше работал в РОНЦ. Занять должность заместителя мне предложила сама Инна Диденко, главный врач 8-го хосписа. Поначалу наши отношения складывались хорошо, но в конце концов мы с ней разошлись во взглядах на жизнь. Я не считал нужным делать из медицины бизнес, а она по-другому не могла. Абсолютная бесплатность — основной принцип паллиативной медицины, но люди, привыкшие к тому, что все лечение в нашей стране платное, не могут себя изменить. Нельзя сказать, что пациентов госпитализировали в 8-й хоспис только за деньги, — были бабушки и дедушки, которых клали бесплатно. Но если речь заходила о деньгах, то их — брали. Например, если показаний к госпитализации пациента не было, однако родственники хотели положить больного в стационар, то это сопровождалось деньгами. Конечно, все происходило за закрытыми дверями, но все и так было понятно — например,

родственники предъявляли претензии к персоналу: «Как это так, мы денег дали, а привилегий никаких?!». Платили все по-разному: от 20 до 30 тыс. руб. Срок госпитализации обговаривался сразу — 3 недели. За пролонгацию брали такую же сумму, как и за первоначальную госпитализацию. Борьба с такими вещами было бесполезно — я пробовал разговаривать с главным врачом, дескать, «Инна Семеновна, не очень это хорошо». Она ответила: «Это не твое дело, я — главный врач, и я занимаюсь финансовыми вопросами». Один раз мне родственник больного принес конверт с деньгами, и отказаться от него просто не получилось — он положил конверт на стол, развернулся и убежал. На эти деньги я купил два набора книг по менеджменту в системе здравоохранения и подарил один из наборов главному врачу. А что мне было с деньгами делать? Проедать? Но главный врач, по-моему, этому подарку не очень обрадовалась: человек настроился, что с ним поделаются, а тут — книга какая-то. В общей сложности я проработал в 8-м хосписе полтора года, и все это время за госпитализацию брали деньги. Я думаю, эта же ситуация сохранилась до сих пор, и она, конечно, в корне неверна, поскольку брать деньги с онкологических больных категорически нельзя. У больных этих денег нет, у них вообще ничего нет, кроме воспоминаний и жилплощади. В хоспис попадают люди, которые прошли все виды обследования, платили за все возможное лечение. Еще когда я работал в РОНЦ, повсеместной была следующая практика: если больной не хотел ждать в очереди на обследование, он мог пройти первым. За 10—20 тыс. руб. Там же, в РОНЦ, в любой палате был «входной билет»: т.е. медсестре, зашедшей к больным, надо было сунуть в карман халата столько, сколько можешь. Если больные этого не делали, медсестра в палату больше не заходила. И все больные давали деньги, как дают их и родственники пациентов, лежащих в хосписе. Они прошли миллиард диагностических центров, это уже рефлекс: с тобой что-то сделали, значит, нужно платить деньги.

Мне было очевидно, что главный врач — человек этой системы, и менять ее было бесполезно. Естественно, персонал был в курсе, что за госпитализацию берут деньги, но никому и в голову не приходило, что это — что-то неправильное. Больных за деньги кляли в стационар, и главный врач — в доле. При этом персоналу брать деньги с больных было категорически запрещено, а самому начальству — можно. От-

крыто я с врачом не конфликтовал, просто уволился в какой-то момент, и все. После моего ухода был уволен мой товарищ, заведующий выездной службой, который мне говорил, что на него недвусмысленно давят. То есть, выезжая на визит, он изначально должен был оценивать платежеспособность пациента. Он говорил, что заниматься такими вещами не собирается, вероятно, поэтому его и уволили.

В Первом московском хосписе все совсем по-другому. Нет такого ощущения, что платная госпитализация — это круто».

11. Необходимость помощи хосписам

Анна Федермессер, президент фонда помощи хосписам «Вера»: «Люди боятся хосписов, так уж устроено. Они считают, что хосписы — это место, где умирают люди от самой страшной болезни. Для того чтобы развенчивать этот миф, должны быть настоящие хосписы. Мы все с вами — потенциальные клиенты хосписов, потому что только 13% населения земли умирают, не нуждаясь в помощи врачей. Всем остальным, так или иначе, нужна паллиативная помощь. И речь не только об онкологии: человек, получивший инсульт, которому предстоит очень скоро отправиться на облако, где он будет находиться до смерти? Если у него, например, нет дома? Никакая больница не хочет брать этих стариков, а хосписы обязаны быть не только для онкологических больных.

Страх людей логически обоснован: очень небольшая часть людей, получающих помощь в хосписах, получает ее в полном объеме и такой, какая она должна быть. Так, чтобы и родственники помощь получили, и пациенты, и чтобы было обезболивание, и комфорт, чтобы было спокойно и комфортно психологически, и чтобы ему и дома помогали, на выездной службе, и в стационаре. И чтобы в стационар он попал не за три дня до смерти, а чтобы весь период болезни он сюда периодически попадал, и чтобы его все знали и любили. Хоспис — это, безусловно, жизнь. И задача фонда состоит в том, чтобы максимальное число хосписов по всей стране приблизить к уровню Первого Московского хосписа. И это делается не только деньгами — это делается образованием, и поиском энтузиастов. Деньги на хосписы люди жертвуют неохотно: есть страх перед смертью, страх перед чем-то, хоть как-то связанным с этой темой. Если посмотреть на нашу статистику

ку, станет очевидно, что крупные бизнес-компании с нами неохотно сотрудничают. Крупный бизнес видит для себя благотворительность так: она должна быть, прежде всего, удобна им самим. А что им удобно? Поехать в детский дом с сотрудниками, закупить детям подарков на Новый год, поехать домой, выпить. Хотя нет более гуманной сферы помощи, чем помощь пациентам хосписов. Это самые одинокие, самые несчастные, самые запуганные люди на белом свете. Вопрос «Зачем помогать тем, кто все равно умрет?» не имеет смысла. А зачем после тяжелейших боев с поля вытаскивать тяжелейших раненых? Эта прекрасная традиция, раненых забирать, у нас в стране есть. Благородно, и всем понятно. И вопросов, почему их надо забирать, у людей не возникает. А на вопрос, почему надо помогать обреченному человеку, который половину своей жизни или всю свою жизнь потратил на эту страну, есть один ответ: потому что — надо. Потому что каждый из нас — это человек.

12. Недостаток паллиативных отделений для неонкологических больных

Светлана Мирзахамедова, заведующая отделением медико-социальной помощи в 64-й больнице: «Отделение у нас на 20 коечек, состоит из 6 палат, по 3–4 койки в палате. Для оказания паллиативной помощи мы, я считаю, хорошо оснащены: у нас функциональные кровати, имеется специализированное оборудование, чтобы мыть тяжелых больных, которые не способны себя обслуживать. Отделение бесплатное, работает в рамках ОМС.

Реальность жизни такова: это отделение на данный момент находится в капитальном ремонте, но мы не можем закрыть его и делаем ремонт по частям. Формально его можно закрыть, но оно востребовано, люди просят не закрывать. Объявить капремонт и отправить всех на улицу было бы негуманным, и поэтому сейчас отделение функционирует в стесненных обстоятельствах. Мы две палаты ремонтируем, уплотняем, койки ставим в коридор, заканчиваем ремонт, приступаем к новым палатам. А что делать с людьми?

Таких отделений в городе — три штуки. У нас, в 49-й больнице, и в 15-й. Мы не берем больных в вегетативном состоянии, у нас лежат те, кто, простите, «активен в пределах кровати», ни больше, ни меньше.

Срок пребывания — 2 месяца, но если родственники отказываются за-
бирать больного, изымают у него ключи и паспорт, то мы можем дер-
жать его до бесконечности.

Таких отделений, как наше, вообще быть не должно: нам катастро-
фически нужны больницы по уходу за подобными больными, где бу-
дет минимум оборудования и максимум — ухода. А у нас — высокие
технологии, томографии, ангиографы, стойки, и стоимость одного
койко-дня составляет около 3 тыс. руб. Из них, по программе ОМС,
мы получаем от государства 730 руб. за каждый день. Для больницы
это — невыгодно. Работать в таком отделении — тяжело. На 20 человек
больных — 2 медсестры, санитарок нет, их функции выполняют те же
медсестры. Но у них вполне приличная зарплата — в среднем 30 тыс.
руб. Они все приехали в Москву из области, и для них это — прилич-
ные деньги.

Очередь в наше отделение составляет до 5 месяцев. В листе ожи-
дания 171 человек. В год мы пролечиваем 200 больных, и примерно
такое же количество больных ждут лечения. И это только те люди, ко-
торые обратились в нашу больницу. А сколько их по городу, мы и не
знаем».

13. Недостаточное количество волонтеров

Лидия Мониава, менеджер детской программы в фонде помощи хосписам «Вера», волонтер отделения паллиативной помощи детям Научно-практического центра медицинской помощи детям: «Я была на экскурсии в четырех детских хосписах в Великобритании. Там есть вакансии для волонтеров: волонтер-садовник, волонтер-курьер, волонтер-водитель и т.д. Все они обучаются около двух недель. Потом с ними заключают договор, по которому волонтер обязуется ходить какое-то конкретное количество часов в хоспис. Есть волонтеры, которые работают непосредственно с детьми, помогают нянечкам, выполняют функции сиделок, проводят с детьми занятия. Обще-
ние волонтера с семьей очень строго ограничено. Например, если ребенок выписывается из хосписа домой, волонтер не имеет права общаться с ним по своей инициативе. Даже если семья зовет этого добровольца на день рождения к ребенку, он не может сам прийти, у него должно быть разрешение хосписа. В России настолько мало

волонтеров, что, если устраивать для них длительные обучения, тренинги, к больным вообще никто не будет приходить. Для нас каждый человек, который хочет что-то сделать, на вес золота. Ну а в отделении паллиативной помощи таких людей практически нет. Когда приходят новые волонтеры и у них спрашивают о мотивах, на этом этапе отсекается много народа. Например, в фонд “Подари жизнь” приходил один мужчина, вроде бы вполне адекватный. Говорил, что хочет помогать детям, и в конце интервью у него спросили, почему он решил это делать. Он ответил: “У меня недавно умер друг. Я хочу ему передать привет на тот свет”. К сожалению, таких странных людей много. Есть и те, кто распространяет свои религиозные воззрения. Часто хотят стать волонтерами родители, родственники или друзья тех, кто недавно умер.

Недавно я позвонила маме одной паллиативной девочки, она сказала, что у них все нормально, проблем нет.

– А девочка ходит?

– Нет.

– А пролежней нет?

– Уже начали появляться.

То есть она напрямую проблемы не озвучивает, но в разговоре все становится понятным. Тогда я привезла им противопролежневый матрас. Спрашиваю:

– Какие у девочки еще проблемы?

– Ей очень сложно дышать.

Позвонили врачу, узнали, что при этом делать. Поехали вместе с мамой в магазин медтехники, купили для этой девочки всяких кислородных концентраторов, трубочек для кислородных коктейлей. В Европе, разумеется, противопролежневые матрасы покупают специальные службы, а не волонтеры».

14. Зарубежный опыт

Анна Горчакова, главный врач детского хосписа в Беларуси, директор ресурсного центра паллиативной медицины: «Я по образованию детский клинический психолог, работала в онкологии. В 1994 году меня вызвал главный врач детского онкогематологического центра,

и сказал: “Аня, надо что-то делать с “безнадегами”. Домой их просто так выписывать нельзя, а места, где бы ими занимались, нет”. Меня отправили на стажировку в США, и вот там я поняла, что идеальная модель — это “домашний хоспис”. Это и дешево, и хорошо. Довольно быстро на базе нашего центра был зарегистрирован хоспис, и врачи, психологи, медсестры и социальные работники стали ездить по всей Беларуси. Сначала мы, что называется, “выезжали на обезболивание”. Но если сейчас у нас 3 автобуса, и 3 легковых машины, и штат сотрудников в 40 человек, то сначала и машин, и людей было вдвое меньше. Впрочем, в какой-то степени тогда было легче работать, чем сейчас. Во-первых, не было никаких регулирующих актов по обороту наркотиков: взял ампулу, положил в карман, пошел, обезболил. Во-вторых, люди работали на энтузиазме, за 10–15 долларов в месяц, но им было интересно. Пациенты не боялись слова “хоспис”, поскольку никто ничего толком не знал: мы, врачи, были выходцами из онкоцентра, и больные воспринимали нашу службу как продолжение лечения.

Между открытием первого детского и первого взрослого хосписов прошло ровно 10 лет, хотя я была уверена, что наша модель “домашнего паллиатива” будет растиражирована моментально. Когда этого не случилось, мы подали заявку на получение гранта Еврокомиссии, и сделали два выездных хосписа для взрослых. В этот проект мы сразу и плотно вовлекли министерство здравоохранения Минска. Практически сразу же был подписан проект о создании первого в Минске взрослого хосписа. Еще через полгода хоспис был открыт. Затем, довольно быстро, было открыто еще несколько хосписов, в каждом крупном городе, по всей стране.

Изначально планировалось, что мы будем обслуживать онкологических больных. Потом мы поняли, что делать исключительно онкологический хоспис — нерентабельно, поскольку много пациентов и с другими патологиями. Это, в основном, неврология, генетика и тяжелые последствия травм. И сейчас во всех хосписах Беларуси, как в детских, так и во взрослых, лежат пациенты не только с онкологией, но и с другими заболеваниями.

Несмотря на то что в нашем стационаре пять коек, основная модель детского хосписа — помощь на дому. Мы с самого начала работали не как настоящий хоспис, который, как правило, выполняет две программы — *respite care*, т.е. социальный отдых, и оказание

паллиативной помощи перед самым концом жизни. Мы, получается, занимаемся несколькими программами, основной из которых является помощь на дому. Я всегда считала, и буду считать, что лучшее место для ребенка — это дом. Если мы можем обеспечить ему в домашних условиях необходимое качество жизни, то мы должны это сделать.

Первые несколько лет у нас была лицензия на перевозку сильнодействующих и наркотических обезболивающих препаратов, но потом я от нее отказалась — у нас очень хорошие контакты с поликлиниками, и там спокойно, без проволочек, выписывают необходимые препараты, исходя из наших рекомендаций. И если раньше нам было проще привезти ребенку необходимый препарат, чем доказывать лечащему врачу необходимость его назначения, то сейчас, за 16 лет работы, у нас сформировалась хорошая связь с государственными структурами. Соответственно, никаких проблем с получением препарата по нашим рекомендациям больные не знают.

Мы обслуживаем 67 семей в Минске, 24 семьи в Гомеле. Плюс к этому у нас есть региональная программа: в деревнях и поселках области мы обслуживаем порядка 15 семей. В дополнение к этому 24 пациента пользуются нашей программой «социального отдыха», т.е. ложатся к нам периодически в стационар. Домашний хоспис действует по так называемой английской модели: за одной медсестрой закрепляется порядка 10 семей. С каждой семьей медсестра составляет индивидуальный план опеки, в котором прописывается количество визитов медсестер, консультации неврологов в случае необходимости, визиты других специалистов. Медицинские расходники, подача кислорода — все это прописывается в плане опеки. На общем собрании мы обсуждаем стратегию — так, у нас есть медсестра, кто обеспечит регулярные визиты врачей? Конечно же, поликлиника. Там же люди за это деньги из бюджета получают. У нас налажено сотрудничество с поликлиниками, и медсестра из хосписа может позвонить и проконтролировать периодичность визитов.

Невролог у нас собственный: как правило, в поликлиниках с ними проблема. Если речь идет об онкологическом больном, то его наблюдает наш онколог, и педиатр из поликлиники по месту жительства. Таким образом, уже получается команда: наш врач прописывает транквилизаторы или обезболивающие препараты, и объясняет схему

лечения педиатру. На территории Беларуси действует 8 взрослых хосписов и 6 – детских. На страну с населением в 10 млн человек этого вполне достаточно. В отличие от России, где сначала были созданы взрослые хосписы, а затем – детские, у нас все было наоборот, и детские хосписы «потянули» за собой хосписы взрослые. В дополнение у нас есть паллиативные отделения в домах ребенка, с аппаратами ИВЛ. Тем же Минздравом было издано специальное разрешение, согласно которому если ребенок проживает в деревне и, по каким-то причинам, умирает в больнице, то под него оборудуется паллиативная палата в той же больнице. Туда в любое время могут пройти родственники, он умирает спокойно, с обезболиванием.

Я всегда говорю, что паллиативная помощь должна быть медленной и плановой. Ты не можешь заранее сказать, что именно повысит качество жизни уходящего в небытие пациента. У нас, например, была вот такая история: больная, девушка 17 лет, с меланомой 4-й стадии. В первый раз она заболела в 15 лет, успешно была прооперирована, болезнь ушла, но ненадолго. Потом – рецидив с метастазами в легкие, с распадом в лимфоузлах. Она полностью ослепла. Массированную химию в онкологическом центре девочке делать не стали, а сразу отправили к нам. Пациентка из очень неблагополучной и бедной семьи: папа сидел в тюрьме за убийство, мама была немногим лучше папы. Помимо нее, в семье было три дочери, и жить им было категорически негде: папа с мамой пропили дом, семья кочевала. Миссионеры-американцы дали им триста долларов, на которые для этой семьи был куплен дом в Витебской области. В общем, ужасные условия. Мы забрали больную к себе в стационар, но она все время плакала и хотела обратно. Оказалось, еще до рецидива, она познакомилась с мальчиком 18 лет, который, несмотря на ее слепоту и болезнь, бросать ее не собирался. В хоспис мы его взять не могли, поскольку у него был, простите, активный гепатит и он был желтого цвета. Но она хотела быть с ним и рвалась в этот сарай. Мы ездили туда несколько раз в неделю – возили медикаменты, возили еду, потому что родные сестры били ее, слепую, по голове, и отбирали у нее куски хлеба. Мы настояли на том, чтобы девочку кормили при нас, и этот парень нам помогал. Когда она умирала, он всегда был с ней рядом. Его не волновало, как она выглядела, а выглядела больная перед смертью так, что наша медсестра, выдержав 15 минут перевяз-

ки, выбегала во двор, и ее рвало. Когда она совсем ослабла, он перевязывал ее сам, под нашим руководством, потому что этого хотела больная.

Вы можете создать прекрасные хоромы и оборудовать хоспис по последнему слову техники, но главное — сделать пациента счастливым. Эта больная, Марина, ушла из жизни в любви, о чем и мечтала. И задача паллиативщика — прислушиваться к желанию больного наиболее внимательно, вне зависимости от его возраста.

Как правило, оказанием паллиативной помощи занимаются женщины. Мужчины не выдерживают. Для мужчины очень важна его роль: как вы думаете, почему все реаниматологи — мужчины? Потому что для них важна конкретика: «Я спасаю, я делаю, я сделал». А паллиатив — это очень медленный процесс. Для умных. Я не хочу сказать, что наши мужчины дураки. В США и Европе, например, в паллиативную медицину как раз мужчины и идут. Просто у них терпения больше, чем у наших».

ГЛАВА 5. БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»

5.1. Общая информация о фонде. Основные направления деятельности

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» (свидетельство о государственной регистрации от 28 ноября 2006 г.; государственный регистрационный номер – 1067799030826) был создан в 2006 г. с целью обеспечения финансовой и информационной поддержки хосписам и другим бесплатным учреждениям здравоохранения, оказывающим паллиативную помощь на территории РФ, а также пациентам, нуждающимся в такой помощи, и их семьям.

Фонд «Вера» – единственный в России эндаумент-фонд (фонд целевого капитала) в сфере здравоохранения.

Фонд возглавляет дочь Веры Васильевны Миллионщиковой – Нюта Федермессер.

Направления деятельности Фонда:

- реализация программ и мероприятий, направленных на оказание материальной и социальной помощи Первому Московскому хоспису, его пациентам и сотрудникам;
- финансовая поддержка неизлечимых больных и их родственников как в период болезни, так и после утраты близкого человека;
- организация образовательных программ для сотрудников хосписов – врачей, среднего и младшего медицинского персонала, социальных работников и добровольцев;
- формирование общественного интереса к проблемам хосписов и их пациентов;
- работа, направленная на внедрение специализации «паллиативная медицина» в систему медицинского образования в России;

- помощь другим хосписам и паллиативным отделениям на территории России и стран СНГ.

Девиз фонда: «Если человека нельзя вылечить — это не значит, что ему нельзя помочь».

5.2. Устав фонда

УСТАВ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» (далее — «Фонд») является не имеющей членства благотворительной некоммерческой организацией, учрежденной на основе добровольных имущественных взносов и преследующей социальные, благотворительные и иные общественно полезные цели.
- 1.2. Наименование Фонда:
Полное наименование Фонда на русском языке:
Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»
Сокращенное наименование Фонда на русском языке:
Благотворительный фонд «Вера»
Наименование Фонда на английском языке:
The Hospice Charity Fund Vera
Сокращенное наименование Фонда на английском языке:
HCF «Vera»
- 1.3. Место нахождения:
**115477, Российская Федерация, г. Москва,
Пролетарский проспект, д. 39, кв. 27.**
- 1.4. Фонд создается на неопределенный срок.
- 1.5. С момента государственной регистрации Фонд является юридическим лицом, имеет в собственности обособленное имущество, имеет самостоятельный баланс, вправе открывать расчетные счета, в том числе валютные, в банках и их отделениях на территории Российской Федерации и за ее пределами, со-

вершать от своего имени любые сделки, не противоречащие законодательству Российской Федерации и настоящему Уставу, приобретать имущественные и неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в судах.

- 1.6. Фонд имеет печать с наименованием Фонда на русском языке и наименованием Фонда на английском языке.
- 1.7. Фонд вправе иметь штампы, бланки, зарегистрированную в установленном порядке символику, в том числе эмблемы, флаги и вымпелы.
- 1.8. Фонд вправе создавать структурные подразделения по основным направлениям деятельности, коммерческие и некоммерческие организации, а также вступать в ассоциации и союзы.
- 1.9. Фонд вправе создавать филиалы и открывать представительства на территории Российской Федерации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и за ее пределами в соответствии с законодательством иностранного государства по месту нахождения филиалов и представительств, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации.
Филиал и представительство не являются юридическими лицами, действуют на основании утвержденного Фондом положения. Филиал и представительство наделяются имуществом, которое учитывается как на их отдельных балансах, так и на балансе Фонда. Руководитель филиала и руководитель представительства назначаются Фондом и действуют на основании доверенности, выданной Фондом. Филиал и представительство осуществляют деятельность от имени Фонда. Ответственность за деятельность филиала и представительства несет Фонд.
- 1.10. Учредителем Фонда является физическое лицо, принявшее решение о создании Фонда (далее – **«Учредитель»**).
- 1.11. Фонд несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом. Фонд не отвечает по обязательствам государства и Учредителя. Учредитель не отвечает по обязательствам Фонда.
- 1.12. При расхождении положений настоящего Устава с положениями законодательства Российской Федерации применяются последние.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ФОНДА

2.1. Целями Фонда являются:

- реализация программ и мероприятий, направленных на оказание материальной, медицинской и социальной помощи Государственному учреждению здравоохранения города Москвы «Первый Московский хоспис департамента здравоохранения города Москвы» (далее – «ПМХ»), его сотрудникам и пациентам, а также хосписам, находящимся на территории России и стран СНГ;
- реализация программ и мероприятий, направленных на оказание помощи в сфере паллиативного лечения, социальной, реабилитационной, психологической и моральной поддержки пациентов хосписов и их родственников;
- реализация программ и мероприятий, направленных на оказание материальной, медицинской и социальной помощи малоимущим пациентам хосписов и их родственникам в период болезни и после утраты ими близкого человека;
- осуществление иной благотворительной деятельности.

2.2. Задачами Фонда являются:

- организация взаимодействия, обмена знаниями и опытом между Фондом и иными организациями, осуществляющими благотворительную деятельность, и координация их деятельности при совместном участии в реализации программ и мероприятий Фонда;
- организация информационного обмена Фонда и налаживание контактов с хосписами, службами социального обслуживания малоимущих и социально незащищенных категорий граждан и иными аналогичными органами и организациями;
- организация круглых столов с представителями органов государственной власти для обсуждения проблем и задач благотворительной деятельности и выработки рекомендаций и возможных решений;
- представление и защита интересов Фонда в органах государственной власти и управления, органах местного самоуправления, органах правосудия и иных органах и организациях;
- участие в разработке предложений и рекомендаций по совершенствованию законодательства, относящегося в том числе

- к сфере деятельности некоммерческих организаций, благотворительной деятельности, медицинской и социальной помощи хосписам, их сотрудникам и пациентам, в том числе малоимущим пациентам хосписов и их родственникам;
- финансирование, организация и проведение мероприятий, имеющих благотворительные цели в сфере помощи хосписам, их сотрудникам и пациентам, в том числе малоимущим пациентам хосписов и их родственникам;
 - оказание помощи и содействие совершенствованию материально-технической базы хосписов;
 - содействие в организации и улучшении условий и оплаты труда работников хосписов;
 - поиск и подбор лиц, в том числе благотворителей и добровольцев, для участия в благотворительной деятельности Фонда;
 - организация участия Фонда в работе российских, иностранных и международных неправительственных организаций по вопросам благотворительной деятельности и помощи хосписам, их работникам и пациентам, в том числе малоимущим пациентам хосписов и их родственникам;
 - организация сотрудничества с международными и российскими благотворительными, социальными, медицинскими и иными организациями и объединениями, обмен специалистами и опытом работы, участие в международных программах, акциях и иных мероприятиях;
 - формирование общественного интереса и внимания к проблемам хосписов, их работников и пациентов, в том числе к проблемам малоимущих пациентов хосписов и их родственников;
 - содействие придания хосписам особого статуса в реестре медицинских учреждений;
 - налаживание сотрудничества между хосписами, другими организациями, осуществляющими поддержку хосписов, организациями, работающими в сфере паллиативной медицины;
 - формирование общественного интереса и внимания к специальности «Паллиативный медик» с целью включения специальности «Паллиативный медик» в номенклатуру специ-

- альностей и должностей врачей и среднего медицинского персонала Российской Федерации;
 - организация контроля за соблюдением участниками благотворительной деятельности норм нравственности и этики при осуществлении благотворительной деятельности;
 - содействие в создании образовательного центра с целью проведения образовательных мероприятий для работников хосписов, пациентов и их родственников;
 - создание собственных печатных изданий Фонда;
 - иные задачи, необходимые для достижения целей Фонда.
- 2.3. Фонд осуществляет свою деятельность в виде проведения благотворительных программ, а также отдельных благотворительных акций. Благотворительные программы Фонда представляют собой комплекс мероприятий, утвержденных Правлением Фонда и направленных на решение конкретных задач, соответствующих уставным целям Фонда. Благотворительная программа включает смету предполагаемых поступлений и планируемых расходов (включая оплату труда лиц, участвующих в реализации благотворительной программы), устанавливает этапы и сроки ее реализации.
- 2.4. Работники Фонда при исполнении своих трудовых обязанностей, члены Правления, члены Попечительского Совета и Президент обязаны соблюдать положения Этического кодекса Фонда, утвержденного Правлением Фонда.

3. ПРЕДМЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА

- 3.1. Фонд осуществляет свою деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Уставом.
- 3.2. Предметом деятельности Фонда для достижения целей и задач Фонда является:
- осуществление благотворительной деятельности и иной деятельности, направленной на достижение общественно полезных целей;
 - осуществление международной благотворительной деятельности;

- оказание информационных и консультационных услуг по вопросам благотворительной деятельности и иной деятельности, направленной на достижение общественно-полезных целей;
 - оказание представительских и посреднических услуг для российских и иностранных лиц, в том числе благотворительных и общественных организаций;
 - осуществление рекламной, издательской, творческой деятельности;
 - учреждение средств массовой информации, владение, пользование и распоряжение ими;
 - распространение информации о деятельности Фонда, его целях и задачах;
 - организация и проведение благотворительных мероприятий, в том числе выставок, концертов, гастролей, семинаров, конференций, иных мероприятий;
 - осуществление спортивно-оздоровительной деятельности, в том числе в спортивных секциях, группах здоровья, реабилитационных и оздоровительных центрах;
 - осуществление деятельности, связанной с подбором и трудоустройством работников хосписов;
 - совершение гражданско-правовых сделок, в том числе по приобретению объектов гражданских прав, включая объекты движимого и недвижимого имущества, денежные средства, ценные бумаги, и распоряжение объектами гражданских прав;
 - создание коммерческих организаций и (или) участие в коммерческих организациях, а также в союзах и ассоциациях некоммерческих организаций;
 - осуществление иной деятельности, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации и направленной на достижение целей Фонда.
- 3.3. Отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законодательством Российской Федерации, Фонд может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии).
- 3.4. Для обеспечения реализации целей и задач Фонда Фонд вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, не запрещен-

ную действующим законодательством Российской Федерации и соответствующую целям, для достижения которых он создан.

4. УЧАСТНИКИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА

4.1. Участниками благотворительной деятельности Фонда являются:

- физические и (или) юридические лица, осуществляющие благотворительные пожертвования Фонду в предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации формах, и имеющие право устанавливать цели и порядок использования Фондом своих пожертвований (далее – «Благотворители»);
- физические и (или) юридические лица, получающие благотворительные пожертвования от Благотворителей, помощь от Добровольцев – ПМХ и другие хосписы, работники хосписов, пациенты хосписов и их родственники, а также иные лица, имеющие непосредственное отношение к паллиативной медицине (далее – «Благополучатели»);
- физические лица, осуществляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного труда в интересах Благополучателя, в том числе в интересах Фонда (далее – «Добровольцы»).

4.2. Благотворители и Добровольцы имеют право:

- быть избранными в Правление Фонда;
- быть избранными в Попечительский Совет Фонда;
- участвовать в деятельности Фонда путем внесения благотворительных пожертвований в формах, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации или путем осуществления благотворительной деятельности в форме безвозмездного труда;
- контролировать цель и порядок использования Фондом благотворительных пожертвований, в отношении которых Благотворителями установлены цель и порядок их использования;
- выступать с предложениями по совершенствованию деятельности Фонда;

- обращаться в органы управления Фонда по любым вопросам, связанным с деятельностью Фонда, получать информацию о деятельности Фонда, его планах и программах;
- запрашивать у органов управления Фонда информацию о выполнении решений Правления или Попечительского Совета;
- вносить предложения в повестку дня заседаний Правления;
- получать от Фонда консультативную, методологическую, юридическую и иную помощь для достижения целей и задач Фонда;
- реализовывать другие права, предусмотренные настоящим Уставом.

4.3. Благотворители и Добровольцы обязаны:

- не разглашать конфиденциальную информацию о деятельности Фонда;
- соблюдать положения настоящего Устава и других документов, регламентирующих деятельность Фонда, в том числе Положения о Попечительском Совете Фонда и Этического кодекса Фонда;
- выполнять относящиеся к Благотворителям законные решения органов управления Фонда;
- предоставлять информацию, необходимую для решения вопросов, связанных с деятельностью Фонда;
- не причинять ущерба Фонду и не наносить вреда репутации Фонда;
- не совершать поступков, несовместимых с целями и задачами Фонда.

4.4. Участие в благотворительной деятельности Фонда в отношении любого Благотворителя или Добровольца может быть прекращено по решению Правления Фонда в следующих случаях:

- несоблюдение положений настоящего Устава и (или) других документов, регламентирующих деятельность Фонда, в том числе Положения о Попечительском Совете Фонда и Этического кодекса Фонда;
- невыполнение законных решений органов управления Фонда;
- разглашение конфиденциальной информации о деятельности Фонда;

- причинение ущерба Фонду или нанесение вреда репутации Фонда;
 - совершение поступка, несовместимого с целями и задачами Фонда.
- 4.5. При прекращении участия в благотворительной деятельности Фонда по любому основанию Благотворитель не имеет права на получение имущества (полностью или в части) или стоимости имущества, переданного Благотворителем в собственность Фонда. Благотворительные пожертвования, внесенные Благотворителем, возврату Благотворителю не подлежат. Ущерб, причиненный Фонду по вине Благотворителя, должен быть возмещен Благотворителем Фонду в полном объеме на основании решения Правления.

5. ПРАВЛЕНИЕ ФОНДА

- 5.1. Высшим органом управления Фонда является Правление.
- 5.2. Правление должно состоять не менее чем из 5 (Пяти) членов. Учредитель Фонда и Президент Фонда являются постоянными членами Правления. Президент Фонда входит в состав Правления без права решающего голоса.

Первоначальный состав Правления формируется Учредителем.

Избрание новых членов Правления, в том числе вместо выбывших, проводится по предложению любого из членов Правления и (или) Попечительского Совета. В Правление могут быть приняты Благотворители и Добровольцы, предложенные любым из членов Правления и утвержденные решением Правления. Решение об избрании новых членов Правления принимается большинством голосов членов текущего состава Правления, присутствующих на заседании Правления. При принятии Правлением решения относительно утверждения новых членов Правления голос Учредителя является решающим.

- 5.3. Полномочия членов Правления (за исключением Учредителя) могут быть прекращены по их личной инициативе или по решению Правления, принятому большинством голосов членов Правления, присутствующих на заседании Правления. При этом член Правления, в отношении которого принимается данное ре-

шение, участия в голосовании не принимает, а голос Учредителя является решающим.

- 5.4. Члены Правления осуществляют свои обязанности в качестве добровольцев и имеют право на возмещение расходов, связанных с их участием в заседаниях Правления.

Члены Правления Фонда не вправе занимать штатные должности в администрации коммерческих и некоммерческих организаций, учредителем (участником) которых является Фонд.

Члены Правления обязаны соблюдать положения Этического кодекса Фонда.

- 5.5. К компетенции Правления относится решение следующих вопросов:

- 1) внесение изменений и дополнений в Устав Фонда и утверждение Устава Фонда в новой редакции;
- 2) определение приоритетных направлений деятельности Фонда, принципов формирования и использования его имущества, утверждения текущих и перспективных планов хозяйственной деятельности Фонда;
- 3) утверждение благотворительных программ Фонда;
- 4) образование исполнительного органа Фонда и досрочное прекращение его полномочий;
- 5) принятие и утверждение внутренних документов Фонда, регулирующих деятельность Фонда, в том числе Этического кодекса Фонда;
- 6) определение порядка проведения заседаний Правления;
- 7) реорганизация Фонда;
- 8) утверждение годового отчета и годового бухгалтерского баланса Фонда;
- 9) утверждение финансового плана Фонда и внесение в него изменений;
- 10) назначение аудиторской проверки, утверждение аудитора и определение размера оплаты его услуг;
- 11) создание коммерческих и некоммерческих организаций, участие в других организациях, вступление в ассоциации и союзы;
- 12) создание филиалов и открытие представительств Фонда;

- 13) решение вопроса об одобрении сделок при наличии «конфликта интересов» в соответствии со ст. 27 Федерального закона «О некоммерческих организациях»;
 - 14) определение перечня сделок, для совершения которых Президенту Фонда требуется предварительное согласие Правления;
 - 15) решение вопроса об одобрении сделок, на совершение которых Президенту Фонда требуется предварительное согласие Правления;
 - 16) решение иных вопросов в соответствии с настоящим Уставом и федеральными законами.
- 5.6. Решения Правления могут быть приняты с проведением заседания (при совместном присутствии членов Правления для обсуждения вопросов повестки дня и принятия решений по вопросам, поставленным на голосование) или без проведения заседания — путем проведения заочного голосования (опросным путем). Порядок проведения заочного голосования определяется внутренним документом Фонда, утверждаемым Правлением.
- 5.7. Решения по вопросам, указанным в пп. 1), 2), 4), 5), 7) п. 5.5 настоящего Устава, принимаются Правлением большинством в три четверти голосов членов Правления, присутствующих на заседании Правления (принимающих участие в заочном голосовании). Решения по остальным вопросам п. 5.5 настоящего Устава принимаются простым большинством голосов членов Правления, присутствующих на заседании Правления (принимающих участие в заочном голосовании).
- При решении вопроса, указанного в пп. 4) п. 5.5, голос Учредителя является решающим.
- Вопросы, указанные в п. 5.5 настоящего Устава, относятся к исключительной компетенции Правления и не могут быть переданы на рассмотрение Президенту Фонда.
- 5.8. На заседании Правления допускается как тайное, так и открытое голосование.
- 5.9. Заседания Правления проводятся по мере необходимости, но не реже чем 2 (Два) раза в год.

- 5.10. Лицом, ответственным за созыв Правления, является Президент Фонда, который готовит повестку дня заседания Правления.
- 5.11. Заседание Правления может быть созвано по требованию Учредителя, любого члена Правления, любого члена Попечительского Совета или Президента Фонда. Требование о созыве заседания Правления в письменной форме должно быть направлено Президенту Фонда и содержать формулировки вопросов, подлежащих внесению в повестку дня заседания Правления.
- 5.12. Сообщение о проведении заседания Правления должно быть сделано не позднее чем за 15 (Пятнадцать) дней до даты проведения заседания Правления. В указанный срок сообщение о проведении заседания Правления Фонда должно быть направлено за счет Фонда всем членам Правления Фонда заказным письмом с уведомлением о вручении или вручено каждому из них лично под роспись.
- 5.13. Право на участие в заседании Правления осуществляется членами Правления лично.
- 5.14. Заседание Правления правомочно (имеет кворум), если в нем приняло участие не менее 50 (Пятидесяти) процентов членов Правления.
- 5.15. При отсутствии кворума для проведения заседания Правления может быть проведено повторное заседание Правления с той же повесткой дня. Повторное заседание Правления правомочно (имеет кворум), если в нем приняло участие не менее 30 (Тридцати) процентов членов Правления.
- 5.16. Голосование на заседании Правления осуществляется по принципу «Одно лицо – один голос».
- 5.17. В начале каждого заседания Правления избираются Председатель и секретарь заседания Правления. Председателем и секретарем заседания Правления могут быть избраны любые члены Правления. Председатель заседания председательствует на заседании Правления Фонда и подписывает документы от имени Правления Фонда до следующего заседания Правления.
- 5.18. Протокол заседания Правления составляется не позднее 10 (Десяти) дней с даты заседания Правления в 2 (Двух) экземплярах, подписываемых Председателем и секретарем заседания Правления.

6. ПРЕЗИДЕНТ

6.1. Единоличным исполнительным органом управления Фонда является Президент.

6.2. Президент избирается Правлением сроком на 2 (Два) года и подотчетен Правлению. По решению Правления полномочия Президента могут быть прекращены досрочно.

Учредитель, а также любой член Правления имеет право быть избранным на должность Президента Фонда.

6.3. Трудовой договор с Президентом от имени Фонда подписывается членом Правления, который уполномочен на подписание трудового договора с Президентом решением Правления.

6.4. К компетенции Президента относятся решение следующих вопросов:

- 1) руководство текущей деятельностью Фонда;
- 2) исполнение решений Правления Фонда;
- 3) издание приказов и распоряжений по вопросам деятельности Фонда, обязательных для всех работников Фонда;
- 4) разработка и утверждение штатного расписания Фонда;
- 5) прием и увольнение работников Фонда, заключение трудовых договоров, определение условий оплаты труда работников Фонда, применение мер дисциплинарного взыскания и поощрения к работникам Фонда;
- 6) открытие расчетных и других счетов Фонда в банках в Российской Федерации и за рубежом;
- 7) распоряжение в соответствии с решениями Правления Фонда денежными средствами и иным имуществом Фонда, а также иными объектами гражданских прав, принадлежащими Фонду;
- 8) совершение в соответствии с решениями Правления Фонда от имени Фонда гражданско-правовых сделок, подписание от имени Фонда различных документов;
- 9) представление без доверенности интересов Фонда перед третьими лицами в Российской Федерации и за рубежом, в том числе перед гражданами, органами власти и управления, предприятиями, учреждениями и организациями, независимо от их формы собственности и организационно-правовой формы;

- 10) выдача доверенностей на право представительства от имени Фонда, в том числе доверенностей с правом передоверия;
- 11) организация созыва и проведения заседаний Правления Фонда;
- 12) решение иных вопросов, не составляющих исключительную компетенцию Правления Фонда.

В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим Уставом, Президент вправе совершать сделки и иные юридические действия только с предварительного согласия Правления.

- 6.5. Президент имеет заместителей. Заместители Президента – Вице-Президенты назначаются на должность приказом Президента. В случае невозможности исполнения Президентом своих обязанностей, его функции исполняет Заместитель.
- 6.6. Президент при осуществлении им трудовых обязанностей должен действовать в интересах Фонда и в соответствии с его целями и задачами добросовестно и разумно, а также соблюдать Этический кодекс Фонда.
- 6.7. Президент обязан предоставлять Попечительскому Совету по требованию последнего любую информацию о деятельности Фонда, находящуюся в ведении Президента.
- 6.8. Досрочное прекращение полномочий Президента возможно по инициативе Президента (по собственному желанию) или по решению Правления.

7. ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ

- 7.1. Попечительский Совет осуществляет надзор за деятельностью Фонда, принятием другими органами Фонда решений и обеспечением их исполнения, надзор за использованием средств Фонда, соблюдением Фондом действующего законодательства Российской Федерации. Попечительский Совет осуществляет свою деятельность на общественных началах.
- 7.2. Попечительский Совет должен состоять не менее чем из 3 (Трех) членов. Первоначальный состав Попечительского Совета формируется Учредителем.

Избрание новых членов Попечительского Совета, в том числе вместо выбывших, проводится по предложению любого

из членов Попечительского Совета Фонда. Кандидатура нового члена Попечительского Совета предварительно должна быть одобрена Учредителем.

Решение об избрании новых членов Попечительского Совета принимается большинством голосов членов текущего состава Попечительского Совета, присутствующих на заседании Попечительского Совета.

7.3. Полномочия членов Попечительского Совета могут быть прекращены по их личной инициативе или по решению Попечительского Совета, принятому большинством голосов членов Попечительского Совета, присутствующих на заседании Попечительского Совета. При этом член Попечительского Совета, в отношении которого принимается данное решение, участие в голосовании не принимает.

7.4. Членом Попечительского Совета может быть Учредитель и любое физическое лицо по рекомендации Учредителя Фонда.

Члены Попечительского Совета избирают из своего состава Председателя Попечительского Совета.

7.5. Попечительский Совет осуществляет свою деятельность посредством проведения проверок деятельности органов управления Фонда и посредством проведения заседаний Попечительского Совета.

7.6. Попечительский Совет проводит проверки деятельности органов управления Фонда в любое время как самостоятельно, так и посредством привлечения специалистов, экспертов, консультантов и иных лиц, обладающих специальными знаниями и навыками.

7.7. Попечительский Совет проводит заседания по мере необходимости. Заседание Попечительского Совета может быть созвано по требованию Учредителя, Президента, Председателя Попечительского Совета, любого из членов Попечительского Совета, любого из членов Правления. Заседание Попечительского Совета ведет Председатель Попечительского Совета.

7.8. Заседание Попечительского Совета правомочно (имеет кворум), если на нем присутствуют не менее 50 (Пятидесяти) процентов половины членов Попечительского Совета. Решения на заседании Попечительского Совета принимаются большинством голосов членов Попечительского Совета, присутствующих на

заседании Попечительского Совета, при этом каждый член Попечительского Совета имеет один голос. При этом голос Председателя Попечительского Совета является решающим.

- 7.9. Решения Попечительского Совета носят рекомендательный характер и подлежат обязательному рассмотрению органами Фонда, которым они адресованы.
- 7.10. О результатах своей деятельности Попечительский Совет докладывает Правлению и Президенту Фонда.
- 7.11. Другие вопросы деятельности Попечительского Совета Фонда регулируются Положением о Попечительском Совете Фонда, утверждаемым Учредителем.

8. ИМУЩЕСТВО

- 8.1. Фонд может иметь в собственности и на иных правах объекты движимого и недвижимого имущества, включая здания, сооружения, земельные участки, жилой фонд, денежные средства, ценные бумаги, а также имущественные и неимущественные права и иные объекты гражданских прав и распоряжаться указанными объектами.
- 8.2. Источниками формирования имущества Фонда являются:
 - добровольные имущественные взносы;
 - благотворительные пожертвования, в том числе носящие целевой характер, предоставляемые физическими или юридическими лицами в денежной и натуральной форме;
 - поступления в результате проведения кампаний по привлечению благотворителей и добровольцев, включая организацию и проведение развлекательных, культурных, спортивных и иных массовых мероприятий, кампаний по сбору благотворительных пожертвований, лотерей и аукционов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - поступления от реализации имущества Фонда или от реализации благотворительных пожертвований, поступивших в натуральной форме;
 - доходы от предпринимательской деятельности Фонда, осуществляемой исключительно для достижения уставных целей Фонда и в соответствии с ними, в том числе выручка от реализации товаров, работ, услуг;

- внереализационные доходы (в том числе дивиденды, проценты), получаемые по акциям, облигациям, другим ценным бумагам и вкладам;
 - доходы, получаемые от использования объектов гражданских прав, принадлежащих Фонду;
 - труд добровольцев;
 - иные не запрещенные законом поступления.
- 8.3. Фонд использует свое имущество для целей, определенных в настоящем Уставе, и обязан ежегодно публиковать отчеты об использовании имущества Фонда. Учредитель и Благотворители не вправе использовать имущество Фонда в собственных интересах.
- 8.4. Фонд осуществляет владение, пользование и распоряжение находящимся в его собственности имуществом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, целями своей деятельности, настоящим Уставом, целями и порядком использования благотворительных пожертвований, определенными благотворительными программами Фонда, Благотворителями и (или) Правлением Фонда.
- 8.5. Фонд не вправе использовать на оплату труда административно-управленческого персонала Фонда (за исключением труда лиц, участвующих в реализации благотворительных программ и мероприятий Фонда) более 20 (Двадцати) процентов финансовых средств, расходуемых Фондом за финансовый год.
- Если Благотворителем и (или) благотворительной программой Фонда не установлено иное, не менее 80 (Восьмидесяти) процентов благотворительного пожертвования в денежной форме должно быть использовано Фондом на благотворительные цели в течение года с момента получения Фондом этого пожертвования. Благотворительные пожертвования в натуральной форме направляются на благотворительные цели в течение одного года с момента их получения, если иное не установлено Благотворителем и (или) благотворительной программой Фонда.
- 8.6. Имущество Фонда не может быть передано (в формах продажи, оплаты товаров, работ, услуг и в других формах) Учредителю, члену Правления, члену Попечительского Совета, Благотворителям или Добровольцам на более выгодных для них условиях, чем для других лиц.

- 8.7. Доходы от предпринимательской деятельности Фонда не подлежат распределению между Учредителем, Благотворителями и Добровольцами и могут быть использованы исключительно для достижения целей и задач Фонда. При превышении доходов Фонда над его расходами сумма превышения не подлежит распределению между его Учредителем и Благотворителями, а направляется на реализацию целей и задач Фонда.
- 8.8. Фонд может совершать в отношении находящегося в его собственности имущества любые сделки, не противоречащие законодательству Российской Федерации, уставу Фонда, пожеланиям Благотворителя.

9. УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ

- 9.1. Фонд ведет бухгалтерский учет и представляет отчетность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 9.2. Фонд ежегодно представляет в орган, принявший решение о государственной регистрации благотворительных организаций, отчет о своей деятельности (далее – «**Ежегодный отчет**») в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также обеспечивает открытый доступ, включая доступ средств массовой информации, к своим Ежегодным отчетам, отчету об использовании имущества Фонда и информации о деятельности Фонда.
- 9.3. Президент Фонда ежегодно предоставляет Учредителю и членам Попечительского Совета отчет о деятельности Фонда, который содержит сведения о реализованных за отчетный год программах, юридических и физических лицах, получивших поддержку Фонда, о составе и источниках доходов и о составе расходов по каждой программе Фонда, а также копии Ежегодного отчета, отчета об использовании имущества Фонда, годовой бухгалтерской, налоговой и другой отчетности в соответствующие органы.

10. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ ФОНДА

- 10.1. Реорганизация Фонда может быть осуществлена по решению Правления Фонда в форме слияния, присоединения, разделения, выделения. Фонд считается реорганизованным, за исключением

случаев реорганизации в форме присоединения, с момента государственной регистрации вновь возникшего юридического лица. При реорганизации Фонда в форме присоединения к Фонду другой организации Фонд считается реорганизованным с момента внесения в единый государственный реестр юридических лиц записи о прекращении деятельности присоединенной организации. При реорганизации права и обязанности, принадлежащие Фонду, переходит к его правопреемнику в порядке, установленном законом.

- 10.2. Решение о ликвидации Фонда может быть принято только судом по заявлению заинтересованных лиц.
- 10.3. Фонд может быть ликвидирован:
 - если имущества Фонда недостаточно для осуществления его целей и вероятность получения необходимого имущества не реальна;
 - если цели Фонда не могут быть достигнуты, а необходимые изменения целей Фонда не могут быть произведены;
 - в случае уклонения Фонда в его деятельности от целей, предусмотренных его уставом;
 - в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 10.4. Суд, принявший решение о ликвидации Фонда, по согласованию с органом, осуществившим государственную регистрацию Фонда, назначает ликвидационную комиссию и устанавливает, в соответствии с законодательством, порядок и сроки ликвидации Фонда.
- 10.5. При ликвидации Фонда оставшееся после удовлетворения требований кредиторов имущество направляется на его уставные цели.
- 10.6. Ликвидация Фонда считается завершенной, а Фонд — прекратившим существование после внесения об этом записи в единый государственный реестр юридических лиц.
- 10.7. Документы по личному составу передаются в установленном законом порядке на государственное хранение. Решение о ликвидации Фонда направляется в зарегистрировавший его орган для исключения Фонда из единого государственного реестра юридических лиц.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В УСТАВ

- 11.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Уставу регистрируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 11.2. Изменения настоящего Устава приобретают силу для третьих лиц с момента государственной регистрации изменений настоящего Устава, если иное не установлено законом.

5.3. Этический кодекс фонда

Этическим кодексом Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» руководствуются члены Попечительского Совета фонда, члены Правления, Президент, все сотрудники фонда и добровольцы.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС

1. Работать бескорыстно, руководствуясь интересами пациентов хосписов и их близких.
2. Разделять философию хосписного движения и принципы паллиативной медицины.
3. Способствовать распространению информации о хосписах и их философии.
4. Выступать против эвтаназии в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями. Хосписы – доказательство того, что страдания этих пациентов можно облегчить, а жизнь сделать достойной.
5. Выполнять любую, даже самую незначительную работу в Фонде с полной отдачей и личной ответственностью. Помнить, что каждое дело – это помощь конкретному человеку.
6. Проявлять доброжелательность, терпимость и честность в нашей общей работе.
7. Помнить, что наша репутация – репутация Фонда.

Всем, кто связан с деятельностью фонда, также адресованы напоминания, сформулированные Верой Васильевной Миллионщиковой в год создания фонда:

1. Хороших людей больше, чем нехороших. Только на нехороших у нас лучше память.
2. В хосписах трудятся только хорошие люди.
3. Добро творить — очень ответственное дело, поэтому тысячу раз проверь себя, ибо «ты в ответе за тех, кого приручил».
4. Беспокойная совесть — единственный двигатель милосердия.
5. Научиться отдавать, не ожидая ничего взамен, — отличительная черта истинно свободного человека.
6. Поступай с другими так, как ты бы хотел, чтобы поступали с тобой, с твоими близкими.

5.4. Структура фонда

ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ

Сопредседатели

Ингеборга Дапкунайте, *актриса*

Татьяна Люсьеновна Друбич, *актриса, врач*

Члены Попечительского Совета

Вера Васильевна Миллионщикова, *главный врач Первого Московского хосписа с 1994 по 2010 г.*

Михаил Михайлович Алшибая, *кардиохирург, профессор, заведующий отделением Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева*

Татьяна Арно, *телеведущая*

Элисо Константиновна Вирсаладзе, *музыкант, народная артистка СССР, лауреат Государственной премии России*

Владимир Николаевич Войнович, *писатель, художник, лауреат Государственной премии России и премии имени А.Д. Сахарова*
Наталья Григорьевна Гутман, *музыкант, народная артистка СССР, лауреат Государственной премии России*
Зоя Валентиновна Ерошок, *журналист, обозреватель «Новой газеты»*
Андрис Лиєпа, *артист балета*
Дуня Смирнова, *сценарист, режиссер, телеведущая*
Людмила Евгеньевна Улицкая, *писатель, лауреат премии «Букер»*
Марина Цурцумия, *кинорежиссер, продюсер*
Софико Шеварднадзе, *журналист*

ПРАВЛЕНИЕ

Высшим органом управления Фонда является **Правление**.
В состав Правления входят:

Председатель Правления
Дмитрий Ямпольский

Члены Правления

Нюта Федермессер, *Президент Фонда*
Елизавета Глинка, *создатель хосписа в Киеве (блог «Доктор Лиза»)*
Елена Голосова, *юрист*
Зоя Светова, *журналист*
Филипп Бахтин, *журналист*
Григорий Мазманянц, *исполнительный директор фонда «Подари жизнь»*
Сергей Судаков, *финансист*
Михаил Масчан, *врач*

Президент

Исполнительный орган Правления Фонда – **Президент Фонда**.

Президент Фонда
Нюта Федермессер

5.5. Благотворительные программы фонда

5.5.1. Программа «Помощь Первому Московскому хоспису»

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

Первый Московский хоспис (ПМХ) оказывает специализированную медицинскую, социальную, психологическую, духовную и юридическую помощь неизлечимым онкологическим больным, а также их семьям, как в период болезни, так и после утраты близких.

Все пациенты ПМХ – инвалиды I группы, т.е. нуждаются в постоянном постороннем уходе; 70% – обездвижены; 50% страдают психическими расстройствами из-за интоксикации и метастазов в головной мозг. Более 70% больных хосписа страдают от болевого синдрома, что требует не только медикаментозной терапии, но и профессионального умения переключить больного, отвлечь его, предоставить ему физический и психологический комфорт.

На сегодняшний день бюджетного финансирования недостаточно для приобретения необходимого количества средств по уходу за пациентами хосписа.

Специфика их состояния также требует приобретения специального оборудования, покупка которого не финансируется из бюджета (например, индивидуальные оксигенаторы). Кроме того, для успеха проводимых в хосписе лечебных мероприятий необходимо обеспечение пациентам возможности полноценно отдыхать с учетом их тяжелого физического состояния – мероприятия, направленные на эти цели, также не финансируются из бюджета.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Основными целями программы «Помощь ПМХ» являются:

- создание для пациентов хосписа максимально комфортных условий пребывания и лечения;
- финансирование приобретения медицинского оборудования и средств ухода за больными;
- благоустройство территории ПМХ и ремонтные работы;
- социальная помощь персоналу и добровольцам ПМХ;

- помощь малоимущим пациентам ПМХ и их родственникам;
- финансирование 25% общего бюджета ПМХ за счет дохода от Целевого Капитала.

Обеспечение дополнительных социальных гарантий и материальной помощи для персонала и добровольцев должно способствовать повышению престижа работы в хосписе. Это позволяет, с одной стороны, удержать лучшие кадры, а с другой – сохранить требовательность и бескомпромиссность при приеме на работу в хоспис.

Благоустройство ПМХ помогает максимально приблизить условия хосписа к домашним и тем самым гарантировать достойные условия жизни больным, стабилизировать психологическое состояние родственников и предоставить возможность психологической разгрузки персоналу и добровольцам. Возможность работать в достойных условиях, жить в уютной палате и выходить в сад, ухаживать за цветами и посещать часовню – незаменима для пациентов и персонала хосписа.

Дополнительными целями программы является обеспечение пациентов ПМХ транспортными, экскурсионными услугами, услугами парикмахера и косметолога, другими услугами.

На основании описанных выше целей программы выделены следующие проекты.

ПРОЕКТ 1

«КОМФОРТ И ДОСТОИНСТВО»

Реализация проекта «Комфорт и достоинство» подразумевает:

- оснащение хосписа современным медицинским оборудованием и приспособлениями по уходу за больными;
- приобретение средств по уходу за больными;
- приобретение расходных материалов;
- приобретение средств по уходу за кожей;
- приобретение перевязочных средств;
- приобретение средств личной гигиены;
- приобретение постельного белья и спецодежды;
- приобретение современной бытовой и оргтехники;
- затраты на ремонт и обслуживание оргтехники, своевременную закупку расходных материалов;
- организацию и финансирование сервиса и ремонта приобре-

- тенного медицинского оборудования, мебели, бытовой и оргтехники, сантехники;
- финансовую благотворительную помощь малоимущим пациентам хосписов и их родственникам, как в период болезни, так и в течение года после утраты близкого;
- организацию и финансирование различных услуг для пациентов хосписа, в том числе транспортных (внеплановая доставка домой и обратно, а также на спецобследование), парикмахерских и маникюрных услуг, других услуг;
- другие виды помощи, соответствующие уставной деятельности хосписа и Фонда.

ПРОЕКТ 2

«СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛА ПМХ»

Учитывая моральные и физические трудности работы в хосписе, оплата труда сотрудников, обеспечиваемая государством, представляется Правлению Фонда недостаточной. Для поддержания высокой мотивации и поднятия уровня престижности работы в хосписе (для сохранения возможности допускать для работы в хосписе только самых достойных кандидатов) Фонд считает необходимым обеспечить социальную защиту персонала ПМХ и добровольцев.

Реализация проекта «Социальная защита персонала ПМХ» подразумевает:

- финансирование дотаций на проезд до места работы;
- финансирование дотаций на оплату мобильной связи для сотрудников выездной службы и круглосуточных дежурных;
- финансирование дотаций на оплату коммунальных услуг;
- финансирование и организацию дополнительного питания;
- финансирование и организацию отдыха для детей с родителями во время каникул;
- заключение и обслуживание договоров добровольного медицинского страхования сотрудников;
- создание фонда материальной помощи и поощрения сотрудников;
- единовременные выплаты сотрудникам и добровольцам;
- другие виды помощи, соответствующие уставной деятельности хосписа и Фонда.

ПРОЕКТ 3

«БЛАГОУСТРОЙСТВО ПМХ»

Реализация проекта «Благоустройство ПМХ» подразумевает:

- финансирование и организацию ремонта здания и внутренних помещений ПМХ;
- содействие, в том числе финансовое, созданию специализированной детской палаты в здании ПМХ;
- приобретение и установку, в том числе:
 - пластиковых окон;
 - кондиционеров;
 - бытовой и оргтехники;
- финансирование благоустройства прилегающей территории;
- ремонт и реконструкцию прачечной и кухни, включая покупку нового оборудования;
- финансирование и организацию ландшафтных работ и декорирования:
 - обновление газонов и цветников;
 - создание и обустройство зимнего сада и оранжерейного домика;
 - приобретение садового инвентаря и проч.;
- приобретение средств и оборудования для уборки помещений,
- обновление в палатах и других помещениях ПМХ, в том числе:
 - батарей центрального отопления;
 - сантехники и проч.;
- другие виды помощи, соответствующие уставной деятельности хосписа и Фонда.

5.5.2. Программа «Помощь региональным хосписам»

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» планирует осуществлять финансовую и иную помощь хосписам на территории бывшего СССР. Хосписы в регионах сталкиваются не только с неприятием и непониманием общества, но и с отсутствием бюджетных средств (они финансируются по остаточному принципу), нехваткой и недо-

статочной квалификацией персонала (средний возраст сотрудников региональных хосписов – 60 лет). Кроме того, региональные хосписы не умеют и опасаются работать с благотворительностью. Фонд считает необходимым помогать хосписам и их пациентам, обучать руководство хосписов основам работы с благотворителями.

ЦЕЛИ ПРОГРАММЫ

Основной целью программы «Помощь региональным хосписам» является финансовая помощь хосписам для реализации их уставной деятельности, а также содействие обучению персонала, частичное финансирование ремонта здания, материальная помощь малоимущим пациентам хосписов и их родственникам.

ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

- Оснащение хосписов современным медицинским оборудованием и приспособлениями по уходу за больными;
- приобретение средств по уходу за больными;
- приобретение расходных материалов;
- приобретение средств по уходу за кожей;
- приобретение перевязочных средств;
- приобретение средств личной гигиены;
- приобретение постельного белья и спецодежды;
- приобретение современной бытовой и оргтехники;
- затраты на ремонт и обслуживание оргтехники, своевременную закупку расходных материалов;
- организация и финансирование сервиса и ремонта приобретенного медицинского оборудования, мебели, бытовой и оргтехники, сантехники;
- финансовая благотворительная помощь малоимущим пациентам хосписов и их родственникам, как в период болезни, так и в течение года после утраты близкого;
- создание фонда материальной помощи и поощрения сотрудников;
- единовременные выплаты сотрудникам и добровольцам;
- финансирование и организация частичного ремонта здания и внутренних помещений;
- приобретение средств и оборудования для уборки помещений;

- другие виды помощи, соответствующие уставной деятельности хосписов и Фонда;
- обучение персонала.

* * *

С 2008 г. Фонд оказал поддержку следующим хосписам: в г. Туле (2008, 2009, 2010, 2011 гг.), Ярославле (2008, 2009 гг.), Санкт-Петербурге (2009, 2010, 2011 гг.), Ростове-на-Дону (2009) Липецке (2009, 2010, 2011 гг.), Ижевске (2010, 2011 гг.), Нижнем Новгороде (2010 г.), Пскове (2011 г.), Тюмени (2011 г.), Таганроге (2011 г.) Челябинске (2011 г.), Калининграде (2011 г.), а также Городской клинической психиатрической больнице № 15 г. Москвы (2011 г.) и паллиативному отделению Научно-практического центра медицинской помощи детям (НПЦ) в Солнцево, г. Москва (2010, 2011 гг.).

Хосписы и паллиативные отделения всегда могут обратиться за информационной и образовательной поддержкой, а также (при недостаточном бюджетном финансировании) прислать в Фонд письмо-обращение – заявку с описанием нужд пациентов, например:

- расходных материалов (памперсы, пеленки, средства по уходу и перевязке);
- медицинского оборудования и инвентаря (противопрележневые системы, функциональные кровати, тумбочки, тележка для мытья лежачих пациентов);
- медикаментов, в том числе и наркотических обезболивающих препаратов;
- дополнительном питании пациентов.

Отправить письмо-обращение можно по электронной почте: fund@hospicefund.ru, или по факсу: 8 (499) 245 43 22; дополнительную информацию можно получить по телефону: 8 (499) 245 75 78.

ПОЛИТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Для обращения за поддержкой в фонд нужно соблюсти несколько обязательных требований, обусловленных необходимостью отчитываться о расходовании средств.

Хоспис¹ рассматривается как объект благотворительной помощи после получения официального письма-обращения, где перечисляются виды необходимой помощи (см. Приложение 5.4. «Форма заявки») и заполненной анкеты с основной информацией о хосписе (см. Приложение 5.3. «Анкета хосписа»).

При соответствии выдвигаемым требованиям и наличии запрашиваемой суммы, между Фондом и Хосписом (отделением «Хоспис») подписывается соглашение о сотрудничестве, (см. Приложение 5.5. «Договор пожертвования»), в котором прописываются условия предоставления помощи, объемы помощи, форма отчетности и условия расторжения договоренностей. На основании данного соглашения производится поиск хосписом подходящего поставщика и заключается трехсторонний договор на поставку необходимого товара. Таким образом, оплаченная продукция напрямую поставляется в Хоспис. Форму договора см. в Приложении 5.6. «Трехсторонний договор».

По факту получения товаров Хоспис предоставляет Фонду отчет с приложением документов, подтверждающих получение оговоренных в договоре и оплаченных Фондом товаров (форма отчета — в Приложении «Договор пожертвования», приложение № 2 договора)

Кратко, схема работы Фонда и Хосписа выглядит следующим образом:

1. Заявка от хосписа.
2. Решение об оказании помощи хоспису.
3. В случае положительного решения, подписание соглашения между Фондом и Хосписом, а также трехстороннего договора с поставщиком.
4. Оплата Фондом и получение товара Хосписом.
5. Отчетность Хосписа перед Фондом и Фонда перед Благотворителями.

¹ Возможность помощи в строительстве новых хосписов (кроме консультативной) не рассматривается. Возможно оказание помощи учреждениям для неонкологических инкурабельных пациентов.

5.5.3. Программа «Помощь детям»

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

На сегодняшний день в России не созданы условия для обеспечения профессиональной помощи детям, нуждающимся в паллиативном уходе. В Москве нет ни стационарного детского хосписа, ни полноценной выездной службы. При этом детей, нуждающихся в профессиональной помощи хосписов, в одной Москве более 200 в год. В рамках программы Фонд «Вера» берет под опеку одновременно до 20 детей с прогрессирующими онкологическими или органическими заболеваниями, имеющих врачебное заключение о необходимости оказания паллиативной помощи. При этом приоритетом Фонда «Вера» является обеспечение пациентов средствами и оборудованием по уходу и оказание социальной помощи. В первую очередь Фонд оказывает всестороннюю помощь пациентам Первого Московского хосписа, во вторую – пациентам ОПП НПЦ и детям, находящимся на лечении дома. Фонд также оказывает поддержку детским паллиативным стационарам (хоспис в Ижевске, ОПП НПЦ, ПМХ, инициатива по созданию детского хосписа в Казани). В рамках программы предусмотрена как материальная, так и вещественная (закупка оборудования, мебели, расходные материалы) помощь, а также просветительская деятельность (обучение врачей, издание тематической литературы и т.п.).

Региональный проект в рамках детской программы включает в себя ведение детей, выписанных из московских стационаров в регионы.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

На сегодняшний день главной целью Фонда в реализации этой программы является лоббирование интересов неизлечимо больных детей и их родителей. Фонд стремится стимулировать рост общественного давления на государственные структуры, ответственные за принятие решения о строительстве государственного детского паллиативного центра на территории Москвы. Фонд занимается общественной и просветительской работой, собирает информацию, статистику, встречается со СМИ, участвует в круглых столах и конференциях, посвя-

ценных проблеме детской смертности в результате онкологических заболеваний.

ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

- Оказание финансовой помощи семьям детей – пациентов Первого Московского хосписа, ОПП НПЦ;
- сопровождение находящихся дома участников детской программы Фонда, обеспечение их необходимым оборудованием, медикаментами и расходными материалами, в особых случаях – оказание материальной помощи;
- организация развлекательных мероприятий для маленьких пациентов и их родителей с целью улучшения их морально-психологического состояния;
- выплата единовременных пособий семьям детей, умерших в ПМХ, на оплату ритуальных услуг;
- приобретение расходных материалов и средств по уходу за детьми;
- сопровождение детей, выписанных из московских стационаров в регионы, организация качественного ухода за ними на местах;
- административная поддержка проекта по созданию детского паллиативного центра;
- организация дополнительного питания;
- другие виды помощи, соответствующие уставной деятельности хосписа и Фонда.

5.5.4. Программа «Хосписное движение в России»

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

На данный момент в России сложилась такая ситуация, что не только пациенты, но порой даже сами районные онкологи в некоторых регионах страны не знают о существовании в России хосписов и хосписной помощи как таковой.

Паллиативная медицина и хосписное движение в России до настоящего времени развивались в основном за счет энтузиазма лидеров и

помощи спонтанных спонсоров. Кроме того, в обществе доминируют неверные представления о базовых принципах работы хосписов и их идеологии. Системной работы по развитию хосписного движения в России, по объединению существующих хосписов в единую команду, по организации просветительской деятельности в отношении хосписной идеологии не ведется.

ЦЕЛИ ПРОГРАММЫ

Основной целью программы является максимальное содействие развитию хосписного движения в Москве и в целом по России, организация финансирования информационной и PR-поддержки хосписного движения, а также организация мероприятий, направленных на повышение квалификации персонала хосписов и на взаимодействие и развитие сотрудничества между хосписами, развитие института добровольчества.

ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

- Информирование общественности через СМИ о сути понятия «паллиативная медицина», о хосписах, целях их создания, нравственных и этических основах работы;
- финансирование и организация печати брошюр, буклетов и прочих печатных материалов с информацией о деятельности хосписов и Фонда;
- финансирование расходов по технической поддержке и обновлению сайтов, посвященных хосписам и паллиативной медицине в России;
- организация и финансирование образовательных программ для врачей-специалистов и персонала;
- организация конференций по обмену опытом для специалистов;
- создание системы взаимодействия с добровольцами хосписов;
- координация взаимодействия между российскими хосписами, оказание практической помощи;
- формирование общественного интереса и внимания к проблемам хосписов, их работников и пациентов, в том числе к проблемам малоимущих пациентов хосписов и их родственников;

- содействие приданию хосписам особого статуса в реестре медицинских учреждений;
- налаживание сотрудничества между хосписами, другими организациями, осуществляющими поддержку хосписов, организациями, работающими в сфере паллиативной медицины;
- содействие включению специальности «паллиативная медицина» в номенклатуру специальностей и должностей врачей и среднего медицинского персонала РФ;
- другая работа, соответствующая уставной деятельности хосписов и Фонда.

Контакты фонда

115477, г. Москва, Пролетарский пр-т, д. 39, кв. 27

Тел. 8-901-595-95-07

www.hospicefund.ru

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М. : РОО «СПИД инфосвязь», 2010
2. Гершанович М.Л., Пайкин М.Д. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях. М. : Медицина, 1986. 288 с.
3. Гнездилов А.В. Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники // в кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. Л., 1976. С. 74–76.
4. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. № 5 (март). 2001.
5. Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных : автореф. дис. к.м.н. Л., 1984. С. 22–25.
6. Гнездилов А.В., Цейтина Г.П. Некоторые социально-психологические вопросы реабилитации онкологических больных // в кн.: Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. Л., 1984. С. 97–100.
7. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. СПб. : Клинт, 1991. 136 с.
8. Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия : учебно-методическое пособие. СПб., 2000. 64 с.
9. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб, «Речь», 2002, 162 стр.
10. Гнездилов А.В. Авторская сказкотерапия. СПб. : «Речь», 2002.
11. Жизнь после смерти : сборник / под ред. проф. П.С. Гуревича. М. : Советский писатель, 1991.
12. Зорза Р., Зорза В. Путь к смерти. М. : Прогресс, 1990.
13. Иванюшкин А.Я. Страдание как проблема истории философии и медицинской этики // Вестник Академии медицинских наук СССР. 1985. № 5. С. 56–61.

14. Калиновский П. Переход: последняя болезнь, смерть и после. М. : Новости, 1991.
15. Кесли Д. Достоинство прожить последние дни // Англия. 1991. № 120.
16. Козак В.С. Врачебные конференции и клинические обходы и их роль в повышении качества медицинской помощи // Качество медицинской помощи. № 1. 2004.
17. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь : краткое руководство. 2001.
18. Мерта Дж. Умиравший больной : справочник врача общей практики. М. : Практика, 1998. С. 45–51.
19. Московские городские строительные нормы. Хосписы. МГСН 4.01-94. М. : «Градо». 20 с.
20. Мрачная статистика // Известия. 22.01.1992.
21. Муди Р. Жизнь после жизни: исследование феномена выживания после физической смерти. Л. : Лениздат, 1991. 91 с.
22. Новиков Г.А. Основы паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью : дисс. ... д-ра м.н. М., 1994.
23. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Прохоров Б.М., Вайсман, Рудой С.В. Организационно-методологические проблемы эффективного обезболивания в паллиативной помощи онкологическим больным в России // Практическая онкология. № 5 (март). 2001.
24. Обезболивание при раке и паллиативное лечение : доклад Комитета экспертов ВОЗ. М. : Медицина, 1992. 79 с.
25. Обезболивание при раке. ВОЗ. Женева, 1998.
26. Опухолевые боли — поэтапная схема ВОЗ // Pharmedicum. 1995. Vol. 1. P. 9–11.
27. Осипова Н., Абузарова Г. Лечение хронической боли у инкурабельных онкологических больных в домашних условиях // ВРАЧ. № 4.
28. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. М. : Медицина, 1998.
29. Осипова Н.А., Новиков Г.А. и соавт. // Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. № 1. С. 31–42.

30. Плавунув Н.Ф., Миллионщикова В.В. Хоспис и паллиативная помощь // Экономика здравоохранения. 1997. № 7. С. 17–22.
31. Поллетти Р. Специальный уход за умирающими // Всемирный форум здравоохранения. 1984. Т. 4. № 4. С. 28–32.
32. Сорокина Ю.В., Полишкис С.А., Аронсон В.М. и др. Научный отчет МНИИП: Разработка научных обоснований по созданию и проектированию больниц типа «Хоспис». М., 1992, 148 с.
33. Федорова Г.В., Голева О.П., Красношекова В.Е. Медицинская помощь длительно болеющим с прогностически неблагоприятными заболеваниями // Советская медицина. 1989. № 1. С. 28–30. '
34. Чаклин А.В., Глебова М.И., Бармина Н.М. Организация онкологической помощи в СССР. М. : Медицина, 1976. 112 с.
35. Шамов И.А. Об отношении врача к эвтаназии // Казанский медицинский журнал. 1981. Т. 62. № 2. С. 59–61.
36. Эльштейн Н.В. Медицина и время. Таллинн: Валгус, 1990. С. 246–258.
37. Bishop Kallistos (Ware), «Go Joyfully»: The Mystery of Death and Resurrection', in The Inner Kingdom, in The Collected Works, 1 (New York, 2000), pp. 25–41.
38. Bishop Kallistos (Ware), «Silence in Prayer»: The Meaning of Hesychia', in The Inner Kingdom, in The Collected Works, 1. (New York, 2000), pp. 89–110.
39. Brown R.S. Care of the Dying. «Minnesota Medicine», v. 64, № 1, 1981, p. 43–44.
40. Carey D.A. Home and nature links highlight hospices. «Hospitals», v. 58, № 4, 1984, p. 102–105.
41. Cunningham R.S. When enough is enough. «Hospitals», v. 53, № 13, 1979, p. 63–65.
42. Dictionary of Pastoral Care and Counseling.
43. Eibach U. Kliniken für unheilbar kranke und sterbende Menschen // Zeitschrift für Gerontologie. B. 13. H.6, 1980, 547–551.
44. Goldenberg J. Hospice: to humanize dying. «J. Med.», v. 299, № 7, 1978, p. 546.

45. Hinton J.M. Comparison of places and policies for terminal care. *Lancet*, 1979, p. 29–32.
46. Hockey J., The human encounter with death: an anthropological approach, PhD thesis, University of Durhem, 1986.
47. James V., Care and work in nursing the dying: a participant study of a continuing care unit. PhD thesis, University of Aberdeen, 1986.
48. Kane R.L., Klein S.J., Bernstein L. and Rothenburg R. The role of hospice in reducing the impact of bereavement. «*J. chron. Dis.*», v. 39, 1986, p. 735–742.
49. Krant M.J. The hospice movement. «*The New England J, of Medicine*», v. 299, № 10, 1978, p. 546–549.
50. Kubler–Ross E. *Death: The Final Stage of Growth*. Tavistock, London, 1970.
51. *Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens // Hgggb. Dr. R. Bauer, Oldenbourg Verlag, Muenchen-Wien, 1992.*
52. Liegner L.M., St. Christopher's Hospice. «*JAMA*», v. 234, № 10, 1975, p. 1047–1048.
53. Mahoney J.J. Lessons from hospice evaluation: counterpoints, «*The Hospice J.*», v. 2, 1986, p. 9–15.
54. *The Management of Terminal Malignant Disease*. Ed. By Cicely Saunders and Nigel Sykes. London, 1993.
55. McIntosh J. The doctor concerned was one of the four involved in the study of a cancer ward. «*Communications and Awareness on a Cancer Ward*», Groom Helm, London, 1977».
56. Mor V. *Hospice Care Systems: Structure, Process, Costs and Outcome*. Springer, New York, 1987.
57. Mount B.M. Hospice care, «*J. of the Royal Society of Medicine*», v. 73, № 7, 1980, p. 471–473.
58. Novack D.H., Plumer R., Smith R.L. et al. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. «*J. Am. med. Ass.*», v. 241, 1979, p. 897–900.

59. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed. By D. Doyle, G.W. Hanks, N. MacDonald. Oxford, Oxford University Press, 1995.
60. Parkes C.M. and Parkes J. Hospice versus hospital care—re—evaluation after ten years as seen by surviving spouses. «Postgrad, med. J.», v.60, 1984, p. 120—124.
61. Sachner P.M. A place of passage. «Architectural Record», v. 176, № 13, 1988, p. 104—107.
62. Saunders C. et al. Hospice: the living idea. London, Arnold, 1981.
63. Seale C.F. What happens in hospice: a review of research evidence. «Social Science Medicine», v. 28, № 6, 1989, p. 551—559.
64. Skinner H.A. The Origin of Medical Terms. Baltimor, Williams and Wilkins Company, 1961.
65. Sudjic D. St. Ann's Hospice, «Architect and Builder», v. 31, № 7, 1981, p. 22—27.
66. Taylor H. The Hospice Movement in Britain: Its Role end its Future. Centre for Policy on Ageing, London, 1983».
67. Twycross R,J. Hospice care – redressing the balance in medicine. «J. of the Royal Society of Medicine», v. 73, № 7, 1980, p. 475—481.
68. Ward A.W.M. Terminal care in malignant disease. «Social Science Medicine», v. 8, 1974, p. 413—420.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель министра здравоохранения
и социального развития РФ

Р.А. ХАЛЬФИН

22 сентября 2008 г. № 7180-РХ

Авторский коллектив:

Эккерт Н.В. (ответственный исполнитель) — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М. Сеченова;

Новиков Г.А. — доктор медицинских наук, профессор, зав. курсом паллиативной помощи при кафедре онкологии ФППО врачей ММА им. И.М. Сеченова;

Хетагурова А.К. — доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М. Сеченова;

Шарафутдинов М.Г. — кандидат медицинских наук, главный врач Ульяновского областного хосписа.

Рецензенты:

Н.И. Вишняков — зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова; заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор;

Е.П. Какорина — зав. отделом мониторинга здоровья Национального НИИ общественного здоровья РАМН, доктор медицинских наук, профессор.

В методических рекомендациях представлены медико-организационные аспекты паллиативной медицины.

Рассмотрены основы паллиативной помощи, оказываемой в хосписах, в отделениях паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансерах, оказания паллиативной помощи во внебольничных условиях.

Представлены этические и морально-психологические аспекты эвтаназии и паллиативной медицины.

Освещены проблемы боли и обезболивания в практике паллиативной медицины.

Рассматриваются актуальные аспекты «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников и его профилактики.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов и учреждений регионального и муниципального здравоохранения, главных врачей и медицинских работников хосписов, заведующих отделениями паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансеров.

Они будут полезны для преподавателей и студентов кафедр клинического и организационного профилей медицинских высших учебных заведений, а также для слушателей циклов повышения квалификации в системе последиplomного образования.

ВВЕДЕНИЕ

Начало XXI века ознаменовалось возросшим вниманием государства и общества к проблемам здоровья населения, наметилась набирающая темп тенденция восстановления профилактических основ охраны здоровья населения, совершенствования первичной и специализированной помощи, формирования фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов.

Принятый в России в 2005 г. Национальный проект в сфере здравоохранения подтвердил и развил основные направления государственной политики развития отечественной системы медицинской помощи населению, которые призвана реализовать новая отечественная Концепция развития здравоохранения до 2020 г.

Вместе с тем в масштабах страны по-прежнему остаются недостаточно решенными проблемы организации паллиативной помощи

инкурабельным больным как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях.

Кроме многочисленной группы пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, в последние годы стали обсуждать проблемы больных, имеющих различные нозологические формы хронических прогрессирующих заболеваний (в том числе – в терминальной стадии их развития).

Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Паллиативная медицина, позволяющая оптимизировать качество жизни инкурабельных пациентов и их родственников, должна получить свое дальнейшее развитие в структуре отечественного здравоохранения.

Основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

К сожалению, вопросам общения с родственниками тяжелого больного, аспектам профилактики «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь инкурабельным больным, в практическом здравоохранении уделяется недостаточное внимание.

В связи с этим авторы Методических рекомендаций сочли необходимым рассмотреть принципы организации службы паллиативной помощи в РФ, этиологию, патогенез, современные методы лечения хронического болевого синдрома, описали основные этапы становления паллиативной медицины и хосписного движения в России, представили наиболее актуальные этико-деонтологические проблемы при взаимодействии с пациентами и их родственниками, впервые в отечественной практике рассмотрели проблему формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии их развития.

Необходимо отметить, что на фоне демографического старения

населения в Российской Федерации с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и только совместными усилиями медицинских работников различных структур власти нашего общества, Русской православной церкви, волонтеров представляется возможным цивилизованно оказывать медико-социальную и психологическую помощь инкурабельным больным, обеспечивая им, насколько это возможно, адекватное диагнозу качество жизни.

Методические рекомендации предназначены руководителям органов и учреждений регионального и муниципального здравоохранения, главным врачам и медицинским работникам хосписов, заведующим отделениями паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансеров, а также врачам-интернам, клиническим ординаторам всех специальностей, онкологам, врачам общей практики, терапевтам, хирургам, медицинским психологам и другим специалистам, которые в своей работе сталкиваются с вопросами оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Методические рекомендации предназначены и будут полезны для преподавателей и студентов кафедр клинического и организационного профилей медицинских высших учебных заведений, а также для слушателей циклов повышения квалификации в системе последипломного образования.

1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ЭВТАНАЗИЯ: ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в том числе — находящихся в терминальной стадии их развития, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как «...активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи

является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей».

Вопросы оказания паллиативной помощи и вопросы эвтаназии являются актуальными не только в России, но и во многих зарубежных странах. При этом проблемам инкурабельных больных необходимо уделять гораздо больше внимания, позволяя каждому пациенту и членам его семьи получать необходимую медицинскую, психологическую, духовную, социальную и юридическую поддержку. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

К контингенту больных с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований. Данные экспертов Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 млн случаев впервые диагностированных онкологических заболеваний. Большая часть инкурабельных пациентов – лица пожилого и старческого возраста, имеющие множественные сопутствующие заболевания.

По статистике, в Российской Федерации более 70% случаев онкологических заболеваний диагностируется именно у пожилых людей в возрасте от 60 лет и старше.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение не на словах, а на деле максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт;
- больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

Кроме того, в последние годы обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящимся в терминальной стадии развития болезни (терминаль-

ная некорректируемая стадия хронической почечной недостаточности различного генеза; терминальная стадия хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, некорректируемая или плохо поддающаяся коррекции; терминальная стадия цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью; перелом шейки бедра; дегенеративные заболевания костно-суставной системы; травмы позвоночника; рассеянный энцефаломиелит и др.).

Большое значение при этом приобретает гуманное отношение самого общества к людям, обреченным на смерть вследствие своего тяжелого заболевания. Не вызывает сомнения тот факт, что существующее в обществе уважение к человеку должно быть направлено к каждой отдельной личности, и особенно – к таким явлениям, как жизнь и смерть.

Целью паллиативной помощи является не поощрение того, чтобы «ускорять наступление смерти», а достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабельных больных, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, и их родственников; необходим комплексный подход к решению целого ряда проблем.

В последние годы во многих странах стал активно обсуждаться вопрос о возможности применения эвтаназии для тяжелых инкурабельных больных. Однако каждое государство относится к решению данной проблемы по-разному, исходя из своих исторических, политических и религиозных принципов. Например, в США проблема оказания паллиативной помощи и эвтаназии, как и во всем мире, существует, но она обсуждается в средствах массовой информации достаточно корректно. При этом проводимые исследования тактично поддерживают идею бороться за жизнь инкурабельного пациента при любых обстоятельствах, позволяя обеспечивать наиболее оптимальное в данных условиях качество его жизни. В настоящее время эвтаназия в США законодательно запрещена.

Результаты социологического опроса инкурабельных больных, проведенного в 1995 г. в Соединенных Штатах Америки, продемонстрировали, что 9% из опрошенных пациентов выразили желание помочь им умереть, что было обусловлено не только болью и слабой социальной поддержкой, но и глубиной депрессии опрашиваемых.

После двух недель индивидуальных занятий с психотерапевтом 2/3 этих пациентов категорически отказались от желания смерти, что свидетельствует о чрезвычайно важном психотерапевтическом аспекте работы с тяжелыми инкурабельными больными.

Согласно статистическим данным, в Российской Федерации ежегодно умирает более 350 тыс. онкологических больных, из них 75% нуждаются в оказании паллиативной помощи и только 59% получают эту помощь.

На современном этапе развития российского здравоохранения существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным, и в первую очередь – онкологическим больным (центры паллиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров и др.). При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений территорий, кадровых ресурсов, так и от уровня финансирования и материально-технической базы учреждений здравоохранения. Весьма актуальной является проблема оказания паллиативной помощи жителям малых территорий и населенных пунктов.

Основной задачей оказания медицинской помощи умирающему больному становится обеспечение, насколько это возможно, качества жизни, достойного человека на его завершающем этапе.

Еще в 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем официальном докладе отметил: «С развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии».

Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи. В настоящее время концепция паллиативной помощи состоит в том, что преднамеренное прекращение

жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются.

К большому сожалению, в настоящее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в периодических медицинских изданиях вопросы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуждаются крайне редко. Обращает на себя внимание тот факт, что многие участковые терапевты (врачи общей практики), которые курируют инкурабельных пациентов в амбулаторных условиях, не имеют соответствующей подготовки по паллиативной помощи.

Необходимо отметить, что в образовательных медицинских учреждениях на додипломном уровне на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения не представлены организационные и социально-медицинские аспекты паллиативной помощи.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости введения преподавания основ паллиативной помощи не только студентам вузов, но и на последипломном этапе, как для врачей всех специальностей, так и для организаторов здравоохранения. В то же время в средних специальных учебных заведениях по подготовке сестринского персонала вопросам организации паллиативной помощи уделяется значительно больше внимания, чем в медицинских вузах.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова в рамках научного исследования по оптимизации социально-медицинских и организационных основ паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний проведен опрос организаторов здравоохранения, врачей разных специальностей, студентов старших курсов медицинских вузов и сестринского персонала на предмет их отношения к эвтаназии и паллиативной помощи умирающим больным. К чести опрошиваемых, необходимо отметить, что у 96% из них было отрицательное отношение к эвтаназии.

Паллиативная медицина направлена на достижение по возможности оптимального в конкретной ситуации качества жизни больного и его семьи, решение психологических, социальных, правовых и духовных проблем. В связи с этим одной из актуальных по социальной значимости задач организации паллиативной помощи является оказание помощи родственникам.

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.

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.

2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Этапы развития паллиативной помощи в России. Наиболее полное определение паллиативной (симптоматической) помощи представлено Всемирной организацией здравоохранения (1990 г.): «Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем».

Основное положение паллиативной помощи заключается в том, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных и духовных проблем больного приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

В России зачатки паллиативной помощи закладывались уже в начале XX века. Так, организация ухода за больными с распространенными формами злокачественных новообразований стала одной из главных целей открытого в 1903 г. по инициативе профессора А.Л. Левшина на пожертвования фабриканта С. Морозова Ракового института при медицинском факультете Московского университета (ныне – Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова). Такие же цели преследовала и Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была построена в Санкт-Петербурге в 1911 г. на средства купцов Елисеевых.

Вопросам медицинской помощи терминальным больным посвящен ряд докладов русских ученых, которые были заслушаны на Первой международной конференции по изучению рака (1906 г.). На I Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями в 1914 г. было озвучено положение о том, что рак – болезнь социальная. Поэтому проблемами организации борьбы с этим онкологическим

заболеванием и оказанием помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только энтузиасты, но и государство.

Особенности политического, экономического и духовного развития общества России последующих лет отодвинули на второй план на многие годы решение проблем оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным на поздних стадиях развития заболеваний. Подобная ситуация была характерна не только для России, но и в целом для мировой медицины.

Широкая пропаганда научных исследований в области болевого синдрома, рекомендации ВОЗ, новая ситуация в системе здравоохранения России, как и в целом в обществе, определили существенные изменения общественного и медико-социального мнения по отношению к развитию паллиативной помощи. Первая попытка решения проблемы паллиативной помощи в России была предпринята в середине 80-х годов прошлого века, когда на базе Московской городской больницы № 64 молодым главным врачом О.В. Рутковским (впоследствии – министр здравоохранения РФ) был создан прообраз отечественной хосписной помощи – отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

Начало 90-х годов XX столетия ознаменовалось возникновением специализированной, медико-социальной, психологической помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований в условиях специальных учреждений здравоохранения – хосписов.

Всемирной организации здравоохранения рекомендуемый норматив числа хосписных коек составляет 25–30 коек на 300–400 тыс. населения. При таком положении больные с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии имели бы возможность быть госпитализированными по показаниям на длительный срок вплоть до конца жизни в хосписы, коечная сеть которых была бы достаточной для безотказной госпитализации больных, нуждающихся в паллиативной помощи. В развитых странах уже более трех десятилетий потребность населения в паллиативной помощи полностью удовлетворяется в условиях хосписов.

Исходя из вышеобозначенных рекомендаций ВОЗ, в России с численностью населения 145 млн человек число коек паллиативной помощи должно составить от 9000 до 14 000. Однако в стране эта проблема

решается крайне слабо. Так, по отчетным данным Минздравсоцразвития РФ за 2006 г., в целом по стране функционировало чуть более 1000 коек паллиативной помощи в 21 хосписе и 10 хосписных отделениях (отделениях паллиативной помощи) в структуре многопрофильных городских, районных и больниц сестринского ухода.

К сожалению, в России до сих пор паллиативная помощь не выделилась в самостоятельную специальность. В связи с этим до последнего времени в стране не регистрируются точные статистические данные о количестве больных с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития, находящихся на дому, в различных специализированных отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических, онкологических и др.) стационаров участковых, районных, городских и других многопрофильных больниц, а также в домах сестринского ухода, в отделениях милосердия домов-интернатов системы социального обеспечения и т.д.

Вместе с тем в ряде субъектов Российской Федерации и в первую очередь – в г. Москве и Санкт-Петербурге при существенной поддержке местных властей паллиативная помощь получила развитие на уровне стандартов цивилизованных стран в форме самостоятельных учреждений здравоохранения – хосписов, а также отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в многопрофильных больницах.

Так, в г. Санкт-Петербурге (лидере развития хосписного движения в России) система паллиативной помощи населению представлена 215 койками, из них – 130 коек в четырех хосписах как самостоятельных учреждениях здравоохранения и 85 коек – в хосписных отделениях (отделениях паллиативной помощи) в четырех многопрофильных больницах города (№ 14, 18, 20 и 36). Проведенное нами исследование выявило: в г. Санкт-Петербурге при численности населения 4,5 млн человек число коек паллиативной помощи составляет почти 5 на 100 тыс. населения, тогда как (соответственно вышеприведенным рекомендуемым критериям ВОЗ) на 300 тыс. населения г. Санкт-Петербурга число коек паллиативной помощи составляет около 15, а на 400 тыс. – этот показатель достигает 20 коек, что приближается к уровню европейских стран.

Первый хоспис в Москве начал действовать в 1994 г. – сначала как

организация, оказывающая помощь на дому (выездная служба) онкологическим больным IV клинической группы. В 1996 г. был открыт стационар на 25 коек, вскоре стал действовать дневной стационар.

Следует отметить великолепные условия, созданные для больных в Первом Московском хосписе. Палаты для пациентов (на 1, 2 и 4 человек) просторны, оборудованы функциональными кроватями, средствами связи с сестринским постом, есть душевые и туалетные, каждая палата имеет отдельный выход во дворик. Если больной не в состоянии передвигаться, то на своей кровати он может быть вывезен во внутренний дворик или (если он православный христианин) в красивую, видную со всех сторон в этом московском районе, часовню.

Родственники больных имеют возможность оставаться со своими близкими в палате (или недалеко в отдельном помещении), сколько они того хотят. Условия работы персонала для организации деятельности «сложного организма» хосписа соответствуют всем требованиям, предъявляемым к учреждениям подобного рода.

Помимо хосписов в России существуют и другие организационные формы оказания паллиативной медицинской помощи. В 1991 г. Минздрав РФ организовал Центр паллиативной помощи онкологическим больным, который в основном развивает паллиативную помощь нуждающимся в ней пациентам в рамках сложившейся службы специализированной помощи онкологическим больным (онкологические диспансеры и т.д.).

В определенной мере задачи оказания паллиативной медицинской помощи решаются также в больницах сестринского ухода, контингент пациентов которых не только онкологический, но и гериатрической.

Опыт работы российских хосписов свидетельствует, что среди их пациентов выделяются две группы – социально защищенные и социально незащищенные. А.В. Гнездилов писал: «Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирает в стационаре, это – “некачественная цифра”, поскольку свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе, свое последнее прибежище».

К сожалению, развитие хосписной помощи в целом по России имеет место только в отдельных регионах (Ульяновская, Волгоградская области и др.).

Хосписы — это не просто специализированные больницы для умирающих, они во многом являются своеобразным отрицанием «просто больницы». Вот почему философская сторона дела является здесь едва ли наиболее важной, чем медико-техническая. Исходная идея философии хосписа очень проста: умирающий нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь пройти через границу жизни и смерти.

Как правило, хосписы рассчитаны лишь на 20–25 коек, имеют минимум медицинского персонала. Здесь отсутствуют специализированные диагностические лаборатории и лечебные отделения с дорогостоящей аппаратурой, однако это не исключает возможности проведения консультаций пациентам хосписа врачами-специалистами (лор, окулистами, невропатологами и др.).

Организация хосписа для больных с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии позволяет производить значительную экономию средств по сравнению с затратами, выделяемыми на содержание таких же больных в онкологических больницах, онкодиспансерах и (или) крупных онкологических центрах, благодаря отсутствию необходимости содержать специализированные диагностические и лечебные отделения с соответствующим штатом врачебного персонала.

Альтернативы развитию программ по созданию и совершенствованию современных хосписов для облегчения участи умирающих онкологических больных в настоящее время нет. В хосписе не только создаются условия, ограничивающие страдания таких больных, позволяющие избежать унижения, связанного с болью, убожеством, но и значительно уменьшаются затраты на их содержание.

Философия хосписа во многом определяется идеей, согласно которой это не просто «особая больница», но «дом для жизни». В стационаре хосписа создана обстановка, близкая к обычным условиям жизни человека. Здесь предусмотрена возможность пребывания рядом с больным его родных, учитываются его вкусовые пристрастия (вегетарианстве и т.д.), допускается, чтобы вместе с больным находилась его любимая кошка или собака, поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю больного. Многие пациенты хосписов знают, что они обречены (от тех, кто хочет знать правду, ее не скрывают). Однако здесь же лучше всего знают, какое это трудное искусство —

сообщать плохие новости. Последовательные сторонники хосписного движения считают, что помощь в хосписах должна быть совершенно бесплатной — «за смерть платить нельзя».

Представляется, что в нынешних условиях развитие самостоятельных учреждений-хосписов наиболее реально в региональных центрах и в городах с численностью населения от 500 тыс. и более. Эти хосписы помимо основной функции — оказания паллиативной помощи инкурабельным больным могли бы выполнять в том числе организационно-методическую роль по организации паллиативной помощи в целом на территории региона во внебольничных и стационарных условиях.

Отделение паллиативной помощи (отделение-хоспис). Более перспективным и менее затратным является развитие паллиативной помощи населению в форме отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в крупных многопрофильных больницах. Создание таких отделений рентабельно по сравнению с самостоятельными хосписами за счет координации их работы с лабораторно-диагностическими, консультативными, финансовыми, хозяйственными и другими подразделениями многопрофильного стационара. Такие отделения имеют реальную возможность привлечения при необходимости врачей-консультантов различных специальностей (хирургов, невропатологов, гинекологов и др.). Данный подход заложен в г. Санкт-Петербурге при организации четырех хосписных отделений в многопрофильных больницах, каждое из которых имеет свое Положение, штатное расписание, закрепленную Городским управлением здравоохранения территорию обслуживания больных, нуждающихся в паллиативной помощи и т.д.

Рассмотрим организацию работы отделения паллиативной помощи (отделения-хоспис) городской больницы № 14 г. Санкт-Петербурга. Отделение является подразделением Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «городская больница № 14».

Отделение паллиативной помощи представлено стационаром на 30 коек и выездной службой. Оно имеет 10 палат, оснащенных световой сигнализацией, перевязочную, процедурный кабинет, изолятор, кабинет завотделением, ординаторскую, кабинеты старшей медсестры и сестры-хозяйки, сестринскую, буфет, комнату отдыха, ванную и санитарную комнаты, душевую, туалет.

Госпитализация больных, нуждающихся в паллиативной помощи, проводится в порядке, регламентированном Комитетом по здравоохранению мэрии г. Санкт-Петербурга.

Показаниями к госпитализации в отделение паллиативной помощи являются:

- медицинские: выраженный болевой синдром; нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и не поддающейся адекватной терапии в домашних условиях (асцит, кахексия, анорексия, высокая лихорадка и др.);
- социально-бытовые: отсутствие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому; ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире тяжелого онкологического больного и др.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке при наличии:

- документов, подтверждающих диагноз злокачественного новообразования IV клинической группы с верификацией патологии;
- заключение врача выездной службы или заведующего отделением-хоспис с четким указанием повода для госпитализации;
- паспорта;
- «Карты выездной службы»;
- полиса обязательного медицинского страхования;
- справке о проведенном бактериологическом исследовании (на энтеропатогенную флору и дизгруппу) давностью не более 10 дней.

Экстренная госпитализация в отделение паллиативной помощи (отделение-хоспис), осуществляемая выездной бригадой, возможна без проведения бактериологического исследования.

Основными нормативными документами, регламентирующими деятельность отделения паллиативной помощи (отделения-хоспис), порядок госпитализации в отделение, его штатное расписание и планируемые показатели работы, являются: «Положение об отделении-хоспис», утвержденное главным врачом больницы № 14 от 02.09.2002 г. и «Положение о Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения» № 93-р от 14.03.2003 г.

Отделение-хоспис предназначено для оказания паллиативной помощи и медико-социальной реабилитации онкологическим больным IV клинической группы, а также психологической и социальной поддержки пациентов и членов их семей в период болезни и после утраты.

Финансирование отделения-хоспис осуществляется за счет средств бюджета, благотворительных пожертвований и иных источников, не противоречащих действующему законодательству. Отделение-хоспис не ведет коммерческую и хозрасчетную деятельность.

Цель деятельности отделения паллиативной помощи – обеспечение, насколько это возможно, качества жизни онкологических больных IV клинической группы и их родственников.

Задачами отделения паллиативной помощи являются:

- оказание паллиативной помощи, 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 отягощающей 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 и др.

В отделении паллиативной помощи приняты и неукоснительно выполняются следующие принципы деятельности отделения:

- бесплатность оказания паллиативной помощи;

- общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- не приближать наступление смерти, но и не мешать естественному уходу пациента из жизни;
- не давать пациентам и их родственникам невыполнимых обещаний;
- насколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
- максимальное приближение условий пребывания больных в стационаре к домашним;
- работа в команде: заведующим, лечащий врач, психолог, медсестра, младшая медсестра, социальный работник, волонтер, пациент и его близкие;

Для оптимизации клинико-диагностического процесса отделение хоспис использует клиническую, диагностическую и материально-техническую базу многопрофильной больницы.

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 и неблагоприятные социальные условия.

Организация внебольничной паллиативной помощи. Из-за крайне ограниченного коечного фонда стационаров хосписов по оказанию помощи на финальной стадии жизни больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний для России представляется весьма актуальным развивать внебольничную паллиативную помощь. У части больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и у их родственников превалирует желание получать паллиативное лечение по возможности дома.

В отдельных регионах на базе онкологических диспансеров, хосписов, крупных поликлиник или самостоятельно создаются терри-

ториальные центры паллиативной помощи. Деятельность территориальных центров паллиативной помощи направлена на обеспечение преемственности в работе территориальных центров с ЛПУ, координацию работы различных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих паллиативную помощь, и способствует внедрению в повседневную практику наиболее эффективных методов лечения инкурабельных больных. Необходимо отметить, что выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит от уровня финансирования данной территории.

Основными задачами территориального центра паллиативной помощи являются:

- изучение и внедрение современных форм организации паллиативной помощи больным, страдающим прогрессирующими хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития;
- разработка методических рекомендаций для учреждений здравоохранения по вопросам оказания паллиативной помощи инкурабельным больным;
- подготовка специалистов по паллиативной помощи для учреждений здравоохранения;
- контроль за состоянием, развитием и качеством оказываемой медико-социальной помощи данному контингенту больных;
- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по вопросам паллиативной помощи;
- участие в научных разработках и апробации новых методов паллиативной помощи и противоболевой терапии;
- обеспечение паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний на догоспитальном этапе;
- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

На амбулаторном приеме в кабинетах противоболевой терапии крупных многопрофильных поликлиник, онкологических диспансеров 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.

В последние годы получают развитие консультативно-патронажные формы паллиативной помощи инкурабельным больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями силами хосписных выездных бригад.

Выездные бригады — 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 хосписа. В состав выездной бригады (хосписа на дому) входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы.

Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник. Преемственность работы амбулаторно-поликлинических учреждений и хосписного отделения 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 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 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 выраженно-

сти 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.

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

Выездные бригады укомплектованы 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 хосписов на дому относятся следующие: 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.

Частота посещений пациента медицинскими работниками хосписа на дому зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях. Основные проблемы, с которыми сталкиваются инкурабельные пациенты, это боль, тошнота, рвота, икота, запоры, поносы, задержка (недержание) мочи, кровотечения и другие симптомы, на уменьшение которых направлено паллиативное лечение.

В основу работы бригад медицинских работников хосписов на дому заложены следующие направления:

- наблюдение за наиболее тяжелыми больными, получающими лечение на дому, и больными, выписанными из хосписов 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.

Патронирование на дому больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, свидетельствует о высокой социально-психологической и медицинской эффективности паллиативной помощи, позволяющей, насколько это возможно, обеспечить качество жизни инкурабельных больных.

Промежуточной формой оказания амбулаторной и медико-социальной 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.

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 амбулаторную 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.

Внебольничная система паллиативной помощи повышает качество медицинской и психологической помощи, обеспечивает духовную поддержку больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии их жизни и должна получить в ближайшие годы свое развитие во всех регионах Российской Федерации.

Для обсуждения актуальных проблем паллиативной помощи инкурабельным больным, обмена опытом работы хосписов и отделений хосписов (отделений паллиативной помощи) многопрофильных больниц в г. Санкт-Петербурге создана Межрегиональная общественная организация «Ассоциация паллиативной медицины».

«Ассоциация паллиативной медицины» объединяет медицинские учреждения, оказывающие паллиативную помощь населению, и определяет совместно с главными врачами хосписов и заведующими отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц пути решения возникающих долгосрочных и текущих проблем.

Члены Межрегиональной общественной организации «Ассоциация паллиативной медицины» активно участвуют в отечественных и международных форумах, конференциях, совещаниях и др.

«Ассоциация паллиативной медицины» принимает непосредственное активное участие в обсуждении текущих и перспективных проблем на уровне общегородских и районных властей, органов управления здравоохранением г. Санкт-Петербурга и его административных районов.

3. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хроническая боль (ХБ) значительно отличается от острой боли по многообразным проявлениям, обусловленным постоянством и силой чувства боли, а также часто возникающей резистентностью к различным лечебным воздействиям. ХБ занимает одно из ведущих мест в онкологии среди тяжелых патологических синдромов и встречается примерно у 70–90% больных в стадии генерализации онкологического процесса. В связи с этим в программе ВОЗ по борьбе против рака большое внимание уделяется медицинским, социальным и гуманным аспектам помощи этим больным. Однако, несмотря на важность этой проблемы, до настоящего времени не нашли оптимального решения многие вопросы, что обусловлено рядом медицинских, социальных и финансовых проблем. «Эпидемия боли» – так характеризовала ВОЗ ситуацию во многих странах мира.

Что такое боль? Международная ассоциация по изучению боли IASP дает наиболее полное определение хронического болевого

синдрома, отражающее его природу и механизмы развития: «Боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, которые связаны с реальным или возможным повреждением ткани или описываемое, исходя из такого повреждения. Боль всегда субъективна. Каждый человек познает применимость этого слова через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни», т.е. боль — это соматопсихический феномен.

Ввиду того, что боль имеет многоуровневую природу, часто необходимо рассуждать о ней, пользуясь концепцией тотальной боли. Эта концепция указывает на то, что страдание имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, с которыми нельзя не считаться в процессе лечения ХБ.

Физические факторы страдания: симптомы болезни, ограничивающие повседневную жизнь больного; побочные эффекты лечения; другие симптомы.

Психологические факторы: гнев; разочарование; столкновение с бюрократией/отчаяние; сокрытие диагноза от больного/чувство изоляции; отгороженность врачей от общения с больным/чувство беспомощности; неадекватное лечение/гнев и потеря доверия со стороны больного; страх больницы/тревожность; страх боли/тревожность; перестают навещать друзья/больной чувствует себя брошенным и никому не нужным.

Социальные факторы: потеря статуса/заниженная самооценка; потеря доходов от труда/чувство своей бесполезности и волнения о финансовых проблемах; тревога о финансовом положении семьи; чувство, что ты ничего не можешь; потеря уверенности/понижение самооценки; бессонница и хроническая усталость.

Духовные факторы: духовные метания; страх смерти и страх перед процессом умирания; чувство вины («меня обвиняют»); потеря уверенности в будущем — потеря надежды; философские проблемы (страх неизвестности) и др.

Патофизиологические основы боли

Постоянное ощущение пациентом боли проявляется в особых вегетативных, аффективных и поведенческих ответах по мере нарастания боли. У пациентов развивается так называемое болевое поведение, для характеристики которого Международная ассоциация по изуче-

нию боли рекомендует использовать ряд критериев: речевые (стоны, восклицания), выражение лица (гримасы), двигательная активность (крайне замедленное движение), положение тела (вынужденное из-за боли), жалобы, поза (прихрамывание, щажение или поддержание болезненной области тела, частая смена позы, напряженная поза), поведенческие реакции для устранения боли (обращение к врачу, прием лекарств, снижение двигательной активности, остановка для отдыха при ходьбе), ограничение функциональной активности.

Развивается страх перед будущим, реактивная депрессия, бессонница, состояние безнадежности, беспомощности и отчаяния. Больные становятся подавленными, а иногда агрессивными и неконтактными.

Сочетание прогрессирующей физической усталости и слабости, неэффективность лечебных мероприятий, прогрессирование онкологического процесса, снижение физической активности приводят к глубоким поведенческим изменениям, возможности суицидальных попыток и агрессивных реакций по отношению к медицинскому персоналу и родственникам.

ХБ формирует центральный доминантный очаг в коре головного мозга, активизирующий соответствующие нейрогуморальные механизмы, что усугубляет тяжесть ее проявлений.

Нейрофизиологические основы боли заключаются в сложном взаимодействии ноцицептивной и антиноцицептивной систем.

В зависимости от патогенеза боль можно разделить на ноцицептивную (соматогенная), нейропатическую (нейрогенная) и психогенную. Данная классификация весьма условна из-за тесного сочетания патогенетических механизмов при ХБ онкологического генеза, которая весьма разнообразна по причинам и клиническим проявлениям, а главное – не имеет каких-либо специфических черт, кроме постоянства и прогрессирующего характера. Это определяет необходимость ранней диагностики и своевременного начала эффективного комплексного лечения ХБ и ее проявлений.

Диагностика хронической боли

Диагностику ХБ следует осуществлять на применении простых неинвазивных методов оценки боли, качества жизни пациента и переносимости применяемых средств лечения болей – оптимальный комплекс диагностических критериев:

1. Анамнез и клинический осмотр пациента с ХБ — характер и распространенность онкологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента; анамнез ХБ (давность, интенсивность, локализация, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность).

2. Оценка интенсивности ХБ наиболее проста и удобна для исследователя и пациента по 5-балльной шкале вербальных (словесных) оценок (ШВО), где 0 — боли нет; 1 — слабая; 2 — умеренная; 3 — сильная; 4 — самая сильная боль.

Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%, которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику ХБ в процессе лечения.

3. Оценка качества жизни может быть объективно проведена по разработанной в Московском научно-исследовательском онкологическом институте (МНИОИ) им. П.А. Герцена шкале физической активности: 1 — нормальная физическая активность; 2 — незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача; 3 — умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени); 4 — значительно снижена (более 50%); 5 — минимальная (постельный режим). Для более детальной оценки применяется комплекс критериев, рекомендуемый Международной ассоциацией по изучению боли, включающий учет социальной активности, профессиональной деятельности, духовности, сексуальных функций, удовлетворенность лечением.

4. Оценка переносимости терапии боли или побочные эффекты средств и методов лечения.

Чаще всего приходится оценивать побочные эффекты анальгетиков по их характеру, выраженности и частоте развития. Для опиоидных анальгетиков — это чаще всего тошнота (рвота), седация (сонливость), слабость (адинамия), снижение аппетита, запоры, головокружение, сухость во рту, реже — дисфория, дезориентация, галлюцинации, кожный зуд, затрудненное мочеиспускание, при передозировке — глубокая общая центральная депрессия (сон, брадипноэ до апноэ, брадикардия). Зрачки на фоне хронического приема опиатов сужены до точечных. Неопиоидные анальгетики и различные неспецифические

противовоспалительные препараты (НСПВП) могут приводить к раздражению и эрозивным изменениям слизистой оболочки желудка, геморрагическим осложнениям, гранулоцитопении, аллергическим реакциям кожи.

Выраженность побочных эффектов анальгетиков оценивается по шкале: 0 – нет побочных эффектов; 1 – слабо; 2 – умеренно; 3 – сильно выражены. При оценке побочных эффектов медикаментов необходимо иметь в виду, что многие симптомы, сходные с побочными действиями лекарств, имеют место у инкурабельных больных до начала лечения анальгетиками и связаны с болезнью (плохой аппетит, тошнота, рвота, запоры и др.), что должно быть отмечено. Проявлением побочного действия лекарства следует считать появление или усиление того или иного симптома с началом терапии.

Лечение хронической боли

Эффективная терапия ХБ представляется сложной задачей, требующей применения многокомпонентного комплексного подхода.

Основой лечения ХБ является системная фармакотерапия.

Лекарственные препараты, используемые для этих целей, делятся на три категории: неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адьювантные препараты.

В традиционном варианте, рекомендованном комитетом экспертов ВОЗ в 1986 г., для лечения ХБ нарастающей интенсивности, применяют анальгетики по трехступенчатой схеме – «анальгетическая лестница» ВОЗ. Метод трехступенчатой схемы обезболивания ВОЗ заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании с адьювантными средствами по мере увеличения интенсивности боли. Схема ВОЗ основана на использовании «Образцового перечня лекарственных средств». При слабой боли (1-я ступень) рекомендуется назначать неопиоидный анальгетик (парацетамол и/или НПВП). При нарастании боли до умеренной на 2-й ступени переходят к слабым опиоидам – кодеин или трамадол, при сильной ХБ на 3-й ступени – к сильнодействующему опиоиду (морфин).

За последние годы созданы и нашли широкое применение многие новые опиоидные и неопиоидные препараты с лучшими свойствами, в том числе созданные для пролонгирования анальгетического дей-

ствия и оптимизации неинвазивных способов введения анальгетиков в организм больного.

Для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии необходимо строго соблюдать три принципа:

- дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера ХБ, добиваясь устранения или значительного облегчения боли;
- назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей;
- анальгетики применять «по восходящей», т.е. от максимальной дозы слабо действующего опиоида к минимальной дозе сильнодействующего.

На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адьювантными средствами: кортикостероидами, антидепрессантами, транквилизаторами и др.

Оптимальным анальгетиком 2-й степени является синтетический опиоид – агонист опиоидных рецепторов – трамадола гидрохлорид (трамал). Разовая доза трамадола 50–100 мг, максимальная суточная доза 400–500 мг. Главные преимущества трамадола – отсутствие опасных побочных действий, присущих анальгетикам центрального действия; минимальная вероятность развития резистентности и лекарственной зависимости даже при длительном лечении. Анальгетический эффект трамадола развивается к 30-й минуте и продолжается 5–6 часов. Наиболее частыми побочными проявлениями центрального действия трамадола являются преходящая сонливость, тошнота, сухость во рту. Однако их выраженность обычно не превышает степени «легкой» и не требует отмены препарата. Трамадол можно с успехом применять в течение нескольких недель или даже месяцев.

Трамадол имеет двойное обезболивающее действие – частично он действует как опиоид, частично как блокатор пресинаптического обратного захвата моноаминов (подобно трициклическим антидепрессантам, поэтому вместе с ними трамадол не назначается), два механизма обезболивающего эффекта действуют синергически. Трамадол не является опиоидосберегающим препаратом. Он значительно снижает обезболивающее действие опиоидных анальгетиков, поэтому трамадол вместе с ними не назначается!

На 3-й ступени обезболивания используются сильнодействующие опиоиды. К ним относятся промедол, просидол, бупренорфин, морфин и фентанил.

Промедол (тримеперидин) является опиоидным агонистом. Выпускается в таблетках по 0,025 (высшая суточная доза 200 мг) и ампулах по 1 мл 1%-ного и 2%-ного раствора (высшая суточная доза 160 мг). Анальгетический потенциал промедола составляет около 1/3 от морфина, поэтому промедол не обладает достаточной продолжительностью и эффективностью при тяжелой ХБ. Инъекции промедола эффективны не более 2–4 часов.

Просидол – отечественный синтетический опиоидный агонист, хорошо всасывается через слизистую оболочку ротовой полости. Выпускается в буккальных таблетках по 0,01 и 0,02 г (высшая суточная доза 250 мг). Отличается хорошей переносимостью пациентами и редко вызывает серьезные побочные эффекты, которые аналогичны вызываемым трамалом. Суточная доза колеблется от 60 до 240 мг, продолжительность успешной терапии может достигать нескольких месяцев. Подбор оптимальной разовой дозы начинается путем последовательного защечного введения 1–2–3 (не более) таблеток с интервалом 30 минут в случае недостаточной анальгезии после первой и второй доз (без проглатывания!). При неэффективности 3 таблеток следует перейти на анальгетик большей мощности. Недостатком просидола является его кратковременный эффект – в среднем 4 часа, а число приемов в сутки составляет 4–8 раз.

Промедол и просидол следует рассматривать как промежуточные анальгетики между 2-й и 3-й ступенями «обезболивающей лестницы».

Бупренорфин – полусинтетический дериват алкалоида тебаина, частичный мю-агонист и частичный каппа-антагонист. Бупренорфин отличают более высокий, чем у морфина, анальгетический потенциал (30:1) и более продолжительный анальгетический эффект (6–8 ч.). Для бупренорфина характерен так называемый потолочный эффект: увеличение дозы свыше 3,6 мг/сут. не сопровождается усилением анальгезии, что считается его основным недостатком при лечении ХБ. Целесообразно назначать бупренорфин в подъязычных таблетках 0,2 мг. Разовая доза подбирается титрованием (последовательный прием 1–2–3 таблетки (не более)) с оценкой эффекта через каждые

30 минут. Максимальная суточная доза — 3,0 мг. Побочные эффекты менее выражены, чем у морфина. При хорошей эффективности и переносимости может применяться месяцами. Таблетки бупренорфина эффективны только при полном всасывании в ротовой полости (без проглатывания!). В случае установления начальной анальгетической разовой дозы не выше 0,6 мг можно продолжить терапию (суточная доза составит 1,8 мг). При неэффективной начальной разовой дозе 0,6 мг или достижении в процессе терапии бупренорфином суточной дозы 3 мг следует назначить вместо бупренорфина морфина сульфат или фентанил трансдермальный.

Бупренорфин может быть также назначен в виде трансдермального пластыря транстек в дозах, аналогичных вышеуказанным для сублингвальных таблеток. Для пластыря, высвобождающего 35 мкг/ч бупренорфина, доза опиоида за 24 часа составит 0,8 мг, для пластыря 52,5 мкг/ч — 1,2 мг, для пластыря 70 мкг/ч — 1,6 мг. Максимальная трансдермальная доза не должна превышать 2 пластыря по 70 мкг/ч., т.е. 3,2 мг/сут. При переходе на терапию транстеком после поддерживающей опиоидной или неопиоидной терапии его начальную дозу назначают в соответствии с инструкцией к препарату. В связи с постепенным развитием анальгетического эффекта апплицированного пластыря транстек пациентам рекомендуют при необходимости дополнительный прием прежнего анальгетика до завершения подбора эффективной анальгетической дозы транстека. Максимальная доза транстека не должна превышать 140 мкг/ч, т.е. 2 апплицированных пластыря на период 3 суток. При этом исключается прием других опиоидов. При неэффективности этой дозы следует сразу заменить бупренорфин одним из опиоидов 4-й ступени — морфином или фентанилом в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС) дюрогезик.

Морфин является классическим представителем опиоидных анальгетиков-агонистов мю-рецепторов. Морфин быстро всасывается как при приеме внутрь, так и при подкожном введении. Действие развивается через 10–15 минут при подкожном введении и через 20–30 минут после перорального введения. Действие однократной дозы продолжается 4–5 часов.

Морфин для лечения тяжелой ХБ целесообразно назначать в виде таблеток ретард морфина сульфата (МСТ-континус), в дозах 10, 30,

60, 100 мг, прием которых осуществляется два раза в сутки (утром и перед сном), что удобно для пациентов. При назначении морфина после терапии другими опиоидами следует учитывать соотношение их анальгетических потенциалов. Так, эквивалентная бупренорфину доза морфина должна быть примерно в 30 раз выше, т.е. при суточной дозе бупренорфина 2,4–3,0 мг ориентировочная доза МСТ составит 75–90 мг в сутки (в два приема утром и перед сном). Морфин может быть назначен и после анальгетиков 2-й ступени (например, при отсутствии или непереносимости бупренорфина). При неэффективности дозы трамала 400 мг/сут. суточная доза МСТ будет составлять не менее 40–60 мг; при дозе просидола 240 мг/сут. – до 80–90 мг/сут.

При длительной терапии дозу морфина приходится постепенно увеличивать в связи с развивающейся толерантностью к опиоиду, а также с усилением ХБ по мере прогрессирования онкологического процесса. Толерантность проявляется обычно на 3-й неделе терапии укорочением периодов анальгезии или снижением ее эффективности. В этих случаях при удовлетворительной переносимости препарата его разовую дозу повышают на 10–30 мг/сут.

Побочные эффекты морфина (тошнота, рвота, запоры, сильная седация, дезориентация и др.) могут лимитировать назначение его в анальгетической дозе. В этих случаях по показаниям назначают соответствующие симптоматические средства (одновременно с началом терапии морфином назначают противорвотные (метоклопрамид), слабительные и др.), позволяющие продолжить терапию, либо (при очень сильных побочных эффектах) переходят на альтернативный мощный опиоид – ТТС фентанила (дюрогезик).

Морфин не вызывает клинически значимого подавления дыхания у онкологических больных, страдающих от болей. Это объясняется тем, что боль является физиологическим антагонистом центральных тормозящих эффектов морфина. В отличие от послеоперационной боли, при раковой боли больные уже некоторое время получали слабые опиоиды, у них уже есть опиоидный опыт, а также производится постепенное поднятие дозы (титрация), и тем самым меньше вероятность, что им дадут избыточную дозу. При нормальных обстоятельствах морфин несколько угнетает дыхание, однако это менее выражено при длительном его применении. Более того,

опиоиды (кодеин, морфин) иногда бывают наиболее эффективными препаратами при лечении кашля и одышки у больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Их эффект обусловлен угнетающим действием на дыхательный центр с умеренной депрессией дыхания, подавлением кашлевого рефлекса, уменьшением секреции и кровохарканья, без какого-либо существенного снижения показателя вентиляции.

Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) фентанила (дюрогезик) – наиболее мощный опиоидный анальгетик, впервые созданный в виде системы для трансдермального введения в разном диапазоне доз: 25, 50, 75 и 100 мкг/ч. В настоящее время широко применяется как альтернативный опиоид при лечении ХБ высокой интенсивности. ТТС дюрогезик представляет фактически универсальную лекарственную форму (пластырь с депо фентанила, наклеиваемый на кожу с минимальным волосяным покровом) и может применяться у любых пациентов, в том числе неспособных принимать таблетки через рот. Анальгетический эффект дюрогезика мощнее и длительнее, чем оральных форм морфина продленного действия. Длительность анальгезии при аппликации на кожу пластыря с фентанилом составляет 72 часа, т.е. смена пластыря происходит 1 раз в 3 дня. Пациенты с тяжелой ХБ оценивают дюрогезик как наиболее эффективный и удобный вариант противоболевой терапии. Дюрогезик может вызывать те же побочные эффекты, которые присущи морфину. Наиболее опасным из них является депрессия дыхания. При появлении у пациента затрудненного дыхания пластырь следует удалить, и после нормализации дыхания использовать пластырь с дозой фентанила на одну ступень ниже.

Таким образом, наиболее рациональный перечень опиоидных анальгетиков для лечения ХБ включает следующие препараты в неинвазивных, по возможности ретардных формах: трамал – таблетки ретард (капсулы, свечи, инъекции), просидол – таблетки защечные, бупренорфин – таблетки подъязычные, морфина сульфат – таблетки ретард (МСТ и др.), ТТС фентанила дюрогезик.

Лечение современными лекарственными формами неинвазивных анальгетиков имеет существенные преимущества: высокую эффективность, удобные лекарственные формы, хорошую переносимость, отсутствие опасных побочных эффектов, сохранение социальной и

физической активности больных, представляют собой менее опасные, с точки зрения их немедицинского использования, лекарственные средства.

На всех этапах обезболивания необходимо назначение адъювантной терапии.

Группы адъювантов:

1. Глюкокортикоиды (преимущественно дексаметазон).
2. Антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин).
3. Противосудорожные (карбамазепин, клоназепам, финлепсин, габапентин).
4. Нейролептики (тизерцин, аминазин, галоперидол).
5. Транквилизаторы (диазепам, феназепам, реланиум и др.).
6. Антигистаминные (димедрол, супрастин, тавегил).
7. Седативные (валериана, корвалол, пустырник).
8. Бифосфонаты (бондронат, зомета, бонефос, аредия и др.).
9. Диуретики.

Специального лечения требует нейропатическая боль, не поддающаяся устранению классическими опиоидными и неопиоидными анальгетиками. Средства лечения нейропатической боли можно разделить на традиционные, рекомендуемые ВОЗ (1986, 1996): антидепрессанты, антиконвульсанты, препараты, родственные местным анестетикам; и специальные патогенетические средства последнего поколения разного механизма действия: агонисты тормозного медиатора ЦНС – гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), антагонисты возбуждающих аминокислот (ВАК), антагонисты ионов кальция (Ca^{++}), агонисты адренергических альфа₂-рецепторов. Антинейропатическое действие могут проявлять антагонисты кальция (нимодипин, верапамил) и агонисты адренергических альфа₂-рецепторов (клофелин), назначаемые в обычных терапевтических дозах, а также препараты, обладающие свойствами антагонистов рецепторов ВАК: ламотриджин в диапазоне доз от 25 до 200 мг/сут. через рот, тизанидин (сирдалуд) – 12–36 мг/сут.

Лечение боли мощными опиоидами 3-й степени продолжается столько, сколько требуется для облегчения страданий пациента.

В случае назначения анальгетика, недостаточного для устранения ХБ, последняя сохраняется и начинает быстро нарастать за счет суммации болевых стимулов и перевозбуждения проводящих боль нервных

структур – в результате формируется трудно купируемая боль, так называемый прорыв боли.

В случае первичного обращения онкологического больного с запущенной тяжелой ХБ рекомендуется сразу назначать один из препаратов 3-й степени, подобрав оптимальную для больного разовую и суточную дозу.

Морфин и другие опиоиды существуют для того, чтобы их назначали, а не для того, чтобы их придерживали. Их применение диктуется лечебной необходимостью, а не краткостью прогноза.

Время, образование и развенчивание мифов об этих важных лекарствах в конце концов привели повсеместно к истинности данных утверждений.

Таким образом, в настоящее время в России созданы предпосылки для адекватной терапии хронической боли.

«КонсультантПлюс»: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» утверждены ВС РФ 22.07.1993 г. и имеют номер 5487-1, а не 2288 от 24.12.1993 г.

Лечебно-профилактическим и аптечным учреждениям РФ предписывается осуществлять терапию хронической боли и лекарственное обеспечение этой терапии в строгом соответствии с действующими нормативными и законодательными актами. Для исполнения обязательны не только разделы приказов, посвященные контролю оборота наркотических, сильнодействующих и других групп препаратов ПКУ, но и разделы приказов, предписывающие адекватное обеспечение пациентов этими группами лекарственных средств. Следует особо подчеркнуть обязанность врачей назначать и выписывать рецепты на сильные опиоиды пациентам с тяжелой ХБ, не купируемой неопиоидными анальгетиками. При этом необходимо помнить о возможном привлечении к административной и даже уголовной ответственности (при обращении пациента или его родственников в суд) в случае неоказания пациенту адекватной противоболевой помощи и отказе в назначении необходимых лекарственных средств (ФЗ № 2288 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 24.12.1993 г.

в редакции ФЗ от 02.02.2006 г.; раздел VI, статья 30, пункт 5, согласно которому каждый пациент имеет право «...на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами»).

Перечень основных законодательных и нормативных актов, касающихся правил медицинского применения наркотических, сильнодействующих и психотропных средств.

Постановления Правительства РФ

1) «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» от 30 июня 1998 г. № 681.

2) «Об утверждении Положения о выдаче лицензий на использование объектов и помещений, где осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» от 30 мая 1998 г. № 541.

3) «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» от 6 августа 1998 г. № 892.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ

1) «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» от 12 ноября 1997 г. № 330 (с дополнениями).

2) «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» от 12 февраля 2007 г. № 110.

4. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Каждый медицинский работник в своей деятельности призван руководствоваться этическими принципами, которые составляют не юридические, а моральные основы медицинской практики.

Этика (от лат., греч. – «благо», «долг») – учение о морали, ее сущности, значении для человека и общественной истории; система норм нравственного поведения человека.

Деонтология – «учение о должном (И. Бентам, начало XIX века).

Биоэтика – исследование этических проблем в здравоохранении и биологии.

Существует четыре основных принципа медицинской этики: «дейлай благо», «не навреди», «уважай автономию», «будь справедлив».

Они применимы к любой сфере медицинской деятельности, но особенно важны в паллиативной медицине.

Этические принципы паллиативной медицины

- Уважайте жизнь.
- Допускайте неизбежность смерти.
- Рационально используйте возможные ресурсы.
- Делайте добро.
- Сводите к минимуму вред.

Восприятие болезни с прогнозируемым тяжелым течением и летальным исходом безусловно чрезвычайно проблемно и по-своему уникально для каждой личности. Тем не менее есть и некоторые сходства, которые, в основном, являются общими для многих пациентов. Так, в начале болезни обычно имеет место возрастающий страх. Пациент сталкивается с наиболее тяжелыми душевными проблемами. В это время он испытывает неуверенность в себе, его чувства колеблются между надеждой и отчаянием.

Ощущение разрушения своего внутреннего мира, которое испытывает больной и которое часто не осознается многими близкими и друзьями, добавляет чувство изоляции ко многим другим их проблемам.

Единственное, что остается делать в этой ситуации, – это жить с человеком общей жизнью, поддерживать его своим пониманием и принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны.

Пациент должен чувствовать, что для него делается все возможное, чтобы облегчить его проблемы, в том числе и душевные. Если же у пациента сложилось впечатление, что это не так, то все усилия

медицинского персонала и родственников добиться эмоционального контакта с ним будут бесполезны.

Этические проблемы паллиативной медицины

Выбор лечения

Лечение – процесс сложный, начинающийся от полного излечения, с одной стороны, и заканчивающийся контролем симптомов, с другой стороны.

При выборе подходящего лечения нужно иметь в виду следующее:

- возможности организма пациента;
- терапевтические цели и пользу от каждого вида лечения;
- побочные эффекты;
- желания пациента.

Следует помнить, что врач – не технар, а медицина – это не просто «пилюля на каждую болезнь». Существует несколько общих возможных направлений, которые может порекомендовать врач, оказывающий паллиативную помощь. При этом абсолютно объективных критериев, позволяющих прекратить специальное лечение, почти не существует – каждого конкретного больного следует рассматривать как уникальный случай. Тем не менее при оказании помощи пациенту в терминальной стадии заболевания главным бывает вовремя перейти от специального лечения к активной паллиативной помощи.

Общение с неизлечимым больным

«Правда – одно из наиболее сильных терапевтических средств, доступных нам, но нам по-прежнему надо знать точный смысл ее клинической фармакологии и выяснить оптимальное время и дозировку к ее употреблению. Похоже, нам необходимо вникнуть в близкую связь между надеждой и отрицанием ее» (М. Симпсон, 2001).

Ф. Бэкону принадлежат слова «знание – сила». Знание врачом вопросов, касающихся здоровья пациента, кроме способности оказать помощь людям в бедственном положении, дает ему одновременно власть над ними. Отказ раскрыть пациентам важную информацию об их здоровье может повлиять на способность пациентов принимать важные решения. Если «знание – сила», то пребывание в неведении

означает пребывание в состоянии беспомощности и зависимости от врача.

Однако скоропалительное сообщение окончательного, фатального диагноза может быть не просто безответственным, но и представлять существенное злоупотребление профессиональной властью, или – в лучшем случае – быть неуместным выражением профессионализма.

Дилеммы раскрытия истинной информации и конфиденциальности возникают из существующего конфликта между правами пациента и обязанностями лечащего его врача.

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни (особенно при онкологической патологии) приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существовала деонтологическая тактика не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Однако, как правило, incurable больные получают травмирующую их информацию по другим каналам. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала оказывает весьма негативное влияние на больного. Поэтому необходимо ориентироваться на каждого больного в каждой конкретной ситуации. Говорить с человеком о его диагнозе нужно, если это будет способствовать более эффективному лечению. Ведь эффективность лечения зависит не только от того, как пациента будут лечить, но и от того, как он будет лечиться. Говорить с пациентом о сложности и проблемах заболевания нужно откровенно, если он настойчиво задает вопросы, оставаясь недовольным щадящими ответами. Иначе возникает недоверие врачу и медицине в целом, что не будет способствовать эффективному лечению.

Как сообщать плохие новости

«Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели».

Плохие новости решительно и отрицательно меняют взгляд пациента на собственное будущее. При этом, рассказывая пациенту и его семье обо всем, вы избегаете сложностей и недоверия. Необходимо придерживаться двух параллельных принципов: никогда не обманывать пациента и избегать неконтролируемой откровенности. Следует помнить, что в любых и особенно в тяжелых случаях доверительные

отношения между пациентом и врачом основаны на искренности, доброжелательности и правде.

Правда имеет широкий спектр: от мягкости, с одной стороны, и при необходимости до жесткости – с другой. Пациенты всегда предпочитают мягкую правду. Насколько это возможно, рекомендуется сглаживать (смягчать) первоначальное восприятие негативных слов. Например, лучше НЕ: «У вас рак», А: «Анализы показывают, что это разновидность злокачественной опухоли»; НЕ: «Вам осталось жить 3 месяца», А: «Время, возможно, ограничено». Целесообразно использовать слова с положительными, а не отрицательными оттенками: НЕ: «Вы слабеете», А: «Энергию в настоящий момент следует поберечь».

Забота о родственниках

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. Очень легко забыть про родственников, так как они не хотят беспокоить доктора, поскольку он «очень занят». Инициатива к общению на уровне «родственник – врач» должна исходить со стороны врача и поддерживаться им. При этом не стоит забывать, семья не может запретить врачу обсуждать диагноз и прогноз с пациентом.

Ятрогения – нарушения психогенного характера в состоянии здоровья пациента, возникающие как следствие (или неправильное толкование) слов, поведения и действий медицинского работника. При ятрогении возможно как появление чисто невротических реакций с новыми для данного больного симптомами, так и усугубление ощущений, связанных с имеющейся болезнью.

Еще за две тысячи лет до нашей эры говорили, что «врач лечит словом, растением и ножом». Слово стояло на первом месте. Примечательно, что слово «врач», известное в русском языке уже с XI века (как считают филологи) происходит от слова «врать», которое в старину означало не «лгать», а просто – «говорить». То есть врач считался человеком, умеющим заговаривать, влиять на больного силой слова. Слово врача может способствовать выздоровлению, но оно же может и усугубить или вызвать болезнь. Важно подчеркнуть, что внушать себе можно не только то, что хочешь, но и чего боишься. Например,

пациент, страдающий канцерофобией, с одной стороны, трактует неосторожные высказывания врача в пользу своих подозрений, а с другой – может действительно начать ощущать признаки опухоли, о которых слышал или читал, и предъявлять соответствующие жалобы.

Очевидно, определенному периоду времени присущи свои, чаще встречающиеся ятрогенные заболевания, что зависит от распространенности и эффективности лечения тех или иных болезней. Так, судя по литературе, в XIX и начале XX века среди подверженных ятрогений чаще встречались больные, предполагающие у себя туберкулез и сифилис, а в настоящее время – более распространены боязнь рака, болезней сердца, СПИДа.

В последние годы за рубежом и в России все чаще в печати инициируется дискуссия о проблемах эвтаназии. Слово «эвтаназия» произошло от двух греческих слов: «eu» – «хорошая» и *thanatos* – смерть. Термин «эвтаназия» предполагает осознанное, мотивированное, намеренное и достаточно быстрое прекращение жизни кого-либо, пораженного в том числе и неизлечимой болезнью.

Паллиативный уход отстаивает право пациента на «хорошую смерть», а различия между пассивной и активной эвтаназией и естественной смертью могут быть весьма размытыми в условиях паллиативного ухода. И все-таки философия паллиативной медицины состоит в том, что намеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются. Хоспис и паллиативная помощь – альтернативы эвтаназии. Врачи и медсестры должны понимать, что их долг – поддерживать жизнь, а не поощрять идеи пациентов убивать себя или ускорять наступление смерти.

Ни закон, ни общественная мораль не согласны с тем, что каждый имеет право требовать, чтобы другое лицо было ассистентом при завершении его жизни. Однако на практике некоторые врачи и медсестры могут почувствовать себя вынужденными прекратить лечение или поддержание жизни или же активно вмешаться для прекращения жизни невыносимо страдающего пациента, используя наркотические препараты или иные средства. Ведь паллиативная помощь не всегда может облегчить все страдания. Но такие действия при любых обстоятельствах будут считаться незаконными, и в большинстве случаев – порицаемы общественной моралью.

Легализация эвтаназии в Голландии и некоторых других странах формально выводит из криминальной сферы акты эвтаназии при определенных, очень строгих и в правовом плане легитимных обстоятельствах. Но легализация эвтаназии не разрешает моральной дилеммы для врачей и медсестер, так как никакой закон не вынудит их применить эвтаназию против их воли или совести, и не отменит долг оказывать медико-социальную и психологическую помощь страдающему (умирающему) пациенту, уважая его человеческое достоинство. К тому же легализация эвтаназии не может адекватно предотвратить злоупотребления ею недобросовестными лицами, которые могут извлекать выгоду из смерти другого.

Наиболее исчерпывающее изучение эвтаназии было предпринято в начале 90-х годов в Голландии. Ориентировочно самыми существенными причинами прошения больными эвтаназии определены:

- невыносимая ситуация (70%);
- страх перед будущими страданиями (50%);
- потеря достоинства (57%);
- зависимость от других (33%);
- усталость от жизни (33%).

Боль как причина прошения эвтаназии была названа 46% пациентов, но как единственная причина – только 3%. Невозможно вывести определенное заключение о причинах прошения эвтаназии, кроме того, что в их корне лежат не только физические страдания, но и психологическое состояние больного, которое может изменяться в зависимости от ситуации в ту или другую сторону.

Исследования в США показали, что около 9% пациентов обнаружили настойчивое и убедительное желание умереть. Это было связано с болью и бедной социальной поддержкой, но еще больше с глубиной депрессии пациента. По прошествии двух недель работы с ними психотерапевта 2/3 пациентов отказались от эвтаназии.

Есть много причин прошения эвтаназии. Для врача в клинической практике один из наиболее важных вопросов – как отвечать пациенту, просящему об эвтаназии. Недостаточно лишь понимать проблему, не зная, как нужно говорить или что делать, встретив просьбу пациента помочь ему умереть.

Рассмотрим некоторые возможные способы ответа на прошение эвтаназии:

- спросить пациента о причинах появившейся просьбы;
- исследовать эти причины;
- скорректировать то, что представляется возможным осуществить;
- вернуть пациенту контроль своего решения;
- подумать вместе с родственниками о духовных проблемах;
- признать свою беспомощность, но убедить просящего об имеющихся (пусть слабых) возможностях ее корректив и т.д.

Некоторые причины прошения эвтаназии могут быть поправимы, поэтому необходимо спрашивать пациентов о причинах их просьбы. Только после того, как были выяснены все проблемы пациента, ему следует дать совет или по возможности убедить его отказаться от этой мысли.

В таких ситуациях нередко для пациентов невозможно что-то улучшить. Пациенты предпочли бы, чтобы мы признавали их боль и обреченное состояние. Иногда медицинскому персоналу необходимо уметь разделять беспомощность пациентов откровенным признанием своей беспомощности.

Пока не существует идеального правового разрешения проблемы эвтаназии. В некоторых случаях не существует ее идеального этического разрешения.

Принимая во внимание, что настойчивое и оправданное прошение эвтаназии, как правило, редкость, каждый случай требует отдельного обсуждения и никогда не будет легким. Применяя этику разумно и активно общаясь с пациентами, можно разрешить некоторые непримиримые дилеммы и помочь пациентам, как и самим врачам, принимать решения более комфортно. Ясно то, что гораздо больше пациентов, которые, как предполагается, нуждаются в эвтаназии, а в действительности нуждаются в понимании, разъяснениях, насколько это возможно, — необходимости оказания ему адекватных диагнозу физической, духовной и психологической поддержки, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

Важной этической проблемой является также вопрос равноправия и распределения ресурсов. Равноправие означает равную доступность ресурсов системы здравоохранения (в том числе — хосписной помощи) для всех граждан в соответствии с их нуждами, независимо от

финансового положения, классовой, религиозной или расовой принадлежности.

Все пациенты в терминальных стадиях активного, прогрессирующего заболевания, для которых основной целью лечения является облегчение или предотвращение страданий и поддержание качества жизни, должны иметь доступ к паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Как в России, так и за рубежом существует позиция, что необходимо при лечении больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний отдавать приоритет клиническим дисциплинам, поскольку их цель – продление жизни пациентов, что является экономически и социально более полезным и продуктивным. Иногда у клиницистов возникает вопрос: «Зачем тратить и без того ограниченные ресурсы здравоохранения на умирающих больных (бесперспективных в плане медицинской помощи)?». Однако существует и другое мнение: паллиативная медицина весьма актуальна, поскольку общество не будет здоровым ни морально, ни физически, если не станет заботиться о неизлечимо больных и если вдруг экономические проблемы станут приоритетными по отношению к жизни тяжелобольных. Паллиативная медицина имеет реальную возможность продемонстрировать эффективность мер по повышению качества жизни больного и его родственников, по контролю патологических симптомов, в том числе болевого синдрома, а не просто удовлетворенность пациентов; доказать эффективность проводимых затрат, сравнимых с альтернативными формами медико-социальной помощи.

В клинической практике, особенно в паллиативной медицине, вполне реален конфликт различных этических принципов. При оценке их относительной важности необходимо отдавать предпочтение тому, что идет на благо конкретному больному, и соотносить между собой потенциальное благо и вред от каждого вмешательства для него.

Хосписы, онкоцентры, онкодиспансеры, онкологические отделения и отделения паллиативной помощи многопрофильных больниц позволяют на практике реабилитировать этическую ценность древней медицинской заповеди: SALUS AEGROTI SUPREMA LEX – «Благо больного превыше всего».

5. «СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

В зарубежной и отечественной литературе описан «синдром эмоционального выгорания», характерный для лиц коммуникативных профессий, оказывающих помощь больным и пострадавшим или работающим с населением.

По данным отечественных и зарубежных исследователей, данный синдром встречается у медицинских работников в 30–90% случаев, в зависимости от конкретной профессиональной деятельности, типа личности, объективных возможностей психологической адаптации к реальным ситуациям.

Профессиональная деятельность медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии, как никакая другая сфера деятельности, связана со значительными психоэмоциональными нагрузками и сопровождается влиянием комплекса эмоционально негативных факторов, вызывающих у сотрудников неадаптивную реакцию на стресс, возникающий в результате работы.

Проведенные в последние годы в России и за рубежом исследования свидетельствуют о подверженности врачей и сестринского персонала, оказывающих паллиативную помощь инкурабельным больным, формированию состояний личностной дезадаптации («синдрома эмоционального выгорания»).

Термин «синдром эмоционального выгорания» был введен в 1974 г. и означает долговременную стрессовую реакцию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной степени интенсивности. В опубликованных в печати исследованиях чаще всего дается следующее определение «синдрома эмоционального выгорания»: «...это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиональной сфере». Профессиональное «выгорание» характеризуется физическим утомлением, чувством эмоциональной усталости и опустошенности, в отдельных случаях — бесчувствием и негуманным отношением к пациентам, ощущением некомпетентности в профессиональной сфере, неуспеха в ней и в личной жизни, пессимизмом, снижением удовлетворенности от повседневной работы и др.

Согласно МКБ-10, данный синдром входит в рубрику Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Этот синдром можно представить в виде деформированного в процессе повседневной деятельности стереотипа профессионального поведения, характеризующегося поэтапной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющегося в существенном снижении качества жизни медицинского работника.

«Синдром эмоционального выгорания» представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в ответ на систематические психотравмирующие воздействия. Следовательно, под «выгоранием» принято принимать процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи умирающему человеку, постепенно приводит к проблемам со здоровьем психологического и физического характера, возникающим у врачей и сестринского персонала.

Необходимо также учитывать тот факт, что среди медицинских работников широко распространено стремление заниматься самолечением и скрывать проблемы с собственным здоровьем от администрации, коллег по работе и членов семьи.

При анализе факторов, потенциально влияющих на развитие данного синдрома, выделяют социально-демографические (пол, возраст, психологический климат в семье и др.), профессиональные (место работы, специальность, стаж работы, заработная плата и т.д.) и личностные факторы (эмоциональная устойчивость, фрустрированность, доминантность и др.).

«Синдром эмоционального выгорания» может не только негативно влиять на оказание медицинской помощи инкурабельным пациентам, снижая качество профессиональной деятельности, но и неблагоприятно отражается на состоянии психического и соматического здоровья самого медработника и коллег по работе.

Для «синдрома эмоционального выгорания» характерно чувство хронической усталости, эмоционального истощения и опустошенности, смена настроения, раздражительность, неудовлетворенность работой, толерантность к просьбам пациентов о поддержке и помощи, грубость, депрессия, личностная отстраненность, формальность при выполнении профессиональных обязанностей, нарушение межличностных отношений, приводящее к конфликтам на рабочем месте и др.

По данным проведенного на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова исследования (2007 г.), в одном из лучших в стране хосписе № 1 г. Москвы имеет место высокий уровень текучести кадров сестринского персонала, связанный в том числе с проявлением синдрома профессионального выгорания. У 75% медицинских сестер хосписа стаж работы составлял до 3 лет, еще у 20% – до 7 лет. Стаж работы от 8 лет и более имели только 5% медицинских сестер хосписа.

Известно, что в паллиативную медицину идут врачи и медицинские сестры, обладающие определенными положительными качествами характера (доброта, интеллектуальность, открытость, тонкость восприятия эмоционального состояния окружающих, способность понимать поступки людей и др.). Более подвержены «синдрому эмоционального выгорания» оказываются те медицинские работники, которых отличают такие личностные качества, как повышенное чувство ответственности, готовность всегда прийти на помощь больному, стремление быть нужным, желание оказать психологическую поддержку, высокая степень нравственного долга перед больным и желание соответствовать определенным этико-деонтологическим требованиям, переживания по поводу своей профессиональной компетентности и др. Кроме того, у сотрудников хосписа, испытывающих трудности в разрешении собственных проблем и недостаточно хорошо справляющихся со стрессами, может отмечаться преобладание эмоциональных отношений над профессиональными и инициирование собственных переживаний о смерти.

Медицинские работники при общении с инкурабельным больным и его родственниками должны по возможности создавать обстановку оптимального психологического климата с учетом личностных особенностей пациента, стадии заболевания и длительности проводимого лечения. Такая психологическая поддержка, исходящая от врачей, медицинских сестер, членов семьи больного, а также волонтеров и представителей различных религиозных конфессий, способствует адаптации пациента к новым условиям своего существования, не позволяет ему «уйти в болезнь», снимает излишнее эмоциональное напряжение и агрессию.

Однако необходимо отметить, что на этом положительном психологическом фоне медицинский персонал, работающий в пал-

лиативной медицине, подвергается постоянному воздействию острых и хронических стрессогенных факторов, следствием чего являются различные психологические реакции, состояния, обуславливающие отрицательные специфические психосоматические и личностно-характерологические проявления, существенно снижающие их качество жизни, т.е. проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обходят стороной и занятых в ней сотрудников.

Работа с умирающими и их родственниками чрезвычайно сложна и требует больших душевных затрат. У медицинских работников происходит переосмысление собственной системы жизненных ценностей. Меняется направленность работы. Надо научиться находиться рядом с пациентом, а не просто выполнять свои функциональные обязанности. Очень сложно прийти к пациенту не для того, чтобы сделать инъекцию или проверить его состояние, а просто находиться рядом (дать пациенту чувство уверенности, сопереживания) всегда, когда пациенту это присутствие необходимо. Надо научиться справляться со своими негативными эмоциями, причины которых могут быть различны (работа, семья, состояние здоровья и др.) и честно осознавать причину их возникновения, прийти на работу и «забыть о домашних делах и личных проблемах», что не всегда просто и что порой усиливает психоэмоциональную дезадаптацию.

Наряду с этим после работы врачам и медицинским сестрам необходимо пытаться воспитывать у себя правило — не нести те эмоции, которые накопились за день, домой и не выплескивать их на родственников.

Острыми являются проблемы соприкосновения медработников со смертью, «неуспешностью» лечения. Инстинктивный страх смерти заставляет пациента искать поддержки у окружающих и в первую очередь — у медицинских работников. Известны случаи, когда пациенты несколько часов перед смертью крепко сжимали руку медсестры и как бы «тянули» ее за собой. Такие эмоциональные переживания вместе с пациентом отражаются на психике и самочувствии медицинского персонала.

Иногда бывает трудно принять пациента таким, каков он есть. Не всегда пациент вызывает симпатию у окружающих, может быть раздраженным, обозленным. Поэтому воспитание в себе безоценочного

отношения у медицинского работника является важным моментом для успешной работы.

Такое же отношение должно быть и к родственникам пациента. Проведенное М.Е. Липтугой (2006 г.) исследование показало, что наиболее сложная проблема в работе медперсонала хосписов – это общение с родственниками пациента. Так ответили 41,6% опрошенных медработников.

Зачастую, наблюдая за происходящими изменениями в состоянии близкого человека, родственники пациента с этим не могут примириться: отрицают диагноз, требуют дополнительного обследования, настаивают на операции и т.д.

Смерть пациента, даже в результате неизлечимой болезни и, несмотря на предупреждение медицинских работников о приближении смерти, может быть полной неожиданностью для родственников. Часто персонал становится объектом агрессивных реакций родственников пациентов. Тяжело также в момент агонии пациента объяснить присутствующим родственникам, почему ему не проводятся реанимационные мероприятия, особенно когда они настаивают на этом.

У медицинского работника может вызвать раздражение неумение родственников поговорить с родным человеком, нежелание быть с ним рядом, поддержать, помочь выполнить простые действия (например, поправить постель, покормить, причесать волосы, подстричь ногти, подать судно и т.д.).

Тяжело наблюдать за пациентом, безуспешно ожидающим прихода родственников. Некоторые сводят заботу об умирающем родственнике только к внешним атрибутам: ежедневным беседам с врачом, выясняя, когда же наступит улучшение, или связывая ухудшение состояния с вводимыми препаратами, и при этом одновременно отказывая больному в элементарных психологических и гигиенических просьбах, перекладывая их выполнение на медицинский персонал.

При всем этом медработникам не следует обижаться, а важно помнить, что родственники пациента тоже нуждаются в поддержке и забота о них является неотъемлемой частью заботы о пациенте.

Состояние неуверенности, беспомощности, чувство тревоги, растерянности родных передается пациенту и отрицательно влияет на его самочувствие. Сознание того, что есть кто-то, к кому можно об-

ратиться в случае необходимости, придает семье уверенности и благоприятно отражается на настроении пациента.

Необходимо помочь семье избавиться от чувства вины и беспомощности, которые могут сохраняться всю жизнь. В достижении этой цели необходимо проводить беседы с родственниками пациента, что тоже требует дополнительной психологической нагрузки.

По результатам проведенного П.А. Антипиным (2006 г.) анкетирования медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, выявлено, что большинство опрошенных испытывают повышенную раздражительность (16%), значительную утомляемость (36%), головную боль (56%), эмоциональную напряженность (40%), повышенную тревожность и мнительность (16%), нарушения сна (24%), вегетативные расстройства (28%) и др.

Профессиональная деятельность медицинских работников влияет и на их отношения с окружающими, в частности, притупляются чувства сострадания к пациенту (52%). Испытывают разочарование в профессии (32%) опрошенных из-за отсутствия положительных эмоций от профессиональной деятельности (20%).

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова проведено по адаптированной методике В.В. Бойко изучение формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников (врачей и медицинских сестер) хосписов и хосписных отделений многопрофильных больниц гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Волгограда, Нижнего Новгорода, Архангельска и Северодвинска.

Выявлено, что у 64,3% опрошенных работа с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, со временем приносит все меньше и меньше удовлетворения, а 75,3% респондентов – хотели бы сменить место работы, если бы представилась такая возможность. Из-за дефицита времени, усталости и напряжения в процессе трудовой смены почти 80% опрошенных признаются, что часто уделяют внимание пациентам хосписа меньше, чем положено, 53% – устают на работе настолько, что дома с родными стараются общаться как можно меньше, у 62% – не остается сил заниматься домашними проблемами. У 43,5% медицинских работников мысли о работе не покидают их и дома, у них повышается артериальное давление, появляются головная боль и боли в области сердца.

Анализ влияния на личность медицинского работника его профессиональной деятельности, связанной с оказанием паллиативной помощи больным, позволяет выделить значимость психологических факторов в возникновении психогенных реакций, а позже – в развитии «синдрома эмоционального выгорания».

Важным компонентом профилактики «синдрома эмоционального выгорания» является умение разделить личное и профессиональное пространство и адекватно распределить ответственность за выполняемую работу. При этом понимание и сочувствие к инкурабельному пациенту должны основываться не на идентификации с ним, а на позиции эмпатии, на понимании его психологического состояния на различных этапах лечения, а также на адекватной оценке своих профессиональных возможностей в оказании помощи терминальному больному (Сидоров П., Новикова И., 2006 г.).

Для врачей и медицинских сестер, работающих в онкологических учреждениях и хосписах, необходимо наличие определенной «эмоциональной сопротивляемости», позволяющей им сохранить свои лучшие человеческие качества (отзывчивость, доброту, уважение к пациенту и др.) при длительном действии стрессогенных факторов, связанных с оказанием помощи инкурабельным пациентам и общении с родственниками умирающих больных.

Совершенно очевидной становится необходимость психологической поддержки медицинского персонала хосписов, онкологических и отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц.

Медицинские работники хосписов, как никакие другие специалисты, нуждаются в психологической помощи, которая может быть представлена специальными занятиями их с медицинскими психологами на обучающих занятиях, семинарах, тренингах и т.д. К сожалению, в большинстве российских хосписов отсутствует или носит эпизодический характер служба психологической помощи персоналу. Каждый сотрудник решает эту проблему самостоятельно.

На практике сами способы снятия напряжения очень индивидуальны и разнообразны. В решении психологических проблем помогают: общение с коллегами, друзьями, а также любимые занятия, хобби, семья, сама работа (сознание хорошо сделанной работы, постановка реальных целей, достижение определенных результатов, разделение ответственности с другими коллегами и т.д.), чувство юмора, коллек-

тивный отдых с сотрудниками, поездки на природу, работа на даче, наличие достаточных перерывов во время работы на отдых и еду, полноценный сон, посещение церкви, молитва на ночь и т.д.

Большое значение имеет психологический климат в коллективе. Доброжелательные, партнерские взаимоотношения между коллегами являются предпочтительными перед строгим соблюдением субординации.

Итак, «синдром выгорания» – процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи тяжелобольному человеку, постепенно приводит к проблемам с собственным здоровьем психологического и физического характера.

Психологическими компонентами «выгорания» являются:

- эмоциональное истощение (чувство эмоционального перенапряжения, нехватки сил до конца смены и на следующий день);
- деперсонализация/обезличивание (чувство опустошенности, самоизоляции, потери интереса к общению; психологически неадекватная, раздраженная манера общения с окружающими);
- снижение самооценки значимости своих действий и принимаемых решений (чувство «провала») и т.д.

«Синдром выгорания» проявляется в снижении мотивации, трате большего количества времени с меньшими результатами, жалобах на свою судьбу и др. Так как «выгорание» нарастает постепенно, медицинский персонал часто продолжает работать в том же режиме с тяжелыми психологическими перегрузками до тех пор, пока не наступят критические его проявления: физические, психологические и поведенческие.

К физическим проявлениям относятся: снижение аппетита, обострение хронических заболеваний, быстрая утомляемость, повышение артериального давления, головная боль, нарушение сна и др.

Психологические симптомы проявляются в раздражении, чувстве усталости, разочаровании в работе и в личной жизни, потере самоуважения и уверенности в себе, снижении интереса к работе, усталости и депрессии, в чувстве неадекватности, безнадежности и необъяснимой вины, в частой смене настроения, немотивированном беспокойстве о будущем, чувстве несостоятельности, безысходности, потери веры в завтрашнем дне и др.

Поведенческие проблемы могут быть представлены: эмоциональными «взрывами», немотивированной сменой настроения,

пренебрежением профессиональными и семейными обязанностями, снижением самокритичности, ограничением общения с друзьями и знакомыми, трудностями при общении с окружающими и др.

Причины «выгорания» могут быть классифицированы на две группы:

- объективные (напрямую связаны с выполняемыми видами деятельности по оказанию помощи, например, изменение распорядка дня, чередование дневных и ночных смен и т.д.);
- субъективные (связаны с личным отношением ухаживающего к умирающему больному, выполняемым видам деятельности, взаимоотношениями с больными, их родственниками, коллегами по работе, членами своей семьи и т.д.).

К наиболее распространенным причинам «выгорания» в паллиативной медицине следует отнести:

- психологическую неподготовленность медицинского персонала к формам и методам оказания паллиативной помощи;
- неизлечимый характер заболевания пациента;
- непредсказуемость течения болезни;
- большие психологические и физические нагрузки;
- этические проблемы взаимоотношений с больными в терминальном состоянии и их родственниками;
- отсутствие необходимых профессиональных знаний и навыков взаимоотношений с умирающими пациентами и их родственниками;
- личностное отношение к смерти в целом и т.д.

Следует также выделить факторы, которые, не являясь причинами развития «синдрома выгорания», оказывают существенное влияние на медицинский персонал и их можно отнести к группе предрасполагающих факторов:

- индивидуальные (связанные с особенностями личности человека, оказывающего помощь, его системой жизненных ценностей, убеждениями, способами и механизмами индивидуальной психологической защиты);
- ситуационные (факторы, связанные с условиями оказания помощи инкурабельным больным).

К индивидуальным факторам относятся: возраст (молодые люди больше подвержены риску «выгорания»), высокий уровень ожидания

результатов своей профессиональной работы, ярко выраженная ориентированность на достижение цели, высокий уровень преданности моральным принципам работы, проблема ответить на просьбу отказом и сказать «нет», склонность к самопожертвованию, тенденция быть только «отдающим» и не принимать помощь от других и т.д.

Ситуационные факторы представляются: чрезмерной профессиональной нагрузкой, слабой подготовленностью к роли ухаживающего за терминальным больным, недостаточным пониманием должностных обязанностей, неадекватной социальной и психологической поддержкой, межличностными конфликтами с коллегами, пациентами, их родственниками и членами своей семьи и т.д.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) предполагает в первую очередь:

- снятие рабочего напряжения у сотрудников;
- повышение профессиональной мотивации;
- повышение уровня заработной платы, адекватного затрачиваемым психоэмоциональным и физическим усилиям.

Наиболее перспективным этапом проведения профилактики «синдрома эмоционального выгорания» должен стать период обучения в высших и средних медицинских учебных заведениях, а в последующем – на курсах, семинарах, циклах повышения профессиональной квалификации медицинских работников всех специальностей.

В медицинских вузах и училищах студентов необходимо готовить к тем реалиям, в условиях которых будет осуществляться их деятельность. Будущие специалисты должны получить всеобъемлющую информацию, касающуюся источников эмоционального стресса при работе с больными людьми и риска возникновения «синдрома эмоционального выгорания». Первичная профилактика СЭВ должна начинаться еще во время обучения в учебном заведении и включать два основных направления: информационное и обучающее. Заканчивая медицинское учебное заведение, медицинский работник с высшим и средним образованием должен иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, а также первичные навыки самопомощи.

Период обучения в интернатуре (ординатуре) является основным этапом профессионализации, на котором проблема СЭВ должна рас-

смагиваться с учетом специфики избранной специальности. Помимо лекций, раскрывающих все многообразие проблем СЭВ, необходимо проведение психологического обследования, тренингов и групповых занятий.

Обучающие программы могут осуществляться в различной форме, иметь разную продолжительность и содержание. Они могут проводиться для группы специалистов из одной организации или из различных медицинских учреждений. В каждом конкретном случае в тематике необходимо учитывать профессиональную специфику слушателей.

Диагностика СЭВ и первые этапы коррекции могут быть проведены у врачей и сестринского персонала в период прохождения курсов повышения квалификации. В профилактических целях могут использоваться основные приемы самовоздействия и формирования психической устойчивости.

Организационные же мероприятия по первичной профилактике СЭВ в медицинском учреждении должны осуществляться на различных управленческих уровнях.

К основным направлениям работы по профилактике СЭВ на уровне главного врача медицинского учреждения следует отнести: обеспечение информированности сотрудников о СЭВ и факторах риска; определение групп риска в своем коллективе в части «эмоционального выгорания»; организация и проведение работы по выявлению ранних признаков СЭВ у медицинского персонала; перевод с согласия сотрудника в пределах учреждения в другие подразделения (при необходимости); создание условий для профессионально-квалификационного роста и психологической устойчивости персонала.

Положительное значение могут иметь:

- предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям;
- повышение их социально-психологической компетентности;
- осуществление доброжелательного стиля руководства;
- организация слаженной и гибкой работы подразделений учреждения;
- обеспечение оказания помощи молодым специалистам в адаптации к своей деятельности;
- проведение тренингов по выработке психологической устой-

чивости при сохранении высокого уровня профессиональной деятельности;

- адекватный подбор руководителей подразделений;
- поощрение обучения сотрудников и др.

Работа по профилактике СЭВ на уровне главной медсестры учреждения ведется по тем же направлениям: организация информированности среднего и младшего медицинского персонала о СЭВ и факторах риска; работа по выявлению у них признаков СЭВ; перевод (с согласия сотрудника) в другие подразделения; создание условий для профессионально-квалификационного и медико-психологического роста персонала и т.д.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне заведующего отделением: диагностика СЭВ у сотрудников отделения; оценка социально-психологического климата в трудовом коллективе и его оптимизация; проведение коллективного анализа при появлении первых признаков СЭВ у кого-то из сотрудников; организация слаженной работы отделения.

Немаловажное значение имеют наставничество молодых специалистов; обучение сотрудников подходам к работе с учетом специфики контингента пациентов и др.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне старшей медсестры отделения: диагностика социально-психологического климата в коллективе сестринского персонала и его оптимизация; организация слаженной работы сестринского персонала отделения; изменение графика работы (при необходимости), наставничество молодых сотрудников, индивидуальные беседы, по показаниям – консультации психолога.

Система поэтапных лечебно-профилактических мероприятий у медработников включает два этапа. Первый – диагностический – включает в себя оценку факторов риска возникновения СЭВ, его клиническую и психологическую диагностику. В зависимости от наличия или отсутствия факторов риска и симптомов СЭВ у медицинского персонала проводятся адекватные профилактические мероприятия.

Личностный уровень профилактики. Психологическая работа по профилактике СЭВ должна быть нацелена на снятие у медицинских работников стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции,

обучение методикам расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости. Одним из методов профилактики данного синдрома является психологическое консультирование медицинских работников и при необходимости психокоррекция. При этом могут осуществляться: коррекция негативных стереотипов обыденного сознания и неадекватных механизмов психологической защиты, а также – формирование профессиональной мотивации и адаптивных механизмов саморегуляции.

У врачей и сестринского персонала необходимо воспитывать приемы самопомощи, так как в профилактике СЭВ успех зависит прежде всего от самого медицинского работника, которому для его достижения следует соблюдать ряд рекомендаций:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей, что повышает долгосрочную мотивацию. Достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания;
- использование «тайм-аутов». Для обеспечения психического и физического благополучия особое значение приобретают «тайм-ауты», т.е. отдых от работы и других нагрузок. Иногда, чтобы «отойти» от жизненных проблем, нужно найти такое занятие, которое было бы увлекательным и приятным;
- овладение умениями и навыками саморегуляции. Овладение такими психологическими умениями и навыками, как релаксация, определение жизненных целей, способствующих снижению уровня стресса;
- профессиональное развитие и самосовершенствование. Одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб. Сотрудничество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри отдельного коллектива. Для этого с успехом используются различные курсы повышения квалификации, всевозможные профессиональные, неформальные объединения, конференции и др.;
- исключение ненужной конкуренции. Слишком настойчивое стремление к выигрыванию, лидерству обуславливает развитие тревоги, делает человека излишне агрессивным, что способствует, в свою очередь, проявлению СЭВ;

- эмоциональное общение. Когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность «выгорания» значительно снижается или же этот процесс не так явно выражается. Рекомендуются, чтобы сотрудники в сложных рабочих ситуациях обменивались мнениями с коллегами, искали у них профессиональной поддержки. Если работник делится своими отрицательными эмоциями с коллегами, то, во-первых, у него снижается психоэмоциональное напряжение, а во-вторых, общими усилиями они могут найти для своего коллеги разумное решение возникшей проблемы;
- поддержание хорошей физической формы. Доказательна тесная связь между состоянием тела и разумом. Хронический стресс воздействует на человека. Очень важно поддерживать хорошую физическую форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты. Избыточное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение или чрезмерное повышение массы тела усугубляют проявление СЭВ.

Чтобы избежать СЭВ, необходимо следовать следующим правилам:

- стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;
- научиться переключаться с одного вида деятельности на другой;
- проще относиться к конфликтам на работе;
- не пытаться всегда и во всем быть лучшим и т.д.

К актуальному разделу профилактических мер следует отнести организационно-управленческую деятельность, осуществляемую руководством медицинских учреждений. Особо необходимо отметить аналитическую работу, которая служит подготовительным этапом, создающим основу для адекватного планирования мер по профилактике СЭВ. Планирование должно быть направлено на осуществление оценки характера и причин текучести кадров, выявление частоты развития СЭВ.

Наиболее широкими возможностями оказания влияния на состояние работы по профилактике развития СЭВ обладает руководитель медицинского учреждения, статус которого обязывает соответствовать образу человека, занимающего руководящую должность, отвечать

социальным ожиданиям работников, проявлять заботу о них, быть авторитетным, умеющим применять различные методы управления. Руководителю необходимо заботиться о том, чтобы лучшие качества и стороны его личности проявлялись чаще, и научиться сдерживать проявления отрицательных эмоций.

При этом для него не менее важно уметь использовать элементы самопрезентации, а также стремление руководителя заниматься самообразованием и самовоспитанием, а также профилактикой развития «синдрома эмоционального выгорания» у себя самого: нетерпимости к мнению, отличающемуся от собственного, грубости в общении с работниками; стремления превышать свои полномочия и др. Стиль руководства коллективом должен быть гибким и адекватным. Выбор управленческого стиля во многом зависит от управленческой компетентности руководителя.

В целях профилактики развития СЭВ рекомендуется применять групповые формы работы, среди которых можно отметить применение деловых игр.

Деловые игры – это групповая техника, наиболее распространенная и широко применяемая при преодолении последствий кризисных ситуаций, особым образом организованное тематическое обсуждение. Они позволяют снизить вероятность возникновения и затяжного течения тяжелых последствий стресса, способствуют пониманию причин происходящего с человеком в экстремальных условиях и осознанию действий, которые в этом случае необходимо предпринять. Это одновременно и метод профилактики. Ведущий должен иметь опыт работы с горем, тревогой, психической травмой и оставаться уверенным и спокойным при проявлении сильных эмоций у участников. Группа при проведении деловой игры не должна превышать 15 человек. Ее следует проводить через два-три дня после происшествия, когда уже пережит шок и начинается следующая фаза реакции на стресс.

Чрезвычайно эффективным может быть межличностный уровень профилактики. В этом направлении представляется необходимым проведение занятий или бесед с новыми сотрудниками, во время которых излагаются реальные трудности и типичные ситуации, возникающие при общении с больными конкретного отделения и их родственниками. В процессе проведения занятий выдаются рекомен-

дации, которые помогают новому сотруднику совладать с типичными конфликтными ситуациями.

Положительное значение имеет регулярное проведение собраний и конференций с медицинским персоналом, на котором обсуждается специфика работы с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, и пути разрешения внутренних проблем и трудных ситуаций, которые могут возникать в отделении и у конкретного человека.

Необходимо обучение персонала коммуникационным навыкам при общении с пациентами и их родственниками, технике, направленной на повышение переносимости человеком профессионального стресса.

Столь же необходимо периодическое проведение медико-психологических обследований на предмет выявления СЭВ. Для сотрудников из группы риска нужна организация индивидуального, недирективного консультирования, участия в психокоррекционных группах, предоставление возможности для обучения и т.д. Полезно создание групп взаимопомощи, объединяющих людей, которые выполняют работу сходного вида и имеют однотипные проблемы.

В медицинской среде принято скрывать проблемы с собственным здоровьем, заниматься самодиагностикой и самолечением. Здесь также необходимы изменение отношения к своему здоровью и осознание ответственности за его состояние.

Врач и медицинская сестра должны знать, что сверхурочная работа, продолжающаяся работа дома после окончания рабочего дня, работа во время выходных и отпусков – это повышение степени риска развития СЭВ. Доступный способ профилактики «синдрома эмоционального выгорания» – это: прогулки, физические упражнения, общение с природой, искусством, которые позволяют расслабиться и отвлечься.

Чрезвычайно полезными являются регулярные встречи между администрацией и медицинским персоналом, во время которых обсуждаются возникающие проблемы. Такие встречи не только улучшают качество общения сотрудников между собой, но и способствуют чувству сопричастности к принятию решений, позволяют избегать нечеткости в распределении ролей и разрешать те или иные конфликты. Необходимы постоянный мониторинг рабочего климата в отделении и немедленное разрешение возникших проблем. Особое значение

имеют предоставление сотрудникам возможности вносить свои предложения в рабочий процесс и создавать условия для их внедрения.

Чрезвычайно актуальным является оптимизация подходов к работе с учетом определенного контингента пациентов. Если у медицинского работника уже определяются признаки развивающегося СЭВ, то прежде всего рекомендуется исследовать причины, приведшие специалиста в профессию. Необходимо оценить значение, которое выбранная профессия имеет для самого человека. Работа над первоначальными дефицитами, восполнению которых и служит его деятельность, может снизить риск формирования СЭВ.

Формирование профессиональных коммуникативных навыков — это способность к вербальному общению. Оно состоит из трех равнозначных частей: способности к установлению контакта с партнером по общению, навыка ведения беседы и умения поддерживать длительные отношения. Коммуникабельность является необходимым качеством характера для медицинского работника.

Одним из проявлений развивающегося СЭВ является нарушение коммуникативной составляющей межличностных отношений, в связи с чем возникает необходимость коррекции, направленной на восстановление и воссоздание соответствующего уровня коммуникаций. Для этих целей используются различные варианты коммуникативных тренингов. В процессе тренинга происходит обучение пониманию собеседника, навыкам эффективного взаимодействия, и отдельно — взаимодействию в конфликтных ситуациях.

В последние годы в паллиативной медицине получают развитие так называемые группы поддержки. Участники групп поддержки включаются в своеобразный процесс общения, дающий ощущение особого понимания, принятия себя и других, открытия новых возможностей в жизни. Ведущий поддерживает и направляет процесс взаимодействия в группе, содействует личностным изменениям, обеспечивает безопасность и психологический комфорт участников. Благодаря этому достигается положительный терапевтический эффект.

Цель данных групп — развитие душевной чувствительности и повышение личного чувства ответственности, что является ключевым моментом для качественного развития медицинского персонала. Участие медработников в поддерживающих группах способствует пониманию сознательных и бессознательных механизмов, как влияющих

на способность эффективно работать с пациентами, так и препятствующих личностному росту и позитивной групповой динамике. Работа в группах поддержки подразумевает откровенный разговор о чувствах, которые вызывают у участников группы пациенты, коллеги и сами участники.

Группа поддержки дает почувствовать людям, что они совсем не одиноки. Взаимодействие с другими людьми, которых коснулась сходная проблема, уменьшает чувство отверженности, одиночества, изоляции, а также проблемы налаживания контактов. Одна из важнейших целей, которые ставят перед собой группы, — это психологическая адаптация людей.

Группы психологической поддержки функционируют по принципу групп встреч, которые происходят обычно еженедельно, на протяжении нескольких месяцев или даже лет. Чаще такие группы невелики — не более 10–12 человек.

Группы тренинга (Т-группы) — это группы людей, созданные с целью психологического и психотерапевтического воздействия на членов для улучшения их приемов в профессиональной деятельности и навыков общения. Участие в таких группах способствует приобретению и развитию коммуникативных навыков у медицинского персонала. Это позволяет участникам групп тренинга расширить и изменить свое поведение, более чутко относиться к своим и чужим проблемам, помогает достигать самоидентичности и повышать самооценку.

Результатами участия персонала в этих группах являются самосовершенствование личности, развитие чувства собственного достоинства, возможность понять, как групповая динамика влияет на участников группы, понять влияние персонала на пациентов и коллег. Группа тренинга выполняет функцию психического оздоровления. Занятия в Т-группе делают ее участников более восприимчивыми к чувствам и потребностям пациентов, позволяют глубже осознать себя и свое собственное поведение, помогают наладить адекватные межличностные отношения, повысить свою коммуникабельность, способности врача эмпатически идентифицироваться с пациентами и их родственниками. Участникам Т-групп предлагается возможность экспериментировать с собственным поведением в искусственно создаваемой среде, в атмосфере доверия и поддержки, что способствует их большему самораскрытию, а соответственно и более глубинным изменениям. Кроме

того, участники тренинга получают от ведущего необходимую психологическую информацию и приобретают навыки, способствующие их личностному росту и более успешному общению с другими.

В паллиативной медицине получает развитие терапия творческим самовыражением. Это метод терапии, основной целью которого является развитие творческого самовыражения. Суть ее определяется в сознательном, целенаправленном выяснении в процессе терапии своей индивидуальности, своего места среди людей, в личностном, творческом самоутверждении. Терапия творческим самовыражением ведет к духовному и творческому совершенствованию, что, в свою очередь, помогает эффективно выражать себя в общественной жизни.

Терапия творчеством и творческим самовыражением многообразна и включает в себя ряд методик, которые могут с успехом применяться в паллиативной медицине для профилактики развития СЭВ. К ним относятся: терапия созданием творческих произведений (художественных и научных), терапия творческим общением с природой, терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой, терапия творческим коллекционированием, терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое, терапия ведением дневника и т.д. Занятия терапией творческого самовыражения должны проходить в непринужденной обстановке под располагающую к релаксации музыку.

Профилактика развития СЭВ у медицинских работников хосписов должна осуществляться комплексно и вестись, начиная с периода включения в систему оказания паллиативной помощи. В организации профилактических мероприятий большая роль принадлежит адекватным организационно-управленческим действиям со стороны руководителей учреждений и подразделений. Существенная роль принадлежит в этой работе медицинскому психологу (психотерапевту) хосписа, в обязанности которого вводятся ранняя диагностика и профилактика развития СЭВ.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания», основанная на рассмотренных принципах, должна способствовать улучшению социально-психологического климата и эмоционального состояния в трудовых коллективах, повышению удовлетворенности трудом у работников паллиативной медицины.

Помимо этого необходимо активизировать психокоррекционную работу и психологическое сопровождение деятельности врачей и сестринского персонала медицинских учреждений, оказывающих паллиативную помощь. Наиболее оптимальными методами при этом могут являться: индивидуальная работа с психологом, направленная на психокоррекцию и повышение стрессоустойчивости медицинского персонала, группы психологической поддержки, создание условий сотрудникам для снятия психоэмоционального напряжения, отдых персонала, переключение на другие виды деятельности и т.д.

Такое сопровождение, призванное способствовать формированию психологической компетентности специалистов и субъективных стратегий «совладающего» поведения, должно включать в себя проведение индивидуальных психологических консультаций, оптимизацию профессиональной нагрузки, изменение графика дежурств, введение дополнительных форм морального и материального поощрения сотрудников и др.

Для профилактики проявления «синдрома выгорания» необходимо постоянное повышение знаний по вопросам оказания паллиативной помощи, индивидуальные консультации и коллективные занятия с медицинским психологом, обмен опытом работы стажированных работников хосписов с молодыми коллегами, соблюдение здорового образа жизни (сбалансированное регулярное питание, регулярные физические упражнения, сон не менее 7–9 часов в сутки), уделять время любимым занятиям, обсуждать возникающие психологические проблемы с коллегами по работе, друзьями, членами семьи и т.д.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания» должна быть комплексной, учитывающей индивидуальные особенности каждого медицинского работника, условия работы в данном лечебно-профилактическом учреждении, возможности проведения специальных методов психологической разгрузки, своевременное выявление сотрудников, нуждающихся в оказании профессиональной помощи психологов и др. Профилактические мероприятия данного синдрома и реабилитация должны осуществляться не только самим медицинским работником, но и администрацией лечебно-профилактического учреждения, в котором он работает. Некоторые зарубежные исследования свидетельствуют о том, что использование профилактических

программ «антивыгорания» может уменьшить число сотрудников с синдромом выгорания в два раза.

Вместе с тем известно, что одним из путей оптимизации медико-психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи, является специальная подготовка врачей и сестринского персонала, оказывающих медицинскую помощь инкурабельным больным, в связи с чем изучение факторов риска формирования состояний личностной дезадаптации сотрудников, как и качества жизни в целом, в паллиативной медицине приобретает особую актуальность.

Существенным моментом в профилактике «синдрома эмоционального выгорания» должно также явиться расширение объема профессиональных знаний студентов медицинских вузов, врачей и медицинских сестер по проблемам паллиативной медицины, социальной, медицинской и индивидуальной психологии.

Студенты-медики еще во время обучения в вузе должны получить базисные знания по паллиативной медицине, в том числе – информацию о «синдроме эмоционального выгорания» и методах его профилактики (способах повышения стрессоустойчивости при работе с тяжелыми инкурабельными пациентами и их родственниками, методах самоконтроля своего физического и психического состояния, методах релаксации и др.).

Эти же вопросы представляется необходимым включать в программы курсов, семинаров, мастер-классов и других форм последипломного повышения квалификации врачей общей практики, онкологов, терапевтов, невропатологов, а также специалистов в области организации и управления здравоохранением.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гнездилов А.В. Пути на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб. : АОЗТ фирма «КЛИНТ», 1995. 136 с.
2. Иванюшкин А.Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек. 1994. № 5. С. 105–108.
3. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: краткое руководство. Архангельск, 2006. 192 с.

4. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцеv Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину : учебно-методическое пособие. Ульяновск : УлГУ, 2004. 48 с.
5. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза : учебное пособие. М., 2005. 82 с.
6. Паллиативная помощь онкологическим больным : учебное пособие / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. М. : ООД «Медицина за качество жизни», 2006. 192 с.
7. Сидоров П., Новикова И. Профилактика синдрома профессионального выгорания в медицинской среде // Медицинская газета. 2006. № 15. С. 8–9.
8. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. 2-е изд. М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. 240 с.
9. Хрусталеv Ю.М., Эккерт Н.В. Философско-медицинские аспекты паллиативной помощи и проблемы эвтаназии // Вестник Российской академии медицинских наук. 2007. № 6. С. 28–36.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалеv Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. 2006. № 1. С. 5–12.
11. Шарафутдинов М.Г. Проблемы качества жизни и организации паллиативной помощи онкологическим больным в условиях малых территорий России : автореф. дисс.... канд. мед. наук. Уфа, 1999. 24 с.
12. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению : учебное пособие. М., 2008. С. 357–380.

2. ПРИМЕРНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ПСИХОЛОГА И СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ХОСПИСА¹

ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

1. Положение о главном враче хосписа

Положение о главном враче хосписа является составной частью Положения о хосписе (см. раздел 2.1).

2. Положение о заместителе главного врача по лечебной части

Общие положения

1. На должность заместителя главного врача по лечебной части хосписа (далее — заместитель главного врача) назначается квалифицированный врач, имеющий сертификат специалиста по специальности «Терапия» или «Онкология» и значительный опыт лечебной и организационной работы.

2. Заместитель главного врача назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Заместитель главного врача находится в непосредственном подчинении главному врачу хосписа и организует свою деятельность через заведующих структурными подразделениями и главную медицинскую сестру.

4. В отсутствие главного врача (отпуск, болезнь, командировка и др.) выполняет его обязанности и пользуется всеми правами, предусмотренными для главного врача хосписа.

¹ Последовательность расположения должностных Положений приведена в соответствии со штатным расписанием Первого Московского хосписа.

Должностные Положения немедицинского персонала хосписа разрабатываются с учетом соблюдения заповедей хосписа и требований (тарифно-квалификационных характеристик) по общеотраслевым должностям рабочих и служащих.

5. Заместитель главного врача организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе, руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

6. Распоряжения заместителя главного врача являются обязательными для заведующих структурными подразделениями и главной медицинской сестры хосписа.

7. Заместитель главного врача выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Заместитель главного врача по лечебной части обязан:

1. Осуществлять непосредственное руководство деятельностью заведующих лечебными подразделениями хосписа (стационар и выездная служба).

2. Совершенствовать в своей работе знания и навыки по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников. При необходимости обучать и совершенствовать эти знания и навыки у своих подчиненных.

3. Использовать при необходимости взаимозаменяемость и преемственность в работе.

4. Осуществлять систематический контроль над качеством обследования, лечения и ухода за больными путем:

- планового проведения обследования состояния работы отделений с последующим обсуждением результатов проверки на больничном Совете;
- систематического анализа показателей деятельности стационара и выездной службы;
- оценки эффективности проводимых лечебных, социальных и психотерапевтических мероприятий, а также систематического изучения расхождений больничных диагнозов с патологоанатомическими;

- проведения систематических обходов структурных лечебных подразделений хосписа;
- постоянной проверки историй болезни и другой медицинской документации в отношении качества их ведения, правильности и своевременности выполнения врачебных назначений и применяемых методов лечения.

5. Организовывать и обеспечивать проведение на современном уровне научно-практических семинаров для врачей и медицинских сестер, клинических разборов больных, клиничко-анатомических конференций.

6. Организовывать консультации и консилиумы, уделяя особое внимание сложным и тяжелым больным; приглашать при необходимости консультантов из других лечебно-профилактических учреждений.

7. Обеспечивать должный порядок приема и выписки больных, а также их перевода в другие лечебно-профилактические учреждения.

8. Обеспечивать правильную постановку статистического учета и представление в установленные сроки соответствующей отчетности о деятельности хосписа.

9. Согласовывать графики дежурств заведующих отделениями стационара и выездной службы, лечащих врачей в хосписе, в том числе в выходные и праздничные дни.

10. Разрабатывать и осуществлять проведение мероприятий, направленных на:

- своевременное и широкое внедрение в практику новых методов паллиативного лечения больных, принципов лечебно-охранительного режима, лечебного питания, методов лечебной физкультуры и восстановительной терапии;
- повышение непосредственных и отдаленных результатов лечения;
- рациональное применение и использование для улучшения качества жизни больных современных медикаментозных средств;
- обеспечение (совместно с врачом-эпидемиологом) строгого и устойчивого санитарно-эпидемиологического режима в хосписе и предупреждение внутрибольничных инфекций.

11. Разрабатывать перспективный план повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

12. Способствовать развитию наставничества, организации и проведению общественных смотров и смотров-конкурсов на звание «Лучший по профессии».

13. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию, как в области клинических дисциплин, так и по организации здравоохранения.

14. Знать:

- основы законодательства о здравоохранении, о труде, приказы, основные директивные документы, постановления, распоряжения вышестоящих органов здравоохранения;
- принципы оказания лекарственной и неотложной медицинской помощи, в том числе по паллиативному лечению;
- новые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- нормативные документы по медицинской статистике (приказы, инструктивные указания и др.);
- международную статистическую классификацию болезней (МКБ) и причин смерти;
- основы медико-социальной экспертизы.

15. Своевременно доводить до сведения подчиненных приказы и распоряжения, инструкции и иные нормативные и директивные документы, относящиеся к соответствующим разделам их работы.

16. Контролировать правильность хранения, использования и учета расхода перевязочного материала и лекарственных средств, подлежащих количественному учету, в том числе наркотических и сильнодействующих препаратов, в установленном порядке.

17. Вести прием посетителей и сотрудников.

18. В отсутствие главного врача заверять своей подписью завешание больного по его просьбе.

19. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Заместитель главного врача по лечебной части имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Отдавать распоряжения и указания руководителям и работникам подведомственных ему структурных подразделений хосписа и контролировать их выполнение.

7. Представлять главному врачу лучших подчиненных ему работников к поощрениям и вносить предложения о наложении дисциплинарного взыскания на всех лиц, нарушающих трудовую дисциплину и неудовлетворительно выполняющих свои обязанности.

8. Корректировать должностные Положения о сотрудниках; вносить изменения и дополнения в обязанности и права сотрудников, непосредственно подчиненных ему подразделений в соответствии с действующим законодательством.

9. В случаях, связанных с необходимостью оперативного управления, отдавать прямые распоряжения сотрудникам хосписа, минуя их непосредственных руководителей, но ставя последних в известность для проверки ими исполнения отданных распоряжений.

10. Осуществлять подбор кандидатов на должность руководителей подразделений и служб хосписа, а также главной медицинской сестры.

11. Вносить предложения главному врачу хосписа по вопросам улучшения организации медицинской помощи в хосписе.

12. Отменять распоряжения подчиненных ему заведующих подразделениями, если они не могут быть выполнены или противоречат установкам должностных Положений, а также установкам вышестоящих должностных лиц.

13. Работать по специальности в пределах рабочего времени по основной должности до 0,25 ставки врача, по согласованию с главным врачом хосписа.

14. Принимать непосредственное участие в подборе и расстановке кадров хосписа.

Ответственность

Заместитель главного врача по лечебной части несет непосредственную ответственность:

- за выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав на основе постоянного соблюдения основных положений концепции и заповедей хосписа;
- за организацию, постановку и качество лечебно-диагностического процесса на современном уровне;
- за правильную расстановку и организацию труда медицинских кадров, проведение мероприятий по систематическому повышению квалификации врачебного и среднего медицинского персонала;
- за постановку всей работы по паллиативному лечению больных, социальной и психологической реабилитации больных и членов их семей;
- за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных настоящим Положением;
- за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

3. Положение о заместителе главного врача по работе с сестринским персоналом

Общие положения

1. Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом относится к категории руководителей. На должность заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом ПМХ (далее – заместитель главного врача) назначается лицо с высшим образованием по специальности «Сестринское дело», сертификат по специальности «Управление сестринской деятельностью», опыт организаторской работы не менее 3 лет.

2. Заместитель главного врача назначается и увольняется главным врачом ПМХ в соответствии с действующим законодательством.

Заместитель главного врача организует свою работу в соответствии с Положением о ПМХ; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и

распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

4. В отсутствие главного врача (отпуск, болезнь, командировка и др.) выполняет его обязанности и пользуется всеми правами, предусмотренными для главного врача ПМХ.

5. Распоряжения заместителя главного врача являются обязательными для руководителей структурными подразделениями ПМХ.

6. Заместитель главного врача выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения основных принципов хосписа:

- первичным объектом медико-социальной и психологической помощи являются больной и его семья;
- вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и других симптомов при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей;
- осуществление целостного подхода к личности больного и членам его семьи на основе сохранения и поддержки их социального и духовного потенциала.

Должностные обязанности

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом обязан:

1. Разрабатывать стратегию развития сестринского дела и внедрения инноваций в работу сестринского персонала хосписа, контролировать выполнение плана мероприятий в рамках реализации данной стратегии.

2. Организовать управление формированием, использованием и развитием, использованием и развитием сестринского персонала хосписа.

3. Осуществлять непосредственное руководство деятельностью ведущих подразделениями хосписа.

4. Осуществлять планомерную работу по повышению уровня профессиональных знаний, умений и навыков сестринского персонала в соответствии со стратегией развития хосписа.

5. На основе анализа общей потребности учреждения в кадрах

определенного уровня и профиля подготовки, заявок структурных подразделений, с учетом аттестации и индивидуальных планов развития персонала осуществлять планирование его подготовки, переподготовки и повышения квалификации, определять направления, формы, методы и сроки обучения.

6. Обеспечивать заключение договоров с медицинскими учебными заведениями системы базового и последипломного образования, другими учреждениями по обучению и стажировке персонала, определение затрат на обучение; организовывать направление работников на учебу в соответствии с заключенными договорами.

7. Организовывать подбор кадров преподавателей, лекторов, наставников и инструкторов из числа высококвалифицированных медсестер, врачей и других специалистов, в соответствии с учебными целями и программами устанавливать режим занятий.

8. Организовывать производственную практику студентов и учащихся медицинских учебных заведений.

9. Обеспечивать контроль над систематичностью и качеством проводимых занятий, выполнением учебных программ, правильностью ведения установленной документации.

10. Организовать работу по анализу качественных результатов обучения и его эффективности, разработке предложений по совершенствованию форм и методов обучения и повышения квалификации, мер по устранению имеющихся недостатков.

11. Контролировать:

- правильность расстановки медицинского персонала;
- объем и качество работы медицинского персонала по уходу и обслуживанию больных, путем регулярных обходов отделений;
- своевременное и четкое выполнение средним медицинским персоналом врачебных назначений;
- своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения медикаментов (в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих) и перевязочных материалов.

12. Оказывать всестороннюю помощь и поддержку в работе организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе, в формировании резерва медицинских сестер для выдвижения на должность старших медицинских сестер.

13. Совместно с заведующими подразделениями ПМХ разбирать случаи нарушения медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка и медицинской деонтологии.

14. При отсутствии провизора обеспечивать получение, хранение и распределение по отделениям, в соответствии с их требованиями, медикаментов, в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих препаратов, с принятием полностью товарно-материальных ценностей.

15. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом имеет право:

1. Иметь доступ к конфиденциальной и иной информации, необходимой для выполнения своих обязанностей.

2. Анализировать показатели деятельности специалистов сестринского дела, разрабатывать и осуществлять мероприятия по их улучшению.

3. Разрабатывать комплексные планы развития и совершенствования сестринского дела.

4. Принимать участие в подготовке нормативно-правовых документов по организации, стандартизации, управлению качеством и повышению эффективности специалистов сестринского дела.

5. Содействовать внедрению новых организационных форм деятельности и передового опыта в области сестринского дела.

6. Вносить предложения по вопросам улучшения методики и организации сестринской деятельности.

7. Принимать участие в общегородских, окружных, организационных и научно-практических мероприятиях, совещаниях, коллегиях, конференциях, посвященных вопросам организации медицинской помощи.

8. Ходатайствовать о поощрениях или наложении взысканий по результатам проводимых проверок.

9. Вносить предложения аттестационной комиссии о присвоении очередного разряда, для которого предусмотрен диапазон разрядов оплаты труда.

10. Принимать участие в производственных совещаниях, проводимых в подразделениях хосписа.

11. Вносить изменения и дополнения в функциональные обязанности сестринского персонала в соответствии с коллективным договором и законодательством.

12. Внедрять современные формы и методы обучения и повышения квалификации среднего и младшего персонала на рабочих местах без отрыва от производства.

13. Принимать решения и давать методические рекомендации в пределах своей компетенции.

14. Повышать квалификацию, получать дополнительное профессиональное образование и аттестоваться на присвоение квалификационной категории на основании и в порядке, определенном действующим законодательством.

Ответственность

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом:

- несет административную ответственность за невыполнение своих обязанностей, а также за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка ПМХ и настоящим Положением.

4. Положение о враче-эпидемиологе

Общие положения

1. На должность врача-эпидемиолога хосписа назначается санитарный врач, имеющий сертификат специалиста по специальности «Эпидемиология».

2. Врач-эпидемиолог назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. В административном отношении врач-эпидемиолог находится в подчинении главному врачу хосписа и его заместителю по лечебной части. Методическое руководство осуществляется главным специалистом территории, на которой расположен хоспис.

4. Врач-эпидемиолог организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется Законом Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии на-

селения», нормативными, директивными и инструктивными документами Минздрава, Комитета здравоохранения Москвы, федеральных и московских органов Госсанэпиднадзора и настоящим Положением.

5. Распоряжения врача-эпидемиолога являются обязательными для заведующих структурными подразделениями и главной медицинской сестры хосписа.

6. Врач-эпидемиолог работает в тесном контакте со специалистами окружного и городского центров Госсанэпиднадзора, дезстанцией и другими учреждениями.

7. Врач-эпидемиолог строит свою работу с учетом выполнения следующих задач:

- снижение инфекционной заболеваемости в хосписе;
- предупреждение групповой и вспышечной заболеваемости.

8. Врач-эпидемиолог выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач-эпидемиолог обязан:

1. Осуществлять свою работу в соответствии с планом мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.

2. Организовать контроль над выявлением и регистрацией внутрибольничных инфекций.

3. Получать ежедневную информацию из всех функциональных подразделений хосписа о случаях инфекционных заболеваний, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах санитарно-бактериологических исследований, необычных реакций на введение иммунобиологических препаратов; расследовать причины их возникновения и информировать руководство для принятия неотложных мер.

4. Разрабатывать и осуществлять комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий при возникновении случаев инфекционных заболеваний в стационаре; обеспечивать противоэпи-

демический и санитарно-гигиенический режимы во всех подразделениях хосписа.

5. Осуществлять оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ на основе изучения медицинских карт стационарного больного, журнала регистрации инфекционных заболеваний, сведений о санбакисследованиях, материалов вскрытий, данных о состоянии санэпидрежима и др.

6. На основе указанного анализа составлять планы профилактических мероприятий в целом по учреждению и отдельным подразделениям.

7. На основе данных эпиданализа выявлять особенности эпидемического процесса при отдельных нозологических формах и определять конкретные меры по их профилактике.

8. Организовать выполнение действующих приказов по инфекционным заболеваниям и соблюдению дезрежима.

9. Организовать и обеспечивать систематическую работу комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ), готовить документы по санэпидвопросам (приказы, решения медсовета, информационные бюллетени).

10. Проводить разбор каждого случая ВБИ со специалистами соответствующих подразделений.

11. Совместно с врачами стационара определять оптимальные схемы применения антибиотиков.

12. Осуществлять постоянный контроль над обработкой и стерилизацией медицинского инструментария, использованием и утилизацией одноразовых шприцев, систем и иммунологических препаратов, а также условиями их доставки и хранения.

13. Составлять и согласовывать заявки на дезинфекционные средства, диагностические среды, реактивы, а также на лечебные и профилактические бактериальные препараты.

14. Организовать обучение медицинского персонала (дифференцированно врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала) по профилактике ВБИ и других инфекционных заболеваний.

15. Оказывать консультативную помощь при подготовке заданий на реконструкцию подразделений хосписа (рекомендации по архитектурно-планировочному решению).

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач-эпидемиолог имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Посещать все функциональные подразделения хосписа.
7. Проводить отбор проб необходимых материалов для бактериологических, серологических и других исследований.
8. Требовать от должностных лиц и отдельных врачей стационара представления и использовать в работе сведения и документы, касающиеся лечебно-диагностического процесса, материалов исследований и вскрытий для выяснения вопроса эпидемиологического характера.
9. Получать ежемесячную информацию в органах Госсанэпиднадзора о состоянии инфекционной заболеваемости и проведении профилактических прививок в районе в соответствии с существующими отчетными формами.
10. Использовать в своей работе компьютерную технику.
11. Обращаться за консультативной помощью в центры Госсанэпиднадзора, НИИ санитарно-эпидемиологического профиля и другие организации.
12. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
13. Посещать конференции, семинары, совещания, организуемые центрами Госсанэпиднадзора, и пользоваться их информационными данными.

Ответственность

Врач-эпидемиолог несет непосредственную ответственность за невыполнение возложенных на него обязанностей, предусмотренных

правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

5. Положение о главной медицинской сестре

Общие положения

1. На должность главной медицинской сестры хосписа (далее — главная медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой, имеющее не менее трех лет опыта практической работы, получившее сертификат и обладающее организаторскими способностями.

2. Главная медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Главная медсестра находится в непосредственном подчинении главному врачу и его заместителю по лечебной части.

4. Главная медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача и его заместителя по лечебной части являются обязательными для главной медсестры.

6. Распоряжения главной медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала стационара.

7. Главная медсестра является председателем Совета медицинских сестер и членом аттестационной комиссии на соответствие работника занимаемой должности.

8. Главная медсестра выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Главная медицинская сестра обязана:

1. Организовать:

- проведение мероприятий по рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала путем использования малой техники, внедрения новых методов ухода за больными и др.;
- систематическое пополнение хосписа медицинским инструментарием, медикаментами, материалами и предметами ухода за больными, их распределение и контроль над использованием;
- соблюдение персоналом стационара, больными и их родственниками, посетителями, добровольными помощниками установленных правил внутреннего распорядка;
- разработку и проведение мероприятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала путем проведения ежеквартальных сестринских конференций, лекций врачей по актуальным медицинским вопросам;
- повседневную работу по воспитанию среднего и младшего медицинского персонала в духе добросовестного отношения к выполнению своих обязанностей и гуманного отношения к больным и членам их семей.

2. Контролировать:

- правильность расстановки среднего и младшего медицинского персонала, составление и выполнение графиков работы;
- объем и качество работы среднего и младшего медицинского персонала по уходу и обслуживанию больных, путем регулярных обходов отделений;
- своевременное и четкое выполнение средним медицинским персоналом врачебных назначений;
- своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения медикаментов (в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих) и перевязочных материалов;
- соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима;
- качество оформления медицинской документации средним медицинским персоналом;

- выполнение принципов лечебно-охранительного режима;
- работу среднего и младшего медицинского персонала по уходу и обслуживанию больных в дневное, вечернее и ночное время путем проведения плановых и «рейдовых» обходов;
- сохранность и исправность медицинского инструментария, аппаратуры и предметов ухода, а также мягкого и твердого инвентаря;
- своевременность и правильность организации питания больных.

3. Обеспечивать и строго контролировать соблюдение правил асептики и антисептики персоналом хосписа, особенно в процедурных и перевязочных кабинетах.

4. Организовать и руководить работой Совета медицинских сестер хосписа и отчетываться в его деятельности перед вышестоящими должностными лицами.

5. Формировать резерв и готовить медицинских сестер для выдвижения на должность старших медицинских сестер.

6. Организовать курсовую подготовку младших медицинских сестер по уходу за больными без отрыва от работы (по утвержденной программе).

7. При отсутствии провизора обеспечивать получение, хранение и распределение по отделениям, в соответствии с их требованиями, медикаментов, в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих препаратов.

8. Совместно с заведующими подразделениями разбирать случаи нарушения средним и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка и медицинской деонтологии.

9. Вести необходимую учетно-отчетную документацию.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Главная медицинская сестра имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

7. Проверять уровень знаний и профессионального мастерства медицинских сестер.

8. Вносить предложения главному врачу и его заместителю по лечебной части:

- по вопросам улучшения организации труда среднего и младшего медицинского персонала;
- о поощрении и наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу;
- по направлению среднего медицинского персонала на специализацию, курсы повышения квалификации и т.д.

9. Принимать участие в производственных совещаниях, проводимых в подразделениях хосписа.

10. Вносить изменения и дополнения в обязанности старших медицинских сестер отделений.

Ответственность

Главная медицинская сестра стационара несет административную ответственность за невыполнение своих обязанностей, а также за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

6. Положение о провизоре

Общие положения

1. На должность провизора хосписа назначается лицо, имеющее высшее фармацевтическое образование.

2. Провизор назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Провизор находится в непосредственном подчинении главному врачу хосписа и его заместителю по лечебной части.

4. Провизор организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется Государственной фармакопеей, нормативными, директивными и инструктивными документами Минздрава, Комитета здравоохранения Москвы.

5. Провизор перед поступлением на работу проходит обязательное медицинское обследование.

6. Провизор является материально ответственным лицом.

7. Провизор выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Провизор обязан:

1. Осуществлять прием и отпуск лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с действующими правилами.

2. Обеспечивать наличие всего ассортимента медикаментов и изделий медицинского назначения в пределах утвержденной нормативной сметы.

3. Осуществлять хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с установленными правилами хранения и физико-химическими свойствами.

4. Осуществлять заказы на приобретение лекарств и средств ухода за больными совместно с главным врачом хосписа.

5. Вести необходимую документацию в установленном порядке.

6. Обеспечивать сохранность товарно-материальных ценностей.

7. Осуществлять контроль над деятельностью старших медицинских сестер отделений хосписа по выдаче, учету и хранению выданных лекарственных средств.

8. Осуществлять контроль над правильностью выписки лекарственных препаратов врачами хосписа.

9. Вести учет и контроль расходуемых лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения по установленной форме.

10. Информировать врачей и персонал хосписа о новых лекарственных средствах, проводить санитарно-просветительную работу по вопросам применения лекарственных средств в домашних условиях.

11. Систематически повышать свою квалификацию, изучать специальную литературу.

12. Контролировать сроки годности лекарств и других лекарственных препаратов.

13. Обеспечивать сохранность товарно-материальных ценностей.

14. Выполнять требования санитарно-эпидемиологического режима на своем рабочем месте.

15. Ежемесячно докладывать главному врачу хосписа о расходе лекарственных препаратов, стоимости затрат, нарушениях и пр.

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Провизор имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Быть членом профессионального общества или ассоциации.

7. Вести научно-практическую деятельность.

Ответственность

1. Провизор несет административную ответственность за невыполнение своих обязанностей, а также за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

2. Провизор несет материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством и заключаемым с ним договором за вверенное имущество.

6. Положение о медицинской сестре по диетпитанию

Общие положения

1. На должность медицинской сестры по диетпитанию (далее — диетсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Диетология».

2. Диетсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Диетсестра находится в непосредственном подчинении главному врачу хосписа.

4. Диетсестра организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения диетсестры являются обязательными для сотрудников пищеблока и санитарок-буфетчиц.

6. Распоряжения главного врача и его заместителя по лечебной части являются обязательными для диетсестры.

7. Диетсестра выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Диетсестра обязана:

1. Осуществлять свою работу в соответствии с задачей по обеспечению пациентов полноценным питанием (в том числе диетическим) и по проведению мероприятий, предупреждающих пищевые токсикоинфекции и интоксикации.

2. Контролировать хранение и качество пищевых продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; при необходимости проводить бракераж сырой продукции.

3. Контролировать работу пищеблока.

4. Ежедневно подготавливать меню-раскладку в соответствии с картотекой блюд.

5. Осуществлять контроль над правильностью закладки продуктов в котел.

6. Проводить бракераж готовой продукции; осуществлять контроль над условиями ее хранения, сроками реализации и соответствием приготовленных блюд, назначенным диетам (лечебным столам).

7. Осуществлять постоянный контроль над технологическим процессом приготовления блюд на всех этапах.

8. Строго соблюдать режим питания больных, в том числе по индивидуальным заказам.

9. Осуществлять контроль над санитарным содержанием и работой холодильного и технологического оборудования.

10. Осуществлять контроль над выполнением правил маркировки и товарного соседства, режимом мытья инвентаря, кухонной, столовой посуды, уборкой помещений пищеблока и буфетного отделения, наличием и применением специальной санитарной одежды персонала, дезинфекционных средств.

11. Осуществлять контроль над соблюдением персоналом пищеблока и буфетных правил личной гигиены.

12. Осуществлять контроль над своевременным прохождением персоналом пищеблока и буфетной медицинских профилактических осмотров; отстранять и запрещать работу лиц, не прошедших предварительного или периодического медицинского обследования, а также лиц с гнойничковыми и кишечными заболеваниями.

13. Проводить учебные занятия со средним медицинским персоналом, работниками пищеблока и санитарками-буфетчицами по организации лечебного питания.

14. Следить за правильным хранением суточных проб; при экстренной необходимости (зпидпоказания) использовать их для проведения специальных анализов.

15. Периодически подсчитывать химический состав и калорий-

ность диет блюд и осуществлять контроль над химическим составом фактически приготовленных блюд и рационов (содержание белка, жира, углеводов, витаминов, минеральных веществ, энергетическая ценность), путем выборочного направления в лабораторию санэпидстанции отдельных блюд или диеты в целом.

16. Осуществлять контроль над правильностью отпуска блюд из кухни в отделения, согласно поступившим заказам.

17. Вести необходимую документацию.

18. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Диетсестра имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Отдавать распоряжения работникам пищеблока и буфетных; контролировать их выполнение.

7. Согласовывать с врачами набор продуктов и меню для диетических столов.

8. Получать информацию о результатах проверки пищеблока заинтересованными специалистами, а также результатах смывов на бактериологические исследования.

9. Обращаться за консультативной помощью в НИИ гигиены питания, ЦСЭН округа и другие организации.

10. Посещать подразделения хосписа, функционально связанные с пищеблоком и буфетными отделениями.

Ответственность

Диетсестра несет ответственность за невыполнение обязанностей,

предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

7. Положение о медицинском дезинфекторе

Общие положения

1. На должность медицинского дезинфектора (далее — дезинфектор) назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Медико-профилактическое дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Дезинфекционное дело».

2. Дезинфектор назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Дезинфектор находится в непосредственном подчинении врачу-эпидемиологу.

4. Дезинфектор организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача, его заместителя по лечебной части и врача-эпидемиолога являются обязательными для дезинфектора.

6. Дезинфектор выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Дезинфектор обязан:

1. Выполнять все виды дезинфекционных работ (очаговую и профилактическую дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию) в соответствии с действующими инструкциями.

2. Использовать различные методы (физический, химический,

биологический или комбинированный) при осуществлении дезинфекционных работ.

3. Проводить дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию ядовитыми химическими веществами и инсектицидами вручную или при помощи специальных машин и оборудования.

4. Правильно подготавливать, использовать и содержать в должном порядке дезинфекционную аппаратуру, спецодежду и другие средства индивидуальной защиты.

5. Подготавливать обрабатываемые предметы перед работой на дезинфекционных камерах, осуществлять их загрузку и выгрузку; принимать участие в доставке вещей в подразделения хосписа после их камерного обеззараживания.

6. Руководить работой по заключительной дезинфекции, дезинсекции, дератизации, выполняемой силами медицинского персонала отделения.

7. Вести прием, учет, хранение и отпуск ядохимикатов и продуктов для приготовления приманок в соответствии с требованиями инструкций; своевременно сдавать по окончании работы неизрасходованные дезинфекционные средства и материалы в установленном порядке; составлять заявки на дезинфекционные средства и оборудование.

8. Проверять качество и исправность средств защиты: противогазов, спецодежды, инвентаря и т.д.; производить мелкий текущий ремонт ручной дезинфекционной аппаратуры.

9. Соблюдать правила личной и общественной безопасности, а также правила по технике безопасности и охране труда.

10. Следить за выполнением санитарно-противоэпидемического режима при работе с дезинфекционной камерой и в санитарном пропускнике.

11. Отбирать пробы для лабораторного контроля (бактериологического, химического, энтомологического) всех видов дезинфекции.

12. Вести необходимую медицинскую документацию.

13. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и в случае необходимости осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

14. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Дезинфектор имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Беспрепятственно посещать все помещения хосписа и обходить его территорию для проведения обследований и дезинфекционных работ.
7. Давать предложения администрации хосписа, врачу-эпидемиологу по устранению санитарных нарушений, влияющих на эффективность проводимых мероприятий по дезинфекции, дезинсекции, дератизации.

Ответственность

Дезинфектор несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

8. Положение о санитаре для приема трупов

Общие положения

1. На должность санитары хосписа для приема трупов (далее — санитар) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение в течение 1 месяца и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.
2. Санитар назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Санитар находится в подчинении главной медицинской сестре, старшей медицинской сестре стационара, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Санитар в своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главной медсестры, старшей медицинской сестры, заведующего и врача стационара являются обязательными для санитара.

6. Санитар соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Санитар обязан:

1. Принимать доставленные в специальное помещение хранения маркированные трупы умерших из отделения хосписа.

2. Обеспечивать сохранность трупа (в том числе зубных протезов из дорогостоящих материалов).

3. Осуществлять необходимую транспортировку трупов внутри отделения.

4. Производить регистрацию приема и выдачи трупов в специальной книге.

5. Ежедневно после окончания работы производить уборку (с мытьем полов, стен и т.п.) и дезинфекцию помещения, мелкого инвентаря и оборудования.

6. Систематически следить за исправностью инструментария и оборудования в помещении хранения трупов, осуществлять точку инструментов.

7. По распоряжению главной медсестры, заведующего или старшей медсестры стационара производить вспомогательные работы; выполнять функции курьера.

8. Дежурить в отделении по установленному графику; во время дежурства выдавать под расписку личные вещи умершего.

9. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Санитар имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

Ответственность

1. Санитар несет материальную ответственность за сохранность зубных протезов из дорогостоящих металлов в соответствии с действующим законодательством и заключаемым с ним договором.
2. Санитар несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

ПЕРСОНАЛ ОРГМЕТОДОТДЕЛА

9. Положение о заведующем организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе

Общие положения

1. На должность заведующего организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе (далее – заведующий) назначается лицо с высшим социальным или медицинским образованием, имеющее значительный (5 и более лет) опыт практической работы в хосписе.
2. Заведующий назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.
3. Заведующий находится в непосредственном подчинении главному врачу хосписа, а в отсутствие главного врача – его заместителю по лечебной работе.
4. Заведующий организует свою работу в соответствии с Положением об организационно-методическом отделе по социальной и медицинской работе и руководствуется действующим законодатель-

ством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для всех сотрудников отдела.

6. Заведующий выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Заведующий организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе обязан:

1. Обеспечивать, планировать и контролировать организационно-методическую и статистическую работу в хосписе. В планах работы предусматривать, прежде всего, проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

2. Распределять обязанности между сотрудниками отдела с учетом требований должностных Положений.

3. Осуществлять инструктаж новых сотрудников хосписа, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом хосписа основных морально-этических норм и принципов хосписа.

4. Планировать и организовывать проведение занятий (групповых и индивидуальных) с социальными и медицинскими работниками хосписа, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной, медицинской и психологической (совместно с медицинским психологом) помощи больным и членам их семей.

5. Разрабатывать, утверждать и внедрять должностные Положения сотрудников хосписа и контролировать их выполнение.

6. Организовать работу и оказывать практическую помощь социальным работникам и добровольным помощникам по всем вопросам, входящим в их компетенцию, а также медицинскому и обслужива-

ющему персоналу по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

7. Изучать, обобщать и анализировать отечественную и зарубежную литературу, научные публикации и монографии по вопросам организации работы хосписов, социальной и медицинской помощи больным и членам их семей; подготавливать аналитические обзоры, справки и т.д.

8. Обеспечивать:

- внедрение в практику работы хосписа новых методов социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- организацию и постановку статистического учета в хосписе, составление годового отчета, подготовку аналитических справок и иных материалов на основе данных медицинской статистики;
- разработку и внедрение качественных показателей работы хосписа;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителями учреждений и организаций по вопросам качества социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- разработку и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с другими подразделениями хосписа и лечебно-профилактическими учреждениями, а также с действующими и вновь открывающимися хосписами Москвы и Российской Федерации по вопросам социальной и медицинской помощи больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего;
- подразделения хосписа необходимыми бланками учетно-отчетных документов.

9. Вести установленную учетно-отчетную документацию; утверждать графики работы и отпусков сотрудников отдела.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Заведующий организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Докладывать главному врачу хосписа о состоянии организационно-методической и статистической работы и вносить предложения, направленные на улучшение постановки этой работы.
7. Отдавать распоряжения и указания медицинскому и обслуживающему персоналу в соответствии с уровнем компетенции и квалификацией работника и контролировать их выполнение.
8. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.
9. Вносить предложения главному врачу по техническому обеспечению отдела и других подразделений, а также по улучшению организации и условий труда персонала хосписа.

Ответственность

Заведующий организационно-методическим отделом по социальной и медицинской работе несет административную и юридическую ответственность за достоверность составленных отчетов и невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

10. Положение о врачах организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе

Общие положения

1. На должность врача организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе (далее – врач) назначается лицо с высшим медицинским образованием, имеющее значительный опыт практической работы в хосписе.

2. Врач назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач находится в непосредственном подчинении заведующему организационно-методическим отделом, а в отсутствие заведующего – заместителю главного врача по лечебной работе.

4. Врач организует свою работу в соответствии с Положением об организационно-методическом отделе по социальной и медицинской работе и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для врача.

6. Врач выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе обязан:

1. Участвовать в составлении планов работы, в которых, прежде всего, предусматривать проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

2. Осуществлять инструктаж новых сотрудников хосписа, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом хосписа основных морально-этических норм и принципов хосписа.

3. Планировать и организовывать проведение занятий (групповых и индивидуальных) с социальными и медицинскими работниками, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной, медицинской и психологической (совместно с медицинским психологом) помощи больным и членам их семей.

4. Участвовать в разработке и внедрении должностных Положений сотрудников хосписа.

5. Оказывать практическую помощь медицинскому и обслуживающему персоналу по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

6. Изучать, обобщать и анализировать отечественную и зарубежную литературу, научные публикации и монографии по вопросам организации работы хосписов, социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

7. Обеспечивать:

- внедрение в практику работы новых методов социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- организацию и постановку статистического учета, составление годового отчета, подготовку аналитических справок и иных материалов на основе данных медицинской статистики;
- разработку и внедрение качественных показателей работы хосписа;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- разработку и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с другими подразделениями хосписа и лечебно-профилактическими учреждениями, а также с действующими и вновь открывающимися хосписами Москвы и Российской Федерации по вопросам социальной и медицинской помощи больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего.

8. Вести установленную учетно-отчетную документацию; формировать архив нормативно-методических материалов, материалов конференций, совещаний и т.д.

9. Выполнять в пределах своей компетенции различные поручения главного врача хосписа и заведующего отделом.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Докладывать заведующему отделом о состоянии организационно-методической работы и вносить предложения, направленные на улучшение постановки этой работы.

7. Отдавать распоряжения и указания среднему медицинскому персоналу отдела в соответствии с уровнем компетенции и квалификацией работника и контролировать их выполнение.

8. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Врач организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе несет ответственность за достоверность составленных отчетов и невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

11. Положение о специалисте по социальной работе

Общие положения

1. На должность специалиста по социальной работе (далее – специалист) назначается лицо с высшим социальным образованием, имеющее опыт практической работы в хосписе.

2. Специалист назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Специалист находится в непосредственном подчинении заведующему организационно-методическим отделом (ОМО) по социальной и медицинской работе. При выполнении своих обязанностей в стационаре или на дому специалист функционально подчинен соответствующему заведующему подразделением.

4. Специалист организует свою работу в соответствии с Положением об ОМО по социальной и медицинской работе, руководствуется действующим законодательством РФ, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения специалиста являются обязательными для социальных работников.

6. Распоряжения заведующего ОМО являются обязательными для специалиста. Распоряжения заведующего стационаром и заведующего выездной службой являются обязательными для специалиста в пределах совместно выполняемой работы.

7. Специалист выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Специалист по социальной работе обязан:

1. Участвовать в составлении планов работы оргметодотдела. В планах работы предусматривать, прежде всего, проведение мероприятий по совершенствованию социальной помощи больным и членам их семей.

2. По заданию заведующего ОМО осуществлять инструктаж новых сотрудников, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом основных морально-этических норм и принципов хосписа.

3. Планировать и организовывать проведение занятий (групповых и индивидуальных) с социальными и медицинскими работниками, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной, медицинской и психологической (совместно с медицинским психологом) помощи больным и членам их семей.

4. Совершенствовать содержание должностных Положений сотрудников хосписа и контролировать их выполнение.

5. Организовать работу и оказывать практическую помощь социальным работникам и добровольным помощникам хосписа по всем вопросам, входящим в их компетенцию, а также медицинскому и обслуживающему персоналу по вопросам социальной помощи больным и членам их семей.

6. Изучать, обобщать и анализировать отечественную и зарубежную литературу, научные публикации и монографии по вопросам организации работы хосписов, социальной помощи больным и членам их семей; подготавливать аналитические обзоры, справки и т.д.

7. Обеспечивать:

- внедрение в практику работы новых методов социальной помощи больным и членам их семей;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества социальной помощи больным и членам их семей;
- разработку и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с другими подразделениями хосписа и лечебно-профилактическими учреждениями, а также с действующими и вновь открывающимися хосписами Москвы и Российской Федерации по вопросам социальной помощи больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а

также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего.

8. Непосредственно оказывать социальную помощь больным и их родственникам в стационаре хосписа или на дому. В сложных случаях обращаться за помощью к медицинскому психологу.

9. Согласовывать юридические вопросы социальной защиты больных и членов их семей с юрисконсультom, а при необходимости – привлекать юрисконсульта для решения этих вопросов.

10. Консультировать социальных работников по всем вопросам их деятельности на дому; в трудных случаях выезжать на дом, изучать ситуацию на месте для принятия оптимального решения.

11. Привлекать добровольных помощников (волонтеров) к оказанию социальной помощи больным и их родственникам.

12. Владеть и обучать социальных работников простейшим навыкам ухода за больными – смена постельного белья; профилактика пролежней; кормление больного; уход за кожей, волосами, полостью рта, ушами, носом, глазами; раздача и энтеральное введение лекарств (через рот, под язык, ректальные свечи); гигиенический массаж (поглаживание, разминание).

13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Специалист по социальной работе имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения заведующему ОМО по улучшению организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Специалист по социальной работе несет ответственность за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

12. Положение о социальном работнике

Общие положения

1. На должность социального работника назначаются лица со средним социальным образованием или прошедшие специальную подготовку в хосписе.

2. Социальный работник назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Социальный работник находится в непосредственном подчинении заведующему организационно-методическим отделом (ОМО) по социальной и медицинской работе. При выполнении своих обязанностей в стационаре или на дому социальный работник функционально подчинен соответствующему заведующему подразделением хосписа.

4. Социальный работник организует свою работу в соответствии с Положением об ОМО по социальной и медицинской работе, руководствуется официальными документами по выполняемому разделу работы и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего ОМО и специалистов по социальной работе являются обязательными для социального работника. Распоряжения заведующего стационаром и заведующего выездной службой являются обязательными для социального работника в пределах совместно выполняемой работы.

6. Социальный работник выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Социальный работник обязан:

1. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, соци-

альной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

2. Проводить свою работу в тесном контакте и сотрудничестве со всеми службами хосписа.

3. Вести необходимые записи в историях болезни и установленную документацию с отражением в них видов предоставляемых услуг.

4. Регулярно доводить до сведения заведующего ОМО о проделанной работе.

5. Выявлять среди пациентов хосписа семьи и отдельных лиц, нуждающихся в оказании социальной помощи.

6. Оказывать следующие виды социальной помощи на дому больным и их родственникам:

- обеспечение обслуживаемого контингента продуктами питания, медикаментами по рецептам врачей, промышленными товарами первой необходимости; сумма потраченных денег подтверждается отчетами в виде кассовых чеков, остаток возвращается больному или его родственникам вместе с кассовыми чеками.
- оказание помощи по уборке квартиры;
- участие в приготовлении и подогреве пищи;
- оплата коммунальных платежей с последующим представлением отчета;
- сдача белья в стирку, ремонт и т.д.;
- чтение книг вслух по просьбе больного; при необходимости написание писем, записок и др.;
- вызов врача на дом, сопровождение больных в лечебные учреждения, посещение их в больнице;
- работа с детьми пациентов хосписа: прогулка, кормление и др.

7. Владеть простейшими навыками ухода за больными:

- смена постельного белья, профилактика пролежней;
- кормление больного;
- уход за кожей, волосами, полостью рта, ушами, носом, глазами;
- раздача и энтеральное введение лекарств (через рот, под язык, ректальные свечи);
- гигиенический массаж (поглаживание, разминание).

8. Привлекать добровольных помощников (волонтеров) к оказанию социальной помощи больным и их родственникам.

9. Устанавливать причины трудностей, возникшие у больных трудностей, конфликтных ситуаций, в том числе по месту работы, учебы и пр., оказывать содействие в их разрешении и социальную защиту.

10. Согласовывать юридические вопросы социальной защиты больных и членов их семей с юрисконсультom, а при необходимости – привлекать юрисконсульта для решения этих вопросов.

11. Содействовать интеграции деятельности различных государственных и общественных организаций и учреждений (комитет и территориальные управления социальной защиты, центры социального обслуживания, благотворительные фонды и т.д.) с деятельностью хосписа с целью оказания необходимой социальной помощи пациентам хосписа и их родственникам.

12. Владеть возможными способами контактов и достоверной информацией, связанной с работой государственных или общественных организаций, деятельность которых соприкасается с работой хосписа. В частности:

- режим работы поликлиник, особенно в выходные и праздничные дни;
- правила госпитализации терминальных больных в городские больницы;
- режим работы и основные правила организации ритуальных услуг;
- режим работы территориальных и онкологических бюро медико-социальной экспертизы (МСЭК), правила направления больных на МСЭК для установления группы инвалидности или переосвидетельствования. Следить за возможными изменениями этой информации.

13. Содействовать по просьбе больных хосписа в организации каких-либо таинств и ритуалов, соответствующих вероисповеданию пациента. (При выполнении этого раздела работы социальный работник должен относиться с пониманием и уважением к вероисповеданию больного и не навязывать ему свои взгляды в вопросах религии или свои религиозные убеждения.)

14. Организовать работу и оказывать практическую помощь медицинскому и обслуживающему персоналу и добровольным помощникам хосписа по всем вопросам, входящим в их компетенцию. В слож-

ных случаях обращаться за помощью к специалисту по социальной работе, а при необходимости – к медицинскому психологу.

15. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Социальный работник имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения заведующему ОМО по улучшению организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (чтение научно-методической литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и т.д., получение высшего или среднего социального образования).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Социальный работник несет ответственность за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

13. Положение о медицинской сестре организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе

Общие положения

1. На должность медицинской сестры организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе (далее – медсестра) назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее значительный (не менее трех лет) опыт практической работы в хосписе.

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении заведующему отделом, а в отсутствие заведующего — врачу отдела.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением об организационно-методическом отделе по социальной и медицинской работе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего и врача отдела являются обязательными для медсестры.

6. Медсестра выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинская сестра организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе обязана:

1. Участвовать в составлении планов работы в пределах вопросов, находящихся в ее компетенции. В планах работы предусматривать, прежде всего, проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

2. Осуществлять подготовку, обучение и контроль над соблюдением средним и младшим медицинским и обслуживающим персоналом основных морально-этических норм и принципов хосписа.

3. Организовывать и обеспечивать проведение занятий (групповых и индивидуальных) со средним и младшим медицинским и обслуживающим персоналом, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

4. Оказывать практическую помощь среднему и младшему медицинскому и обслуживающему персоналу по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

5. Обеспечивать:

- внедрение в практику работы хосписа новых методов социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего.

6. Участвовать в формировании медицинского архива, архива нормативно-методических документов и иных материалов, требующих систематизации.

7. Выполнять в пределах своей компетенции различные поручения заведующего и врача отдела.

8. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медсестра организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения заведующему отделом по улучшению организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Медсестра организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе несет ответственность за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

14. Положение о медицинском статистике организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе

Общие положения

1. На должность медицинского статистика организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе (далее – медстатистик) назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее сертификат по специальности «Медицинская статистика».

2. Медстатистик назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медстатистик находится в непосредственном подчинении заведующему отделом, а в отсутствие заведующего – врачу отдела.

4. Медстатистик организует свою работу в соответствии с Положением об организационно-методическом отделе по социальной и медицинской работе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача хосписа, заведующего и врача отдела являются обязательными для медстатистика.

6. Медстатистик выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, не только облегчает их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинский статистик организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе обязан:

1. Участвовать в составлении планов работы в пределах вопросов, находящихся в его компетенции.

2. Организовывать статистический учет и статистический документооборот в соответствии с приказами и инструктивными указаниями Минздрава России и Комитета здравоохранения Москвы.

3. Получать от подразделений хосписа статистические сведения и сводит их в целом по хоспису.

4. Обеспечивать систематизацию и статистическую обработку учетно-отчетных данных; рассчитывает показатели деятельности хосписа.

5. Осуществлять хранение, поиск и использование информации, в том числе с помощью ПЭВМ, для составления отчетов и решения различных производственных задач.

6. Составлять годовой статистический отчет по хоспису в установленные сроки.

7. Осуществлять контроль над правильностью ведения и заполнения статистической документации в подразделениях; консультирует, при необходимости, персонал подразделений о правилах ведения учетных форм.

8. Участвовать в проведении анализа и оценки результатов деятельности хосписа с использованием основных статистических методов (таблицы, графики, относительные и средние величины).

9. Своевременно оформлять заявки на приобретение учетно-отчетных статистических форм; обеспечивает ими структурные подразделения хосписа.

10. Участвовать в разработке качественных показателей работы и обеспечивает их внедрение.

11. Участвовать в формировании медицинского архива, архива нормативно-методических документов и иных материалов, требующих систематизации.

12. Выполнять в пределах своей компетенции различные поручения главного врача хосписа, заведующего и врача отдела.

13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинский статистик организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения заведующему отделом по улучшению организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Проверять правильность ведения всей учетно-отчетной документации в подразделениях хосписа.

7. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Медстатистик организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе несет ответственность за достоверность составленных отчетов; за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка хосписа и настоящим Положением.

ПЕРСОНАЛ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

15. Положение о медсестре приемного отделения

Общие положения

1. На должность медицинской сестры приемного отделения (далее – медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Сестринское дело».

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении заведующему стационаром.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача, его заместителя по лечебной части, заведующего и врачей стационара являются обязательными для медсестры.

6. Медсестра осуществляет выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинская сестра приемного отделения обязана:

1. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

2. Ознакомиться с направлением больного и сопровождать его в стационар.

3. Выслушивать жалобы больного, поступившего «самотеком», и направлять его к дежурному врачу.

4. При поступлении больного:

- проводить осмотр на педикулез и заносить результаты осмотра в паспортную часть медицинской карты стационарного больного;
- производить измерение температуры тела у больного;
- выполнять процедуры и манипуляции, назначенные врачом;
- помогать больным во время осмотра врачом.

5. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь.

6. Следить за наличием информационных брошюр в отделении, пополнять их в случае необходимости.

7. Вести прием родственников больных, пришедших на консультацию; разъяснять им цели и задачи хосписа; принимать от них первичную медицинскую документацию о больных.

8. Осуществлять по указанию врача стационара вызов консультантов в приемное отделение.

9. В случае задержки срочных консультаций извещать об этом врача стационара для принятия соответствующих мер.

10. Своевременно передавать телефонограммы в отделение милиции, «активные» вызовы в городские поликлиники, экстренные извещения об инфекционном заболевании в территориальный центр Госсанэпиднадзора.

11. Следить за качеством санитарной обработки больных.

12. Следить за санитарным состоянием в отделении и контролировать работу младшего медицинского персонала.

13. Не допускать присутствия в отделении или хождения через него посторонних лиц.

14. Своевременно сдавать сестре-хозяйке стационара аппаратуру и инструменты для ремонта.

15. Вести необходимую медицинскую документацию.

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинская сестра приемного отделения имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

Ответственность

Медсестра несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

16. Положение о медицинском регистраторе приемного отделения

Общие положения

1. На должность медицинского регистратора приемного отделения (далее — медрегистратор) назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Сестринское дело», а также лицо со средним образованием, прошедшее индивидуальное обучение не менее 3 месяцев.

2. Медрегистратор назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медрегистратор находится в непосредственном подчинении заведующему стационаром.

4. Медрегистратор организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача, его заместителя по лечебной части, главной медсестры, заведующего и врачей стационара являются обязательными для медрегистратора.

6. Медрегистратор выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинский регистратор приемного отделения обязан:

1. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, соци-

альной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

2. Вести регистрацию больных, обратившихся за помощью в хоспис.

3. Своевременно и аккуратно заполнять необходимую медицинскую документацию.

4. Обеспечивать хранение и доставку медицинских карт в кабинет врача.

5. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь (для медрегистраторов со средним медицинским образованием).

6. Совместно с медсестрой приемного отделения следить за наличием информационных брошюр в отделении, пополнять их в случае необходимости.

7. Совместно с медицинской сестрой приемного отделения:

- своевременно передавать телефонограммы в отделение милиции; «активные» вызовы в городские поликлиники, экстренные извещения об инфекционном заболевании в территориальный центр Госсанэпиднадзора;
- следить за качеством санитарной обработки больных;
- следить за санитарным состоянием в отделении и контролировать работу младшего медицинского персонала;
- не допускать присутствия в отделении или хождения через него посторонних лиц.

8. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения занятий и конференций, организуемых для среднего медицинского персонала хосписа.

9. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинский регистратор приемного отделения имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттеста-

ция, перееаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

Ответственность

Медрегистратор несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

ПЕРСОНАЛ СТАЦИОНАРА

17. Положение о заведующем стационаром

Общие положения

1. На должность заведующего стационаром хосписа (далее – заведующий) назначается квалифицированный врач-онколог, имеющий сертификат специалиста по данной специальности, значительный опыт работы по специальности и обладающий организаторскими способностями.

Преимущественное право на занятие должности заведующего предоставляется врачам, имеющим квалификационную категорию и ученую степень.

2. Заведующий назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Заведующий находится в непосредственном подчинении главному врачу, а в отсутствие главного врача – его заместителю по лечебной работе.

4. Заведующий организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре хосписа и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для всех сотрудников отдела.

6. Заведующий выполняет в полном объеме работу по непосредственному ведению больных в объеме 50% нормы нагрузки врача-онколога стационара, в том числе выполняет дежурства в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни.

7. Заведующий выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Заведующий стационаром обязан:

1. Организовывать и обеспечивать:

- своевременное обследование и лечение больных на уровне современных достижений науки и практики;
- распределение больных между врачами стационара;
- надлежащую расстановку и организацию труда, а также проведение мероприятий по плановому повышению квалификации врачебного, среднего и младшего медицинского персонала;
- рациональное использование имеющейся диагностической и лечебной аппаратуры, инструментария и другого медицинского оборудования, технически грамотную их эксплуатацию;
- проведение мер на более рациональное использование коечного фонда;
- внедрение в практику работы стационара новых средств диагностики и лечения; своевременное ознакомление и обучение с методикой их применения врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;
- широкое применение в деятельности стационара комбинированных и комплексных методов обследования и лечения больных;
- тесное взаимодействие и контакт в работе с поликлиническим отделением (дневной стационар, выездная служба), организационно-методическим отделом, психологом, социальными ра-

ботниками и, при необходимости, с ЛПУ, направившего больного на госпитализацию.

2. Дежурить по графику, утвержденному заместителем главного врача по лечебной части.

3. Знать:

- основы законодательства о здравоохранении, о труде, приказы, основные директивные документы, постановления, распоряжения вышестоящих органов здравоохранения;
- принципы оказания лекарственной и неотложной медицинской помощи, в том числе по паллиативному лечению;
- новые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- нормативные документы по медицинской статистике (приказы, инструктивные указания и др.);
- международную статистическую классификацию болезней (МКБ) и причин смерти;
- основы медико-социальной экспертизы.

4. Разрабатывать и утверждать распределение обязанностей и графики дежурства врачей по стационару.

5. Рассматривать и утверждать графики работы среднего и младшего медицинского персонала.

6. Систематически проводить обходы больных стационара, в том числе вновь поступивших и тяжелых больных; плановые обходы проводить совместно с врачами и старшей сестрой стационара.

7. Оказывать систематическую помощь врачам стационара в выборе методов диагностики, обследования и лечения больных.

8. Контролировать правильность и полноту выполнения обязанностей старшей медицинской сестрой стационара, в том числе составление требований в аптеку.

9. Следить за правильностью хранения, использования и учета расхода перевязочного материала и лекарственных средств, подлежащих количественному учету, в том числе наркотических и сильнодействующих препаратов, в установленном порядке.

10. Принимать организационные меры по профилактике внутрибольничных инфекций.

11. Ежедневно контролировать прием смены дежурным медицинским персоналом.

12. Периодически обобщать опыт работы стационара с последующим использованием его для обмена опытом на совещаниях, медицинских конференциях, а также подготовки публикаций в медицинской периодической печати.

13. Подписывать вместе с лечащим врачом историю болезни и эпикриз на выписанных и умерших больных.

14. Немедленно доводить до сведения главного врача или его заместителя по лечебной части обо всех чрезвычайных происшествиях в стационаре (смерть больных, несчастные случаи, проявления внутрибольничных инфекций и др.) и о принятых мерах.

15. Контролировать:

- соблюдение всеми сотрудниками стационара правил внутреннего трудового распорядка;
- организацию труда персонала и рациональность его использования;
- своевременность и правильность составления графиков дежурств и табелей на зарплату.

16. Организовать и проводить мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала (совещания, конференции, аттестация и пр.).

17. Составлять квартальные и годовые планы деятельности стационара и следить за ходом их выполнения; анализировать показатели деятельности стационара и на этой основе подготавливать ежеквартальные и годовые отчеты.

18. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Заведующий стационаром имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Принимать непосредственное участие в подборе и расстановке кадров стационара.

7. Представлять главному врачу или его заместителю по лечебной части к поощрению лучших работников и вносить предложения о наложении дисциплинарного взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и не выполняющих свои обязанности.

8. Решать вопросы приема, перевода и выписки больных стационара.

9. Приглашать консультантов и устраивать консилиум по согласованию с заместителем главного врача по лечебной части.

10. Проверять правильность и полноту ведения врачами историй болезни и иной медицинской документации; отменять менее рациональные и назначать более рациональные и дополнительные методы обследования и лечения болезни.

11. Проверять правильность и полноту выполнения средним медицинским персоналом назначений врачей.

12. Отдавать распоряжения и указания персоналу стационара в пределах уровня компетентности и квалификации каждого сотрудника и контролировать их выполнение.

13. Организовывать и проводить для работников стационара совещания, конференции, клинические разборы больных, практические занятия в соответствии с планом работы стационара; проводить клинико-анатомические конференции по каждому случаю смерти в стационаре.

14. Выдвигать на обсуждение больничного совета вопросы, связанные с улучшением работы стационара.

15. Принимать активное участие в разработке и составлении методических рекомендаций по паллиативному и симптоматическому лечению больных.

16. Принимать участие в разборе писем (предложения, жалобы и др.) больных, их родственников, добровольных помощников, а также сотрудников стационара.

17. Рекомендовать администрации хосписа кандидатуру врача для замещения на период своего временного отсутствия (болезнь, отпуск, курсы усовершенствования и др.).

18. Вносить предложения администрации хосписа по вопросам улучшения работы стационара и организации условий труда сотрудников.

Ответственность

Заведующий стационаром несет административную и юридическую ответственность:

- за недостоверность составленных отчетов;
- за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных настоящим Положением;
- за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

18. Положение о враче-онкологе стационара

Общие положения

1. На должность врача-онколога стационара (далее – врач) назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», прошедший последиplomную подготовку (ординатура, специализация, повышение квалификации) по специальности «онкология», владеющий программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получивший сертификат.

2. Врач назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач находится в непосредственном подчинении заведующему стационаром, а в отсутствие заведующего – заместителю главного врача по лечебной части.

4. Врач организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Минздрава России и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для врача.

6. Врач выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основ-

ных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач-онколог стационара обязан:

1. Знать основные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации онкологических заболеваний.
2. Владеть методами паллиативной помощи, в том числе симптоматической помощи онкологическим больным
3. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
4. Обеспечивать надлежащий уровень обследования и лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники. В случае необходимости организовать консилиум врачей-специалистов, по согласованию с заведующим отделением, и реализовать рекомендации консультантов.
5. Обеспечивать необходимый уход за больными на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а также выполнения больными установленно-го больничного режима.
6. Ежедневно, совместно с заведующим отделением и старшей медицинской сестрой проводить обход больных, отмечать основные изменения в их состоянии, происходящие за сутки, и в зависимости от этого определять необходимые мероприятия по лечению и уходу за больными.
7. Назначать диетическое питание.
8. Вести карту стационарного больного, внося в нее полагающиеся данные, датируя все полученные сведения от больного или его родственников, направление разных запросов, ответы на них и прочую документацию.
9. Проверять правильность и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за больным.

10. Перед уходом из отделения сообщать в письменном виде дежурному врачу о тяжелобольных, требующих особого врачебного наблюдения.

11. В определенные часы принимать посетителей, сообщать им о состоянии больных и получать от них необходимые сведения.

12. В отсутствие заведующего отделением принимать участие в приеме смены дежурным медицинским персоналом, сообщать заступающей на дежурство смене о состоянии вновь поступивших больных, о проводимой ими терапии.

13. Участвовать в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

14. Дежурить в отделении в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни, согласно графику.

15. Систематически повышать свою квалификацию путем активного участия в общебольничных конференциях, больничных Советах, клинических разборах больных, семинарах и т.д.

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач-онколог стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Назначать и отменять (ранее назначенные самим врачом) любые лечебно-диагностические мероприятия, вытекающие из динамики состояния больного.

7. Осуществлять выписку и перевод больных в другое отделение больницы или другое лечебно-профилактическое учреждение по согласованию с заведующим отделением.

8. Привлекать, в необходимых случаях, врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больным, а также направлять больных на консультацию и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения по согласованию с заведующим отделением.

9. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

Ответственность

Врач-онколог стационара несет административную и юридическую ответственность за бездействие и неприятие решений в пределах прав, а также за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

19. Положение о враче-терапевте стационара

Общие положения

1. На должность врача-терапевта стационара (далее – врач) назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», прошедший последиplomную подготовку (интернатура, ординатура, специализация, повышение квалификации) по специальности «терапия», владеющий программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получивший сертификат.

2. Врач назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач находится в непосредственном подчинении заведующему стационаром, а в отсутствие заведующего – заместителю главного врача по лечебной части.

4. Врач организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Минздрава России и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для врача.

6. Врач выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач-терапевт стационара обязан:

1. Знать основные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний.

2. Владеть методами паллиативной помощи, в том числе симптоматической.

3. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

4. Обеспечивать надлежащий уровень обследования и лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники. В случае необходимости организовать консилиум врачей-специалистов, по согласованию с заведующим отделением, и реализовать рекомендации консультантов.

5. Обеспечивать необходимый уход за больными на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а также выполнения больными установленного больничного режима.

6. Ежедневно совместно с заведующим отделением и старшей медицинской сестрой проводить обход больных, отмечать основные изменения в их состоянии, происходящие за сутки, и в зависимости от этого определять необходимые мероприятия по лечению и уходу за больными.

7. Назначать диетическое питание.

8. Вести карту стационарного больного, внося в нее полагающиеся данные, датируя все полученные сведения от больного или родственников, направление разных запросов, ответы на них и прочую документацию.

9. Проверять правильность и своевременность выполнения сред-

ним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за больным.

10. Перед уходом из отделения сообщать в письменном виде дежурному врачу о тяжелобольных, требующих особого врачебного наблюдения.

11. В определенные часы принимать посетителей, сообщать им о состоянии больных и получать от них необходимые сведения.

12. В отсутствие заведующего отделением принимать участие в приеме смены дежурным медицинским персоналом, сообщать заступающей на дежурство смене о состоянии вновь поступивших больных, о проводимой ими терапии.

13. Участвовать в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

14. Дежурить в отделении в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни, согласно графику.

15. Систематически повышать свою квалификацию путем активного участия в общепольничных конференциях, больничных Советах, клинических разборах больных, семинарах и т.д.

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач-терапевт стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Назначать и отменять (ранее назначенные самим врачом) любые лечебно-диагностические мероприятия, вытекающие из динамики состояния больного.

7. Осуществлять выписку и перевод больных в другое отделение

больницы или другое лечебно-профилактическое учреждение по согласованию с заведующим отделением.

8. Привлекать, в необходимых случаях, врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больным, а также направлять больных на консультацию и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения по согласованию с заведующим отделением.

9. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

Ответственность

Врач-терапевт стационара несет административную и юридическую ответственность за бездействие и непринятие решений в пределах прав, а также за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

20. Положение о медицинском психологе стационара

Общие положения

1. На должность медицинского психолога стационара (далее — психолог) назначается лицо, окончившее высшее учебное заведение по специальности «Психология», имеющее опыт практической работы с больными и специальную подготовку по медицинской психологии.

2. Психолог назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Психолог находится в непосредственном подчинении главному врачу и заведующему стационаром.

4. Психолог организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе, Положением о стационаре; руководствуется действующим законодательством РФ, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Психолог выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и

основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинский психолог стационара обязан:

1. Знать:

- Конституцию РФ, законы и иные нормативные правовые акты РФ по вопросам здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан;
- Декларацию прав и свобод человека;
- медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию), психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику, психологическое консультирование;
- методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения;
- методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности;
- психологию труда персонала хосписа.

2. Проводить работу в тесном контакте и сотрудничестве со всеми службами хосписа.

3. В своей работе совершенствовать навыки психологической поддержки больных и членов их семей.

4. В случае отсутствия медицинского психолога выездной службы осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

5. Проводить работу с больными стационара и их родственниками, направленную на:

- восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных, уделяя особое внимание больным, имеющим факторы риска психических расстройств;
- психологическую помощь в решении личностных, профессиональных и бытовых проблем больных и членов их семей;
- оценку эффективности проводимых психологических мероприятий и при необходимости разработку эффективных

методов психологического воздействия на больного и членов его семьи.

6. При работе с больными с пониманием принимать их вероисповедание, не навязывая своих взглядов в вопросах религии; организовывать и приглашать по просьбе больных священнослужителей разных конфессий.

7. Вести документацию (журнал психолога), записи в истории болезни.

8. Проводить работу с персоналом хосписа, направленную на

- психологическую помощь персоналу в решении профессиональных, личностных и бытовых проблем;
- учет влияния психологических, ситуационных и организационных факторов на персонал хосписа в целях создания благоприятных условий работы.

9. При работе с персоналом принимать участие:

- в оказании и оптимальном использовании индивидуальных качеств сотрудников, связанных с профессиональным подбором, эффективной работой в коллективе и выполнением профессиональных обязанностей сотрудника хосписа;
- в решении актуальных организационных проблем, связанных с текучестью кадров, нарушением трудовой дисциплины и т.д.;
- в проектировании научной организации труда (организация рабочего места и времени, участие в формировании бригад и др.);
- в пропаганде психологических знаний среди работников хосписа путем организации занятий с медицинским персоналом по актуальным вопросам медицинской психологии и деонтологии.

10. Привлекать добровольных помощников (волонтеров) в хоспис, осуществлять их отбор и обучение вопросам медицинской психологии и деонтологии.

11. Изучать, обобщать и анализировать отечественную и зарубежную литературу, научные публикации и монографии по вопросам психологической помощи больным и членам их семей; подготавливать аналитические обзоры, справки и т.д.

12. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинский психолог стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Медицинский психолог несет ответственность за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

21. Положение о старшей медицинской сестре стационара

Общие положения

1. На должность старшей медицинской сестры стационара (далее — старшая медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой, имеющее не менее трех лет опыта практической работы в стационаре и получившее сертификат.

2. Старшая медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Старшая медсестра находится в непосредственном подчинении главной медицинской сестры хосписа и заведующему стационаром.

4. Старшая медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для старшей медсестры.

6. Распоряжения старшей медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала стационара.

7. Старшая медсестра является материально ответственным лицом.

8. Старшая медсестра выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Старшая медсестра стационара обязана:

1. Обеспечивать:

- проведение мероприятий по рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала путем использования малой техники, внедрения новых методов ухода за больными и др.;
- правильность расстановки кадров и составление графиков работы среднего и младшего медицинского персонала;
- своевременное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- систематическое пополнение стационара медицинским инструментарием, медикаментами, материалами и предметами ухода за больными, их распределение и контроль над использованием;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в стационаре;
- правильность учета и хранения наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств;

- индивидуальные посты у тяжелобольных по заданию заведующего стационаром;
 - соблюдение персоналом стационара, больными и их родственниками, посетителями, добровольными помощниками установленных правил внутреннего распорядка.
2. Составлять порционные листы на питание больных, наблюдать за своевременностью раздачи пищи.
 3. Вести учет поступления и выписки больных, составлять дневник движения больных в стационаре.
 4. Заранее оповещать родственников больного о дне и часе выписки, готовить одежду и документацию и в случае необходимости обеспечивать больного сопровождающим лицом и транспортом.
 5. Контролировать:
 - своевременное и четкое выполнение назначений врача или заведующего стационаром;
 - выполнение принципов лечебно-охранительного режима;
 - работу среднего и младшего медицинского персонала по уходу и обслуживанию больных в дневное, вечернее и ночное время путем проведения плановых и «рейдовых» обходов, в том числе совместных обходов с заведующим стационаром;
 - сохранность и исправность медицинского инструментария, аппаратуры и предметов ухода, а также мягкого и твердого инвентаря;
 - своевременное и правильное питание больных;
 - выполнение правил приема и выписки (выбытия) больных средним и младшим медицинским персоналом стационара;
 - выполнение графика работы среднего и младшего медицинского персонала стационара.
 6. Под руководством заведующего стационаром разрабатывать и контролировать выполнение планов повышения квалификации средних и младших медицинских работников стационара, проведение сестринских конференций и практических занятий.
 7. Обеспечивать и строго контролировать соблюдение правил асептики и антисептики персоналом стационара, особенно в процедурных и перевязочных кабинетах.
 8. Учитывать листки временной нетрудоспособности, выданные врачами стационара, и составлять отчеты об их использовании.

9. Участвовать в работе совета медицинских сестер и в работе научно-практических сестринских конференций.

10. Участвовать в составлении планов работы в пределах вопросов, находящихся в ее компетенции. В планах работы предусматривать, прежде всего, проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

11. Проводить лабораторный контроль с целью профилактики внутрибольничной инфекции согласно приказу МЗ СССР № 720.

12. Организовывать своевременное прохождение профилактических медосмотров персонала отделения.

13. Организовывать и контролировать выполнение мероприятий в случае возникновения инфекционного очага в отделении.

14. Проводить инструктаж по технике безопасности персонала отделения при приеме на работу и в дальнейшем 2 раза в год под роспись.

15. Осуществлять изучение функциональных обязанностей средним и младшим персоналом при приеме на работу.

16. Выполнять в пределах своей компетенции различные поручения заведующего стационаром и врача стационара.

17. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Старшая медсестра стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу стационара в соответствии с уровнем ее компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

7. Требовать от среднего и младшего медицинского персонала и посетителей соблюдения правил внутреннего распорядка в стационаре, а также правил внутреннего трудового распорядка для персонала стационара.

8. Вносить предложения заведующему стационаром о поощрении и наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу.

9. Вносить предложения заведующему отделением и главной медицинской сестре по вопросам улучшения организации работы отделения, а также улучшения организации и условий труда среднего и младшего медицинского персонала.

Ответственность

Старшая медсестра стационара:

- несет материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством и заключаемым с ней договором за вверенное имущество;
- несет административную ответственность за невыполнение своих обязанностей, а также за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

22. Положение о палатной медицинской сестре стационара

Общие положения

1. На должность палатной медицинской сестры стационара (далее — палатная медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат.

2. Палатная медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Палатная медсестра находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры и заведующему стационаром.

4. Палатная медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре; руководствуется действующими офици-

альными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для палатной медсестры.

6. Распоряжения палатной медсестры являются обязательными для младшего медицинского персонала стационара.

7. Палатная медсестра выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Палатная медсестра стационара обязана:

1. Осуществлять уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

2. Своевременно и точно выполнять назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом лечащему врачу.

3. Наблюдать за состоянием больного, его физиологическими отправлениями, сном, о выявленных изменениях докладывать лечащему врачу.

4. Немедленно сообщать лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

5. Участвовать в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывать о состоянии больных, записывать назначенное лечение и методы ухода за больными.

6. Осуществлять санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывать, кормить, давать питье, промывать по мере надобности рот, глаза, уши и т.д.).

7. Принимать и размещать в палате больных, проверять качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

8. Изолировать больных в агональном состоянии, присутствовать

во время смерти больного, вызывать врача для констатации смерти, подготавливать трупы умерших для передачи их в морг.

9. Сдавать дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство, осматривать закрепленные помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов; расписываться за прием дежурства в дневнике отделения.

10. Контролировать выполнение больными и их родственниками внутреннего режима стационара; в случаях нарушений режима докладывать старшей медсестре.

11. Всем поступившим больным производить измерение температуры тела два раза в день, записывать ее в температурный лист.

12. При подозрении или обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщать об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолировать больного и производить текущую дезинфекцию

13. По назначению врача осуществлять счет пульса, дыхания, измерять суточное количество мочи, мокроты и т.д., записывать эти данные в карту стационарного больного.

14. Следить за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных (уход за кожей, ртом, стрижкой волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой постельного и нательного белья.

15. Заботиться о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

16. В случае изменений в состоянии больного, требующих срочных мер, ставить об этом в известность врача стационара, а в отсутствие врачей – немедленно вызывать дежурного врача, оказывать экстренную доврачебную помощь.

17. Следить, чтобы выданное больным лекарство было принято в ее присутствии.

18. Повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.

19. Вести необходимую учетную документацию.

20. В отсутствие старшей медсестры сопровождать во время обхода врачей стационара, дежурного врача, представителей администрации.

21. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

22. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Палатная медсестра стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь больным отделения.

7. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу и контролировать их выполнение.

8. Требовать от младшего медицинского персонала и посетителей хосписа соблюдения правил внутреннего распорядка в стационаре, а также правил внутреннего трудового распорядка для персонала стационара.

9. Вносить предложения старшей медицинской сестре стационара по вопросам улучшения организации работы отделения.

Ответственность

Палатная медсестра стационара несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

23. Положение о медицинской сестре процедурной стационара

Общие положения

1. На должность медицинской сестры процедурной стационара (далее – медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат.

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры и заведующему стационаром.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего и врача стационара являются обязательными для медсестры.

6. Распоряжения медсестры являются обязательными для младшего медицинского персонала стационара.

7. Медсестра выполняет своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медсестра процедурной стационара обязана:

1. Выполнять назначенные врачом процедуры, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.

2. Помогать при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач.

3. Производить взятие крови из вены для исследования и отправлять ее в лабораторию.

4. Обеспечивать строгий учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах.
5. Обеспечивать строгое соблюдение правил асептики и антисептики в кабинете при проведении процедур.
6. Стерилизовать инструментарий и материал в соответствии с действующими инструкциями.
7. Своевременно составлять требования на инструментарий, оборудование, медикаменты и перевязочный материал и получать их в установленном порядке.
8. Вести необходимую учетно-отчетную документацию.
9. Контролировать санитарно-гигиеническое содержание процедурного кабинета.
10. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
11. Немедленно сообщать лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного при проведении процедур.
12. Повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.
13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медсестра процедурной стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь больным отделения.

7. Требовать от персонала стационара соблюдения правил асептики и антисептики при работе в процедурной.

Ответственность

Медсестра процедурной стационара несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

24. Положение о медицинской сестре перевязочной стационара

Общие положения

1. На должность медицинской сестры перевязочной стационара (далее – медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат.

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры и заведующему стационаром.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о стационаре, руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для медсестры.

6. Распоряжения медсестры являются обязательными для младшего медицинского персонала стационара.

7. Медсестра выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медсестра перевязочной стационара обязана:

1. Выполнять назначенные врачом манипуляции, разрешенные к выполнению врачами и средним медицинским персоналом.
2. Сопровождать тяжелобольных после проведенных манипуляций в палату.
3. Строго соблюдать правила асептики и антисептики за помещением перевязочной.
4. Осуществлять систематический санитарно-гигиенический контроль за помещением перевязочной.
5. Подготавливать к стерилизации инструментарий, шприцы, капельницы в соответствии с действующими инструкциями.
6. Обеспечивать систематическое пополнение, учет, хранение и расходование медикаментов, перевязочного материала, инструментария и белья.
7. Инструктировать младший медицинский персонал перевязочной и контролировать его работу.
8. Вести необходимую учетно-отчетную документацию.
9. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.
10. Немедленно сообщать лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного при проведении процедур.
11. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
12. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медсестра перевязочной стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь больным отделения.

7. Требовать от персонала отделения соблюдения правил асептики и антисептики при работе в перевязочной.

Ответственность

Медсестра перевязочной стационара несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

25. Положение о младшей медицинской сестре стационара по уходу за больными

Общие положения

1. На должность младшей медицинской сестры стационара по уходу за больными (далее – младшая медсестра) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.

2. Младшая медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством. При приеме на работу младшая медсестра в установленном порядке проходит предварительный медицинский осмотр и обследование.

3. Младшая медсестра находится в непосредственном подчинении палатной медицинской сестры, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Младшая медсестра в своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения палатной и старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для младшей медсестры.

6. Младшая медсестра соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Младшая медицинская сестра по уходу за больными обязана:

1. Помогать палатной медицинской сестре в уходе за больными.
2. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
3. Обеспечивать содержание в чистоте и опрятности больных и помещений.
4. Производить смену нательного и постельного белья.
5. Систематически производить влажную уборку помещений и проветривание палат.
6. Участвовать в транспортировке тяжелобольных.
7. Следить за выполнением больными и посетителями внутреннего режима стационара.
8. Обеспечивать правильное использование и хранение предметов ухода за больными.
9. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.
10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Младшая медицинская сестра по уходу за больными имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

Ответственность

Младшая медицинская сестра по уходу за больными несет ответ-

ственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

26. Положение о санитарке-буфетчице стационара

Общие положения

1. На должность санитарки-буфетчицы стационара (далее – буфетчица) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.

2. Буфетчица назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством. При приеме на работу буфетчица в установленном порядке проходит предварительный медицинский осмотр и обследование.

3. Буфетчица находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры стационара, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Буфетчица своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для буфетчицы.

6. Буфетчица является материально ответственным лицом.

7. Буфетчица соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Санитарка-буфетчица стационара обязана:

1. Получать продукты питания и готовую пищу в пищеблоке, проверять ее по весу и счету; расписываться в раздаточной ведомости; доставлять их для раздачи в отделение.

2. Осуществлять непосредственную раздачу пищи и продуктов больным согласно предписанным врачом диетам с соблюдением правильной порционности и эстетического вида пищи.

3. Подогревать и раздавать пищу больным, которые в установленное время раздачи пищи находятся на исследованиях, процедурах (время хранения пищи после приготовления – не более 2 часов).

4. Получать сухой запас (масло, чай, сахар и др.) на продовольственном складе в установленное время (получение сухого запаса на

вновь поступивших больных осуществляется в специально выделенное время). Осуществлять развеску сахара, масла каждому больному на весах, разноску их по палатам и в столовую на индивидуальных тарелочках, подогрев, заварку и разноску чая по палатам.

5. Приготавливать по просьбе больных чай, другие напитки (молоко, кефир, компот, кисель и пр.) и несложные блюда (яйцо всмятку, манная или геркулесовая каши и пр.).

6. Сбирать использованную посуду из столовой и палат стационара; осуществлять ее дезинфекцию, мытье, просушку и хранение в соответствии с действующими правилами.

7. Осуществлять сбор, правильное хранение и своевременный вынос пищевых отходов из помещения в специально выделенное место.

8. Обеспечивать пищеблок через сестру-хозяйку необходимым количеством посуды для кормления больных (из расчета по одному комплекту на каждого больного), наличие посуды, соответствующей требованиям санитарно-эпидемиологического режима (без сколов, трещин, ржавчины и т.д.).

9. Регулярно проводить маркировку на посуде, емкостях для уборки; проверять наличие крышек, уровней на емкостях для дезинфекции и мытья, мерной посуды для дезинфицирующих моющих средств.

10. После прохождения специального инструктажа проводить дезинфекцию посуды, инвентаря, ветоши, столов, холодильников и т.п.

11. Осуществлять влажную уборку раздаточной и столовой после каждого приема пищи (в специально выделенной одежде), генеральную уборку раздаточной и столовой (не реже 1 раза в неделю), выделение отдельной посуды для больных с выявленным инфекционным заболеванием.

12. Изучать при поступлении на работу санитарный минимум со сдачей зачета, а в последующем — по плану врача-диетолога.

13. Проходить обследование своего здоровья ежеквартально (плановое) или по эпидемиологическим показаниям (внеплановое) для получения допуска к работе (санитарная книжка хранится в постоянном месте в раздаточной).

14. Быть опрятной, одетой в соответствии с требованиями эстетики и санитарно-эпидемиологического режима; для транспортировки пищи, раздачи, уборки помещения иметь разную одежду.

15. Постоянно соблюдать правила личной гигиены, коротко стричь

ногти, не вносить в помещение раздаточной посторонних предметов и личную одежду, не разрешать находиться в раздаточной посторонним лицам, снимать спецодежду перед посещением туалета.

16. Повышать квалификацию путем участия в семинарах, проводимых диетврачом, диетсестрой и в других формах совершенствования профессиональных знаний.

17. Сообщать сестре-хозяйке о неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации и в электроприборах.

18. Следить за сохранностью и правильным использованием закрепленного за нею инвентаря.

19. Помогать младшей медицинской сестре в уходе за больными.

20. Обеспечивать правильное использование и хранение предметов уборки.

21. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.

22. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

23. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Санитарка-буфетчица стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

6. Требовать от работников пищеблока выдачи блюд в соответствии с назначенным диетическим питанием; контролировать количество и органолептические качества пищи (цвет, запах и пр.).

Ответственность

Санитарка-буфетчица стационара несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

27. Положение о сестре-хозяйке стационара

Общие положения

1. На должность сестры-хозяйки стационара (далее – сестра-хозяйка) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение, обладающее организаторскими способностями и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.

2. Сестра-хозяйка назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Сестра-хозяйка находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры стационара, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Сестра-хозяйка в своей работе руководствуется правилами и инструкциями по организации хозяйственной деятельности, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц, распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для сестры-хозяйки.

6. Распоряжения сестры-хозяйки по хозяйственным вопросам являются обязательными для младшего медицинского персонала.

7. Сестра-хозяйка является материально ответственным лицом.

8. Сестра-хозяйка соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Сестра-хозяйка стационара обязана:

1. Руководить и контролировать работу младших медицинских сестер и санитарок по содержанию чистоты и порядка больных и всех помещений стационара.

2. Определять объем работы и закреплять конкретные участки работы за младшим медперсоналом и лиц, работающих по совместительству.

3. Организовывать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в стационаре; контролировать правильность обработки и хранения уборочного инвентаря; организовывать сбор, временное хранение и направление в отделение камерной дезинфекции постельных принадлежностей, тапочек и др. после выписки (выбытия) больных.

4. Организовывать проведение текущих и генеральных уборок всего отделения по плану-графику.

5. Следить за наличием в стационаре чистого белья, суточный запас которого должен храниться у младшего медицинского персонала и передаваться по смене.

6. Вести прием, хранение, отпуск белья и прочего мягкого и твердого инвентаря; своевременно оформлять заявки на приобретение и получение со склада всего необходимого оснащения для стационара в соответствии с действующими нормативными документами.

7. Принимать у младшего медицинского персонала использованное белье, сдавать его на дезинфекцию, в стирку; обеспечивать его маркировку и надлежащее хранение.

8. Вести учет мягкого и твердого инвентаря; проводить регулярные обходы стационара по проверке рационального использования, хранения и учета белья, мягкого и твердого инвентаря, спецодежды.

9. Готовить пришедшее в негодность белье к списанию, представлять его после согласования с заведующим стационаром и старшей медсестрой стационара на комиссию для списания.

10. Проводить по графику сдачу белья и прием его из прачечной.

11. Обеспечивать оформление заявок на ремонт мягкого и твердого инвентаря стационара.

12. Гладить халаты, головные уборы, спецодежду сотрудникам стационара.

13. Контролировать наличие дезинфицирующих средств в стационаре, в случае их отсутствия организовать их получение и доставку.

14. Следить за наличием четкой маркировки на уборочном инвентаре, посуде, емкостях для дезинфекции, наличием бирок с датой приготовления дезинфицирующих средств, маркировки выполняемой санитарками.

15. Организовывать проведение помывки больных или гигиенической обработки тяжелых больных (умывание, протирание и т.д.).

16. Организовывать вызов специалистов по ремонту в случае неисправности электросетей, водопровода, канализации, средств оргтехники, связи, телевизоров, холодильников и т.д. путем подачи соответствующих заявок начальнику хозяйственного отдела.

17. Ежедневно следить за содержанием в чистоте и порядке всех помещений стационара: палат, кабинетов врачей, подсобных помещений, мест хранения инвентаря и др.

18. Обеспечивать эстетическое содержание, уют и культуру интерьера стационара.

19. Совместно со старшей медсестрой составлять график генеральных уборок помещений стационара, обеспечивать персонал всем необходимым для проведения текущих и генеральных уборок и контролировать их выполнение.

20. Вызывать дезинфектора для проведения дезинфекционных мероприятий в случае выявления в отделении инфекционного больного.

21. Вести по установленной форме ведомость движения мягкого и твердого инвентаря стационара; сверять 1 раз в квартал свой учет с учетом в бухгалтерии.

22. Принимать непосредственное участие в организации и проведении ремонта стационара.

23. Организовать получение одежды больным, выписывающимся из стационара.

24. Организовывать благоустройство и содержание в чистоте закрепленного за стационаром участка территории хосписа; обеспечивать персонал стационара необходимым инвентарем для проведения благоустройства территории.

25. Получать канцтовары для нужд отделения.

26. Иметь опрятный внешний вид, носить спецодежду, соответствующую требованиям эстетики и санитарно-эпидемиологического режима.

27. Помогать младшей медицинской сестре в уходе за больными.

28. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.

29. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников

и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

30. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Сестра-хозяйка стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
6. Контролировать работу младшего медицинского персонала, делать замечания в случае недобросовестного выполнения ими функциональных обязанностей, вносить предложения администрации о наложении взысканий.
7. Вносить предложения о поощрении младшего медицинского персонала стационара за достижение ими лучших показателей в работе.
8. Систематически повышать квалификацию путем участия в занятиях для младшего персонала стационара хосписа.

Ответственность

Сестра-хозяйка стационара несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

28. Положение о санитарке стационара

Общие положения

1. На должность санитарки стационара (далее – санитарка) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.

2. Санитарка назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством. При приеме на работу санитарка в установленном порядке проходит предварительный медицинский осмотр и обследование.

3. Санитарка находится в непосредственном подчинении палатной медицинской сестре, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Санитарка в своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения палатной и старшей медицинской сестры, заведующего стационаром и врача стационара являются обязательными для санитарки.

6. Санитарка соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Санитарка стационара обязана:

1. Производить уборку помещений в соответствии с установленными правилами.

2. Строго соблюдать санитарно-противоэпидемический режим при проведении влажной уборки и выполнении других, закрепленных за ней обязанностей под контролем палатной медсестры и сестры-хозяйки.

3. Проводить влажную уборку на подоконниках, окнах, кроватях, стульях и других предметах, находящихся в помещениях.

4. Убирать прикроватные тумбочки, чистить с применением специальных чистящих средств раковины, ванны, унитазы в закрепленных за нею палатах.

5. Проводить текущую и заключительную дезинфекцию при обнаружении у больного инфекционного заболевания.

6. Следить за соблюдением больными правил личной гигиены: умывать, подмывать, причесывать и стричь ногти больным, которые не могут этого сделать по своему физическому состоянию.

7. Поддерживать в чистоте посуду, находящуюся в палатах у больных.

8. Сообщать сестре-хозяйке о неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации и в электроприборах.

9. Систематически поддерживать чистоту дверей, дверных проемов, как с внутренней, так и с внешней стороны палат.

10. Поддерживать надлежащее санитарное состояние холодильников в закрепленных за нею палатах.

11. Следить за сохранностью и правильным использованием закрепленного за нею мягкого и твердого инвентаря.

12. Систематически, по мере накопления, выносить мусор в мусоросборник.

13. Постоянно, в соответствии с правилами санитарно-эпидемиологического режима, проводить дезинфекцию ветоши, емкостей для уборки, проводить регулярную маркировку на инвентаре и ветоши.

14. Систематически (не реже 1 раза в месяц) проводить генеральную уборку в закрепленных палатах.

15. Помогать младшей медицинской сестре в уходе за больными.

16. В случае необходимости участвовать в транспортировке тяжелобольных.

17. Обеспечивать правильное использование и хранение предметов уборки.

18. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.

19. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

20. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Санитарка стационара имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

Ответственность

Санитарка стационара несет ответственность за невыполнение

обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка.

ПЕРСОНАЛ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ

29. Положение о заведующем выездной службой

Общие положения

1. На должность заведующего выездной службой (далее – заведующий) назначается квалифицированный врач-терапевт, имеющий сертификат специалиста по данной специальности, значительный опыт работы по специальности и обладающий организаторскими способностями.

Преимущественное право на занятие должности заведующего представляется врачам, имеющим квалификационную категорию и ученую степень.

2. Заведующий назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Заведующий находится в непосредственном подчинении главному врачу хосписа, а в отсутствие главного врача – его заместителю по лечебной части.

4. Заведующий организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе хосписа и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Распоряжения заведующего являются обязательными для всех сотрудников выездной службы.

6. Заведующий выполняет в полном объеме работу по непосредственному ведению больных в объеме 50% нормы нагрузки врача-терапевта выездной службы, в том числе выполняет дежурства в стационаре в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни.

7. Заведующий выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный

подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Заведующий выездной службой обязан:

1. Организовать и обеспечить:

- своевременное обследование и лечение больных на дому на уровне современных достижений науки и практики;
- распределение больных между врачами, медицинским психологом, фельдшерами и медицинскими сестрами выездной службы;
- проведение разборов всех случаев, представляющих затруднения в диагностике и лечении, случаев расхождения диагнозов;
- при необходимости вызов консультантов различных специальностей для решения диагностических и лечебных вопросов;
- надлежащую расстановку и организацию труда, а также проведение мероприятий по плановому повышению квалификации врачебного и среднего медицинского персонала;
- рациональное использование имеющейся диагностической и лечебной аппаратуры, инструментария и другого медицинского оборудования, технически грамотную их эксплуатацию;
- внедрение в практику работы выездной службы новых средств диагностики и лечения; своевременное ознакомление и обучение с методикой их применения врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;
- тесное взаимодействие и контакт в работе со стационаром, и, при необходимости, с ЛПУ, в котором наблюдается больной.

2. Решать вопросы о постановке больных на учет выездной службой.

3. Дежурить по графику, утвержденному заместителем главного врача по лечебной части.

4. Знать:

- основы законодательства о здравоохранении, о труде, приказы, основные директивные документы, постановления, распоряжения вышестоящих органов здравоохранения;

- принципы оказания лекарственной и неотложной медицинской помощи, в том числе по паллиативному лечению;
- новые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- нормативные документы по медицинской статистике (приказы, инструктивные указания и др.);
- международную статистическую классификацию болезней (МКБ) и причин смерти;
- основы медико-социальной экспертизы.

5. Разрабатывать и утверждать распределение обязанностей и графики дежурства врачей по стационару.

6. Рассматривать и утверждать графики работы среднего и младшего медицинского персонала выездной службы.

7. Посещать первичных больных при постановке их на учет и выполнять плановые вызовы не менее одного раза в месяц (при показателях частота осмотра больных на дому учащается).

8. Госпитализировать больных в стационар хосписа в случае невозможности оказания помощи на дому.

9. Оказывать систематическую помощь врачам выездной службы в выборе методов диагностики, обследования и лечения больных.

10. Контролировать правильность и полноту выполнения своих обязанностей старшей медицинской сестрой выездной службы, в том числе составление требований в аптеку.

11. Следить за правильностью хранения, использования и учета расхода перевязочного материала и лекарственных средств, подлежащих количественному учету, в том числе наркотических и сильнодействующих препаратов, в установленном порядке.

12. Ежедневно контролировать прием смены дежурным медицинским персоналом.

13. Периодически обобщать опыт работы выездной службы с последующим использованием его для обмена опытом на совещаниях, медицинских конференциях, а также подготовки публикаций в медицинской периодической печати.

14. Контролировать:

- соблюдение всеми сотрудниками стационара правил внутреннего трудового распорядка;

- организацию труда персонала и рациональность его использования;
- своевременность и правильность составления графиков дежурств и табелей на зарплату.

15. Организовать и проводить мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала (совещания, конференции, аттестация и пр.).

16. Составлять квартальные и годовые планы деятельности выездной службы и следить за ходом их выполнения; анализировать показатели деятельности выездной службы и на этой основе подготавливать ежеквартальные и годовые отчеты.

17. Осуществлять контроль над правильностью ведения и оформления медицинской документации выездной службы.

18. Руководить подготовкой врачей-интернов.

19. Своевременно доводить до сведения сотрудников выездной службы, в части, их касающейся, приказы и распоряжения администрации, а также методические рекомендации и другие официальные документы.

20. Систематически проводить производственные совещания с персоналом выездной службы.

21. Проводить воспитательную работу в коллективе отделения, развивая в сотрудниках стремление к совершенствованию профессиональных знаний и навыков, чувство долга перед больными, коллегиальность, взаимопомощь, соблюдение норм этики поведения и принципов медицинской деонтологии.

22. Работать в тесном контакте с юрисконсультom хосписа.

23. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

24. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Заведующий выездной службой имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Принимать непосредственное участие в подборе и расстановке кадров выездной службы.
7. Представлять главному врачу или его заместителю по лечебной части к поощрению лучших работников и вносить предложения о наложении дисциплинарного взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и не выполняющих свои обязанности.
8. Приглашать консультантов и устраивать консилиум по согласованию с заместителем главного врача по лечебной части.
9. Проверять правильность и полноту ведения врачами историй болезни и иной медицинской документации; отменять менее рациональные и назначать более рациональные и дополнительные методы обследования и лечения болезней.
10. Проверять правильность и полноту выполнения средним медицинским персоналом назначений врачей.
11. Отдавать распоряжения и указания персоналу выездной службы в пределах уровня компетентности и квалификации каждого сотрудника и контролировать их выполнение.
12. Выдвигать на обсуждение больничного Совета вопросы, связанные с улучшением работы выездной службы.
13. Принимать активное участие в разработке и составлении методических рекомендаций по паллиативному и симптоматическому лечению больных.
14. Принимать участие в разборе писем (предложения, жалобы и др.) больных, их родственников, добровольных помощников, а также сотрудников стационара.
15. Рекомендовать администрации хосписа кандидатуру врача для замещения на период своего временного отсутствия (болезнь, отпуск, курсы усовершенствования и др.).

16. Участвовать в совещаниях по вопросам, связанным с работой выездной службы.

17. Вносить предложения администрации хосписа по вопросам улучшения работы выездной службы и организации условий труда сотрудников.

18. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

19. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Ответственность

Заведующий выездной службой несет административную и юридическую ответственность:

- за достоверность составленных отчетов;
- за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением;
- за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных настоящим Положением.

30. Положение о враче-онкологе выездной службы

Общие положения

1. На должность врача-онколога выездной службы хосписа (далее – врач) назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», прошедший последипломную подготовку (ординатура, специализация, повышение квалификации) по специальности «Онкология», владеющий программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получивший сертификат.

2. Врач назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач находится в непосредственном подчинении заведующему выездной службой, а в отсутствие заведующего – заместителю главного врача по лечебной части.

4. Распоряжения заведующего, заместителя главного врача по лечебной части являются обязательными для врача.

5. Распоряжения врача являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала выездной службы.

6. Врач организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Минздрава России и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

7. Врач выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач-онколог выездной службы обязан:

1. Знать основные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации онкологических заболеваний.

2. Владеть методами паллиативной помощи, в том числе симптоматической помощи онкологическим больным

3. В своей работе совершенствовать навыки по уходу за больными на дому, навыки социальной и психологической поддержки больного и членов его семьи и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

4. Обеспечить надлежащий уровень обследования и лечения больных на дому в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники. В случае необходимости, по согласованию с заведующим организовать консилиум врачей-специалистов и выполнять рекомендации консультантов.

5. Обеспечивать необходимый уход за больными на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а также выполнения больными установленного больничного режима.

6. Назначить больному диетическое питание.

7. Вести карту амбулаторного больного, внося в нее полагающиеся данные, датируя все полученные сведения от больного или родствен-

ников, направление разных запросов, ответы на них и прочую документацию.

8. Назначать и отменять (ранее назначенные самим врачом) любые лечебно-диагностические мероприятия, вытекающие из динамики состояния больного.

9. Осуществлять по согласованию с заведующим при наличии показаний госпитализацию больных в стационар хосписа или другое лечебно-профилактическое учреждение.

10. Следить за сроками перевода больных на инвалидность или переосвидетельствование; своевременно оформлять посылный лист и другие необходимые документы на медико-социальную экспертизу (МСЭК).

11. Проверять правильность и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за больным на дому.

12. В определенные часы принимать посетителей, сообщать им о состоянии больных и получать от них необходимые сведения.

13. В отсутствие заведующего выездной службой ежедневно проводить конференцию с обсуждением первичных больных и тяжелобольных, наблюдающихся на дому.

14. Участвовать в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

15. Дежурить в стационаре в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни, согласно графику.

16. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, навыкам социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

17. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач-онколог выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Привлекать, в необходимых случаях, врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больным, а также направлять больных на консультацию и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения по согласованию с заведующим отделением.

7. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу выездной службы в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

8. Быть членом профессионального общества или ассоциации.

9. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, навыкам социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Ответственность

Врач-онколог выездной службы несет административную и юридическую ответственность за бездействие и непринятие решений в пределах прав, а также за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

31. Положение о враче-терапевте выездной службы

Общие положения

1. На должность врача-терапевта выездной службы (далее – врач) назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», прошедший последиplomную подготовку (ординатура, специализация, повышение квалификации) по специальности «Терапия», владеющий программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получивший сертификат.

2. Врач назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач находится в непосредственном подчинении заведующему выездной службой, а в отсутствие заведующего — заместителю главного врача по лечебной части.

4. Распоряжения заведующего, заместителя главного врача по лечебной части являются обязательными для врача.

5. Распоряжения врача являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала выездной службы.

6. Врач организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе и руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Минздрава России и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

7. Врач выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Врач-терапевт выездной службы обязан:

1. Знать основные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний.

2. Владеть методами паллиативной помощи, в том числе симптоматической помощи онкологическим больным

3. Обеспечить надлежащий уровень обследования и лечения больных на дому в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники. В случае необходимости, по согласованию с заведующим организовать консилиум врачей-специалистов и выполнять рекомендации консультантов.

4. Обеспечивать необходимый уход за больными на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а также выполнения больными установленного больничного режима.

5. Назначить больному диетическое питание.

6. Вести карту амбулаторного больного, внося в нее полагающиеся данные, датируя все полученные сведения от больного или родственников, направление разных запросов, ответы на них и прочую документацию.

7. Назначать и отменять (ранее назначенные самим врачом) любые лечебно-диагностические мероприятия, вытекающие из динамики состояния больного.

8. Осуществлять по согласованию с заведующим при наличии показаний госпитализацию больных в стационар хосписа или другое лечебно-профилактическое учреждение.

9. Следить за сроками перевода больных на инвалидность или переосвидетельствование; своевременно оформлять посыльный лист и другие необходимые документы на медико-социальную экспертизу (МСЭК).

10. Проверять правильность и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за больным на дому.

11. В определенные часы принимать посетителей, сообщать им о состоянии больных и получать от них необходимые сведения.

12. В отсутствие заведующего выездной службой ежедневно проводить конференцию с обсуждением первичных больных и тяжелобольных, наблюдающихся на дому.

13. Участвовать в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

14. Дежурить в стационаре хосписа в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни, согласно графику.

15. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

16. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Врач-терапевт выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

6. Привлекать, в необходимых случаях, врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больным, а также направлять больных на консультацию и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения по согласованию с заведующим отделением.

7. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу выездной службы в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

8. Быть членом профессионального общества или ассоциации.

9. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Ответственность

Врач-терапевт выездной службы несет административную и юридическую ответственность за бездействие и непринятие решений в пределах прав, а также за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

32. Положение о медицинском психологе выездной службы

Общие положения

1. На должность медицинского психолога выездной службы (далее – психолог) назначается лицо, окончившее высшее учебное заведение по специальности «Психология», имеющее опыт практической работы с больными и специальную подготовку по медицинской психологии.

2. Психолог назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Психолог находится в непосредственном подчинении главному врачу и заведующему выездной службой.

4. Психолог организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе, Положением о стационаре; руководствуется действующим законодательством РФ, приказами Министерства здравоохранения РФ и Комитета здравоохранения Москвы, нормативными актами, инструкциями и настоящим Положением.

5. Психолог выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинский психолог выездной службы обязан:

1. Знать:

- Конституцию РФ, законы и иные нормативные правовые акты РФ по вопросам здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан;
- декларацию прав и свобод человека;
- медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию), психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику, психологическое консультирование;
- методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения;
- методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности;
- психологию труда персонала хосписа.

2. Проводить работу в тесном контакте и сотрудничестве со всеми службами хосписа.

3. Проводить работу на дому с больными и их родственниками, направленную на:

- восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных, уделяя особое внимание больным, имеющим факторы риска психических расстройств;
 - психологическую помощь в решении личностных, профессиональных и бытовых проблем больных и членов их семей;
 - оценку эффективности проводимых психологических мероприятий и при необходимости разработку эффективных методов психологического воздействия на больного и членов его семьи.
4. При работе с больными с пониманием принимать их вероисповедание, не навязывая своих взглядов в вопросах религии; организовывать и приглашать по просьбе больных священнослужителей разных конфессий.
5. Вести документацию (журнал психолога), записи в истории болезни.
6. Проводить работу с персоналом хосписа, направленную на:
- психологическую помощь персоналу в решении профессиональных, личностных и бытовых проблем;
 - учет влияния психологических, ситуационных и организационных факторов на персонал хосписа в целях создания благоприятных условий работы.
7. При работе с персоналом принимать участие:
- в оказании и оптимальном использовании индивидуальных качеств сотрудников, связанных с профессиональным подбором, эффективной работой в коллективе и выполнением профессиональных обязанностей сотрудника хосписа;
 - в решении актуальных организационных проблем, связанных с текучестью кадров, нарушением трудовой дисциплины и т.д.;
 - в проектировании научной организации труда (организация рабочего места и времени, участие в формировании бригад и др.);
 - в пропаганде психологических знаний среди работников хосписа путем организации занятий с медицинским персоналом по актуальным вопросам медицинской психологии и деонтологии.
8. Привлекать добровольных помощников (волонтеров) в хоспис, осуществлять их отбор и обучение вопросам медицинской психологии и деонтологии.

9. Изучать, обобщать и анализировать отечественную и зарубежную литературу, научные публикации и монографии по вопросам психологической помощи больным и членам их семей; подготавливать аналитические обзоры, справки и т.д.

10. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

11. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинский психолог выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Состоять членом различных общественных, благотворительных и профессиональных организаций, деятельность которых отвечает целям и задачам хосписного движения.

Ответственность

Медицинский психолог выездной службы несет ответственность за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

33. Положение о старшей медицинской сестре выездной службы

Общие положения

1. На должность старшей медицинской сестры выездной службы (далее – старшая медсестра) назначается лицо с высшим или средним

медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой, имеющее не менее трех лет опыта практической работы в хосписе и получившее сертификат.

2. Старшая медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Старшая медсестра находится в непосредственном подчинении главной медицинской сестры хосписа и заведующему выездной службой.

4. Распоряжения заведующего и врача выездной службы, главной медсестры являются обязательными для старшей медсестры.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала выездной службы.

6. Старшая медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе, руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

7. Старшая медсестра является материально ответственным лицом.

8. Старшая медсестра выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Старшая медсестра выездной службы обязана:

1. Обеспечивать:

- проведение мероприятий по рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала путем использования малой техники, внедрения новых методов ухода за больными на дому и др.;
- правильность расстановки кадров и составление графиков работы среднего и младшего медицинского персонала;

- своевременное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- систематическое пополнение выездной службы медицинским инструментарием, медикаментами, материалами и предметами ухода за больными, их распределение и контроль над использованием;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в помещениях выездной службы;
- правильность учета и хранения наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.

2. Контролировать:

- своевременное и четкое выполнение средним медперсоналом назначений врача или заведующего выездной службой;
- выполнение принципов лечебно-охранительного режима;
- сохранность и исправность медицинского инструментария, аппаратуры и предметов ухода, а также мягкого и твердого инвентаря;
- выполнение графика работы среднего и младшего медицинского персонала выездной службы.

3. Под руководством заведующего выездной службой разрабатывать и контролировать выполнение планов повышения квалификации средних и младших медицинских работников и проведения сестринских конференций и практических занятий.

4. Обеспечивать и строго контролировать соблюдение правил асептики и антисептики персоналом выездной службы.

5. Участвовать в работе совета медицинских сестер и в работе научно-практических сестринских конференций.

6. Участвовать в составлении планов работы в пределах вопросов, находящихся в ее компетенции. В планах работы предусматривать, прежде всего, проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

7. При отсутствии врача-эпидемиолога:

- проводить лабораторный контроль с целью профилактики внутрибольничной инфекции согласно приказу МЗ СССР № 720;
- организовывать своевременное прохождение профилактических медосмотров персонала выездной службы;

- организовывать и контролировать выполнение мероприятий в случае возникновения инфекционного очага в отделении.
- 8. Проводить инструктаж по технике безопасности персонала при приеме на работу и в дальнейшем 2 раза в год под роспись.
- 9. Осуществлять изучение функциональных обязанностей средним и младшим персоналом при приеме на работу.
- 10. Вести необходимую учетно-отчетную медицинскую документацию и статистику отделения.
- 11. Выполнять в пределах своей компетенции различные поручения заведующего и врача выездной службы.
- 12. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
- 13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Старшая медсестра выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
6. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу выездной службы в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.
7. Требовать от среднего и младшего медицинского персонала, добровольных помощников (волонтеров) и посетителей хосписа соблюдения правил внутреннего распорядка в хосписе.
8. Вносить предложения заведующему выездной службой о

поощрении и наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу.

9. Вносить предложения заведующему выездной службой и главной медицинской сестре по вопросам улучшения организации работы выездной службы, а также улучшения организации и условий труда среднего и младшего медицинского персонала.

Ответственность

Старшая медсестра выездной службы:

- несет материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством и заключаемым с ней договором за вверенное имущество;
- несет административную ответственность за невыполнение своих обязанностей, а также за бездействие и непринятие решений в пределах прав, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

34. Положение о медицинской сестре (диспетчере) по приему вызовов

Общие положения

1. На должность медицинской сестры по приему вызовов назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Сестринское дело».

На должность диспетчера по приему вызовов назначается лицо со средним образованием, прошедшее индивидуальное обучение не менее 3 месяцев.

2. Медсестра (диспетчер) по приему вызовов назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра (диспетчер) по приему вызовов находится в непосредственном подчинении старшей медсестры выездной службы

4. Медсестра (диспетчер) по приему вызовов организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому

разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача, его заместителя по лечебной части, главной и старшей медсестры, заведующего и врачей выездной службы являются обязательными для медсестры (диспетчера) по приему вызовов.

6. Медсестра (диспетчер) по приему вызовов выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медсестра (диспетчер) обязана:

1. Вести регистрацию больных, обратившихся за помощью в хоспис.
2. Своевременно и аккуратно заполнять необходимую медицинскую документацию.
3. Обеспечивать хранение и наличие в конце рабочего дня медицинских карт в помещении выездной службы.
4. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь.
5. Совместно с медсестрой приемного отделения следить за наличием информационных брошюр в отделении, пополнять их в случае необходимости.
6. Владеть информацией о работе участковых поликлиник, районных онкологических диспансеров, социальных служб и других учреждений, оказывающих помощь онкологическим больным.
7. Следить за выполнением графика вызовов персоналом выездной службы.
8. Своевременно передавать телефонограммы в отделение милиции по месту жительства умершего, «активные» вызовы в городские поликлиники, экстренные извещения об инфекционном заболевании в территориальный центр Госсанэпиднадзора.
9. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и ответственность в работе.

10. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинская сестра (диспетчер) по приему вызовов имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
6. Принимать участие в составлении графика работы персонала, вносить предложения по оптимизации маршрутов посещения пациентов.
7. Проводить телефонный опрос пациентов и членов их семей с целью выяснения качества оказываемой помощи.

Ответственность

Медицинская сестра (диспетчер) по приему вызовов несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

35. Положение о медицинской сестре выездной службы

Общие положения

1. На должность медицинской сестры выездной службы (далее — медсестра) назначается лицо с высшим или средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат.
2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестре и заведующему выездной службой.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего и врача выездной службы являются обязательными для медсестры.

6. Распоряжения медсестры являются обязательными для младшего медицинского персонала выездной службы.

7. Медсестра выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинская сестра выездной службы обязана:

1. Посещать больных хосписа на дому согласно графику визитов и распоряжений заведующего и старшей медсестры выездной службы.

2. Оказывать больному первую доврачебную медицинскую помощь.

3. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу отделения, в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации, и контролировать их выполнение.

4. Работать в тесном взаимодействии с врачами, медицинским психологом, социальными работниками и добровольцами хосписа.

5. Обучать социальных работников и добровольцев хосписа навыкам ухода за больным на дому.

6. Обучать родственников приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни больного.

7. Своевременно и точно выполнять назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом лечащему врачу.

8. Наблюдать за состоянием больного на дому, его физиологическими отправлениями, сном, о выявленных изменениях докладывать лечащему врачу.

9. Осуществлять санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных на дому (умывать, кормить, давать питье, промывать по мере надобности рот, глаза, уши и т.д.).

10. При подозрении или обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщать об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолировать больного и производить текущую дезинфекцию.

11. По назначению врача осуществлять счет пульса, дыхания, измерять суточное количество мочи, мокроты и т.д., записывать эти данные в карту амбулаторного больного.

12. Заботиться о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

13. В случае изменений в состоянии больного, требующих срочных мер, ставить об этом в известность заведующего или врача выездной службы, а в отсутствие врачей – немедленно вызывать дежурного врача, оказывать экстренную доврачебную помощь.

14. Следить, чтобы выданное больным лекарство было принято в ее присутствии.

15. Повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.

16. Вести необходимую медицинскую документацию.

17. Фиксировать расходы лекарственных средств и перевязочных материалов.

18. Соблюдать санитарно-гигиенические нормы, правила охраны труда и техники безопасности.

19. При необходимости работать и оказывать помощь больным в стационаре хосписа.

20. Принимать участие в разработке программ обучения в учебном центре хосписа.

21. Участвовать в работе комиссии по списанию имущества, пришедшего в негодность.

22. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, навыкам социальной и психологической поддержки больных и их род-

ственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

23. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинская сестра выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
6. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу выездной службы и контролировать их выполнение.
7. Вносить предложения старшей медицинской сестре выездной службы по вопросам улучшения организации работы отделения.

Ответственность

Медсестра выездной службы несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка.

36. Положение о фельдшере выездной службы

Общие положения

1. На должность фельдшера выездной службы (далее – фельдшер) назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» или «Сестринское дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получившее сертификат.
2. Фельдшер назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Фельдшер находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестре и заведующему выездной службой.

4. Фельдшер организует свою работу в соответствии с Положением о выездной службе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего и врача выездной службы являются обязательными для фельдшера.

6. Распоряжения фельдшера являются обязательными для медицинских сестер, младшего медицинского персонала выездной службы.

7. Фельдшер выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Фельдшер выездной службы обязан:

1. Посещать больных хосписа на дому согласно графику визитов и распоряжений заведующего и старшей медсестры выездной службы.

2. Оказывать больному первую доврачебную медицинскую помощь.

3. Осуществлять оказание лечебно-профилактической, в том числе первой неотложной, помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях. Ассистировать врачу при небольших оперативных вмешательствах и сложных процедурах.

4. Работать в тесном взаимодействии с врачами, медицинскими сестрами, медицинским психологом, социальными работниками и добровольцами хосписа.

5. Обучать медицинских сестер, социальных работников и добровольцев хосписа навыкам ухода за больным на дому.

6. Обучать родственников приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни больного.

7. Своевременно и точно выполнять назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом лечащему врачу.

8. Наблюдать за состоянием больного на дому, его физиологическими отправлениями, сном, о выявленных изменениях докладывать лечащему врачу.

9. Осуществлять санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных на дому (умывать, кормить, давать питье, промывать по мере надобности рот, глаза, уши и т.д.).

10. При подозрении или обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщать об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолировать больного и производить теплую дезинфекцию

11. По назначению врача осуществлять счет пульса, дыхания, измерять суточное количество мочи, мокроты и т.д., записывать эти данные в карту амбулаторного больного.

12. Заботиться о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

13. В случае изменений в состоянии больного, требующих срочных мер, ставить об этом в известность заведующего или врача выездной службы, а в отсутствие врачей – немедленно вызывать дежурного врача, оказывать экстренную доврачебную помощь.

14. Следить, чтобы выданное больным лекарство было принято в его присутствии.

15. Повышать свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.

16. Вести необходимую медицинскую документацию.

17. Фиксировать расходы лекарственных средств и перевязочных материалов.

18. Соблюдать санитарно-гигиенические нормы, правила охраны труда и техники безопасности.

19. При необходимости работать и оказывать помощь больным в стационаре хосписа.

20. Принимать участие в разработке программ обучения в учебном центре хосписа.

21. Участвовать в работе комиссии по списанию имущества, пришедшего в негодность.

22. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников

и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

23. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Фельдшер выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.
6. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу выездной службы и контролировать их выполнение.
7. Вносить предложения старшей медицинской сестре выездной службы по вопросам улучшения организации работы отделения.

Ответственность

Фельдшер выездной службы несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

37. Положение о сестре-хозяйке выездной службы

Общие положения

1. На должность сестры-хозяйки выездной службы (далее – сестра-хозяйка) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение, обладающее организаторскими способностями и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.
2. Сестра-хозяйка назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.
3. Сестра-хозяйка находится в непосредственном подчинении

старшей медицинской сестре стационара, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Сестра-хозяйка в своей работе руководствуется правилами и инструкциями по организации хозяйственной деятельности, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц, распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения старшей медицинской сестры, заведующего, врача и среднего медицинского персонала выездной службы являются обязательными для сестры-хозяйки.

6. Сестра-хозяйка является материально ответственным лицом.

7. Сестра-хозяйка соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Сестра-хозяйка выездной службы обязана:

1. Организовать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в помещениях выездной службы.

2. Ежедневно следить за содержанием в чистоте и порядке всех помещений выездной службы.

3. Обеспечивать эстетическое содержание, уют и культуру интерьера помещений выездной службы.

4. Обеспечивать отделение хозяйственным, мягким и твердым инвентарем, спецодеждой, предметами гигиены и канцелярскими принадлежностями. Производить в установленные сроки смену халатов и полотенец сотрудникам. Гладить халаты, головные уборы, спецодежду сотрудникам стационара.

5. Вести учет хозяйственного, мягкого и твердого инвентаря; проводить регулярные обходы помещений выездной службы по проверке рационального использования, хранения и учета белья, мягкого и твердого инвентаря, спецодежды.

6. Обеспечивать персонал достаточным количеством чистого белья для госпитализации больных; принимать от него грязное использованное белье, сдавать его в стирку, а при необходимости на дезинфекцию по утвержденному графику; обеспечивать его ремонт, маркировку и надлежащее хранение.

7. Готовить пришедшее в негодность белье к списанию, представлять его после согласования с заведующим и старшей медсестрой выездной службы на комиссию для списания.

8. Вести прием, хранение, отпуск белья и прочего мягкого и твердого инвентаря; своевременно оформлять заявки на приобретение и получение со склада всего необходимого оснащения для выездной службы в соответствии с действующими нормативными документами.

9. Обеспечивать оформление заявок на ремонт мягкого и твердого инвентаря.

10. Организовывать проведение текущих и генеральных уборок отделения по плану-графику.

11. Контролировать наличие дезинфицирующих средств, в случае их отсутствия организовать их получение и доставку.

12. Следить за наличием четкой маркировки на уборочном инвентаре, посуде, емкостях для дезинфекции, наличием бирок с датой приготовления дезинфицирующих средств, маркировки.

13. Организовывать вызов специалистов по ремонту в случае неисправности электросетей, водопровода, канализации, средств оргтехники, связи и т.д. путем подачи соответствующих заявок начальнику хозяйственного отдела.

14. Вести по установленной форме ведомость движения мягкого и твердого инвентаря выездной службы; сверять 1 раз в квартал свой учет с учетом в бухгалтерии.

15. Принимать непосредственное участие в организации и проведении ремонта помещений выездной службы.

16. Организовать благоустройство и содержание в чистоте закрепленного за выездной службой участка территории хосписа; обеспечивать персонал необходимым инвентарем для проведения благоустройства территории.

17. Иметь опрятный внешний вид, носить спецодежду, соответствующую требованиям эстетики и санитарно-эпидемиологического режима.

18. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.

19. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

20. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Сестра-хозяйка выездной службы имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
5. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу отделения, в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации, и контролировать их выполнение.
6. Участвовать в комиссии по списанию имущества, пришедшего в негодность.
7. Повышать свою профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке, а также путем участия в занятиях для младшего медицинского персонала хосписа.

Ответственность

Сестра-хозяйка выездной службы:

- несет материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством и заключенным с ней договором за сохранность вверенного ей имущества;
- несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

ПЕРСОНАЛ СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ

38. Положение о медицинской сестре стерилизационной

Общие положения

1. На должность медицинской сестры стерилизационной (далее – медсестра) назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», «Дезинфекционное дело», владеющее программой подготовки в соответствии с квалификаци-

онной характеристикой и получившее сертификат по специальности «Дезинфекционное дело».

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении врача-эпидемиолога и главной медицинской сестры хосписа.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача, его заместителя по лечебной части, врача-эпидемиолога и главной медицинской сестры хосписа являются обязательными для медсестры.

6. Распоряжения медсестры являются обязательными для санитарки стерилизационной.

7. Медсестра выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медсестра стерилизационной обязана:

1. Выполнять все виды стерилизационных работ (паровой, воздушный и химический методы) в соответствии с действующими инструкциями.

2. Обеспечивать:

- прием инструментария, его количественную и качественную проверку с одновременной сортировкой по видам, размерам и номерам;
- проведение моечно-очистительных процессов, включающих в себя обработку инструментария моечными средствами, мойку на полуавтоматических установках с соблюдением необходимых температурных режимов экспозиции;
- подсушивание инструментов и их упаковка;

- стерилизация инструментария в сухожаровых шкафах и автоклавах при соответствующих режимах и контроле;
 - распределение стерильного инструментария по отделениям хосписа, его доставка на места использования.
3. Правильно подготавливать, использовать и содержать в должном порядке стерилизационную аппаратуру, а также спецодежду и другие средства индивидуальной защиты.
 4. Соблюдать правила личной и общественной безопасности, а также правила по технике безопасности и охране труда.
 5. Следить за выполнением санитарно-противоэпидемического режима в стерилизационной.
 6. Вести необходимую медицинскую документацию.
 7. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.
 8. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медсестра стерилизационной имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.
4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).
5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.
6. Давать предложения администрации хосписа, врачу-эпидемиологу по устранению санитарных нарушений, влияющих на эффективность проводимых мероприятий по стерилизации.

Ответственность

Медсестра стерилизационной несет ответственность за невыпол-

нение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

39. Положение о санитарке стерилизационной

Общие положения

1. На должность санитарки стерилизационной (далее – санитарка) назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение и годное по состоянию здоровья для работы в данной должности.

2. Санитарка назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством. При приеме на работу санитарка в установленном порядке проходит предварительный медицинский осмотр и обследование.

3. Санитарка находится в непосредственном подчинении медицинской сестре стерилизационной, а также вышестоящим должностным лицам.

4. Санитарка в своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главной медицинской сестры и медсестры стерилизационной являются обязательными для санитарки.

6. Санитарка соблюдает заповеди хосписа.

Обязанности

Санитарка стерилизационной обязана:

1. Оказывать помощь медицинской сестре стерилизационной в выполнении всех этапов работы по стерилизации инструментария.

2. Производить уборку помещений стерилизационной в соответствии с установленными правилами.

3. Строго соблюдать санитарно-противоэпидемический режим при проведении влажной уборки и выполнении других закрепленных за ней обязанностей под контролем медсестры стерилизационной.

4. Проводить влажную уборку на подоконниках, окнах, стульях и других предметах, находящихся в помещениях.

5. Систематически поддерживать чистоту дверей, дверных проемов, как с внутренней, так и с внешней стороны.

6. При необходимости проводить текущую и заключительную дезинфекцию помещений стерилизационной.

7. Следить за сохранностью и правильным использованием закрепленного за нею мягкого и твердого инвентаря.

8. Систематически, по мере накопления, выносить мусор в мусоросборник.

9. Постоянно, в соответствии с правилами санитарно-эпидемиологического режима, проводить дезинфекцию ветоши, емкостей для уборки, проводить регулярную маркировку на инвентаре и ветоши.

10. Обеспечивать правильное использование и хранение предметов уборки.

11. Участвовать в занятиях по правилам техники безопасности, охране труда и санитарно-гигиеническим вопросам.

12. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Санитарка стерилизационной имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

Ответственность

Санитарка стерилизационной несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

ПЕРСОНАЛ КАБИНЕТОВ МАССАЖА И ЛФК

40. Положение об инструкторе по лечебной физкультуре

Общие положения

1. На должность инструктора по лечебной физкультуре назначается лицо, получившее высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», а также лица со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» или среднее специальное образование по профилю выполняемой работы и сертификат по специальности «Лечебная физкультура».

2. Инструктор по лечебной физкультуре назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Инструктор по лечебной физкультуре находится в непосредственном подчинении главной медицинской сестры, а функционально — заведующим и старшим медицинским сестрам стационара и выездной службы.

4. Инструктор по лечебной физкультуре организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача хосписа, его заместителя по лечебной части, главной медицинской сестры, а также заведующих и старших медицинских сестер стационара и выездной службы являются обязательными для инструктора по лечебной физкультуре.

6. Инструктор по лечебной физкультуре выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Инструктор по лечебной физкультуре обязан:

1. Подготавливать помещение, гимнастические предметы и снаряды для проведения занятий с больными.
2. Контролировать самочувствие больных до и после проведения занятий.
3. Показывать физические упражнения и осуществлять страховку больных при их выполнении. Следить за правильностью выполнения больными физических упражнений и переносимостью занятий.
4. При проведении индивидуальных занятий помогать больному занять правильное исходное положение, осуществлять контроль и помощь при выполнении активных упражнений, проводить пассивные упражнения, сочетая их с отдельными приемами массажа, тщательно следить за переносимостью больными занятия.
5. Прекратить занятие лечебной физкультурой, если самочувствие больного во время занятия ухудшилось.
6. Отменять занятия лечебной физкультурой в случае неисправности оборудования и аппаратуры.
7. По назначению врача проводить отдельные виды лечебного массажа.
8. Давать больному рекомендации для занятий утренней гигиенической гимнастикой, лечебной физкультурой и другими формами физической культуры в домашних условиях.
9. Составлять схемы лечебной гимнастики и комплексы физических упражнений к ним, дифференцированно, с учетом нозологической формы заболевания, тяжести течения патологического процесса и физического состояния больного.
10. Разрабатывать методики лечебной физкультуры для больных в соответствии с современным научным уровнем.
11. Совершенствовать виды, формы и методы восстановительного лечения.
12. Владеть техникой основных сестринских манипуляций.
13. Обучать родственников приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни больного.
14. Соблюдать санитарно-гигиенические нормы, правила охраны труда и техники безопасности.
15. Работать в тесном взаимодействии с врачами, социальными работниками и добровольными помощниками (волонтерами) хосписа.
16. Строго и своевременно выполнять все назначения врача.

17. Участвовать во всех утренних конференциях и принимать участие в обсуждении тактики ведения больного, общения с родственниками, информировать врача обо всех проблемах, связанных с уходом за больным.

18. Принимать участие в разработке программ обучения в учебном центре хосписа.

19. Вести необходимую медицинскую документацию.

20. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, навыкам социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

21. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Инструктор по лечебной физкультуре имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере его деятельности.

Ответственность

Инструктор по лечебной физкультуре несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

41. Положение о медицинской сестре по массажу

Общие положения

1. На должность медицинской сестры по массажу (далее – медсестра) назначается лицо, получившее высшее медицинское образова-

ние по специальности «Сестринское дело», а также лица со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» или среднее специальное образование по профилю выполняемой работы и сертификат по специальности «Медицинский массаж».

2. Медсестра назначается и увольняется главным врачом хосписа в соответствии с действующим законодательством.

3. Медсестра находится в непосредственном подчинении главной медицинской сестры хосписа, а функционально – заведующим и старшим медицинским сестрам стационара и выездной службы.

4. Медсестра организует свою работу в соответствии с Положением о хосписе; руководствуется действующими официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящим Положением.

5. Распоряжения главного врача хосписа, его заместителя по лечебной части, главной медицинской сестры, а также заведующих и старших медицинских сестер стационара и выездной службы являются обязательными для медсестры.

6. Медсестра выполняет свои обязанности и реализацию своих прав осуществляет на основе постоянного соблюдения заповедей и основных положений концепции хосписа; осуществляет целостный подход к личности пациента и его семье, облегчает не только их физическое и психическое состояние, но и поддерживает социальный и духовный потенциал.

Обязанности

Медицинская сестра по массажу обязана:

1. Осуществлять различные виды массажа по назначению врача.
2. Учитывать показания и противопоказания к применению массажа; наблюдать за состоянием больного во время массажа; при ухудшении самочувствия больного направлять его к врачу.
3. Направить больного к врачу при плохом самочувствии и наличии признаков кожного заболевания.
4. Соблюдать правила сочетания массажа с лечебной физкультурой, физиотерапевтическими процедурами.

5. Контролировать соблюдение санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к организации и содержанию кабинета массажа и своего рабочего места; соблюдать правила личной гигиены при проведении массажа.

6. Обучать родственников приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни больного.

7. Соблюдать санитарно-гигиенические нормы, правила охраны труда и техники безопасности.

8. Работать в тесном взаимодействии с врачами, социальными работниками и добровольцами хосписа.

9. Строго и своевременно выполнять все назначения врача.

10. Участвовать во всех утренних конференциях и принимать участие в обсуждении тактики ведения больного, общения с родственниками, информировать врача обо всех проблемах, связанных с уходом за больным.

11. Принимать участие в разработке программ обучения в учебном центре хосписа.

12. Вести необходимую медицинскую документацию.

13. В своей работе обучаться навыкам по уходу за больными, социальной и психологической поддержки больных и их родственников и, в случае необходимости, осуществлять взаимозаменяемость и преемственность в работе.

14. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

Права

Медицинская сестра по массажу имеет право:

1. Принимать решения в пределах своей компетенции.

2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

3. Вносить предложения администрации по вопросам улучшения организации и условий своего труда.

4. Повышать свою профессиональную квалификацию (аттестация, переаттестация, курсы усовершенствования, чтение медицинской литературы, участие в работе семинаров, совещаний, научно-практических конференций и др.).

5. Принимать участие в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере ее деятельности.

Ответственность

Медицинская сестра по массажу несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и настоящим Положением.

3. ДИРЕКТОР БОЛЬНИЦЫ (ДОМА) СЕСТРИНСКОГО УХОДА, ХОСПИСА

Выдержка из приказа № 541н Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 г. «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Должностные обязанности

Осуществляет руководство деятельностью больницы (дома) сестринского ухода, хосписа. Обеспечивает паллиативное лечение пациентов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов работы больницы (дома) сестринского ухода, хосписа. Осуществляет организацию медицинской помощи и социальной реабилитации больных, административно-хозяйственной и финансовой деятельности организации, рационального использования трудовых, финансовых и материальных ресурсов больницы (дома) сестринского ухода, хосписа. Утверждает штатное расписание, финансовый план, годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс больницы (дома) сестринского ухода, хосписа. Осуществляет анализ деятельности больницы (дома) сестринского ухода, хосписа и на основе оценки показателей работы принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы. Обеспечивает выполнение обязательств по коллективному договору. Обеспечивает работникам больницы (дома) сестринского ухода, хосписа своевременную и в полном объеме выплату заработной платы. Совершенствует организационно-управленческую структуру, планирование и прогнозирование деятельности, формы и методы работы больницы (дома) сестринского ухода, хосписа, осуществляет подбор кадров, их расстановку и использование в соответствии с квалификацией. Организует и обеспечивает получение работниками больницы (дома) сестринского ухода, хосписа дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) в соответствии с законодательством Российской Федерации. Принимает меры по обеспечению выполнения работниками своих должностных обязанностей. Обеспечивает и контролирует

выполнение правил внутреннего трудового распорядка, по охране труда и пожарной безопасности при эксплуатации приборов, оборудования и механизмов. Представляет больницу (дом) сестринского ухода, хоспис в государственных органах, органах местного самоуправления, на международных мероприятиях, в государственных и общественных организациях по вопросам в сфере здравоохранения, предварительно согласованным с вышестоящим органом, в ведении которого находится данная организация. Принимает участие в конференциях, семинарах, выставках. Обеспечивает проведение профилактических мероприятий по предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Должен знать:

Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы социальной гигиены и организации здравоохранения; системы управления в здравоохранении; организацию труда, планово-экономической и финансовой деятельности больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования; статистику состояния здоровья населения; критерии и показатели, характеризующие состояние здоровья населения; порядок заключения и исполнения договоров; организацию экспертизы трудоспособности в лечебно-профилактических организациях; организацию социальной и медицинской реабилитации больных; теоретические и организационные основы санитарно-эпидемиологической службы; медицинскую этику и деонтологию; психологию профессионального общения; основы педагогики; основы медицины катастроф; основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Сестринское дело», послевузовское профессиональное образование и/или дополнительное профессиональное образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или «Управление сестринской деятельностью», стаж рабо-

ты в медицинских организациях не менее 5 лет или среднее профессиональное образование (повышенный уровень) по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат специалиста по специальности «Организация сестринского дела», стаж работы в медицинских организациях не менее 10 лет.

4. СПИСОК ХОСПИСОВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ

Ниже представлен список хосписов и отделений паллиативной помощи, действующих на территории РФ. Мы будем рады, если данная информация окажется полезной, однако Фонд не несет ответственности за верность предоставленных сведений и не может гарантировать качество обслуживания.

Ангарск

Городская больница №1 г. Ангарска

Адрес: 665806, г. Ангарск, ул. Горького, д. 24

Телефон: 8 9642 15 91 07

Электронный адрес: ang_gb1@bk.ru

с 1 апреля 2011 работает выездная служба помощи на дому.

Архангельск

Хоспис

Адрес: 163060, г. Архангельск, ул. 23-й Гвардейской дивизии, 10

Телефон: 8 (8182) 46-47-17 (р), 8 (8182) 64-62-77

Электронная почта: medic46@mail.ru

Великолуг Александр Николаевич – гл. врач

Отделение сестринского ухода при гор. больнице №6 г. Архангельска

Адрес: 163059 г. Архангельск, ул. Ильича, д. 60

Телефон: 8 (8182) 24-42-49, 23-43-81 (факс).

Электронная почта: 6gb@atnet.ru

Главный врач - Жигалов Сергей Николаевич.

Бесплатное отделение для онкологических больных 3-4 стадии (10 коек), работает выездная служба помощи на дому.

Астрахань

Городская больница №2 – отделение «хоспис»

Адрес: 414056, пл. Покровская, 1

Телефон: 8 (8512) 28-90-71 (р), 8(8512) 25-87-38

Левина Татьяна Александровна – гл. врач (зам. нач. УЗ)

Барнаул

Фонд социальной помощи инвалидам
Толмачева Татьяна Федоровна – зам. предс. правл. Фонда
Адрес: ул. Ленина, д.106
Телефон: 8 (3852)77-03-36, 77-03-32 (факс)

Владивосток

Пансионат «Синяя птица»
Адрес: 690089, г. Владивосток, ул Тухачевского, 26
Телефон: 8 (4232) 342-310
Помощь оказывается платно.

МУЗ Городская клиническая больница № 4 – отделение «Хоспис»
Адрес: г. Владивосток, ул.Воропаева, 5
Телефон: 8 (4232) 63-94-28, 8(4232) 63-19-07
В отделении помогают всем инкурабельным больным,
нуждающимся в медицинском уходе.
Отделение платное.

Волгоград

ГУЗ «Волгоградский областной клинический хоспис»
Адрес: 400079, г. Волгоград, Кировский р-н, ул. Санаторная, 30.
Главный врач - Бушева Татьяна Георгиевна
Телефон (факс): 8 (8442) 42-74-10
Электронная почта: vhospis@list.ru
Сайт: <http://www.volgohospice.ru>
Хоспис бесплатно помогает инкурабельным больным по всей волгоградскую область. Есть педиатрическое, неврологическое, онкологическое и терапевтическое отделения.

Респ. Башкортостан, Абзелиловский район

МУ Аскардовская Центральная районная больница, отделение паллиативной помощи - хоспис им. И.Х. Хидиятова
453621, респ. Башкортостан, Абзелиловский район, деревня Салават, ул. Мусы Муртазина 113
Телефон: 8 (34772) 2-89-18 – телефон отделения паллиативной помощи
Электронная почта: askar_med@ufamts.ru

Заведующая отделением - Гайфуллина Халида Хальфатовна
Хоспис принимает пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи (в основном онкологических и неврологических больных), всего 15 коек.

Воронеж

Воронежская областная специализированная онкологическая больница

Адрес: 396941, Воронежская обл., Семилукский р-н, п. Стрелица, ул. Советская, 22А

тел./факс 8 (47372) 5-13-67, 5-10-50.

Главный врач Золотых Татьяна Митрофановна

В больнице оказывается помощь онкологическим больным (детям и взрослым) по всей Воронежской области. Госпитализация бесплатная. Выездной службы помощи на дому нет.

Жигулевск

Центральная городская больница – отделение «Хоспис»

Адрес: г. Жигулевск ул. Никитина, 3.

Телефон: 8 (84862) 3-29-43

Зав.отделом: Попова Любовь Николаевна

небольшой стационар (10 коек) бесплатно оказывает помощь неизлечимым больным (в основном пациенты с онкологией).

Екатеринбург

Выездная хосписная служба Екатеринбургской Епархии

Адрес: 620086, ул. Розы Люксембург, д. 57

Телефон: 8 (3432) 51-65-70, факс. (3432) 51-35-93

Зав. выездной хосписной службой: Шарф Роза Станиславовна

Выездная служба бесплатно оказывает помощь неизлечимым онкологическим больным Екатеринбурга и близлежащих населенных пунктов (взрослым).

Иваново

Ивановский областной онкологический диспансер - отделение паллиативной онкологии (Хоспис)

Адрес: 153040, г. Иваново, ул. Любимова, д.5А

тел./факс 8(4932) 56-20-53, hospisivanovo@yandex.ru

Заведующая отделением Виноградова Людмила Николаевна
Стационар для взрослых и выездная бригада помощи на дому.

Ижевск

МУЗ Детская городская больница №3 "Нейрон"
Адрес: 426009, Ижевск, ул. Ухтомского 19 Тел/факс: 8 (341) 237 97 55
Телефон отделения: 8(341) 237 60 34
Электронная почта: muzdgb30@udm.net
Зав. отделением «детский хоспис» - Тетерин Сергей Борисович
Отделение принимает пациентов со всей Удмуртской Республики;
оказывает бесплатную медицинскую и социальную помощь
детям-инвалидам с инкурабельными заболеваниями.

Иркутск

Хоспис г. Иркутск (Бывшая ГБ №7)
Адрес: 664017, Иркутск, ул. Ушаковская, д.2
Телефон/факс: 8 (3952) 34-63-15
Главный врач - Бессонов Александр Петрович
Хоспис оказывает помощь инкурабельным онкологическим
больным. Есть платные услуги.

Казань

Первый детский хоспис Республики Татарстан
Главный врач - Галя Салимовна Хисамова
Телефон: 8 (843) 544 75 01
Выездная служба помощи детям, нуждающимся в
симптоматическом лечении.

Калининград

Дом сестринского ухода г. Калининграда
Адрес: 836011, г. Калининград, ул. Володи Дубинина, д. 24
тел./факс: 8 (4012) 96-11-86
Электронная почта: Dom@domsister.ru
Директор Базелева Клара Антоновна
Учреждение принимает онкологических больных, как детей, так и
взрослых. Наркотического обезболивания нет. Выездной службы
нет. Все немедицинские услуги платные (уход, питание, прогулка
и др. услуги).

МУЗ ГБ №5 – отделение «Хоспис»

Адрес: г. Калининград, ул. Дзержинского, 147

Телефон: 8 (4012) 63-22-04 (телефон отделения «Хоспис»),

8 (4012) 37 43 49

Электронная почта: musgb-5@mail.ru

Главный врач больницы Людмила Борисовна Селезнева

8(4012) 68 74 91 (тел. приемной)

Заместитель главного врача по лечебной работе Виталий

Николаевич Тупиленко 8(4012) 307 415

Заведующий отделением «хоспис» Швецов Игорь Вячеславович

В больнице есть отделение «Хоспис» для онкологических больных и отделение сестринского ухода – оба бесплатные, принимают только взрослых пациентов.

Кемерово

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»

Адрес: 650068 г. Кемерово, ул. Халтурина, 7

Телефон: 8 (3842) 61-08-98 (тел/факс приемной) 8 (3842) 61-09-05

(ординаторская)

Главный врач: Березикова Ольга Александровна

Сайт хосписа: <http://kemhospice.narod.ru>

Электронная почта: 05-guz-hospice@kuzdrav.ru

Хоспис бесплатно оказывает помощь неизлечимым онкологическим больным. Работает выездная служба помощи на дому.

МУЗ «Городская клиническая больница №4» (отделение Хоспис)

Адрес: 650025, г. Кемерово, ул. Чкалова, 1

Телефон: 8(3842) 25-38-66, 48-80

Главный врач - Лизунов Андрей Валентинович

Стационар и выездная служба для неизлечимых онкологических больных.

Киров

КОГКУЗ «Кировский областной хоспис»

Адрес: 610040, г. Киров, ул. 60-летия Комсомола, д. 25

Тел./факс: 8 (8332) 40-80-22

Электронная почта: ip-xos@medstat.kirov.ru
Главный врач - Шулёпов Сергей Аркадьевич
Главная медицинская сестра - Зонова Маргарита Степановна

Областной клинический онкологический диспансер
Адрес: 610021 г. Киров, просп. Строителей, д. 23
Телефон: 8 (8332) 25-48-01, 8 (8332) 25-48-01
Электронная почта: ip-onko@medstat.kirov.ru
Главный врач - Репин Виктор Леонидович

Краснодар

МУЗ «Детский хоспис»
Адрес: 350000, Краснодарский край, г. Краснодар, Московская ул.,
65
Телефон: 8 (8612) 57-04-72
Ведется строительство детского хосписа.

Красноярск

Городская больница №2 - отделение «Хоспис»
Адрес: 660119 г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, д.2
Телефон: 8 (3912) 25-06-93, 25 99 17; факс 8 (3912)25-41-48
Главный врач - Конев Дмитрий Валерьевич

Липецк

МУ «Городская больница № 2» г. Липецка - отделение «хоспис»
Адрес: 398029 г. Липецк, ул. Писарева, д. 2 «А»
Телефон: 8 (4742) 43-87-43, факс 8 (4742) 43-87-41
Электронная почта: gorbolnisa_2@lipetsk.ru
Главный врач - Титлянов Андрей Иванович
Заведующая отделением - Зубакова Наталья Евгеньевна
В отделении «хоспис» бесплатно помогают взрослым
онкологическим больным, в крайних случаях могут помочь детям
на дому. Есть отделение сестринского ухода.

Мегион

МЛПУ Городская больница – отделение «Хоспис»
Адрес: 628684, Ханты-мансийский АО, Мегион г., пр. Победы, д. 14

Телефон: 8 (3466) 33 33 65

Отделение бесплатно оказывает помощь инкурабельным онкологическим больным. Изредка принимаются неонкологические больные – платно. Работает патронажная служба помощи на дому.

Москва

ГУЗ «Первый Московский хоспис Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 119048 г. Москва, ул. Доватора, дом 10

Телефон: 8 (499) 245-59-69, факс 8 (499) 245-43-22

Круглосуточная консультация: 8 (499) 245-00-03

Электронная почта: info@hospice.ru

Главный врач – Капустина Виктория Викторовна

Стационар и выездная служба для пациентов, прописанных в ЦАО г.Москвы, до 10% - неонкологические больные, больные из других регионов и дети (при наличии направления Департамента здравоохранения г. Москвы).

Хоспис № 2 (САО)

Адрес: 125003 г. Москва, ул. Талдомская, владение 2а

Телефон: 8 (499) 905-21-94

Электронная почта: hospis2@mosgorzdrav.ru

Главный врач - Луканин Николай Алексеевич

Хоспис № 3 (ЮЗАО)

Адрес: 117216 г. Москва, ул. Поляны, 4

Телефон: 8 (495) 714-90-18

Электронная почта: hospis3@mosgorzdrav.ru

Главный врач - Скворцова Наталья Павловна

Принимают только онкологических больных и взрослых, и детей. Госпитализация бесплатная, имеется выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 4 (СВАО)

Адрес: 129226 г. Москва, 1-ая ул. Леонова, д. 1

Телефон: 8 (499) 187-42-90

Электронная почта: hospis4@mosgorzdrav.ru

Главный врач Мартынов Алексей Иванович

Помощь оказывается бесплатно инкурабельным онкологическим больным (взрослым), проживающим в СВАО г. Москвы, а также по направлению из департамента здравоохранения.

Хоспис № 5 (ЮАО)

Адрес: 115406 г. Москва, 3-я Радиальная ул., домовладение 2"А"

Телефон: 8 (495) 327-93-60,

электронная почта: hospic-5@mail.ru

Главный врач Ефимов Михаил Александрович

Помощь оказывается бесплатно инкурабельным онкологическим больным (взрослым), проживающим в ЮАО г. Москвы, а также по направлению из департамента здравоохранения.

Есть выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 6 (Зеленоград)

Адрес: 124365, г. Зеленоград, 17-й микрорайон, пр.657, д.1

Телефон: 8 (499) 717-15-47

Главный врач - Комаристова Елена Александровна

Помощь оказывается бесплатно инкурабельным онкологическим больным (взрослым). Есть выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 7 (СЗАО)

Адрес: г. Москва, Куркинское ш-е, д. 33

Телефон: (499) 401-97-93, 730-99-67-ф

электронная почта: hospis7@mosgorzdrav.ru

Главный врач - Манюков Евгений Михайлович

Помощь оказывается бесплатно инкурабельным онкологическим больным (взрослым), проживающим в СЗАО г. Москвы, а также по направлению из департамента здравоохранения.

Есть выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 8 (ЮВАО)

Адрес: г. Москва, 2-я Вольская ул., д. 21

Телефон: (495) 706-61-33,

электронная почта: hospis8@mosgorzdrav.ru

Главный врач - Диденко Инна Семеновна
Помощь оказывается бесплатно инкурабельным онкологическим больным (взрослым), проживающим в ЮВАО г. Москвы, а также по направлению из департамента здравоохранения.
Есть выездная служба помощи на дому.

ГКБ № 11, отделение паллиативной помощи онкологическим больным
Адрес: Москва, ул. Двинцев, 6
Телефон регистратуры 8 (495) 689-01-92, телефон отделения 8 (495)689-53-95
Зав. отделением Вайсман Марк Азриельевич

НПЦ Научно-практический центр помощи детям
Адрес: 119620, Москва, ул. Авиаторов, 38.
Телефон отделения 8 499 727 69 54 (пост), 8 925 205 19 04
Заведующий отделением паллиативной помощи - Трухан Александр Николаевич
Бесплатный стационар и выездная служба помощи на дому.

Марфо-Мариинская Обитель Милосердия – детский хоспис
Адрес: 119017, г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 34
Телефон: 8 (495) 951-11-39
E-mail: mmom.pokrov@gmail.com
Сайт: <http://www.mmom.ru>
С октября 2011 года работает выездная служба помощи неизлечимо больным детям. В начале 2012 года будет открыт стационар (на 9 коек). Помощь оказывается бесплатно.

Московская область

г. Королев

Городская больница №3, хосписное отделение
Адрес: 1410698 Московская обл., г. Королев, Первомайская ул., 19а
Телефон: 8 (495) 515-72-83
Заведующая отделением - Митина Валентина Владимировна

Бесплатно помощь оказывается инкурабельным онкологическим больным - жителям г.Королев, иногородним – платно.

г. Дубна

Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Родник»

Адрес: 141980, ул. Вокзальная, 11-а

Телефон: 8 (49621) 595-38, факс. 8 (49621) 225-41

электронная почта: dub5009@msznmо.ru

директор – Рудакова Светлана Сергеевна

Бесплатно оказывается помощь терминальным больным на дому (в том числе онкологическим) – лечение проводится по назначению лечащего врача и на основании лекарств, прописанных в поликлинике.

г. Нахабино

Нахабинская городская больница

Адрес: 143430, Красногорский р-н, г Нахабино, Институтская ул., д.9-а

Телефон: (495) 566-26-94

Заведующая отделением - Мангер Оксана Федоровна

В больнице есть отделение по уходу на 40 коек, 5 из них – для онкологических больных.

Нефтегорск

ММУ «Нефтегорская центральная районная больница» - отделение «хоспис»

Адрес отделения: 446600, Самарская область, Нефтегорский район, село Утёвка, ул. Льва Толстого, 27

Телефон: 8 (846) 702-11-45 (приемная главного врача), 8 (846) 703 17 92 (телефон отделения)

Электронная почта: neftcrb@samtel.ru

Главный врач - Кутуков Михаил Николаевич

Зав. отделением – Лидия Ивановна Медикова

Небольшой стационар (5 коек) бесплатно оказывает помощь неизлечимым онкологическим больным (взрослым).

Нижний Новгород

МЛПУ «ГБ№ 47» (отделение «хоспис»)
Адрес: 603135, г. Н.Новгород, улица Снежная, д. 80
Тел/факс 8 (831) 252-75-72
электронная почта: bolnica47@rambler.ru
тел. отделения 8 (831)244 15 25 (секретарь)
главный врач - Бухвалов Сергей Анатольевич
зав. отделением - Заречнов Виктор Николаевич
Бесплатный стационар и выездная служба для взрослых онкологических больных с IV стадией заболевания.

Новокузнецк

МЛПУ ГКБ № 11, отделение паллиативной онкологии (стационар)
Адрес: 654057, г. Новокузнецк, ул. Дузенко 7
Телефон: 8 (3843) 31 19 13 (приемная гл. врача),
8 (3843) 31 19 16 (отделение)
Электронная почта bol11@online.nkz.ru
сайт <http://www.hospis-nk.narod.ru>
Главный врач - Владимир Георгиевич Зиновьев,
Заведующая отделением - Елена Витальевна Белых
Бесплатный стационар для неизлечимых онкологических больных г. Новокузнецка (иногородние госпитализируются на платной основе)

Новосибирск

ООО «Новосибирский хоспис»
Адрес: 630049 Красный пр-т, 220/10; Якушева ул., 41,
Телефон: (383-2)66-80-86-т/ф., 66-90-77;
Электронная почта: hospice@sibfair.ru, сайт: <http://www.povosibhospis.ru>
Директор - Кузьмина Светлана Борисовна
Частный хоспис (платный) оказывает помощь инкурабельным больным (в т.ч. онкологическим). Работает выездная служба помощи на дому.

ГУ «Областной Дом милосердия – хоспис»

Адрес: 630071, г. Новосибирск, 2-ой Порядковый переулок, д.10-а

Телефон: 8(3833) 41-56-97 (58-95), факс 41-47-10

Директор - Сантропинский Константин Николаевич

Хоспис оказывает помощь инкурабельным больным

Новосибирска и области (в т.ч. онкологическим), часть услуг

платная. Работает выездная служба помощи на дому.

Омск

Городская больница №17 (отделение "Хоспис")

Адрес: 644076, г. Омск, просп. Космический, д.99

Телефон: 8 (3812) 99-01-32, факс 8 (3812) 57-93-10

Зав. отделением - Дегтярева Валентина Ивановна

Отделение оказывает помощь инкурабельным больным

(в основном онкологическим (взрослым)). Есть выездная служба

помощи на дому.

Пенза

Отделение сестринского ухода (коммерческий хоспис) областного онкодиспансера

Адрес: г. Пенза, Пр. Строителей 37А;

Телефон отделения: 8 (8412) 41-28-50

e-mail: oncology@sura.ru

сайт диспансера: <http://penzaonco.ru/>

Заведующая отделением - Перестань Галина Борисовна

Отделение на 25 мест, больные в основном онкологические.

Пермь

МАУЗ ГБ №10 — отделение «Хоспис»

Адрес: г. Пермь, ул. Автозаводская, 82, литер А.

Электронный адрес: mauz10@mail.ru

Главный врач - Чудинова Людмила Аркадьевна, телефон 8(342)276-02-92

Заведующая отделением - Окулова Светлана Васильевна, телефон отделения: 8(342)252-56-24.

Бесплатное отделение для взрослых онкологических больных.

Прокопьевск

МУЗ «Городская больница №2» - отделение паллиативной терапии

Адрес: г. Прокопьевск, ул. Карьерная, 46

Телефон: 8 (3846) 62-50-87 (55-07, 54-92)

Главный врач - Щебенков Владимир Николаевич

Зав. отделением - Степанова Елена Алексеевна

Псков

Хоспис им. Святых Марфы и Марии

Адрес: 180000, Псков, ул. Свердлова, д.20

Телефон: 8 (8112) 66 46 38 (приемная), 8 (8112) 66 06 57

(ординаторская)

Электронная почта hospis_pskov@mail.ru

Директор хосписа - Степанова Людмила Валентиновна

Старшая медицинская сестра - Давыдова Антонина Петровна

Хоспис принимает как онкологических пациентов, так и пациентов с глубокими неврологическими нарушениями, с нарушениями жизненно-важных функций. Помощь оказывается бесплатно.

Ростов-на-Дону

Первый Ростовский Хоспис

Адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Тракторная, д. 48

Телефон: 8 (863)266-06-95, (863)229-39-70

Сайт: <http://hospicernd.ru/>

Электронная почта: hospice-rnd@mail.ru

Кузнецов А. В. - главный врач

Стадникова Светлана Владимировна – директор

Хоспис оказывает помощь инкурабельным онкологическим больным; стоимость услуг указана на сайте.

Самара

АНО «Самарский хоспис»

Адрес: 443067, ул. Гагарина, 85а

Телефон: 8-846-926-93-33, (36)

Электронная почта: hospice@mail.radiant.ru

Осетрова Ольга Васильевна – гл. врач
Коркунова Ольга Семеновна - зам.гл.врача
Гаврилова Елена Юрьевна – нач. в/службы
Небольшой стационар (4 койки) для онкологических больных,
работает выездная служба помощи на дому.

МУЗ городская больница №7 - отделение «хоспис»
Адрес: г. Самара, ул. Крайняя, 17
Телефон: 8 (846) 950-34-66 – приемная главного врача.
8 (846) 950-27-60 – хосписное отделение.
Вр. и.о. главного врача - Тюрин Михаил Николаевич
Заведующая отделением – Кутейникова Галина Юрьевна
Бесплатное отделение для инкурабельных онкологических
больных (взрослых).

Санкт-Петербург

МУЗ “Детский хоспис”
Адрес: 192131, Санкт-Петербург, ул. Бабушкина, д. 56, корп. 3,
лит. А.
Телефон: 8 (812) 576 19 80 (диспетчерская)
электронная почта: info@kidshospice.org
сайт: <http://www.kidshospice.ru/>
Генеральный директор – прот. Александр Ткаченко
Зам. по медицинским вопросам –
Сергей Иванович Передвижкин
Хоспис бесплатно оказывает помощь детям, есть служба помощи
на дому (тел. выездной службы 8 (812) 982 7931)

Хоспис № 1
Адрес: 197229, Лахта, Лахтинский просп., 98
Телефон: 8 (812) 498-21-56, 498-26-64-в/с, 567-93-80 (факс)
Гл. врач: Леоненкова Станислава Анатольевна
Гнездилов Андрей Владимирович – д.м.н., врач
Электронная почта: hospis1@zdrav.spb.ru
Хоспис бесплатно оказывает помощь инкурабельным
онкологическим больным (взрослым), есть дневной стационар и
выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 2

Адрес: пос. Понтонный, 189633, ул. Заводская, д. 36,

Телефон: 8 (812) 462-56-30

Электронная почта: info@palliative.ru

Гл. врач: Софиева Зоя Анисимовна

Хоспис бесплатно оказывает помощь инкурабельным онкологическим больным (взрослым). Работает выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 3

Адрес: 194044 Санкт-Петербург, ул. Ломономова 76Б.

Телефон: 8 (812) 594-82-29, 594-87-33

Гл. врач: Лебединец Александр Иванович

Хоспис бесплатно оказывает помощь инкурабельным онкологическим больным проживающим в Выборгском районе (взрослым). Работает выездная служба помощи на дому.

Хоспис № 4

Адрес: 195427 г. Санкт-Петербург, Светлановский просп., д.85

Телефон/факс: 8 (812) 555-98-04

Гл. врач: Москалев Эдуард Валерьевич

Только онкологических больных, детей не принимают, все услуги бесплатные,

выездная служба по Калининскому району.

Хоспис Святой равноапостольной княгини Ольги

Адрес: 198099, ул. Косинова, д.19, гор. б-ца № 14

Телефон: 8 (812) 786-44-49, 68-98, 87-39 (факс)

Зав. хосписом: Перова Марина Ивановна

Городская больница № 36 – отделение «Хоспис»

Адрес: 189610 г. Кронштадт, ул. Газовый завод, д.2

Телефон: 8 (812) 236-44-54

Зав. отделением: Брацлавская Людмила Владимировна

Хоспис при гор. Гериатрическом центре Адмиралтейского р-на

Адрес: 198103 набережная р. Фонтанки, д.148

Телефон: 8 (812) 251-84-89
Зав. хосписом ГГЦ – Рязанкина Алла Алексеевна
Хоспис бесплатно оказывает помощь инкурабельным онкологическим больным (взрослым). Работает выездная служба по Адмиралтейскому району.

Городская поликлиника №32 - выездная бригада "Хоспис на дому"
Петроградского района
197022, Санкт-Петербург, Аптекарский проспект, д.12
Телефон: 8 (812) 291-29-44, факс: 234-11-89, 234-46-07

Хоспис ГБ №20
Адрес: 196135, Санкт-Петербург, ул. Гастелло, 21
Телефон: 8 (812) 371-27-72
Сайт: <http://www.hospital20.spb.ru/page10.html>
Электронная почта: info@hospital20.spb.ru
Глав. врач: Суровцева Татьяна Викторовна
Зав. хосписом: Кошлаков Владимир Александрович
Бесплатный стационар для взрослых инкурабельных больных.

Хоспис Красногвардейского р-на
Адрес: ул. Б.Пороховская, 22
Телефон: 8 (812) 291-29-44

Выездная служба-хоспис онкодиспансера Московского р-на
Кожевников Сергей Юрьевич – гл. врач, гл. онколог
Адрес: Новоизмайловский пр., 77
Телефон: 8 (812) 122-75-80, 71-85; 290-45-80

Отделение-хоспис онкодиспансера Калининского района
Адрес: ул. Комсомола, 14 (на базе ТМО №12)
Телефон: 8 (812) 555-98-04 (телефон секретаря в хосписе), 8 (812) 555-75-24 (телефон хосписа)

Сызрань

Городская больница №3 – отделение «Хоспис»
Адрес: 446021, Самарская область, г. Сызрань, ул. Рудная, 2.

Телефон: 8 (846) 492-20-76 (регистратура больницы), 8 (846) 491 20 35 (отделение хоспис)

Главный врач: Шумский Сергей Михайлович

Зав. отделением: Галина Александровна Телебных

Небольшой стационар (10 коек) бесплатно оказывает помощь неизлечимым онкологическим больным (взрослым). Работает служба помощи на дому.

Таганрог

МУЗ городская больница №3 – отделение «Хоспис»

Адрес: 347900, Ростовская обл., г. Таганрог, пер. Красный, д.14

Телефон: 8 (8634) 61 29 98; 61 05 09 (приемная гл. врача) 8 (8634) 61 43 18 (отделение «Хоспис»)

Главный врач Олег Ферратович Сайдаметов

Зав. отделением Чирина Лидия Владимировна

Электронная почта: zatgb3@yandex.ru

Отделение бесплатно оказывает помощь инкурабельным больным (в основном онкологическим). В больнице также есть 2 отделения сестринского ухода (есть платные койки).

Тольятти

МУЗ Клиническая Больница №5 г. Тольятти – отделение «Хоспис»

Заведующий отделением - Васильев Алексей Владимирович

Телефон отделения 8 (8482) 30 97 86

Сайт больницы: <http://www.medvaz.tlt.ru>

МУЗ Городская инфекционная больница — отделение «хоспис»

Адрес: 445015, Самарская область, г.о. Тольятти, ул. Зеленая, д. 15

Телефон: 8 (8482) 30-84-42

Главный врач: Лейбов Михаил Иосифович: 8 (8482) 45-00-13

Хоспис для тяжелых инфекционных больных (ВИЧ).

Тула

ГУЗ «Тульский областной хоспис»

Адрес: 301216 Тульская обл., Щекинский р-н, пос. Ломинцевский, ул. Центральная ТЖРУ д.9.

Телефон: 8 (487) 513-31-88; круглосуточная хосписная служба 8 (487) 513-31-87

Сайт хосписа: <http://www.tula-hospice.ru>

Главный врач Каражаева Эльмира Шамильевна

Бесплатный стационар и выездная служба для взрослых инкурабельных больных.

МУЗ Тульская городская больница № 3, отделение паллиативной помощи

Адрес: 300910 пос. 2-й Западный, ул. Пушкина, д.17

Телефон: 8 (4872) 31-32-54 (приемная)

8 (4872) 31 30 95 (отделение помощи онкологическим больным)

Главный врач Ольга Алексеевна Хлинцева

Заведующая отделением Елена Александровна Подкосова

Бесплатное отделение, нет наркотического обезболивания и выездной службы.

Тюмень

ММЛПУ "Хоспис"

Адрес: 625043 г. Тюмень, ул. Магистральная, д.10-а

Телефон: (+7-3452) 25-52-91, (3452) 46-78-98

Главный врач - Александр Арнольдович Филимонов

Зам гл. врача по лечебной части - Пеньков Александр

Александрович

Хоспис бесплатно оказывает помощь онкологическим больным, жителям Тюмени и Тюменского района (взрослым).

Ульяновск

ГУЗ «Ульяновский областной хоспис»

Адрес: 432071, г. Ульяновск, ул. Рылеева, 27

Телефон: 8 (8422) 41-34-18

Главный врач: Марат Гакифович Шарафутдинов

Электронная почта: partner@simhos.ru

Сайт: <http://simhos.ru/>

Уфа

ГУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер — отделение паллиативной помощи и кабинет противоболевой терапии

Адрес: 450054 Республика Башкортостан, г. Уфа, Проспект Октября, д.73/1
Телефон: 8 (3472) 37-36-62, 37-30-13
Тел отделения и выездной службы: 8 (3472) 48-53-03
Главный врач: Терентьева Зульфия Махмутовна
Заведующая отделением: Кудряшова Любовь Николаевна
Электронная почта: med-ref@yandex.ru
Небольшой стационар (10 коек) для инкурабельных онкологическими больными (взрослыми). Работает выездная служба помощи на дому.

Детям оказывают помощь в МУП «Республиканская детская клиническая больница», по адресу: 450106, Уфа, Степана Кувыкина ул., 98; телефон: 8 (347) 254-88-48, 255-29-30, 255-73-66, 254-88-03.

Челябинск

МУЗ ГКБ №8 – отделение «Хоспис»
Адрес: 454071, г. Челябинск, ул. Горького, 18
Телефон: 8 (351) 775-18-00
Сайт: <http://hosp74.ru/>
Зав. отделением Олег Михайлович Губин.
Бесплатный стационар и выездная служба для неизлечимых онкологических больных.
По необходимости госпитализируются дети.

Ярославль

МУЗ больница № 4 (отделение «Хоспис»)
Адрес: 150019, Ярославль, Керамическая, 9
Телефон: 8 (4852) 53 97 29 (приемная), 8 (4852) 57 93 70 (отделение «Хоспис»)
Электронная почта: boln4@yandex.ru
Главный врач Шепилов Александр Васильевич
Зав. отделением “Хоспис” Антошкина Евгения Васильевна
бесплатный стационар и выездная служба для взрослых инкурабельных больных.

5, БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ХОСПИСОВ

5.1. Пример письма-обращения за поддержкой хосписа

Компания
Должность
ФИО

Уважаемый И.О.!

Городская больница №... города N обращается к Вам с просьбой оказать поддержку хоспису – медицинскому учреждению, в котором оказывается медицинская, психологическая и юридическая помощь тяжелым онкологическим больным и их близким. В единственном хосписном отделении города N совершенно бесплатно предоставляют услуги, по качеству соответствующие мировой практике паллиативной помощи.

Хоспис N помогает людям в самый тяжелый период болезни, берет на себя бережный уход за пациентами и психологическую поддержку их родственникам, но и сам нуждается в постоянной благотворительной помощи. Хоспис – бюджетное учреждение, но выделенное финансирование покрывает в лучшем случае ___% нужд хосписа, а некоторые важные статьи расходов (перевязочные материалы и средства по уходу) вообще в нем не учтены.

Отделение «Хоспис» помогает почти половине нуждающихся в паллиативной помощи в городе (число человек в год). На осуществление своей деятельности хоспису, помимо средств бюджета, ежегодно требуется хотя бы _____ (сумма) рублей.

Самые насущные нужды хосписа, на которые недостаточно выделяемого бюджета, и приблизительный объем необходимых средств указаны в Приложении 1 (важно расписать, на что конкретно и сколько нужно денег, а также как часто необходимо возобновлять запасы этих товаров, если они не являются единовременными, как напри-

9. Наличие выездной службы или обоснование ее отсутствия, стремление ее создать.

10. Вклад волонтеров считается возможным и приветствуется.

Хоспис должен работать в соответствии с Заповедями хосписа.

5.3. Анкета хосписа

1. Официальное название учреждения.

2. ФИО главного врача.

3. Контакты:

– телефон;

– адрес электронной почты;

– сайт.

4. Категория пациентов (только ли онкология, если нет, каков допустимый процент неонкологических пациентов).

5. Какую территорию охватывает хоспис – область, район, город... (откуда имеет право брать пациентов)? Есть ли экстерриториальные пациенты (каковы условия госпитализации)?

6. Каковы показания к госпитализации? Сколько в среднем лежит пациент в хосписе?

7. Откуда поступают больные? Направление районного онколога/больницы/ через выездную службу?

8. Есть ли в городе/области другие хосписы/паллиативные отделения?

9. Проблема в цифрах: сколько человек в городе/области нуждаются в паллиативной помощи, какому количеству больных хоспис помогает ежегодно?

10. Назовите, пожалуйста, наиболее срочные нужды вашего хосписа.

11. Штатное расписание – количество врачей/медсестер/санитарок. Сколько человек в дежурстве? Какова текучка кадров (в год)?

12. Есть ли источники привлечения нового персонала? Есть ли образовательные программы?

13. Средняя заработная плата? Средний возраст персонала?

14. Есть ли служба помощи на дому, горячая линия помощи родственникам? Предполагается ли ее организовать?

15. Есть ли волонтеры?
16. Сколько коек в хосписе (мин. и макс. загрузка).
17. Оказывается ли помощь детям?
18. Есть ли платные услуги?
19. Какой процент нужд покрывает бюджет? Каков годовой бюджет?
20. Занимаетесь ли вы привлечением средств? Есть ли постоянные благотворители?
21. Есть ли лицензия на работу с наркотическими препаратами?
22. Проводятся ли реанимационные мероприятия?
23. В какие часы могут приходиться родственники навестить пациентов? Могут ли остаться на ночь? Оказывается ли им поддержка после ухода близкого человека?
24. Не могли бы вы также выслать Устав хосписа и копию лицензии (нам нужна официальная документация для отчетности перед жертвователями, чтобы искать деньги под конкретные нужды).

5.4. Форма заявки

Официальное наименование учреждения.
 Имя руководителя.
 Фактический и юридический адреса.
 Телефон, факс, адрес электронной почты

ЗАЯВКА на оказание благотворительной помощи в приобретении

№	Наименование товара/услуг	Количество	Цена за шт. (руб.)	Сумма	Контакт поставщика
1					
2					
3					
Итого:					

Дата заполнения заявки

Главный врач

(официальное наименование учреждения, подпись)

5.5. Форма договора пожертвования

ДОГОВОР ПОЖЕРТВОВАНИЯ № __/__/__

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице Президента Федермессер Анны Константиновны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и (Наименование хосписа), именуемый в дальнейшем «Благополучатель», в лице главного врача (ФИО), действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Сторонами», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Фонд в соответствии с уставом Фонда в рамках реализации благотворительной программы «Помощь региональным хосписам» обязуется безвозмездно передать Благополучателю для осуществления основной уставной деятельности, не связанной с предпринимательской, в качестве Благотворительного пожертвования изделия медицинского назначения, указанные в Приложении 1 к Договору (далее – «Имущество»).

1.2. Для исполнения своих обязательств по Договору Фонд заключает сделку купли-продажи с (наименование поставщика) (далее – «Продавец»), предусматривающую передачу Имущества Продавцом непосредственно Благополучателю.

1.3. Право собственности на Имущество переходит от Фонда к Благополучателю с момента вручения Имущества Благополучателю Продавцом. Подтверждением передачи Фондом Имущества Благополучателю являются товарная накладная с отметкой Благополучателя в получении Имущества, а также товарный и кассовый чеки, по одному экземпляру которых (копии) передаются Благополучателем Фонду. При этом датой передачи Имущества является дата приемки Имущества Благополучателем, указанная в товарной накладной или в товарном и кассовом чеках.

1.4. Фонд признает использование Благотворительного пожертвования целевым, если Имущество, полученное Благополучателем от Продавца, будет принято Благополучателем к бухгалтерскому учету и использовано им исключительно для осуществления уставной деятельности.

1.5. Имущество, оговоренное в настоящем Договоре, не может быть сдано в аренду или передано в безвозмездное пользование третьим лицам, заложено, продано или отчуждено иным образом Благополучателем в течение 5 (Пяти) лет с даты получения им данного Имущества.

1.6. Фонд подтверждает и гарантирует Благополучателю, что передаваемое Имущество принадлежит Фонду на праве собственности, правами третьих лиц не обременено, и безвозмездная передача Фондом Благополучателю указанного Имущества не нарушает права третьих лиц и нормы действующего законодательства Российской Федерации.

2. Права и обязанности Сторон

Фонд вправе:

1. Требовать письменного отчета об использовании полученного Благополучателем Имущества в согласованной Сторонами форме в Приложении 2 к Договору (далее – «Отчет»).

2. Требовать отмены Благотворительного пожертвования и передачи Фонду Имущества или его стоимости, указанной в Договоре с Продавцом, в случае нарушения Благополучателем условий, указанных в пункте 1.5 настоящего Договора.

Фонд обязан:

1. Передать Благополучателю Имущество в порядке, предусмотренном статьей 1 Договора.

2. Принимать Отчеты.

Благополучатель обязан:

1. Принять Имущество, его принадлежности, а также относящиеся к нему документы.

2. Обеспечить приемку Имущества уполномоченными материально ответственными лицами Благополучателя в соответствии с правилами, установленными Благополучателем.

3. Обеспечить необходимые условия для выполнения погрузочно-разгрузочных работ на своей территории.

4. Обеспечить сотрудникам Продавца, осуществляющим доставку, безопасные условия труда на своей территории.

5. Использовать полученное по Договору Имущество исключительно в целях, указанных в статье 1 Договора.

6. Только с согласия Фонда или по решению суда в случаях, предусмотренных статьей 582 ГК РФ, использовать Имущество по другому назначению, чем указано в статье 1 Договора, если использование Имущества в соответствии с целями, указанными в статье 1 Договора, становится вследствие изменившихся обстоятельств невозможным.

7. Предоставить Фонду Отчет не позднее 20 (Двадцати) календарных дней с даты принятия Имущества к бухгалтерскому учету.

8. Приложить к Отчету все копии первичных учетных и иных документов, подтверждающих целевое использование Имущества.

9. Осуществлять обособленный учет всех операций по использованию Имущества, полученного по Договору.

10. Предпринимать иные действия, необходимые для совершения и исполнения Договора.

3. Общие положения

3.1. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств по Договору. Договор может быть в любое время изменен по соглашению Сторон.

3.2. Все изменения, дополнения и приложения к Договору осуществляются в письменной форме, подписываются Сторонами и являются неотъемлемыми частями Договора.

3.3. Договор регулируется законодательством Российской Федерации.

3.4. Прекращение Договора возможно по взаимному письменному соглашению Сторон, а также в иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.5. Споры, которые могут возникнуть в связи с Договором, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров. В случае недостижения договоренности споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.6. Договор подписан на русском языке в двух оригинальных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Фонда и Благополучателя.

4. Реквизиты и подписи Сторон

<p>Фонд: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» 115477, г. Москва, Пролетарский проспект, д. 39, кв. 27 ИНН 7724296034, КПП 772401001 Сбербанк России ОАО, г. Москва Р/сч. 40703810438180133973 К/сч. 30101810400000000225 БИК 044525225</p>	<p>Благополучатель:</p>
<p>Фонд Президент _____ Федермессер А.К.</p>	<p>Благополучатель Главный врач _____ Фамилия И.О.</p>

Приложение 1

к Договору пожертвования № ____
 от « ____ » _____ 20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ ИМУЩЕСТВА, ВХОДЯЩЕГО В СОСТАВ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ПОЖЕРТВОВАНИЯ

№	Наименование имущества	Количество	Цена за шт. (руб.)	Сумма	Поставщик
1					
2					
3					
Итого:					
Всего:					
<p>Фонд Президент _____ Федермессер А.К.</p>			<p>Благополучатель Главный врач _____ Фамилия И.О.</p>		

Приложение 2
к Договору пожертвования № ____
от « ____ » _____ 20__ г.

**ОТЧЕТ О ЦЕЛЕВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ПОЖЕРТВОВАНИЯ**

по Договору пожертвования № ____/____
от « ____ » _____ 20__ г.

« ____ » _____ 20__ г.

Настоящий отчет о целевом использовании Благотворительного пожертвования составлен (наименование хосписа), в лице главного врача (ФИО), действующего на основании Устава.

Все термины и определения, используемые в настоящем отчете, имеют значение, установленное для них в тексте Договора пожертвования № ____/____ от « ____ » _____ 20__ г. (далее – «Договор»).

Наименование имущества	По Договору кол-во (шт.)/ стоимость (руб.)	Фактически приобретено и принято к учету Благотворителем кол-во (шт.)/ стоимость (руб.)	Подтверждающие документы ¹
Итого на сумму, руб.			

Приложение:

Копии (оригиналы) подтверждающих документов на ____ листах.

Сумма Благотворительного пожертвования в размере _____, не использованная на цели и в сроки, определенные Договором, подлежит возврату Фонду в срок до _____.

Главный врач
М.П.

¹ В качестве подтверждающих документов к отчету прилагаются надлежащим образом заверенные копии счетов, договоров поставки (при наличии), платежных поручений, чеков, товарных накладных, приходных ордеров (форма № М-4), лимитно-заборных карт (форма № М-8) или требований-накладных (форма № М-11) и пр.

АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице Президента Федермессер Анны Константиновны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и Наименование хосписа, именуемый в дальнейшем «Благополучатель», в лице главного врача (ФИО), действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Сторонами», настоящим Актом подтверждают нижеследующее:

1. Фонд в соответствии с Договором пожертвования № __/__ от «__» _____ 20__ г. (далее – «Договор») безвозмездно передал Благополучателю, а Благополучатель принял следующее Имущество, а также относящиеся к нему документы:

Наименование	Количество	Цена с НДС, руб.	Сумма с НДС, руб.
ИТОГО:			

2. Право собственности на имущество, указанное в перечне, переходит к Благополучателю в соответствии с пп. 1.3 Договора и с момента вручения Имущества Благополучателю Продавцом.

3. Настоящий Акт приема-передачи составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны.

Фонд Президент _____ Федермессер А.К.	Благополучатель Главный врач _____ (Фамилия И.О.)
---	---

5.6. Форма трехстороннего договора

ДОГОВОР ПОСТАВКИ № __/__

г. Москва

« __ » _____ 20__ г.

(*Наименование поставщика*), именуемое в дальнейшем «Поставщик», в лице (*ФИО*), действующего на основании, с одной стороны, и Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», именуемый в дальнейшем «Плательщик», в лице Президента Федермессер Анны Константиновны, действующего на основании Устава, с другой стороны, и (*наименование получателя*), именуемый в дальнейшем «Получатель», в лице главного врача (*ФИО*), действующего на основании Устава, с третьей стороны, заключили настоящий трехсторонний договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Поставщик по указанию Плательщика осуществляет поставку товаров, именуемых в дальнейшем «Товар», Получателю в количестве, ассортименте и по цене, определяемым в Спецификации (Приложение к Договору) и в счетах, выставляемых Поставщиком по согласованию с Плательщиком, а Получатель принимает Товар и использует его по назначению.

1.2. Плательщик оплачивает Товар в рамках оказания благотворительного пожертвования Получателю на основании Программы «Поддержка региональных хосписов» и Договора пожертвования № __/__ от « __ » _____ 20__ года, заключенного между Плательщиком и Получателем.

1.3. Количество и ассортимент поставляемого в отдельной партии Товара определяется в согласованной Сторонами Спецификации (Приложение 1 к Договору).

На основании Спецификации Поставщик резервирует указанный Товар и выставляет Плательщику счет на оплату соответствующей партии Товара.

Оплата счета, выставленного Поставщиком, производится в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором.

1.4. Количество и ассортимент поставляемого Товара указываются в соответствующих накладных.

1.5. Назначение использования Товара: обеспечение Получателя товаром, необходимым для реализации его уставной деятельности.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Товар поставляется до склада Получателя, находящегося по адресу (адрес хосписа). Право собственности на Товар переходит Получателю в момент доставки Товара на склад Получателя.

2.2. Поставщик обязуется осуществить поставку Товара в сроки и на условиях, указанных в счете, в надлежащей таре и упаковке, в ассортименте и количестве, указанных Плательщиком.

2.3. Получатель обязуется принять от Поставщика Товар, оплаченный Плательщиком; совершить все необходимые действия, обеспечивающие принятие Товара; проверить ассортимент и количество Товара, а также подписать сопутствующие документы в подтверждение его получения.

2.4. Плательщик вправе требовать передачи Получателю поставляемого Товара; требовать при недопоставке передачи недостающего Товара либо отказаться от Товара и его оплаты; отказаться от принятия или оплаты Товара при его передаче в ассортименте, не соответствующем Договору.

2.5. Получатель обязан поставить на экземпляре накладной, предназначенной для Плательщика, штамп о получении товара в качестве благотворительной помощи.

3. Качество Товара. Тара и упаковка

3.1. Товар зарегистрирован в России, его качество подтверждается сертификатом качества завода-изготовителя, сертификатом соответствия качества ГОСТу, выданным аккредитованной контрольно-аналитической лабораторией, либо заменяющим его документом, регистрационным удостоверением МЗ.

3.2. Остаточный срок годности Товара составляет не менее 70% (семидесяти процентов) на дату поставки.

3.3. Поставщик обязан предоставить Получателю на поставляемый Товар сертификаты, удостоверяющие его качество, а также иную необходимую документацию на русском языке.

3.4. На Товар устанавливается гарантийный срок равный гарантийному сроку, установленному компанией-производителем. Поставщик отвечает за недостатки Товара, выявленные в течение гарантийного срока, если не докажет, что недостатки возникли вследствие нарушения Получателем условий эксплуатации Товара, либо ненадлежащих действий третьих лиц, либо под действием непреодолимой силы.

3.5. Приемка Товара по качеству осуществляется Получателем в течение 5 (пяти) календарных дней с даты приемки от Поставщика. В случае если при приемке Товара Получателем будут обнаружены недостатки, в том числе производственный брак завода-изготовителя, Получатель в течение 5 (пяти) календарных дней с даты приемки Товара вправе предъявить Поставщику требования, связанные с указанными недостатками. При этом Стороны составляют и подписывают рекламационный акт, и Поставщик за свой счет заменяет бракованный Товар в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента предъявления Получателем соответствующего требования.

3.6. Претензии по качеству поставленного Товара, имеющего срок годности, после его приемки могут быть предъявлены в течение срока годности Товара. Содержание и обоснование претензии должно быть подтверждено Актом экспертизы, проводимой компетентной незаинтересованной организацией, имеющей соответствующую государственную аккредитацию. Поставщик обязан рассмотреть соответствующую претензию в течение 10 (десяти) календарных дней с даты ее получения.

3.7. Претензии по качеству поставленного Товара, имеющего гарантийный срок, после его приемки могут быть предъявлены в течение гарантийного срока Товара. Содержание и обоснование претензии должно быть подтверждено Актом экспертизы, проводимой компетентной незаинтересованной организацией, имеющей соответствующую государственную аккредитацию. Поставщик обязан рассмотреть соответствующую претензию в течение 10 (десяти) календарных дней с даты ее получения

3.8. Получатель не вправе без согласия Поставщика использовать Товар, по которому была заявлена претензия по качеству.

3.9. Упаковка должна обеспечивать сохранность Товара и предохранять его от повреждений при транспортировке при условии над-

лежащего с ними обращения, а также предохранять Товар от атмосферных влияний при соблюдении условий хранения.

4. Доставка и приемка Товара

4.1. Поставщик производит поставку Товара в течение 25 (двадцати пяти) календарных дней с даты оплаты счета Плательщиком.

4.2. Получатель совместно с представителем Поставщика обязан принять Товар, проверить его ассортимент, количество, комплектность, а также подписать сопутствующие документы, включая накладные, заверив подписью и печатью. Счета, счета-фактуры и накладные составляются в трех экземплярах, по одному для каждой из трех сторон настоящего договора. Все документы, включая копии, должны быть заверены оригиналами оттисков печатей Поставщика.

4.3. Все расходы по транспортировке Товара со склада Поставщика до места назначения, а также расходы по погрузке и разгрузке Товара несет Поставщик.

4.4. При обнаружении несоответствия количества, ассортимента, маркировки поступившего Товара, тары или упаковки требованиям стандартов, технических условий, договору (включая счет или спецификацию) или данным, указанным в маркировке и документах, удостоверяющих качество Товара, Получатель обязан приостановить приемку и направить Поставщику письменное уведомление о вызове представителя Поставщика. Представитель Поставщика обязан явиться в течение 5 рабочих дней с момента получения письменного уведомления о вызове. Приемка Товара осуществляется с участием представителя Поставщика.

5. Стоимость Товара и порядок расчетов

5.1. Стоимость Товара определяется в Спецификации (Приложение 1 к Договору).

5.2. Оплата поставляемого Товара осуществляется в течение 10 (десяти) банковских дней с момента выставления счета Поставщиком.

5.3. Платеж должен быть произведен в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Поставщика. Моментом осуществления платежа считается совершение банковской операции в банке Плательщика.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае нарушения сроков поставки Товара по вине Поставщика, Поставщик обязуется уплатить Плательщику штраф в размере 0,5 (ноль целых пять десятых) процента стоимости Товара, в отношении которого имело место нарушение сроков поставки, за каждую календарную неделю нарушения сроков в течение первых четырех недель их нарушения и 1 (один) процент стоимости Товара за каждую последующую календарную неделю нарушения.

6.2. В случае если нарушение срока поставки Товара превысит 2 месяца против установленного в счете срока, Плательщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор, письменно уведомив об этом Поставщика.

При этом Поставщик в недельный срок с даты расторжения Договора возвращает полученные от Плательщика в счет оплаты настоящего договора денежные средства и штраф.

6.3. Сторона, виновная в ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему договору, возмещает потерпевшей Стороне причиненные убытки в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

6.4. Ответственность сторон, не предусмотренная настоящим договором, определяется в соответствии с положениями ГК РФ.

7. Обстоятельства непреодолимой силы

7.1. В случае наступления обстоятельств, исключающих исполнение обязательств по договору, которые сторона не могла предвидеть и (или) предотвратить (обстоятельств непреодолимой силы), исполнение обязательств по договору откладывается до момента окончания действия таких обстоятельств.

7.2. О наступлении вышеуказанных обстоятельств сторона договора должна известить другую сторону в трехдневный срок с момента их наступления.

8. Разрешение споров

Все споры и разногласия, возникающие по настоящему договору, решаются путем переговоров.

В случае недостижения согласия все споры по настоящему договору решаются в Арбитражном суде г. Москвы.

9. Срок действия договора

9.1. Настоящий договор заключается сроком на один год и вступает в силу с момента подписания.

9.2. Если по окончании срока действия настоящего договора ни одна из сторон не известит другую сторону в письменном виде о своем желании его расторгнуть, то договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях.

9.3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке каждой из сторон. В случае досрочного расторжения сторона, являющаяся инициатором расторжения договора, направляет другим сторонам письменное извещение о расторжении договора не менее чем за один месяц до даты расторжения.

10. Заключительные положения

10.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору составляются в письменном виде, в трех экземплярах, подписываются тремя сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

10.3. Допускается оформление и подписание сторонами спецификаций, дополнений и извещений с использованием факсимильной связи. Все документы, подписанные сторонами по факсимильной связи, имеют юридическую силу.

10.4. По желанию одной из сторон, стороны осуществляют замену документации, подписанной посредством факсимильной связи на оригиналы вышеуказанной документации, в срок 10 календарных дней с даты получения соответствующего запроса.

11. Адреса и реквизиты сторон:

Поставщик:
(Наименование поставщика)
Реквизиты поставщика

Плательщик:
Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»
ИНН 7724296034, КПП 772401001
Сбербанк России ОАО, г. Москва

Расчетный счет № 40703810438180133973

Корр. счет № 30101810400000000225

БИК 044525225

Фактический и юридический адрес: 115477, г. Москва, Пролетарский проспект, д. 39, кв. 27

ОГРН 1077799013930

ОКПО 94121448

Получатель:

(Наименование получателя)

Реквизиты получателя

Поставщик _____ Фамилия И.О.	Фонд _____ Федермессер А.К.	Получатель Главный врач Фамилия И.О.
------------------------------------	-----------------------------------	--

6. ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ХОСПИСОВ/ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, СВЯЗАННУЮ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

1. Федеральный закон 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
2. Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (вступающий в силу по истечении 180 дней после дня официального опубликования – опубликован в «Российской газете» 06.05.2011 г.).
3. Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».
4. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».
5. Постановление Правительства РФ от 6 августа 1998 г. № 892 «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ».
6. Постановление Правительства РФ от 26.01.2006 г. № 45 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности».
7. Постановление Правительства РФ от 04.11.2006 г. № 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» (с дополнениями).
8. Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 г. № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц».
9. Приказ Минздрава РФ от 25.11.1992 г. № 308 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.09.1992 г. № 247».

10. Приказ Минздрава РФ от 12.11.1997 г. № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ».
11. Приказ Минздрава РФ от 09.01.2001 г. № 2 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 12 ноября 1997 г. № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств».
12. Приказ Минздрава РФ от 17.04.2002 г. № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни».
13. Приказ Минздрава РФ от 28.03.2003 г. № 127 «Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным».
14. Приказ Минсоцразвития РФ от 12.02.2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».
15. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 25.05.2004 г. № 257 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования наркотических средств, психотропных веществ, внесенных в список II, и психотропных веществ, внесенных в список III, в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы».
16. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.05.2005 г. № 330 «О перечне должностей медицинских и фармацевтических работников, а также организаций и учреждений, которым предоставлено право отпуска наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам» (с изменениями).
17. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785 «О порядке отпуска лекарственных средств».
18. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изде-

лий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

19. Приказ ФСКН РФ от 08.12.2008 г. № 451 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по исполнению государственной функции по выдаче заключений о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны».
20. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16 мая 2011 г. № 397н «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами».
21. Письмо Минздравсоцразвития России от 02.11.2005 г. № 5268-ВС «Об обороте наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ».

* * *

Данный список не является исчерпывающим. Полные тексты нормативных актов в последней редакции и дополнительную информацию вы найдете на сайтах www.consultant.ru и www.pravo.ru.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ГЛАВА 1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ:	
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	7
1.1. Определение понятий «хоспис» и «паллиативная помощь»	7
1.2. История возникновения хосписов	10
1.3. Виктор Зорза и Вера Васильевна Миллионщикова: начало хосписного движения в России	17
1.4. Концепция и философия хосписов	19
1.5. Вопросы этики	28
1.5.1. Заповеди хосписа	28
1.5.2. Е.С. Введенская. Основные принципы медицинской биоэтики применительно к паллиативной помощи	30
1.5.3. Фредерика де Граф. Могут ли психотерапевт и сопровождающий помочь умирающему перед смертью?	34
1.5.4. Питер Дарнфорд. Раздели этот путь (для тех, кто заботится об умирающих и поддерживает их родственников и близких)	39
1.5.5. Отец Христофор Хилл. Роль безмолвного созерцания в духовной опеке умирающих	48
1.5.6. Духовное завещание Веры Васильевны Миллионщиковой персоналу Первого Московского хосписа	51
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХОСПИСА (на основе опыта зарубежных хосписов и Первого Московского хосписа)	53
2.1. Открытие хосписа. Типовое положение о хосписе (устав хосписа)	53
2.2. Размещение, участок и территория хосписа	62
2.3. Архитектурные особенности проектирования хосписов	67
2.4. Мощность и функциональная структура хосписа	70
2.5. Примерный состав и площадь помещений хосписа	73
2.6. Персонал хосписа	80
2.6.1. А.В. Гнездилов. Проблемы персонала хосписа (из книги «Психология и психотерапия потерь»)	80
2.6.2. Штатное расписание	91
2.7. Службы хосписа	98
2.7.1. Организация работы выездной службы	98
2.7.2. Организация работы стационара	104
2.8. В.С. Козак. Врачебные обходы и конференции	107
2.9. Медицинская документация	112
2.10. Лекарственное обеспечение и расходные материалы	129
2.11. Организационно-методический отдел	141
2.12. Опыт работы с добровольцами Первого Московского хосписа	144

2.12.1	Примерная структура наполнения раздела «Добровольчество» на сайте хосписа	150
2.12.2	Кодекс добровольца	150
2.12.3	Анкета для добровольца	151
2.12.4	Первая встреча с добровольцем	155
2.12.5	Примерная форма соглашения о добровольном сотрудничестве	156
2.12.6	Первый визит в хоспис в качестве добровольца	156
2.12.7	Примерная форма отчетности по работе с добровольцами	165
2.12.8	Примерная форма анкетирования сотрудников хосписа (отзыв о добровольце)	166
2.12.9	Методика работы с волонтерами на базе ОБО «Белорусский детский хоспис»	167
2.13.	Е.С. Введенская. Синдром эмоционального выгорания и его профилактика (из книги «Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца»)	170
ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ И БЛИЗКИХ ПАЦИЕНТА		
3.1.	Один из моих близких неизлечимо болен	176
3.2.	Что такое хоспис?	177
3.3.	Организация ухода и самообслуживания пациента	179
3.4.	Памятка по уходу за тяжелобольным	181
3.5.	Лечение хронического болевого синдрома	184
3.6.	Питание пациента	191
3.7.	Психологическое состояние пациента и релаксация	192
3.8.	Профилактика пролежней	194
3.9.	Дети в семье, где есть тяжелобольной	195
3.10.	Рекомендации близким пациента по посещению его в стационаре	197
3.11.	Брошюра «На пороге смерти»	198
3.12.	Несколько слов митрополита Сурожского Антония для добровольцев и сотрудников Первого Московского хосписа	200
3.13.	Фредерика де Грааф. Человек умер. Как жить дальше? Как пережить утрату?	202
3.14.	Фредерика де Грааф. Есть ли смысл в болезнях?	206
ГЛАВА 4. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ		
4.1.	М. Граусман. Положение паллиативной помощи в регионах России	215
4.2.	Паллиативная помощь в России сегодня (интервью С. Рейтер)	221
ГЛАВА 5. БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ «ВЕРА»		
5.1.	Общая информация о фонде. Основные направления деятельности	253

5.2. Устав фонда	254
5.3. Этический кодекс фонда	273
5.4. Структура фонда	274
5.5. Благотворительные программы фонда	276
5.5.1. Программа «Помощь Первому Московскому хоспису»	276
5.5.2. Программа «Помощь региональным хосписам»	279
5.5.3. Программа «Помощь детям»	283
5.5.4. Программа «Хосписное движение в России»	284
БИБЛИОГРАФИЯ	287
ПРИЛОЖЕНИЯ:	292
1. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи	292
2. Примерные функциональные обязанности медицинского персонала, психолога и социального работника хосписа	358
3. Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа (выдержка из приказа № 541н Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 г.)	484
4. Список хосписов на территории РФ	487
5. Благотворительная поддержка хосписов	506
5.1. Пример письма-обращения за поддержкой хосписа	506
5.2. Основные требования к хосписам, которым оказывается поддержка БФ помощи хосписам «Вера»	507
5.3. Анкета хосписа (в БФ «Вера»).	508
5.4. Форма заявки (в БФ «Вера»)	509
5.5. Форма договора пожертвования	510
5.6. Форма трехстороннего договора	516
6. Перечень нормативных актов, регулирующих деятельность хосписов/паллиативных отделений и деятельность, связанную с оборотом наркотических средств	523