

НОВАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Е.Н. Захаров, заслуженный врач Российской Федерации, **В.И. Сабанов**, проф., **И.В. Островская**, канд. психол. наук
Волгоградский государственный медицинский университет, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: mma.vso.kusd@gmail.com

Представлена модель единого комплекса паллиативной помощи (ПП), над реализацией которой работают волгоградские организаторы здравоохранения и которая в перспективе может стать пилотным проектом по организации ПП в российских городах с населением свыше полумиллиона человек.

Ключевые слова: паллиативная помощь, медсестры, инкурабельные больные.



Паллиативная помощь (ПП) – современное направление общественного здравоохранения, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных путем предупреждения и облегчения их страданий. Этот вид медицинской помощи предусматривает раннее выявление таких больных, тщательную оценку их состояния, купирование боли и лечение других симптомов – как физических, так и моральных. Паллиативная медицина ставит своей целью также психологическую и иную поддержку родственников инкурабельных больных.

Необходимость перемен

Организаторам ПП населению в нашей стране хорошо известен ряд основополагающих приказов Минздрава, регламентирующих оказание такого вида медицинских услуг: Приказ №19 МЗ РФ от 01.02.1991 г. «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода в многопрофильных и специализированных больницах»; Приказ Минздрава РФ №229 от 03.06.2003 г. «О единой номенклатуре государственных и муници-

пальных учреждений здравоохранения»; Приказ Минздравсоцразвития РФ №944н от 03.12.2009 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

Перечисленные документы определяют нормативную базу для создания отдельных учреждений для инкурабельных больных. Однако сегодня, на наш взгляд, пришло время говорить об организации единой системы оказания данного вида медицинских услуг, поскольку в существующем виде ПП является весьма емкой по бюджетным затратам и не всегда дает качественный результат.

Единая структура паллиативной помощи

Предлагается следующая схема системной ПП в Волгограде, которую в дальнейшем можно взять за основу (см. схему).

Как видно из приведенной схемы, в предлагаемую единую систему входят специализированная поликлиника ПП со стационаром в виде дома сестринского ухода (ДСУ) и хоспис. При этом необходимо отметить: хоспис в данной структуре стоит несколько особняком, так как этот вид ПП, входя в систему по функциональному признаку, является наиболее емким по финансовым затратам.

Предполагаемые функции учреждений, включенных в предлагаемую систему, таковы:

1. Специализированная поликлиника ПП с филиалами в районах города предназначена для осуществления постоянного медицинского наблюдения инкурабельных больных и поддерживающего их лечения в домашних условиях, а также для оказания социально-психологической и юридической помощи больным и их родственникам.

В структуру поликлиники входят:

1.1. Выездная служба (включает в себя фельдшерско-сестринские бригады, которые полностью курируют инкурабельного больного, при необходимости направляя на госпитализацию, а также патронируют выписанных больных на дому).

1.2. Служба психологической и социальной помощи.

1.3. Служба юридической поддержки.

1.4. Курсы по уходу за тяжелобольными для родственников.

1.5. Отдел по подготовке кадров по паллиативной медицине.

Важный раздел поликлинической службы – ведение электронной картотеки всех инкурабельных больных, что будет способствовать решению задачи организации своевременной и плановой ПП населению.

2. ДСУ по уходу за тяжелобольными создается при специализированной поликлинике ПП и входит в ее структуру в качестве стационара. ДСУ предполагает оказание ПП онкологическим больным без болевого симптома, а также больным в терминальной стадии любого хронического заболевания (рассеянный склероз, болезни сердечно-сосудистой системы), когда лечение в других лечебных учреждениях уже не дает ощутимых результатов, и прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный.

Уход за больными, доведенный до совершенства, – главная задача ДСУ. Из опыта работы российских хосписов: до половины считавшихся безнадежными больными при хорошем и грамотном уходе встают на ноги, начинают сами за собой ухаживать.

Собственный практический опыт свидетельствует о том, что значительную часть остро нуждающихся в услугах ДСУ составляют сегодня неврологические больные после инсульта. Поскольку данное заболевание начинается остро, больной поступает в стационар, ему там оказывают неотложную помощь, однако максимальный срок пребывания больного с инсультом на больничной койке – 21 день. Что

дальше? Формально больного переводят под наблюдение поликлиники по месту жительства. Однако реально его, нередко парализованного и обездвиженного (полностью или частично), передают родственникам, которые встают перед трудноразрешимой проблемой: кому и как за ним ухаживать? У большинства родственников, тем более работающих, нет для этого ни навыков, ни возможности. Наем сиделки сопряжен с большими расходами. Именно поэтому в современных стационарах нередко возникают различные малозаконные «схемы», при которых больных после инсульта оставляют в лечебном учреждении, бесконечно переводя из отделения в отделение.

Организация ДСУ может помочь решить не только медицинскую проблему, уменьшив число стационарных больных, нуждающихся лишь в уходе, но и целый ряд социальных вопросов, в том числе – подготовку родственников больного к уходу за ним; при этом возможна периодическая госпитализация больного в ДСУ по социальным показаниям.

Примечание. Для специализированных поликлиник и ДСУ не должно существовать проблемы возраста инкурабельного больного. Когда идет речь об оказании ПП исходят только из нуждаемости данного конкретного пациента в медицинском уходе; это отличает ДСУ от гериатрических центров.

3. Хоспис предназначен для оказания ПП онкологическим больным в терминальной стадии с выраженными болевыми симптомами.

Хотелось бы отметить, что системный подход к организации ПП сегодня активно обсуждается с руководством администрации Волгограда.



Экономика как фактор

Для определения экономического эффекта от внедрения единой системы ПП воспользуемся методом сравнения показателей действующих и планируемых организационных структур (см. таблицу).

Как видно из приведенных данных, стоимость койко-дня в Волгоградском хосписе для 1 онкологического больного составляет сегодня порядка 830 руб., стоимость 1 койко-дня в одном из крупнейших стационаров города – в среднем 1400 руб., в ДСУ, по нашим расчетам, – примерно 501 руб., т.е. на 900 руб. меньше, чем в стационаре, и на 330 руб. меньше, чем в хосписе. При этом инкурабельный больной гарантированно получит качественную медицинскую помощь, т.е. при минимизации затрат повышается доступность и качество ПП.

Что касается поликлиники хосписного типа, то предполагаемые затраты на ее деятельность составляют, по нашим подсчетам, 5,6 млн. руб. в год. При этом существующая система медицинской помощи полностью освобождается от вызовов на дом к инкурабельным больным участковыми терапевтами и бригадами скорой медицинской помощи – все эти функции возьмет на себя специализированная поликлиника с филиалами в разных районах города.

Отдельно хотелось бы сказать о финансировании структуры в целом. Хоспис однозначно получает бюджетное финансирование; ДСУ и поликлиника должны быть включены в объемы госгарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, создание единой системы ПП (специализированная поликлиника ПП, ДСУ, хоспис) целесообразно не только с точки зрения организации здравоохранения, поскольку значительно расширит функции ПП и решит проблему медицинской преемственности в лечении инкурабельных больных, но и с точки зрения экономической целесообразности. Единый подход к оказанию ПП на уровне субъекта Федерации даст существенную экономию бюджетных средств, освободив существующую систему здравоохранения от излишних затрат на непрофильных больных, и повысит качество ПП инкурабельным больным и их родственникам.

Кадры решают все!

В заключение хотелось бы отметить следующее. Работа с инкурабельными больными требует специализированной подготовки медицинского персонала. В системе паллиативной медицины должны рабо-

Экономический эффект от работы специализированной поликлиники, ДСУ, хосписа

Показатель	Действующая поликлиника (факт)	Поликлиника хосписного типа + 12 выездных бригад (план)
Затраты в год, тыс. руб.	–	5 588
Вызов на дом, руб.	88	25
Скорая помощь, руб.	906	284

Показатель	ДСУ (факт)	План
Число коек	Аналоги отсутствуют	90
Стоимость 1 койко-дня, руб.		501
Затраты в год, тыс. руб.		15 300

Показатель	Действующий хоспис (факт)	Планируемый хоспис (план)
Число коек	100	30
Стоимость 1 койко-дня, руб.	830	830
Затраты в год, тыс. руб.	38 000	11 400

тать не онкологи, терапевты, невропатологи, а сертифицированные врачи паллиативной медицины. Такую же качественную и отдельную подготовку необходимо будет проходить всему остальному медперсоналу – от медсестер до санитарок.

При этом специалисты должны отбираться на учебу только по желанию и при условии 3-месячного испытательного срока в системе паллиативной медицины с характеристикой по его результатам.

Рекомендуемая литература

Голикова Т.А. О разработке и принятии региональных программ модернизации здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2010; 1.

Хосписы. Сборник материалов: литературный обзор, рекомендательные, информационные и справочные материалы. Составители: Миллионщикова В.В. (отв. ред.), Лапанов П.Н., Полишкис С.А. (Библиотека журнала «Качество медицинской помощи»). – М.: Грантъ, 2003.

A NEW FORM OF ORGANIZING PALLIATIVE CARE TO THE POPULATION

E.N. Zakharov, Honored Physician of the Russian Federation; Prof. V.I. Sabanov; I.V. Ostrovskaya, Cand. Psychol. Sci.

Volgograd State Medical University

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper describes a model of a uniform suite of palliative care (PC) whose implementation involves Volgograd health administrators and may become a pilot PC organizing project in Russian cities with populations of above half a million people.

Key words: palliative care, nurses, incurable patients.