



Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИАТИВНАЯ И ХОСПИСНАЯ

помощь





Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта

«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»







VIII Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Центральный федеральный округ, г. Ярославль (гибридный формат: очно + онлайн)

март

Северо-Кавказский федеральный округ, г. Пятигорск (гибридный формат: очно + онлайн)

апрель

Сибирский федеральный округ, г. Новосибирск

(гибридный формат: очно + онлайн)

май

Северо-Западный федеральный округ, г. Петрозаводск

(гибридный формат: очно + онлайн)

сентябрь

Уральский федеральный округ, г. Сургут (гибридный формат: очно + онлайн)

Конференции

19-20 октября

IX ежегодная конференция с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»,

Москва

29-30 ноября

IX ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», Москва

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте www.pro-hospice.ru и в информационной рассылке.
Подписаться на рассылку новостей можно на нашем сайте
или заполнив анкету у представителей ассоциации на мероприятиях.

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи – некоммерческая организация, объединяющая специалистов, пациентов и их родственников, а также медицинские, благотворительные и пациентские организации.

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте www.pro-hospice.ru

2023

Pallium: паллиативная и хосписная помощь

Pallium: palliative and hospice care

Российский научно-практический журнал

Вступительное слово	Opening remarks
Джули Линг, консументации специалист го паллиативной помощи, выропейское региональное бюро ВОЗ	Dr Julie Ling, Consultant Technical Advisor on Palliative Care Health workforce and service delivery Unit Division of Country Health Policies and Systems WHO Regional Office for Europe
Нюта Федермессер, циректор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы, член Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной фере, учредитель благотворительного фонда помощи хосписам Вера», учредитель и член правления Ассоциации профессиональных гчастников хосписной помощи, член центрального штаба ОНФ, пвтор проекта ОНФ «Регион заботы»	Nyuta Federmesser, director of the Moscow multidisciplinary palliative care center of the Moscow Department of health, member of the Council under the Government of the Russian Federation on issues of guardianship in the social sphere, founder of the charitable «Vera» hospice charity foundation, founder and board member of the hospice care professionals Association, member of the central headquarters of the All-Russian people's front, author of the All-Russian people's front project «Region of Care»
Диана Невзорова, лавный редактор5	Diana Nevzorova, editor-in-chief
Международный опыт	International experience
Дэвид Кларк, Карлос Центеньо, Дэвид Клелланд, Эдуардо Гарральда, Хесус Лопес-Фидальго, Джулия Даунинг, Кериан Варгезе, Стивен Коннор Атлас мира по паллиативной помощи. ГЛАВА 4 Как в мире развиваются службы паллиативной помощи для покрытия неудовлетворенной потребности в помощи?	David Clark, Carlos Centeno, David Clelland, Eduardo Garralda, Jesús López-Fidalgo, Julia Downing, Cherian Varghese, Stephen Connor Global Atlas of Palliative Care (2nd Edition). Chapter 4 How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care?
Организация оказания паллиативной медицинской помощи	Organization of palliative care
Боева В.А.	Boeva V.A.
очеви Б.А. Вопросы лицензирования медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи	Issues of licensing of medical activities in the provision of palliative care
Елистратова И.Н. Опыт формирования эффективной системы оплаты труда иедицинских работников при оказании паллиативной медицинской помощи в ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС»	Elistratova I.N. Experience in the organization of an effective system of remuneration of medical workers in the provision of palliative care in the Ulyanovsk Regional Hospice
Гехнологии паллиативной медицины	Palliative medicine technologies
Мычко Д.Д., Мычко О.В., Сильченко В.С., Межуева Т.И. Применение паллиативной лучевой терапии у пациентов с онкологической патологией	Mychko D.D., Mychko O.V., Silchanka V.S., Mezhueva T.I. The usage of palliative radiation therapy in cancer patients
Парина О.Д., Рудомётова Ю.Ю., Беспалова В.В. Погопедическая помощь паллиативным пациентам заболеваниями центральной нервной системы	Larina O.D., Rudometova Yu.Yu., Bespalova V.V. Speech therapy for palliative patients with central nervous system diseases
Сестринские технологии	Nursing technologies
Фролова О.М. Роль старшей медицинской сестры в работе отделения паллиативной медицинской помощи37	Frolova O.M. The role of head nurse in the work of palliative care department
Нормативно-правовое регулирование оборота наркотических средств	Regulatory and legal regulation of circulation of narcotic drugs
Кудрина О.Ю., Малькова М.Н. Пицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ: современные положения47	Kudrina O.Yu., Malkova M.N. Licensing of activities related to the circulation of narcotic drugs and psychotropic substances: current provisions
Межведомственное взаимодействие	Interdepartmental interaction
Богдан И.В., Хлынин А.П. Образ паллиативной медицинской помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ	Bogdan I.V., Khlynin A.P. Image of palliative care in social media and digital mass media59
Повалихина А.Е. Социально-правовое консультирование сотрудников некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере паллиативной помощи. Опыт благотворительного фонда помощи хосписам «Вера»	Povalikhina A.E. Social and legal consulting for employees of non-profit organizations, operating in the field of palliative care An experience of the VERA Hospice Charity Fund
Миронченко М.Н., Важенин А.В., Кузнецова А.И. К юбилею академика РАН Важенина Андрея Владимировича Основные этапы развития службы паллиативной медицинской помощи в Челябинской области	Mironchenko M.N., Vazhenin A.V., Kuznetsova A.I. To the anniversary of Andrei Vazhenin, Academician of the Russian Academy of Sciences The main stages of development of the palliative care service in the Chelyabinsk region
Сестринский уход	Nursing care
Котельникова О.В. Этвлекающие техники в работе медицинской сестры71	Kotelnikova O.V. Distraction techniques in nurse's work71
Инновационные технологии	Innovative technologies
Уборка в один шаг74	Cleaning in one step

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Заместитель главного редактора

Сидоров Александр Вячеславович – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Редакционная коллегия

Абузарова Гузаль Рафаиловна – д. м. н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России,

Авдеев Сергей Николаевич – д. м. н., академик РАН, проректор по научной работе, заведующий кафедрой пульмонологии ИКМ им. Н.В. Склифосовского, директор НМИЦ по профилю пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Арутюнов Григорий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, Москва

Батышева Татьяна Тимофеевна – д.м.н., профессор, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации, Москва

Белобородова Александра Владимировна -

к.м.н., зам.руководителя аккредитационно-симуляционного центра Института электронного медицинского образования, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии Института профессионального образования, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Бойцов Сергей Анатольевич – д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России, Москва

Важенин Андрей Владимирович – д.м.н., профессор, академик РАН, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Уральского государственного медицинского университета, главный радиолог УрФО, Челябинск

Визель Александр Андреевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, член Российского и Европейского респираторных обществ (ERS), Научного медицинского общества фтизиатров и Всемирной ассоциации по саркоидозу (WASOG), главный внештатный специалист-эксперт пульмонолог Минздрава Республики Татарстан, Казань

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, академик РАН, профессор, член президиума ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, Москва

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный редактор журнала «Суицидология», Тюмень

Каракулина Екатерина Валерьевна – к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела **Министерства здравоохранения РФ, Москва**

Кононова Ирина Вячеславовна – к. м.н., заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

Консон Клавдия – к.м.н., главный специалист отдела контроля Фонда международного медицинского кластера, Москва

Костюк Георгий Петрович – д.м.н., профессор, главный врач психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Кумирова Элла Вячеславовна – д. м.н., заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва

Куняева Татьяна Александровна – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», главный специалист-терапевт Минздрава Республики Мордовия, Саранск

Любош Соботка – профессор, доктор медицины, Клиника метаболической коррекции и геронтологии при медицинском факультете Карлова Университета в г. Градец Кралове (Чешская Республика), председатель Чешской ассоциации парентерального и энтерального питания, член совета по образованию Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания

Насонов Евгений Львович – д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой ревматологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный ревматолог Минздрава России, научный руководитель НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Осетрова Ольга Васильевна – главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной медицинской помощи в Приволжском федеральном округе, главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис», Самара

Падалкин Василий Прохорович – Д. м. н., профессор, Москва

Поддубная Ирина Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д.м.н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, Москва

Поляков Владимир Георгиевич – д.м.н., профессор, академик РАН, советник директора НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Сизова Жанна Михайловна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), директор Методического центра аккредитации специалистов, Москва

Старинский Валерий Владимирович – д.м.н., профессор, руководитель Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист онколог ЦФО, член президиума правления Ассоциации онкологов РФ, заместитель председателя Московского онкологического общества, Москва

Ткачева Ольга Николаевна – д.м.н., профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, главный внештатный гериатр Минздрава России, Москва

Ткаченко Александр Евгеньевич – протоиерей, основатель первого в России детского хосписа, член Общественного совета при Минздраве России, председатель комиссии Общественной палаты РФ по вопросам благотворительности, гражданскому просвещению и социальной ответственности, Санкт-Петербург

Умерова Аделя Равильевна – д.м.н, руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, Астрахань

Фомин Виктор Викторович - член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор, проректор по инновационной и клинической деятельности, заведующий кафедрой факультетской терапии № 1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Ян Пресс – заведующий отделением гериатрии университетской больницы Сорока, заведующий кафедрой по развитию хосписа и паллиативной помощи Университета Бен Гуриона, руководитель отдела амбулаторной гериатрии того же университета (Беер-Шева, Израиль)

В последние два года я выступала на российской (врачебной) конференции по паллиативной помощи в онлайн-формате и каждый раз была впечатлена уровнем участия и энтузиазмом. Работа, проведенная

в России для развития паллиативной помощи, достойна восхищения, и развитие это широкомасштабно и дотягивается до самых отдаленных уголков по всей стране. Свидетельством чему является настоящее издание – журнал «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», посвященный различным аспектам оказания паллиативной помоши.

В течение нескольких десятилетий в России развивалась хосписная и паллиативная помощь [1]. Как и во многих

других странах, несмотря на эти достижения, многие люди (все еще) не получают необходимой им помощи [2]. Всемирная организация здравоохранения рекомендует рассматривать паллиативную помощь неотъемлемой частью всеобщего охвата услугами здравоохранения, тем самым сделав ее более доступной для всех [3]. В недавней публикации, описывающей результаты международного консенсуса в отношении передовой практики ухода за умирающими, говорится о необходимости дать людям возможность умереть без боли, с достоинством, в выбранном ими месте [4]. Все эти потребности кажутся такими простыми, что службы здравоохранения должны бы быть в состоянии обеспечить их. И тем не менее во многих странах опыт в этом отношении очень разный [2].

История развития паллиативной помощи в России показывает очевидный прогресс, который был достигнут и продолжает движение вперед. Взгляд в прошлое на то, как развивались службы паллиативной медицинской помощи, всегда полезен при стратегическом планировании будущего развития. Изучение нашего опыта часто является ценной задачей.

Всемирная организация здравоохранения предлагает как один из способов улучшить доступ к паллиативной помощи – включить ее в систему здравоохранения и, в частности, в систему первичной медико-санитарной помощи [5]. Паллиативная помощь взрослым и детям различна, но в то же время имеет некоторые сходства. Многие родители

выражают желание ухаживать за своим ребенком дома, но с поддержкой педиатрической паллиативной помощи. Опыт фонда помощи хосписам «Вера» показывает потребность родственников, меди-

цинских и немедицинских работников в обучении различным аспектам такой поддержки. Описание опыта предоставления услуг в одном регионе может быть полезно для специалистов, оказывающих аналогичные услуги в других регионах. Так, доктор Елистратова тщательно описала методы стимулирования и вдохновения сотрудников, работающих в хосписе в Ульяновске.

Мы поздравляем паллиативное сообщество и Министерство здравоох-

ранения России с утверждением новых клинических рекомендаций по хроническому болевому синдрому у взрослых. Боль остается одним из наиболее недооцененных симптомов. Публикация рекомендаций действительно изменит ситуацию, предоставив врачам и специалистам инструменты для облегчения страдания людей.

Благодарю Диану Невзорову за предоставленную мне возможность представить это издание журнала. Спектр статей и тем, включенных в журнал, впечатляет и демонстрирует огромный объем работы, которая ведется в области паллиативной помощи в России. Отдельное спасибо Анастасии Устиновой за помощь в подготовке этого материала.

Джули Линг, консультант, технический специалист по паллиативной помощи, Европейское региональное бюро ВОЗ

Литература

- 1. https://ehospice.com/international_posts/new-government-action-plan-to-improve-palliative-care-in-russia/
- 2. http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care
- $3.\ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf$
- 4. McGlinchey T., Early R., Mason S. et al. Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. Palliative Medicine. 2023;0(0). doi:10.1177/02692163231152523
- 5. WHO (2018) Integrating palliative care and Symptom relief in to primary care https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1

Это первый в 2023 году номер прекрасного, человечного и профессионального журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». Мне впервые доверено написать тут колонку. Это большая честь.

Паллиативная помощь в России существует уже примерно 30 лет. Но самые значимые изменения в этой сфере произошли после принятия федераль-

ного закона о паллиативной помощи в 2019 году. И после выделения ежегодной федеральной субсидии. По расчетам, основанным на модели ВОЗ, ежегодно в такой помощи у нас в стране нуждаются более 1 млн человек. Всем ли мы помогаем? Всех ли видим?

Сегодня паллиативная помощь — это та область медицины, отрицать необходимость и потребность в которой уже никому не придет в голову. И медицинские работники, и пациенты уже давно знают и понимают,

что в конце жизни каждый человек имеет право на сохранение человеческого достоинства и что именно паллиативная помощь призвана это достоинство обеспечить. Никто в России сегодня уже не спорит с тем, что качественная паллиативная помощь состоит не только из медицинской, но и социальной, психологической, юридической и духовной поддержки. Право на такую помощь имеет пациент и его семья, и право это законодательно закреплено в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан».

В российском обществе уже ни у кого не возникает вопросов о праве человека на обезболивание, и как же приятно и важно знать, что и я приложила к этому руку. Всем известно (хотя правило это все еще слишком часто нарушается), что хоспис и любое другое учреждение, где оказывают паллиативную помощь, обязательно должно оставаться открытым для посещений 24 часа в сутки 7 дней в неделю и соответствовать заповедям хосписа.

Сегодня задачи людей, которые занимаются паллиативной помощью, кардинальным образом изменились – нам больше не нужно доказывать свое право на жизнь. Теперь надо приводить разросшуюся инфраструктуру в соответствие с международными стандартами. Это долгая кропотливая работа, требующая научного подхода. Это разработка стандартов, КПЭ, СОПов, пересмотр и анализ статистических данных, контроль качества помощи, а значит,

разработка критериев качества. Как говорила моя мама – Вера Миллионщикова, дел у нас вагон и маленькая тележка.

Необходимо выстраивать работу с теми категориями пациентов, до которых в нашей стране паллиативная помощь, к сожалению, не доходит вовсе... Ведь то, как оказывается, а точнее,

НЕ оказывается паллиативная помощь детям с тяжелыми множественными нарушениями развития, проживающим в домах-интернатах и прочих учреждениях соцзащиты, – это катастрофа! Там нет ни обезболивания, ни грамотных врачей по паллиативной помощи. Выездные службы туда практически не добираются. Одна из самых страшных вещей – это то, что дети признаются нуждающимися в паллиативной помощи в результате крайнего истощения. Отсутствие правильного питания и нехватка ухаживающего персонала

приводят к преждевременной и тяжелой смерти сотен детей и молодых взрослых в интернатах по всей стране. Понимаете? Это очень стыдно признавать, но да, в 2023 году в России дети-сироты оказываются в состоянии, когда им нужна паллиативная помощь банально из-за того, что они годами недоедают.

Важные и интересные и с научной, и с законотворческой точек зрения аспекты паллиативной помощи, о которых пора начинать думать, – это помощь женщинам, вынашивающим ребенка с тяжелыми пороками развития, которые приняли решение сохранить беременность и родить; помощь тяжелобольным и умирающим людям в местах лишения свободы; помощь в конце жизни пациентам с туберкулезом, ВИЧ. Сегодня их почти нет среди наших пациентов. Еще одна болезненная для медицины тема – паллиативная помощь людям с психическими заболеваниями на завершающей стадии болезни Альцгеймера, Паркинсона, старческой деменции. В эту сторону паллиативной помощи еще только предстоит развиваться.

Все это – важные составляющие большой работы по организации помощи человеку в конце жизни. Но надо учиться и учить. И пора уже начинать. Пожалуйста, давайте помнить, что у нас нет права на то, чтобы расслабиться и думать, что мы все сделали. Работы впереди еще очень много – вагон и маленькая тележка.

Нюта Федермессер,

директор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы, член Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере, учредитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера», учредитель и член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, член центрального штаба ОНФ, автор проекта ОНФ «Регион заботы»

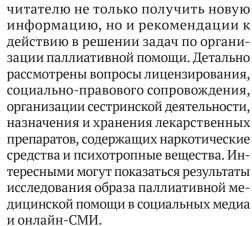
Уважаемые читатели!

Приветствую Вас на страницах первого в этом году номера ежеквартального российского научно-практического журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь», посвященного отдельным аспектам организации оказания паллиативной

медицинской помощи. Важность такой тематики номера продиктована активными процессами совершенствования системы оказания паллиативной медицинской помощи на пути повышения качества жизни наших пациентов, а также роста удовлетворенности ее доступностью, обеспечением лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, а также медицинскими изделиями для использования на дому. Несмотря на то что паллиативная помощь зароди-

лась в нашей стране уже более 30 лет назад, особый толчок ее развитию дали изменения Федерального закона № 323-Ф3 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», выделившие ее в отдельный вид медицинской помощи. Так, за 11 лет количество коек паллиативной медицинской помощи и выездных патронажных бригад увеличилось более чем в 12 и 20 раз соответственно. А изменения 2019 года позволили совершенствовать новые для российского здравоохранения технологии респираторной поддержки на дому, межведомственного взаимодействия и иные современные направления, позволяющие реализовать право пациента на жизнь без страдания, несмотря на неизлечимое заболевание. Важные и сложные задачи стоят сейчас перед организаторами здравоохранения и лицами, принимающими решение, в части организации системы учета пациентов, для обеспечения их помощью с момента появления потребности не только в медицинских услугах, но и в мерах социальной поддержки, в части своевременного обеспечения нуждающихся больных необходимыми медицинскими изделиями и лекарственными препаратами.

Номер, который Вы держите сейчас в руках, - первый номер серии выпусков нашего журнала, посвященной организационным аспектам паллиативной помощи. Авторы вошедших в номер статей представляют научно и нормативно обоснованные данные, позволяющие



Несомненный интерес должна вызвать представленная в номере отдельная глава 2-го издания Атласа мира по паллиативной помощи, посвященная вопросу, как в мире развиваются службы паллиативной помощи для покрытия неудовлетворенной потребности. Атлас является результатом труда большого количества специалистов по паллиативной помощи в разных странах мира, которых объединил всемирный альянс паллиативной и хосписной помощи. Атлас переведен фондом помощи хосписам «Вера» в 2023 году и скоро будет доступен широкому кругу читателей.

Уважаемые коллеги, я благодарю вас за возможность быть с вами на страницах нашего журнала и чувствовать себя в одной команде с самыми добрыми и внимательными специалистами нашей страны. Паллиативная медицинская помощь как одно из самых гуманных направлений здравоохранения объединяет неравнодушных и ответственных людей, которые не могут пройти мимо чужой боли.

Берегите себя и своих близких.

С уважением и признательностью к Вашему труду, дорогие коллеги,

Диана Невзорова,

главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, кандидат медицинских наук

Атлас мира по паллиативной помощи

2-е издание

Лондон, Соединенное Королевство, 2020 г. Публикуется с разрешения правообладателя

ГЛАВА 4

Как в мире развиваются службы паллиативной помощи для покрытия неудовлетворенной потребности в помощи?

Дэвид Кларк, Карлос Центеньо, Дэвид Клелланд, Эдуардо Гарральда, Хесус Лопес-Фидальго, Джулия Даунинг, Кериан Варгезе, Стивен Коннор

Справляться с огромной неудовлетворенной потребностью в паллиативной помощи было очень сложной задачей. В течение более 50 лет, прошедших с момента открытия в Соединенном Королевстве хосписа Св. Христофора, наблюдался медленный, но неуклонный рост числа программ, помогающих людям с жизнеугрожающими заболеваниями. В настоящее время во всем мире насчитывается около 25 тыс. хосписов или отделений паллиативной помощи. Параллельно с развитием служб, как показано в главе 3, необходим доступ к образованию по паллиативной помощи и в то же время – доступ к основным препаратам паллиативной помощи.

Одним из способов отслеживать рост паллиативной помощи во всем мире является разработка системы картирования развития паллиативной помощи в каждой стране. Эта работа была впервые опубликована в 2006 г. Райтом, Линчем и Кларком (Wright, Lynch, Clark) [1]. Они измерили развитие паллиативной помощи во всех странах мира и классифицировали каждую из них, используя типологию из 4 групп, отражающую уровни развития хосписно-паллиативной помощи по всему миру: нет данных о хосписно-паллиативной деятельности (страны 1-й группы); деятельность по наращиванию потенциала (страны 2-й группы); отдельные центры оказания паллиативной помощи (страны 3-й группы); страны, в которых службы хосписно-паллиативной помощи достигли определенного уровня интеграции в основную систему здравоохранения (страны 4-й группы).

Из этой ранней работы стало ясно, что ранжирование выиграет от уточнения, и метод категоризации также можно сделать более надежным. Чтобы обновить первоначальные данные, а также решить проблемы с определениями и методологией, картирование 2006 г. вновь было проведено в 2011 г. с некоторыми новыми критериями. Были внесены изменения в критерии для уровней развития паллиативной помощи в группах 3 и 4, и каждая из них подразделена на 2 дополнительных уровня категоризации (группы 3а и 3b / 4а и 4b). Результаты этого исследования (Линч, Коннор и Кларк (Lynch, Connor and Clark), 2013) [2] использовались при подготовке 1-го издания настоящего атласа. Теперь, после дальнейшей

методологической доработки, в этой главе использованы результаты 3-го исследования, основанные на данных от 2017 г. (Бауэр и соавт., 2019; Кларк и соавт., 2020 (Bauer et al., 2019; Clark et al., 2020)) [3, 4], чтобы показать изменения и улучшения возможностей паллиативной помощи для оказания помощи во всеми мире [5].

Карта уровней развития паллиативной помощи: глобальное обновление 2017 г. [6]

.....

Здесь мы докладываем о глобальной программе работы по мониторингу уровня развития паллиативной помощи в течение более 10 лет, начиная с 2006 г. [7], далее 2011 г. [8] и теперь обновленный отчет 2017 г. Эти исследования внесли значительный вклад в адвокацию, планирование и мониторинг паллиативной помощи во всем мире. В 2014 г. 2-е исследование сформировало ключевой аспект доказательной базы для 67-й резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения, эту резолюцию поддержали все государства-члены. Одной из целей исследования было улучшить качество дизайна исследования на каждом шагу с учетом опубликованных отзывов [9, 10], одновременно с представлением развернутого анализа глобального развития паллиативной помощи со временем.

У третьего исследования, основанного на данных 2017 г., было три цели. Первая – это распределить каждую территорию в одну из 6 категорий развития паллиативной помощи при помощи онлайн-опроса внутристрановых экспертов, которых просили предоставить данные по паллиативной помощи в их стране. Вторая – отследить изменения категории со временем путем сравнения результатов двух предыдущих исследований с данными 2017 г. Третья – улучшить использованную методологию путем создания и применения 10 определенных индикаторов развития паллиативной помощи и алгоритма для классификации вместе с дальнейшим статистическим тестированием.

Категоризация развития паллиативной помощи, 2017 г., N = 198

Страны первой группы

Нет данных о хосписно-паллиативной деятельности в стране. Хотя было невозможно выявить деятельность паллиативной помощи в этой группе стран, признаемся, что могут быть случаи, когда, невзирая на все старания, проводимую деятельность не удалось распознать.

Таблица 1 Страны, в которых нет известной хосписно-паллиативной деятельности

Категория 1 Нет данных о деятельности паллиативной помощи	Африка	Гвинея-Бисау*, Кабо-Верде, Коморские Острова, Конго, Лесото, Мали, Сейшельские Острова, Центрально-Африканская Республика, Чад, Южный Судан	
47 стран (24%) 235 млн человек (3,1% населения мира)	Северная и Южная Америка	Антигуа и Барбуда, Гайана, Гренада*, Доминика*, Куба, Сент-Вин- сент и Гренадины*, Сент-Китс и Невис*, Сент-Люсия, Суринам*	
	Восточное Средиземноморье	Джибути, Ирак, Йемен, Сирия*, Сомали, Сомалиленд	
	Европа	Андорра, Ватикан, Косово*, Монако, Сан-Марино*, Туркменистан, Черногория	
	Юго-Восточная Азия	Бутан, Мальдивские острова*, Северная Корея, Тимор-Лешти	
	Западно- Тихоокеанский регион	Бруней, Вануату*, Кирибати, Лаос, Маршалловы Острова, Микронезия*, Науру*, Палау*, Соломоновы Острова*, Тонга, Тувалу*,	

^{*}Страны, помещенные в категорию 1, поскольку не удалось выявить контактных лиц для проведения исследования.

Страны второй группы

Деятельность по наращиванию потенциала. Страны из этой категории показывают признаки широкомасштабных инициатив по созданию организационного, кадрового и политического потенциала для развития паллиативной помощи, хотя сама служба еще не создана.

Мероприятия по развитию включают посещение или организацию соответствующих конференций, внешнее обучение персонала, лоббирование паллиативной помощи среди лиц, принимающих решения, и в министерствах здравоохранения, подготовка планов развития службы.

Таблица 2 Страны, находящиеся на этапе накопления ресурсов для развития паллиативной помощи

Категория 2 Накопление ресурсов для развития паллиативной помощи 13 стран (7%) 126 млн человек (1,7% населения мира)	Африка	Ангола, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Либерия, Сан-Томе и Принсипи, Экваториальная Гвинея, Эритрея
	Северная и Южная Америка	Багамские Острова, Гаити
	Восточное Средиземноморье	Объединенные Арабские Эмираты
	Европа	Узбекистан
	Юго-Восточная Азия	-
	Западно-Тихоокеанский регион	Самоа

Страны третьей группы

За) Изолированное оказание паллиативной помощи. Страны из этой группы характеризуются: наличием разрозненных инициатив по паллиативной помощи, которые не получают достаточной поддержки; источниками финансирования, которые зачастую сильно зависят от доноров; ограниченной доступностью морфина; небольшим количеством служб паллиативной помощи, чьих ресурсов недостаточно в соотношении с численностью населения.

3b) Всеобщее оказание паллиативной помощи. Страны из этой категории характеризуются: развитием деятельности паллиативной помощи в нескольких пунктах с ростом местной поддержки в этих областях; финансированием, которое поступает из различных источников; доступностью морфина; наличием нескольких паллиативных служб от различных поставщиков; инициативами по обучению и образованию в хосписах и организациях паллиативной помощи.

Таблица 3 Страны с изолированным оказанием паллиативной помощи

Категория За Изолированное оказание паллиативной помощи	Африка	Алжир, Бенин, Ботсвана, Гана, Гвинея, Демократическая Республика Конго, Камерун, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Руанда, Сенегал, Сьерра- Леоне, Танзания, Того, Эфиопия	
65 стран (33%) 3597 млн человек (47,7% населения мира)	Северная и Южная Америка	Боливия, Венесуэла, Гватемала, Гондурас, Доминиканская Республика, Никарагуа, Парагвай, Перу, Тринидад и Тобаго, Эквадор, Ямайка	
Восточное Средиземноморье		Афганистан, Бахрейн, Египет, Иран, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Пакистан, Палестина, Судан, Тунис	
	Европа	Азербайджан, Армения, Босния и Герцеговина, Греция, Киргизия, Молдавия, Таджикистан, Турция, Хорватия, Эстония	
	Юго-Восточная Азия	Бангладеш, Индия, Индонезия, Мьянма, Непал, Шри-Ланка	
	Западно- Тихоокеанский регион	Вьетнам, Камбоджа, Малайзия, Папуа – Новая Гвинея, Фиджи, Филиппины	

Таблица 4 Страны со всеобщим оказанием паллиативной помощи

Категория 3b	Африка	Гамбия, Замбия, Кения	
Всеобщее оказание паллиативной помощи 22 страны (11%) 426 млн человек (5,7% населения мира) Северная и Южная Америка		Белиз, Бразилия, Колумбия, Панама, Эль-Сальвадор	
	Восточное Средиземноморье	Иордания, Катар, Оман, Саудовская Аравия	
	Европа	Албания, Белоруссия, Болгария, Кипр, Люксембург, Македония, Мальта, Сербия, Словения, Финляндия	
	Юго-Восточная Азия	-	
	Западно-Тихоокеанский регион	-	

Страны четвертой группы

4а) Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь находятся на стадии предварительной интеграции в систему здравоохранения. Страны из этой группы характеризуются: развитием критической массы деятельности по паллиативной помощи в ряде регионов; разнообразием поставщиков паллиативной помощи и видов услуг; осведомленностью о паллиативной помощи со стороны медицинских работников и местных сообществ; действующей стратегией паллиативной помощи, которая проходит регулярную оценку; доступностью морфина и некоторых других сильнодействующих обезболивающих препаратов; наличием некоторого влияния паллиативной помощи на государственную политику; наличием значительного количества образовательных программ и мероприятий, которые реализуются различными организациями; существованием национальной ассоциации паллиативной помощи.

4b) Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь находятся на стадии продвинутой интеграции в систему здравоохранения. Страны

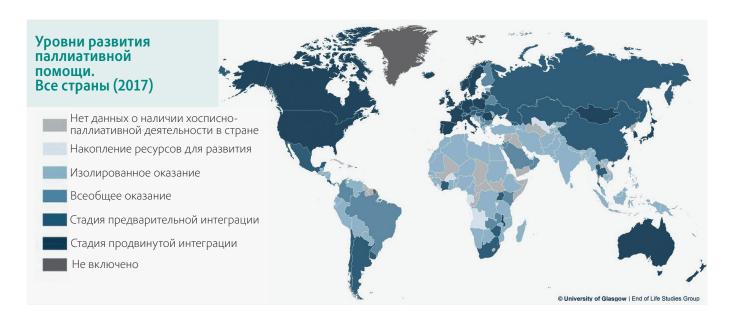
из этой группы характеризуются: развитием критической массы деятельности паллиативной помощи во многих регионах; комплексным предоставлением всех видов паллиативной помощи несколькими поставщиками услуг; широкой осведомленностью о паллиативной помощи в медицинском сообществе, на местах и обществе в целом; действующей и регулярно обновляемой стратегией паллиативной помощи; неограниченной доступностью морфина и самых сильнодействующих обезболивающих препаратов; наличием существенного влияния паллиативной помощи на политику; наличием клинических рекомендаций по паллиативной помощи; наличием признанных образовательных центров и научных связей с университетами, подтверждающими включение паллиативной помощи в соответствующие учебные планы; существованием национальной ассоциации паллиативной помощи, которой удалось добиться существенных результатов.

Таблица 5 Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь находятся на стадии предварительной интеграции в систему здравоохранения

интегроции в систему эдр	овоокронения	
Категория 4а	Африка	Зимбабве, Кот-д'Ивуар, Уганда, Южная Африка
Паллиативная помощь на стадии предварительной интеграции Северная и Южная Америка		Аргентина, Мексика, Уругвай, Чили
21 страна (11%)	Восточное Средиземноморье	-
2 083 млн человек (27,6% населения мира)	Европа	Австрия, Грузия, Венгрия, Казахстан, Латвия, Россия, Словакия, Украина, Чехия, Швейцария
	Юго-Восточная Азия	Таиланд
	Западно- Тихоокеанский регион	Китай, Сингапур

Таблица 6 Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь находятся на стадии продвинутой интеграции в систему здравоохранения

Категория 4Ь	Африка	Малави, Свазиленд	
Паллиативная помощь на стадии продвинутой	Северная и Южная Америка	Барбадос, Канада, Коста-Рика, США	
интеграции 30 стран (15%) 1074 млн человек (14,2% населения мира)	Восточное Средиземноморье	-	
	Европа	Бельгия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Литва, Лихтенштейн, Монголия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Соединенное Королевство, Франция, Швеция	
	Юго-Восточная Азия	_	
	Западно- Тихоокеанский регион	Австралия, Новая Зеландия, Южная Корея, Япония	



Заключение и выводы

Паллиативная помощь получает все большее распространение в разных странах мира, а сама она закреплена в политических обязательствах высокого уровня, но предоставление услуг, поддерживающая политика, образование и финансирование несоизмеримы с быстро растущими потребностями. Количество (проценты) стран на каждом из уровней развития было следующим:

- 1) нет данных о наличии хосписно-паллиативной деятельности в стране 47 стран (24%);
- 2) накопление ресурсов для развития 13 стран (7%);
 - 3а) изолированное оказание 65 стран (33%);
- 3b) всеобщее оказание паллиативной помощи 22 страны (11%);
- 4а) предварительная интеграция в систему здравоохранения 21 страна (11%);
 - 4b) продвинутая интеграция 30 стран (15%).

Уровни развития значимо коррелируют с группами доходов Всемирного банка (r_s = 0,4785), всеобщим охватом услугами здравоохранения (r_s = 0,5558) и индексом развития человеческого потенциала (r_s = 0,5426) при р < 0,001. Чистое улучшение в период с 2006 по 2017 г.: число стран в категориях 1 и 2 уменьшилось на 32, в категориях 3 а и 3b – увеличилось на 16 и в категориях 4 а и 4b – увеличилось на 17.

Самый высокий уровень паллиативной помощи доступен только для 14% населения мира, в основном в странах Европы. К 2060 г. прогнозируется глобальное увеличение на 87% серьезных страданий, связанных с состоянием здоровья, которые могут быть купированы за счет паллиативной помощи. В связи с растущими потребностями паллиативная помощь не достигает уровня, необходимого как минимум половине населения мира.

Литература

- 1. Gruzden C.R., Richardson L.D., Johnson P.N. et al. Emergency department initiated palliative care in advanced cancer: A randomized clinical trial. JAMA Oncol, 2016; 2(5):591-598.
- 2. Lynch T., Connor S., Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. J Pain Symptom Manage, 2013; 45(6): 1094-1106. (doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011).
- 3. Baur N., Centeno C., Garralda E., Connor S., Clark D., Recalibrating the 'world map' of palliative care development, Wellcome Open Research, 2019; 4:77. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15109.2.
- 4. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., Lopez-Fidalgo J., Connor S. & Centeno C., Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 countries: The Situation in 2017, J Pain Symptom Mgmt, 2020; 59(4):794-807.
- 5. Clelland D., van Steijn D., Macdonald M.E., Connor S., Centeno C. & Clark D. Global development of children's palliative care: The picture in 2017. Wellcome Open Research, 2020. https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-99.
- 6. Wright M., Wood J., Lynch T., Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view, Journal of Pain and Symptom Management, 2008, 35(5): 469-85.
 - 7. Lynch T., Connor S. and Clark D., 2013.
- 8. Loucka M., Payne S., Brearley S. et al. How to measure the international development of palliative care? A critique and discussion of current approaches. J Pain Symptom Manage, 2013; 47(1):154–165. 23770077 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.013.
- 9. Timm H., Vittrup R. Mapping and comparison of palliative care nationally and across nations: Denmark as a case in point, Mortality, 2013; 18(2):116–129. 10.1080/13576275.2013.786034
 - 10. Knaul et al., 2017.

© Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020 © Перевод на русский язык: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2023

Вопросы лицензирования медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи

Боева В.А.

Боева Виктория Александровна – заместитель начальника Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Адрес: г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1. Тел. 8–499–578–01–24. E-mail: BoevaVA@roszdravnadzor.gov.ru

Аннотация

Лицензирование медицинской деятельности при осуществлении паллиативной медицинской помощи осуществляется в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан. Соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям является необходимым условием для предоставления лицензии, их соблюдение лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности. Снижение административной нагрузки со стороны лицензирующих органов при получении лицензии на осуществление медицинской деятельности, направленное на упрощение получения различного рода разрешений.

Ключевые слова: лицензирование медицинской деятельности, паллиативная медицинская помощь, Росздравнадзор.

Abstract

Licensing of medical activities in the implementation of palliative care is carried out in order to prevent damage to the rights, legitimate interests, life or health of citizens.

Compliance of the license applicant with the licensing requirements is a necessary condition for granting a license, their compliance by the licensee is mandatory when carrying out the licensed type of activity.

Reducing the administrative burden on the part of licensing authorities when obtaining a license to carry out medical activities, aimed at simplifying the receipt of various types of permits. **Keywords:** licensing of medical activities, palliative care, Federal Service for Surveillance in Healthcare.

В соответствии с частью 1 статьи 15 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочие по лицензированию медицинской деятельности государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей передано органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Росздравнадзор и территориальные органы Росздравнадзора осуществляют лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций федеральной формы собственности.

Отношения, возникающие между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в связи с осуществлением лицензирования отдельных видов деятельности регулируются Федеральным законом № 99-ФЗ от 04.05.2011 «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее – Федеральный закон № 99-ФЗ).

Небольшая историческая справка. Ранее лицензии выдавались медицинским организациям сроком на 5 лет. По истечении этого срока медицинская организация подавала в лицензирующий орган заявление на получение новой лицензии, при этом лицензии присваивался новый номер и новая дата выдачи. ФЗ № 99 установил бессрочность действия лицензии, и те лицензии, у которых срок действия

до 3 ноября 2011 г. не истек, автоматически перешли в разряд бессрочных.

Кроме того, при заявлении медицинской организацией новых работ (услуг) или новых адресов мест осуществления медицинской деятельности соответствующая запись вносилась в имеющуюся лицензию путем переоформления лицензии.

Но с 1 января 2021 г. вступил в силу Федеральный закон № 478-ФЗ от 27.12.2019 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», который перевернул весь процесс лицензирования и внес следующие изменения:

- бумажный вариант лицензий отменен; юридически значимой является запись в информационном ресурсе Росздравнадзора;
- выписка из реестра лицензий содержит двухмерный штриховой код (QR-код) со ссылкой на адрес страницы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» с размещенными на ней записями в реестре лицензий, содержащими сведения о предоставленной лицензии.

Росздравнадзор (территориальные органы Росздравнадзора) и лицензирующие органы субъектов Российской Федерации в течение 2022 года участвовали в эксперименте по оптимизации и автоматизации процесса лицензирования медицинской

деятельности (Постановление Правительства РФ № 1279 от 30.07.2021 «О проведении на территории Российской Федерации эксперимента по оптимизации и автоматизации процессов разрешительной деятельности, в том числе лицензирования») с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (ЕПГУ). Услуга по лицензированию медицинской деятельности предоставлялась в электронном виде. Бумажный документооборот, связанный с оформлением и выдачей лицензий, исключен.

В 2022 году по обращениям через ЕПГУ Росздравнадзором и лицензирующими органами по субъектам Российской Федерации предоставлено 11982 выписки из реестра лицензий на медицинскую деятельность.

Таким образом, в течение короткого периода времени осуществлен перевод предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности с бумажного варианта в электронный вид.

Произошли изменения и возможности медицинским организациям (индивидуальным предпринимателям) посредством использования ЕПГУ самостоятельно вносить в реестр лицензий изменения номера телефона, адреса электронной почты лицензиата.

В качестве мер, направленных на снижение административной нагрузки на юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в 3 раза сокращены сроки предоставления услуги по лицензированию – с 45 до 15 рабочих дней, сокращены также сроки внесения изменений в реестр лицензий – с 30 до 10 рабочих дней, предоставление выписки из реестра лицензий – с 10 до 3 рабочих дней.

Во исполнение Правил формирования и ведения единого реестра учета лицензий и присвоения лицензиям регистрационных номеров с использованием указанного реестра, утвержденных постановлением Правительства РФ № 1559 от 14.09.2021, лицензиям на осуществление медицинской деятельности в 2022 году присвоены в автоматическом режиме регистрационные номера с использованием единого реестра учета лицензий.

Оказание паллиативной медицинской помощи в соответствии с Классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным приказом Минздрава России № 866н от 19.08.2021, подлежит лицензированию.

Подлежит лицензированию медицинская деятельность по паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии и лицензиату при осуществлении медицинской деятельности, утверждены Постановлением Правительства РФ № 852 от 01.06.2021

«О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» и включают в себя требования по:

- наличию зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении;
- наличию принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для оказания паллиативной медицинской помощи;
- наличию медицинских работников, имеющих образование, соответствующее квалификационным требованиям;
- наличию заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличию договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;
- размещению в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений о медицинской организации в федеральном реестре медицинских организаций и о медицинских работниках в федеральном регистре медицинских работников.

Лицензионные требования, предъявляемые к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности по паллиативной медицинской помощи, помимо перечисленных требований включают следующие требования по:

- соблюдению порядков оказания медицинской помощи;
- соблюдению требований, предъявляемых к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- соблюдению порядка предоставления платных медицинских услуг, установленного в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона № 323-Ф3 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- соблюдению правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количествен-

ному учету в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, а также требований части 7 статьи 67 Федерального закона № 61-Ф3 от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств»;

• повышению квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет в соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 73 Федерального закона № 323-Ф3 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

По состоянию на 18 марта 2023 года в Российской Федерации имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи 2867 медицинских организаций, из них федеральной формы собственности – 43, государственной формы собственности – 2601, частной формы собственности – 223.

Количество медицинских организаций всех форм собственности, имеющих лицензию на осуществление медицинской помощи при оказании паллиативной медицинской, помощи в разрезе субъектов Российской Федерации представлена в таблице.

Таблица Количество медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

Регион/количество медицинских организаций	Всего
Центральный федеральный округ	655
Белгородская область	23
Брянская область	35
Владимирская область	33
Воронежская область	49
Ивановская область	8
Калужская область	12
Костромская область	12
Курская область	39
Липецкая область	31
Москва	139
Московская область	66
Орловская область	29
Рязанская область	21
Смоленская область	27
Тамбовская область	34
Тверская область	40
Тульская область	32
Ярославская область	24
Северо-Западный федеральный округ	291
Архангельская область	28
Вологодская область	36
Калининградская область	31
Ленинградская область	19
Мурманская область	12
Ненецкий автономный округ	3
Новгородская область	10
Псковская область	7
Республика Карелия	19
Республика Коми	33
Санкт-Петербург	93

Южный федеральный округ	293
Астраханская область	26
Волгоградская область	55
Краснодарский край	101
Республика Адыгея	11
Республика Калмыкия	16
, Республика Крым	16
Ростовская область	64
Севастополь	4
Приволжский федеральный округ	653
Кировская область	28
Нижегородская область	72
Оренбургская область	23
Пензенская область	30
Пермский край	38
Республика Башкортостан	86
Республика Марий Эл	20
Республика Мордовия	30
Республика Татарстан	85
Самарская область	89
Саратовская область	60
Удмуртская Республика	41
Ульяновская область	37
77IB/II IOBCKO/I OO/IGCTB	37
Чувашская Республика	15
Чувашская Республика Урадьский федеральный округ	15 269
Уральский федеральный округ	269
Уральский федеральный округ Курганская область	269 21
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область	269 21 82
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область	269 21 82 36
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	269 21 82 36 46
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область	269 21 82 36 46 69
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ	269 21 82 36 46 69 15
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ	269 21 82 36 46 69 15
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край	269 21 82 36 46 69 15 281
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область – Кузбасс	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия Томская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия Томская область Дальневосточный федеральный округ	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11 14 241
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия Томская область Дальневосточный федеральный округ Амурская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11 4 241
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия Томская область Дальневосточный федеральный округ Амурская область Еврейская автономная область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11 14 241 23 5
Уральский федеральный округ Курганская область Свердловская область Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Челябинская область Ямало-Ненецкий автономный округ Сибирский федеральный округ Алтайский край Иркутская область Кемеровская область – Кузбасс Красноярский край Новосибирская область Омская область Республика Алтай Республика Тыва Республика Хакасия Томская область Дальневосточный федеральный округ Амурская область	269 21 82 36 46 69 15 281 30 32 38 57 39 44 11 5 11 4 241

Магаданская область	3
Приморский край	38
Республика Бурятия	33
Республика Саха (Якутия)	36
Сахалинская область	17
Хабаровский край	49
Чукотский автономный округ	1
Северо-Кавказский федеральный округ	184
Кабардино-Балкарская Республика	12
Карачаево-Черкесская Республика	17
Республика Дагестан	69
Республика Ингушетия	10
Республика Северная Осетия – Алания	13
, 1	
,	44
	44 19

Как видно из представленной таблицы, наибольшее количество медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, – в Централь-

ном (655) и Приволжском (653) федеральных округах Российской Федерации, наименьшее – в Северо-Кав-казском федеральном округе (184).

Опыт формирования эффективной системы оплаты труда медицинских работников при оказании паллиативной медицинской помощи в ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС»

Елистратова И.Н.

Елистратова Ирина Николаевна – главный врач ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС», главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослым Министерства здравоохранения Ульяновской области. SPIN-код: 7399–7811. ORCID iD:0000–0002–4963–2960. Адрес: 432011 г. Ульяновск, ул. Рылеева, д. 27. Тел.: +7–937–279–29–99. E-mail: propan77@mail.ru.

Аннотация

Учитывая, что в соответствии с Трудовым кодексом РФ единственной формой правового оформления трудовых отношений между работником и работодателем является трудовой договор, введение эффективного контракта подразумевает совершенствование трудовых отношений именно в рамках трудовых договоров. При этом в отношении каждого работника должны быть уточнены и конкретизированы его трудовая функция, показатели и критерии оценки эффективности деятельности, установлен размер вознаграждения, а также размер поощрения за достижение коллективных результатов труда [11, 16, 17, 19].

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, коллективный договор, эффективный контракт, положение об оплате труда, показатели эффективности деятельности работников

Abstract

Given that, in accordance with the Labor Code of the Russian Federation, the only form of legal registration of labor relations between an employee and an employer is an employ-ment contract, the introduction of an effective contract implies the improvement of labor relations precisely within the framework of labor contracts. At the same time, in relation to each employee, his labor function, indicators and criteria for evaluating performance should be clarified and specified, the amount of remuneration, as well as the amount of incentives for achieving collective labor results, should be established [11, 16, 17, 19].

Key words: palliative care, collective agreement, effective contract, regulation on labor remuneration, performance indicators of employees

Актуальность

Указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» Правительству РФ было поручено принять программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики, увязав повышение оплаты их труда с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг.

В соответствии с данным поручением распоряжением Правительства РФ № 2190-р от 26.11.2012 была утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012—2018 гг. (далее – Программа). Данная Программа в качестве одного из механизмов стимулирования работников бюджетной сферы к повышению качества оказания услуг предусматривала введение так называемого эффективного контракта.

В Программе отмечается, что эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели

и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

В соответствии с Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденным распоряжением Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012, в целях установления действенных механизмов зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Ульяновской области, от объема и качества предоставляемых медицинских услуг, министерством было принято распоряжение № 283 от 11.04.2013 «О внедрении эффективного контракта». В соответствии с данным распоряжением основными задачами при разработке показателей эффективности деятельности и критериев оценки деятельности считаются:

1) устранение необоснованной дифференциации в уровне оплаты труда руководителей и работников учреждений;

2) отмена стимулирующих выплат, устанавливаемых без учета показателей эффективности деятельности учреждений и работников, упразднение постоянных выплат, формально классифицированных как стимулирующие, но реально не мотивирующих работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей, с возможностью перераспределения средств на увеличение окладов работников и на реальные выплаты стимулирующего характера;

- 3) определение оптимального соотношения гарантированной части заработной платы и стимулирующих надбавок;
- 4) создание прозрачного механизма оплаты труда руководителей учреждений;
- 5) дифференциация оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности.

В соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008, одним из приоритетов государственной политики является повышение доступности и качества медицинской помощи с целью сохранения и укрепления здоровья населения. В Стратегии развития здравоохранения РФ до 2025 года отмечено, что неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи входит в число наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан. Исходя их этого, создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи, является одной из основных задач развития здравоохранения в РФ до 2025 года. Создание конкурентной среды в сфере оказания медицинских услуг населению требует ориентации на пациента, а также развития ресурсной базы медицинских организаций, повышения эффективности управленческих механизмов, повышения квалификации медицинских работников и мотивирования их к качественному труду. Все вышеперечисленное является трендом развития системы здравоохранения РФ последних лет и диктует ряд практических задач для решения актуальных задач. В частности, одна из актуальнейших проблем – формирование системы оплаты труда медицинскому персоналу на основе эффективного контракта и развитие системы мотивации медицинских работников к оказанию качественной медицинской помощи [1, 2, 7, 9].

Аналитический обзор

В настоящее время только коллективный договор является соглашением, регулирующим социально-трудовые отношения сторон (ст. 40 Трудового кодекса РФ) в организации и заключенным между работниками и работодателем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Сторонами коллективного договора являются: «Работодатель» и работники организации, именуе-

мые далее «Работники», представленные первичной профсоюзной организацией (ППО) учреждения, именуемой далее «Профсоюз».

Коллективный договор разрабатывается на основе принципов социального партнерства и заключается в соответствии с требованиями Конституции РФ, Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ), Федерального закона № 10-ФЗ от 12.01.1996 «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности», иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, и распространяется на всех работников организации [18].

Предметом договора являются взаимные обязательства сторон по вопросам условий труда и его оплаты; занятости и профессиональной подготовки кадров; закрепления дополнительных прав и гарантий; реализации принципов социального партнерства и взаимной ответственности сторон за принятые обязательства, способствующие стабильной работе.

Стороны подтверждают обязательность исполнения условий коллективного договора. Коллективный договор заключается на трехлетний срок и сохраняет свое действие в случаях изменения наименования организации, ее реорганизации в форме преобразования, а также расторжения трудового договора с руководителем организации.

При реорганизации (слияние, присоединение, разделение, выделение, преобразование) коллективный договор сохраняет свое действие в течение всего срока реорганизации. При смене формы собственности организации коллективный договор сохраняет свое действие в течение 3 месяцев со дня перехода прав собственности.

Профсоюз, действующий на основании Устава Профсоюза и Положения о Профсоюзе, является полномочным представительным органом работников, защищает их интересы при проведении коллективных переговоров, заключении, выполнении и изменении коллективного договора, осуществляет контроль за его выполнением.

Работодатель признает профсоюзный комитет единственным представителем работников организации, представляющим их интересы в области труда и связанных с ним социально-экономических отношений.

Все основные вопросы трудовых и иных связанных с ними отношений решаются совместно с Работодателем. С учетом финансово-экономического положения Работодателя устанавливаются льготы и преимущества для работников, условия труда, более благоприятные по сравнению с установленными законами, иными нормативными правовыми актами, соглашениями.

Изменения и дополнения в коллективный договор в течение срока его действия вносятся по взаимному соглашению сторон после предварительного рассмотрения предложений заинтересованной сто-

роной решением постоянно действующей комиссии, созданной в связи с подготовкой и заключением коллективного договора. Они не должны ухудшать положения работников. Принятые сторонами изменения или дополнения к соглашению являются неотъемлемой частью соглашения.

Условия коллективного договора не могут ухудшать положение работников по сравнению с действующим законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права. Контроль за выполнением условий коллективного договора осуществляется сторонами не реже одного раза в полгода. Подведение итогов выполнения коллективного договора стороны осуществляют на собрании коллектива не реже двух раз в год. В целях обеспечения устойчивой и ритмичной работы организации, повышения уровня жизни работников Работодатель обязуется:

- добиваться стабильного финансового положения:
- выплачивать в полном размере причитающуюся заработную плату в сроки, установленные коллективным договором;
- предоставлять работу, обусловленную трудовым договором;
 - создавать безопасные условия труда;
- обеспечить работников всеми необходимыми средствами для исполнения трудовых обязанностей;
- повышать профессиональный уровень работников;
- реализовывать программы социальной защиты работников и членов их семей;
- осуществлять обязательное социальное страхование работников.

При принятии решений по социально-трудовым вопросам Работодатель предварительно согласовывает их с профсоюзным комитетом, также обеспечивает профком необходимой информацией и нормативной документацией.

В целях защиты социально-трудовых прав и профессиональных интересов работников организации в рамках настоящего коллективного договора Профсоюз обязуется:

- содействовать укреплению трудовой дисциплины, занятости, охране труда, своевременной оплате труда;
- обеспечивать контроль за соблюдением Работодателем законодательства о труде и иных актов, содержащих нормы трудового права, настоящего коллективного договора;
- обеспечивать контроль за созданием Работодателем безопасных условий труда.

Работодатель обязуется соблюдать условия и выполнять положения данного договора, а Профсоюз обязуется воздерживаться от организации забастовок в период действия коллективного договора при условии выполнения Работодателем (администрацией) принятых обязательств.

Трудовые отношения с конкретным работником регулируются в рамках индивидуального трудового договора.

Трудовые отношения – это отношения, основанные на соглашении между работником и работодателем о личном выполнении работником за плату трудовой функции (в соответствии со штатным расписанием: работа по должности, профессия, специальность с указанием квалификации или конкретный вид поручаемой работы), подчинении работника правилам внутреннего трудового распорядка при обеспечении работодателем условий труда, предусмотренных трудовым законодательством, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и трудовым договором.

Трудовой договор заключается в письменной форме, оформляется в двух экземплярах и хранится у каждой из сторон (ст. 67 ТК РФ). Содержание трудового договора регламентируется ст. 57 ТК РФ [18].

В настоящее время оплата труда работников ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС» производится в соответствии с Положением об отраслевой системе оплаты труда работников областных государственных медицинских организаций, утвержденным постановлением правительства Ульяновской области № 374-П от 27.07.2017 (далее – Положение), за выполнение должностных обязанностей, предусмотренных условиями трудового договора, а также Положением об оплате труда работников ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС», утверждаемого приказом главного врача учреждения (далее – Хоспис).

В Хосписе сформирована система критериев и показателей оценки эффективности труда для конкретных штатных должностей медицинских работников, которая основана на балльном подходе с соблюдением базовых требований: содержание трудовой функции работника, обеспечение качества медицинской помощи пациентам и достижение задач медицинской организации. Существуют персонализированные критерии, которые разделены на следующие группы:

- достижение плановых показателей труда;
- качество трудовой деятельности и оказания медицинской помощи;
 - удовлетворенность пациентов;
 - показатели исполнительской дисциплины.

Показатели и критерии оценки качества и эффективности (далее – показатели эффективности), разработанные в Хосписе для оценки деятельности медицинских работников учреждения (далее – Работники) (в соответствии с приказом Минздрава России № 1183н от 20.12.2012 «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» и действующим штатным расписанием учреждения), позволяют установить действенные механизмы, определяющие зависимость их уровня

оплаты труда от объема и качества выполняемой ими работы.

Установлен следующий порядок распределения стимулирующих выплат:

- 1. Для осуществления стимулирующих выплат в учреждении формируется фонд стимулирования, рассчитанный в пределах утвержденного фонда оплаты труда.
- 2. Фонд стимулирования планируется поквартально в финансовом году с учетом текущего финансового состояния учреждения в зависимости от конечного результата его деятельности.
- **3.** Фонд стимулирования распределяется по видам стимулирующих выплат с учетом приоритета одних выплат перед другими.
- **4.** Часть фонда стимулирования, направляемая на выплаты за качество выполняемых работ, оказываемых услуг, формируется отдельно.
- **5.** Структура фонда оплаты труда на квартал утверждается тарификационной комиссией Хосписа.

Размер надбавки за качество выполненных работ определяется на основании оценки достижения работником показателей эффективности предыдущего квартала и начисляется ежемесячно за фактически отработанное время.

Распределение и установление стимулирующих выплат по показателям эффективности деятельности работников основывается на балльной оценке и производится ежеквартально постоянно действующей тарификационной комиссией, утвержденной приказом главного врача.

Стимулирующие выплаты по *показателям эффективности* деятельности работников устанавливаются и распределяются только среди работников, работающих в учреждении на полную ставку или при внутреннем совместительстве [6, 12].

Решение заседания комиссии принимается большинством голосов с составлением протокола, согласованного с профсоюзной организацией и главным врачом.

Ответственность за правильность указания часов отработанного времени и соответствия табеля учета рабочего времени протоколу несут лица, ответственные за ведение табеля учета рабочего времени соответствующих структурных подразделений.

На основании протокола заседания тарификационной комиссии издается приказ главного врача, являющийся основанием для начисления стимулирующих выплат работнику из фонда стимулирования учреждения.

Расчет стоимости одного балла производится ежеквартально.

Для расчета стоимости балла применяется пропорция в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Ульяновской области № 1724 от 25.10.2013 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке областными

казенными и бюджетными государственными учреждениями, в отношении которых функции и полномочия учредителя осуществляет Министерство здравоохранения Ульяновской области, показателей эффективности деятельности работников» [14, 16].

Оценка эффективности деятельности

Оценка эффективности деятельности работника осуществляется путем сопоставления достигнутых работником результатов деятельности за отчетный период с установленными показателями эффективности.

Основным методом оценки достижения работниками учреждения *показателей эффективности* является экспертиза первичной учетно-отчетной документации учреждения.

Руководителями структурных подразделений и заместителями главного врача учреждения экспертиза проводится в отношении работников, находящихся в их прямом подчинении согласно утвержденной структуре учреждения.

Стимулирующие выплаты работникам осуществляются с учетом суммы баллов общих и индивидуальных показателей эффективности деятельности работника и рассчитываются за фактически отработанное время.

Индивидуальные *показатели эффективности* деятельности конкретного работника закреплены трудовым договором с ним.

Общие *показатели эффективности* деятельности работников учреждения представлены в таблице 1 [12, 13, 14].

Критерии и размеры снижения стимулирующих выплат

Работник может быть лишен всех выплат стимулирующего характера полностью или частично в следующих случаях, выявленных в отчетном периоде:

- 1. Неоднократное недостижение работником показателей эффективности.
- 2. Выявление грубого нарушения законодательства, допущенного работником, которое повлекло или может повлечь наложение штрафных санкций при проверке надзорными органами.
- 3. Неоднократное неисполнение или несвоевременное исполнение работником приказов или указаний вышестоящего руководства.
- 4. Неоднократное неисполнение в полном объеме или несвоевременное исполнение работником своих должностных обязанностей.
- 5. Неоднократное нарушение работником трудовой дисциплины.

Таблица 1 Общие показатели эффективности деятельности

№ п/п	Показатель эффективности	Критерии	Оценка (баллы)	Периодичность
1	Наличие обоснованных жалоб со стороны пациентов (по результатам рассмотрения врачебной или кадровой комиссией медицинской организации, органами управления и т.п.)	Отсутствие Наличие	+1 0	Ежеквартально
2	Наличие дефектов в оформлении и подготовке документации, в том числе медицинской	Отсутствие Наличие	+1 0	Ежеквартально
3	Наличие нарушения соблюдения норм этики и деонтологии общения с пациентом, в том числе кодекса профессиональной этики медицинского работника, корпоративной этики, заповедей хосписа, духовно-нравственной концепции	Отсутствие Наличие	+1	Ежеквартально
4	Наличие фактов некачественного или несвоевременного исполнения поручений (как устных, так и письменных) непосредственного или вышестоящего руководителя	Отсутствие Наличие	+1 0	Ежеквартально
5	Наличие фактов недостижения плановых показателей работы	Отсутствие Наличие	+1 0	Ежеквартально
6	Наличие фактов несоблюдения требований нормативно-правовых актов (в том числе порядков, стандартов оказания медицинской помощи, СанПиН и др.), требований внутренних организационно-распорядительных документов (приказов, распоряжений, положений, регламентов, распорядков и др.)	Отсутствие Наличие	+1	Ежеквартально
7	Наличие фактов возникновения неразрешимых (в связи с невозможностью изыскать необходимые ресурсы, в том числе недостаточностью времени для решения вопроса) нештатных, экстренных ситуаций, связанных с некачественным планированием работы по своему направлению или несвоевременным (незаблаговременным) письменным уведомлением о данной ситуации ответственных должностных лиц учреждения	Отсутствие Наличие	+1	Ежеквартально
8	Наличие дефектов в обеспечении и организации деятельности по учету и контролю по своему направлению за движением (получение, хранение, выдача, списание) товарно-материальных ценностей, малоценного и другого имущества и ресурсов (кадровых, финансовых, рабочего времени, нематериальные ресурсы) учреждения для их бережного, рационального и эффективного использования	Отсутствие Наличие	+1	Ежеквартально
9	Наличие выявленных обоснованных нарушений по результатам как внутренних, так и внешних проверок	Отсутствие Наличие	+1 0	Ежеквартально

- 6. Нарушение работником правил внутреннего трудового распорядка, охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности.
- 7. Неоднократное несвоевременное предоставление работником отчетов.
- 8. Предоставление работником недостоверной информации.
- 9. Наложение на работника дисциплинарного взыскания.
- 10. Утеря или порча работником оборудования, имущества или документации учреждения.
- 11. Наличие обоснованной жалобы на работника со стороны пациентов учреждения, их законных представителей или лиц, осуществляющих уход за ними.
- 12. Нарушение работником кодекса профессиональной этики медицинского работника здравоохранения Ульяновской области, положений концепции духовно-нравственного воспитания населения

Ульяновской области, принципов медицинской этики и деонтологии общения с пациентом, заповедей хосписа, корпоративной этики.

- 12. Неоднократные неудовлетворительные результаты по итогам периодических аттестаций знаний работника.
- 13. Лишение выплат стимулирующего характера производится по итогам рассмотрения на заседании тарификационной комиссии [5, 7, 8].

Результат

Результатом применения системы эффективного контракта в учреждении явилось стабильное выполнение Хосписом в полном объеме плановых показателей по оказанию паллиативной медицинской помощи как в условиях отделения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, так и в ус-

ловиях отделения выездной патронажной службы. Качество оказания медицинской помощи по итогам внутренней экспертизы качества находится на стабильном высоком уровне. Обоснованные жалобы на качество оказания паллиативной медицинской помощи в Хосписе являются казуистическими единичными случаями, связанными, как правило, с неоправданными ожиданиями выздоровления пациента со стороны родственников.

Выводы

В ходе обзора обобщены основные положения эффективного контракта и основные критерии оценки трудовой деятельности медицинских работников Хосписа.

Основными элементами эффективного контракта являются:

- общие положения оплаты труда в учреждении, в том числе утверждающие переход на эффективный контракт, содержащие его правовую основу и структуру;
- порядок установления стимулирующих выплат за качество и высокие объемные результаты выполненных работ, оказанных медицинских услуг, включающий в себя виды, границы, периодичность и способ установления надбавок для категории и специальностей медицинских работников;
- основания для невыплаты надбавок медицинскому работнику;
- организация работы временного органа, ответственного за утверждение оснований для выплаты или невыплаты надбавок медицинским работникам, тарификационной комиссии учреждения;
- система критериев и показателей оценки труда медицинских работников.

Для полноценной реализации эффективного контракта в медицинских организациях имеется необходимость формирования отраслевой нормативной документации, регламентирующей методические подходы к внедрению эффективного контракта, а также к разработке персонифицированных критериев эффективности труда медицинского персонала Хосписа согласно номенклатуре должностей.

Применение эффективного контракта в деятельности государственных медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, позволяет улучшить результативность их медицинской деятельности, а также положительно влияет на качество оказываемой медицинской помощи.

Литература

- 1. Глазкова Е.И. Опыт оптимизации оказания сестринской помощи и сестринского ухода в медицинской организации/Е.И. Глазкова, С.В. Иноземцева//Медсестра. 2019. № 1. С. 72–77.
- 2. Кадыров Ф.Н. За что руководитель повысит зарплату или выпишет премию главной медсестре/Ф Н. Кадыров, Л.М. Симкина//Главная медицинская сестра. 2017. N° 12. С. 50—56.

- 3. Кадыров Ф. Н. Материальное стимулирование сотрудников экономических служб государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. 2018. N° 7. С. 66–75.
- 4. Кадыров Ф.Н. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении/Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов, Ю.В. Куфтова//Менеджер здравоохранения. 2019. N° 10. С. 61–71.
- 5. Кадыров Ф. Н. Семь советов, как с помощью выплат повысить эффективность сестринского труда/Ф. Н. Кадыров//Главная медицинская сестра. $2017. N^9 9. C. 92-98.$
- 6. Кадыров Ф. Н. Формы некоторых документов, необходимых для перехода на эффективный контракт/Ф. Н. Кадыров//Менеджер здравоохранения. -2013. № 12. C. 72-73.
- 7. Кучиц С. С. Роль эффективного контракта в повышении качества предоставляемых медицинских услуг в государственном учреждении здравоохранения: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]//С. С. Кучиц. Москва, 2020. 252 с.. URL: https://www.sechenov.ru/upload/iblock/175/Dissertatsiya-Kuchits-S. S._2.pdf./.
- 8. Ковязина Н. При каких условиях можно уменьшить размер стимулирующих выплат/Н. Ковязина//Здравоохранение. 2017. N^2 2. C. 52–53.
- 9. Линденбратен А. Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях/А. Л. Линденбратен//Здравоохранение. 2015. № 2. C. 60—65.
- 10. Послание Президента РФ Федеральному Собранию [Электронный ресурс] URL: http://kremlin.ru/events/president/news/56957.
- 11. Постановление правительства Ульяновской области № 63-П от 28.02.2013 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Ульяновской области»//Ульяновская правда. 2014. № 106.
- 12. Приказ Минздрава России № 421 от 28.06.2013 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [Электронный ресурс]/Консультант. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149332.
- 13. Приказ Минздрава России № 787н от 28.11.2014 «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» (Зарегистрирован в Минюсте России 22.12.2014 за № 35321)//Консультант Плюс. URL: http://www.consultant.ru.
- 14. Приказ Минтруда России № 287 от 01.07.2013 «О методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений социального обслуживания населения, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [Электронный ресурс]/Гарант. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149801.

15. Приказ Минтруда России № 167н от 26.04.2013 «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта»//Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. – 2013. – № 8.

16. Распоряжение Министерства здравоохранения Ульяновской области № 283 от 11.04.2013 «О внедрении эффективного контракта» [Электронный ресурс]/Министерство здравоохранения и социального благополучия Ульяновской области. – URL: http://www.med.ulgov.ru/laws/rasporyazheniya/3504.html.

17. Распоряжение Правительства $P\Phi$ N° 2190-р от 26.11.2012 «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012—2018 гг.»// Собрание законодательства $P\Phi$, 03.12.2012. — N° 49. — C. 6909.

18. Трудовой кодекс Российской Федерации № 197-Ф3 от 30.12.2001//Собрание законодательства РФ, 07.01.2002. – № 1 (ч. 1). – С. 3.

19. Указ Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»//Собрание законодательства РФ, 07.05.2012. – № 19. – C. 23–34.

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

С электрической регулировкой секции головы, голени, с регулировкой высоты ложа

Назначение: для паллиативных, реанимационных отделений и отделений интенсивной терапии.

Основные параметры:

Количество секций ложа – 3. Регулировка высоты ложа, спинной секции и секции голени осуществляется электродвигателями. Регулировка спинной секции с авторегрессией. Несущий каркас из металлической трубы с полимерным покрытием установлен на самоориентирующиеся колесные опоры. Центральная тормозная система. Боковые ограждения раздельные, выполнены из АБС-пластика, фиксируются в верхнем и нижнем положении. Торцы легко-съемные, выполнены из АБС-пластика.

Система авторегрессии (продольное перемещение спинной секции) обеспечивает расширение тазовой зоны матрацного основания.

Технические характеристики:

Количество секций	.3
Угол наклона спинной секции	. От 0° до 70°
Угол наклона секции голени	. От 0° до 51°
Высота рамы ложа от пола	. От 390 мм до 770 мм
Допускаемая нагрузка	. 230 кг
Размеры ложа	. 2070 мм х 812 мм
Размеры кровати	. 2385 мм х 985 мм



Предотвращение падений. Боковые ограждения раздельные, выполненные из АБС-пластика, предохраняют пациента от падений в любом положении кровати. При опущенном состоянии создают нулевой зазор с ложем кровати, что облегчает перемещения пациента с кровати и на кровать.

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

Назначение: Каталка для душа предназначена для транспортирования пациентов в места проведения гигиенических процедур.

Основные параметры:

Рама каталки для душа выполнена из нержавеющей стали с полимерным покрытием, водонепроницаемыми колесами диаметром 150 мм и блокирующим по направлению движения колесом.

Ложе каталки оснащено специальным водонепроницаемым теплоизоляционным «бассейном» и надувной подушкой для облегчения проведения водных процедур пациента.

Для дренажа каталка имеет наклон в сторону ног. Управление наклоном ложа осуществляется газовыми пружинами с помощью специального рычага, расположенного с двух сторон торцевой части каталки со стороны головы пациента.

Для удобства перемещения пациента с кровати на каталку и наоборот боковые ограждения с двух сторон каталки регулируются и складываются.

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



Технические характеристики:

Длина	2040 мм
Ширина	760 мм
Ширина ложа	
Высота подъема ложа	От 530 до 960 мм
Максимальная допустимая нагрузка	190 кг

реклама



УДК 616-006.6:615.849+616-082 (476)

Применение паллиативной лучевой терапии у пациентов с онкологической патологией

Мычко Д.Д., Мычко О.В., Сильченко В.С., Межуева Т.И.

Мычко Дарья Дмитриевна – к.м.н., заместитель главного врача по радиологической службе учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр». Адрес: Республика Беларусь, г. Минск, прт Независимости, д. 64. Тел.: +375–44–722–90–04. E-mail: ddmychko@gmail.com

Мычко Ольга Викторовна – врач-онколог, начальник отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Адрес: Республика Беларусь, Минский район, аг Лесной.

Сильченко Вячеслав Станиславович – врач-методист, заведующий организационно-методическим отделом учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр». Адрес: Республика Беларусь, г. Минск, пр-т Независимости, д. 64.

Межуева Татьяна Иосифовна – врач-методист, заведующая организационно-методическим отделом государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис». Адрес: Республика Беларусь, г. Минск, пр-т Партизанский, д. 73а.

Аннотация

В качестве индикатора «предотвратимого вреда» паллиативной лучевой терапии (ПЛТ) был предложен показатель смертности пациентов в 30-дневный срок после облучения. Согласно рекомендациям Королевского колледжа радиологов, данный показатель не должен превышать 20%. Цель настоящего исследования – оценить удельный вес пациентов, умерших от основного заболевания в течение 30 дней после ПЛТ, и изучить характеристики курсов ПЛТ, применяемых в Минском городском клиническом онкологическом центре (МГКОЦ).

В ретроспективном исследовании использованы данные о 565 пациентах, получивших ПЛТ в МГКОЦ и умерших от основного заболевания в период с 2017 по 2020 г. Изучены контингент пациентов, данные об использованных режимах фракционирования и подведенных дозах излучения. Среди пациентов, умерших от основного заболевания в период с 2017 по 2020 г., 565 человек получили ПЛТ. В 30-дневный срок после проведения ПЛТ умерло 57 пациентов, что составило 10,1%. В большинстве случаев применялись режимы гипофракционирования паллиативной дозы.

Применяемые в МГКОЦ подходы к проведению ПЛТ соответствуют общемировым тенденциям. Персонифицированный подход к выбору тактики ведения пациентов в терминальной стадии опухолевого процесса позволяет избежать необоснованного назначения агрессивных методов специального лечения и улучшить качество помощи в конце жизни.

Abstract

30-day mortality following palliative radiotherapy (PRT) has been suggested as an indicator of the avoidable harm. According to the recommendations of the Royal College of Radiologists, this figure should not exceed 20%.

The purpose of the study is to evaluate the 30-day mortality for cancer patients receiving PRT and the characteristics of the PRT courses used in the Minsk City Clinical Oncology Center (MCCOC).

The data of 565 cancer patients who died after receiving PRT at the MCCOC from 2017 to 2020 were enrolled in the retrospective study. Patients' characteristics, radiotherapy fractionation schedules and administered doses were analyzed. Among the cancer patients who died between 2017 and 2020, 565 people received PRT. 57 individuals (10,1%) died within 30 days after receiving PRT. In most cases, palliative hypofractionated doses were used.

The approaches to PRT used in MCCOC are correspond to global trends. A personalized cancer patients' management in the terminal stage of the disease allows to avoid the unreasonable prescription of aggressive treatment and improve the quality of care at the end of life.

Key words: palliative radiotherapy, quality of life.

Key words: palliative radiotherapy, quality of life.

Ключевые слова: паллиативная лучевая терапия, качество жизни

Введение

Паллиативная лучевая терапия (ПЛТ) широко применяется при распространенном опухолевом процессе с целью уменьшения выраженности симптомов, вызванных как первичным очагом, так и отдаленными метастазами [1–4]. По данным ряда онкологических центров, удельный вес ПЛТ составляет от 20 до 50% всех случаев лучевого лечения [2–3].

Наиболее частыми показаниями для назначения ПЛТ являются боль в костях и высокий риск переломов костей вследствие их метастатического поражения, наличие неврологических нарушений, вызванных сдавлением спинного мозга и нервных сплетений, метастатическим поражением головного мозга [4, 5].

Уменьшение выраженности симптомов после облучения отмечается не сразу, и для достижения клинически значимого положительного эффекта может потребоваться до нескольких недель [4, 6]. В связи с этим для выбора оптимального режима фракционирования дозы и применения лучевого метода в целом необходимо учитывать предполагаемую продолжительность жизни и клинический статус пациента [4, 6–9]. В случае неадекватной оценки данных параметров пациенты большую часть оставшейся жизни будут находиться в медицинском учреждении в ожидании уменьшения выраженности симптомов, не доживая до достижения положительного эффекта специальных методов лечения [4, 7].

В качестве индикатора «предотвратимого вреда» ПЛТ национальной службой здравоохранения Великобритании в документе «Улучшение результатов: стратегия лечения рака» был предложен показатель смертности пациентов в 30-дневный срок после облучения [1]. Согласно рекомендациям Королевского колледжа радиологов (Royal College of Radiologists), данный показатель не должен превышать 20% [1, 4, 7, 9].

Цель настоящего исследования – оценить удельный вес случаев смерти пациентов в 30-дневный срок после паллиативной лучевой терапии (ПЛТ), получивших данный вид лечения в период с 2017 по 2020 г. в г. Минске, а также изучить характеристики проведенных курсов ПЛТ.

Материалы и методы

Материалом для ретроспективного исследования послужили данные о 565 пациентах, получивших ПЛТ в период с 2017 по 2020 г. в условиях учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр» (далее – МГКОЦ), умерших от основного заболевания в период с 2017 по 2020 г. Для анализа использовались данные канцер-регистра, медицинские карты стационарного пациента, медицинские карты амбулаторного больного МГКОЦ,

база данных государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис».

Изучены контингент пациентов, получивших ПЛТ, данные об использованных режимах фракционирования и подведенных дозах излучения. Оценена доля пациентов, умерших от основного заболевания в течение 30 дней после ПЛТ, и характеристики проведенных им курсов ПЛТ.

Для анализа данных применялись стандартные методы описательной статистики.

Результаты исследования

В период с 2017 по 2020 г. среди пациентов, умерших от основного заболевания в период с 2017 по 2020 г., ПЛТ получили 565 человек – 333 мужчины (58,9%) и 232 женщины (41,1%). Медиана возраста пациентов составила 63,3 (55,6; 71,2) года.

Всего было проведено 574 курса ПЛТ. Как правило, облучению подвергался один опухолевый очаг (98,9%), 6 пациентам проведено облучение нескольких очагов.

В большинстве случаев ПЛТ проводилась пациентам, страдающим злокачественными новообразованиями органов дыхания, головы и шеи (табл. 1).

Таблица 1 Количество проведенных курсов ПЛТ при различных локализациях первичного опухолевого очага

Локализация первичного очага	Количество пациентов, в т.ч. в % (в скобках)	Количество курсов ПЛТ, в т.ч. в % (в скобках)
Органы дыхания и грудной клетки	173 (30,7)	178 (31,0)
Органы пищеварения	84 (14,9)	84 (14,6)
Губа, полость рта и глотки	83 (14,7)	83 (14,5)
Молочная железа	72 (12,7),	72 (12,5)
Женские половые органы	40 (7,1)	42 (7,3)
Мочевые пути	29 (5,2)	30 (5,2)
Кожа	24 (4,3)	24 (4,2)
Головной мозг	20 (3,6)	20 (3,5)
Предстательная железа	13 (2,3)	13 (2,3)
Лимфомы	9 (1,6)	10 (1,7)
Метастазы из неуточненного первичного очага	8 (1,4)	8 (1,4)
Мягкие ткани	7 (1,2)	7 (1,2)
Кости	2 (0,04)	2 (0,03)
Щитовидная железа	1 (0,02)	1 (0,02)
Всего	565	574

Таблица 2 Характеристика курсов лучевой терапии у пациентов, нуждающихся в паллиативном лечении в общей когорте

Показатель	Общая когорта	ЛТ с целью обезболивания	Уменьшение масс-эффекта	В т.ч. экстракраниального очага	Интракраниального очага
Общее количество пациентов	565	70 (12,4%)	495 (87,6%)	368 (65,1%)	127 (22,5%)
Количество курсов (облучаемых областей)	574	75 (13,1%)	499 (86,9%)	369 (64,3%)	130 (22,6%)
Режим гипофракционирования	438 (76,3% курсов)	74 (16,9%)	364 (83,1%)	240 (54,8%)	124 (28,3%)
Эквивалентная доза (Гр)	60 (44; 66)	29,5 (23; 36,3)	60,0 (53; 69)	60,0 (51; 70)	60,0 (56; 60)
Применение высокопрецизионной ЛТ	14 (2,4% курсов)	11 (78,6%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	0
Незавершенный курс	49 (8,5% курсов)	2 (4,1%)	47 (95,9%)	41 (83,7%)	6 (12,2%)
Лечение стационарно	501 (88,7% курсов)	68 (13,6%)	433 (86,4%)	320 (63,9%)	113 (22,6%)
Опека хосписа	316 (55,9% паци- ентов)	55 (17,4%)	261 (82,6%)	184 (58,2%)	77 (24,4%)

В 299 случаях (52,1%) воздействию ионизирующим излучением подвергались первичный опухолевый очаг и регионарные лимфоузлы, в 275 (47,9%) – метастатические очаги. В 86,9% случаев (n=499) облучение проводилось с целью коррекции симптомов, вызванных масс-эффектом опухолевого очага, в 13,1% случаев (n=75) – только с целью обезболивания.

В 136 курсах ПЛТ (23,7%) применялся режим стандартного фракционирования дозы (разовая очаговая доза 2 Гр). Режимы гипофракционирования использовались в 387 курсах ПЛТ (67,4%). Из них в 310 курсах применялись разовые очаговые дозы от 2,5 до 4 Гр, в 63 – от 5 до 8 Гр. Комбинация режимов гипофракционирвания и стандартного фракционирования использовалась в 51 случае (8,9%), методики стереотаксического облучения – в 14 случаях (2,4%).

В 504 случаях (87,8%) использовались паллиативные дозы, в 70 случаях (12,2%) лечение проводилось до радикальных доз. Медиана эквивалентной дозы курсов ПЛТ составила 60 (44; 66) Гр.

49 курсов облучения (8,5%) было прервано по причине ухудшения состояния пациентов, связанного с развитием лучевых реакций либо прогрессированием заболевания. Один пациент, получавший ПЛТ по поводу метастатического поражения головного мозга, умер во время курса лечения.

Медиана продолжительности жизни пациентов после завершения ПЛТ в общей когорте составила 5,7 (2,45; 10,3) месяца.

Лечение в стационарных условиях проведено в 501 случае (88,7%).

Из числа пациентов, прошедших курс ПЛТ, под опекой паллиативной службы состояло 316 пациентов (55,9%) (табл. 2).

В 30-дневный срок после проведения ПЛТ умерло 57 пациентов (23 мужчины – 40,4%, 34 женщины –

59,4%), что составило 10,1% от общей когорты пациентов, прошедших ПЛТ. Медиана возраста пациентов данной группы составила 63,2 (52,5; 71,0) года.

В большинстве случаев у данной группы пациентов локализацией первичного очага являлись молочная железа, органы грудной клетки, пищеварения (табл. 3).

В 17 случаях (29,3%) воздействию ионизирующим излучением подвергались первичный опухолевый очаг и регионарные лимфоузлы, в 41 (70,7%) – метастатические очаги. 7 курсов (12,1%) проводилось с обезболивающей целью.

Таблица 3
Количество проведенных курсов ПЛТ при различных локализациях первичного опухолевого очага среди пациентов, умерших в 30-дневный срок после ПЛТ

Локализация первичного очага	Количество пациентов, в т.ч. в % (в скобках)	Количество курсов ПЛТ, в т.ч. в % (в скобках)
Молочная железа	19 (33,3)	19 (32,8)
Органы дыхания и грудной клетки	12 (21,0)	13 (22,4)
Органы пищеварения	8 (14,0)	8 (13,8)
Губа, полость рта и глотки	7 (12,3)	7 (12,1)
Мочевые пути	4 (7,0)	7 (6,9)
Женские половые органы	3 (5,3)	3 (5,2)
Кожа	3 (5,3)	3 (5,2)
Предстательная железа	1 (1,8)	1 (1,7)
Всего	57	58

Таблица 4 Характеристика курсов лучевой терапии у пациентов, умерших в 30-дневный срок после ПЛТ

Показатель	Общая когорта	ЛТ с целью обезболивания	Уменьшение масс-эффекта	В т.ч. экстракраниального очага	Интракраниального очага
Общее количество пациентов	57	7 (12,3%)	50 (87,7%)	30 (52,6%)	20 (35,1%)
Количество курсов (облучаемых областей)	58	7 (12,1%)	51 (87,9%)	30 (51,7%)	21 (36,2%)
Режим гипофракционирования	52 (89,7% курсов)	7 (13,5%)	45 (86,5%)	24 (46,1%)	21 (40,4%)
Эквивалентная доза (Гр)	54 (45; 60)	36 (34,5; 40)	36,0 (30; 39)	36,0 (27; 40)	36,0 (30; 36)
Применение высокопрецизионной ЛТ	0	-	-	-	-
Незавершенный курс	9 (15,5% курсов)	1 (11,1%)	8 (88,9%)	5 (55,6%)	3 (33,3%)
Лечение стационарно	50 (86,2% курсов)	6 (12%)	44 (88%)	25 (50%)	19 (38%)
Опека хосписа	32 (56,1% пациентов)	3 (9,4%)	29 (90,6%)	20 (62,5%)	9 (28,1%)

51 курс (87,9%) ПЛТ назначался для коррекции симптомов, вызванных объемом опухолевого очага. В том числе 21 курс ПЛТ проведен в связи с метастатическим поражением головного мозга, 17 курсов – с целью коррекции симптомов, вызванных экстракраниальным первичным очагом, 13 курсов – экстракраниальными отдаленными метастазами.

Большинство пациентов получало лечение в режиме гипофракционирования (52 курса, 89,7%). Из них разовые очаговые дозы от 2,5 до 4 Гр использовались для 41 курса (70,7%), дозы от 5 до 8 Гр — для 6 курсов (10,3%). Комбинация режимов гипофракционирования и стандартного фракционирования использовалась в 5 случаях (8,6%). 6 кусов ПЛТ (10,3%) проводилось в режиме стандартного фракционирования. Методики стереотаксического облучения у данной группы пациентов не использовались.

В 56 случаях (96,6%) применялись паллиативные дозы, в 2 случаях (3,4%) лечение проводилось до радикальных доз. Медиана эквивалентной дозы курсов ПЛТ составила 54 (45; 60) Гр.

11 курсов облучения (19%) было прервано по причине ухудшения состояния пациентов.

Медиана продолжительности жизни пациентов после завершения ПЛТ в общей когорте составила 19 (12; 25,8) дней.

Из числа пациентов, умерших в 30-дневный срок после проведения ПЛТ, под опекой паллиативной службы состояло 32 пациента (56,1%) (табл. 4).

Обсуждение

Агрессивность специальных методов лечения в конце жизни является индикатором качества оказываемой помощи, в связи с чем при принятии решения о назначении ПЛТ в последний месяц жизни необходимо для каждого пациента учитывать прогноз клинической пользы ПЛТ, риски развития побочных эффектов в краткосрочный период, временные затраты для проведения лечения [6, 10–13].

По данным метаанализа, включавшего 42 исследования, смертность пациентов в 30-дневный срок после ПЛТ в общей когорте составила 16% [4]. По данным другого метаанализа, включавшего 18 исследований, общие показатели использования ПЛТ в течение последнего месяца жизни составляли 9–15,3% [9]. Во всех исследованиях была отмечена гетерогенность значения показателя 30-дневной смертности в группах пациентов, выделенных с учетом локализации первичного очага и метастазов, функционального статуса, предшествовавшей госпитализации [1, 4, 9]. В связи с этим рекомендован дифференцированный подход к допустимым значениям данного показателя в различных клинических ситуациях. В частности, 30-дневная смертность 20% может быть допустимой при однократном облучении, но быть слишком высокой для фракционного облучения [7].

Несмотря на рекомендации большинства национальных руководств применять в паллиативных

целях короткие курсы либо однофракционное облучение, в последние 4 недели жизни пациентов часто используются длительные курсы ПЛТ [2, 8, 14, 15].

Ряд исследований продемонстрировал необоснованное назначение длительных курсов ПЛТ. Так, по данным одноцентрового исследования 43 пациента (69%) получили последний сеанс ПЛТ за 10 дней до смерти, 33 (52%) из 63 пациентов, получивших лучевое лечение в течение 30 дней до смерти, умерли во время курса лечения [9]. Исследование Gripp и соавт. показало, что половина пациентов потратили более 60% оставшейся жизни на терапию и только 58% пациентов завершили курс лечения, в то время как в 52% случаев ПЛТ отмечалось усиление жалоб и в 26% уменьшение выраженности симптомов [16].

Анализ данных Программы наблюдения, эпидемиологии и конечных результатов Национального института рака (Surveillance, Epidemiology, and End Results [SEER]) показал, что среди пациентов, получающих ПЛТ в последние 30 дней жизни, менее чем у 10% проводились короткие курсы облучения и у 17,8% продолжительность курса составила более 10 дней [2].

Рекомендации по назначению длительных курсов ПЛТ в конце жизни могли быть связаны с неточным прогнозированием продолжительности жизни пациентов, получающих паллиативную терапию [2, 14].

Сhristakis и соавт. определили, что в 63% прогноз врачей был чрезмерно оптимистичен, в то время как в 17% чрезмерно пессимистичен. Исследование Chow и соавт. показало, что в среднем оценочные данные превышали реальную продолжительность жизни на 3 месяца [12]. Вепѕоп и соавт. отметили, что из 877 прогнозов радиационных онкологов 39,7% были точными, 26,5% недооцененными, 33,9% — переоцененными. Данный анализ показал, что точность прогноза была выше у пациентов с меньшей продолжительностью жизни [17].

Точная оценка прогнозируемой продолжительности жизни для пациентов с распространенным опухолевым процессом поможет избежать необоснованных трат значительной части оставшейся жизни пациента на специальное лечение и спланировать оставшееся время, позволит медицинскому персоналу выбрать оптимальный вариант ведения в соответствии с потребностями каждого отдельного пациента в конце жизни, соблюдая баланс между облегчением симптомов и негативными составляющими специальных методов лечения (токсичность лечения, длительность пребывания в стационаре), а также исключить нерациональное распределение ресурсов, в том числе связанное с необходимостью прервать курс ПЛТ по причине ухудшения состояния пациента [2, 4, 7, 12-14, 18].

На сегодняшний день разработан ряд прогностических моделей для предсказания продолжительности жизни в когорте пациентов, получавших ПЛТ (Chow, TEACHH, METSSS). Предикторами для разделения пациентов на группы с различным прогнозом выступили локализация первичной опухоли и метастазов, функциональный статус, возраст, пол, предшествующие ПЛТ курсы паллиативной химиотерапии и госпитализации в течение последних 3 месяцев, наличие сопутствующей патологии и область облучения [2, 6, 19–21].

Несмотря на то что показатель смертности пациентов в 30-дневный срок после ПЛТ не является утвержденным критерием качества оказания помощи пациентам в конце жизни и представленные выше рекомендации не внедрены в рутинную клиническую практику в онкологических центрах Республики Беларусь, полученные в настоящем исследовании данные соответствуют общемировым тенденциям. Так, доля пациентов, умерших в 30-дневный срок после ПЛТ, составила 10,1% от общей когорты случаев облучения с паллиативной целью. Среди всех рассматриваемых случаев ПЛТ удельный вес курсов в режиме гипофракционирования дозы составил 67,4% (387 курсов) в общей когорте и 81% (47 курсов) в группе пациентов, умерших в 30-дневный срок после ПЛТ, что свидетельствует о персонифицированном подходе к выбору тактики лечения с учетом прогнозируемой продолжительности жизни.

Вместе с тем остаются не решенными вопросы своевременного направления пациентов под опеку службы паллиативной медицинской помощи, отсутствия зафиксированных в медицинской документации записей по оценке выраженности патологических симптомов и проводимой пациенту симптоматической терапии на каждом этапе.

Заключение

Использование показателей качества оказываемой помощи пациентам в конце жизни и прогностических моделей продолжительности жизни в настоящее время не имеет широкого применения в онкологических центрах Республики Беларусь. Вместе с тем полученные в ходе исследования результаты подтвердили соответствие применяемых в МГКОЦ подходов к проведению ПЛТ пациентам с распространенным опухолевым процессом общемировым тенденциям.

Персонифицированный подход к выбору тактики ведения пациентов в терминальной стадии опухолевого процесса с учетом прогнозируемой продолжительности жизни позволит избежать необоснованного назначения агрессивных методов специального лечения, своевременно назначить фармакотерапию патологических симптомов и тем самым улучшить качество помощи в конце жизни.

Литература

- 1. 30 day mortality in adult palliative radiotherapy a retrospective population based study of 14,972 treatment episodes/K. Spencer [et al.]//Radiother. Oncol. 2015. Vol. 115 (2). P. 264–271.
- 2. External validation of life expectancy prognostic models in patients evaluated for palliative radiotherapy at the end-of-life/A. Mojica-Márquez [et al.]//Cancer Med. 2020. Vol. 9 (16). P. 5781–5787.
- 3. Timing of urgent inpatient palliative radiation therapy [Electronic resource]/S. Wu [et al.]//Adv Radiat Oncol. 2021.– Vol. 6 (3):100670. Mode of access: https://www.advancesradonc.org/article/S2452–1094 (21)00028–2/fulltext. Date of access: 20.10.2022.
- 4. Defining the expected 30-day mortality for patients undergoing palliative radiotherapy: A meta-analysis/J. Kutzko [et al.]//Radiother. Oncol. 2022. Vol. 168. P. 147–210.
- 5. ESTRO ACROP guidelines for external beam radiotherapy of patients with uncomplicated bone metastases/J. van der Velden [et al.]//Radiother. Oncol. 2022/ Vol. 173. P. 197–206.
- 6. Palliative radiotherapy near the end of life [Electronic resource]/S. Wu [et al.]//BMC Palliat. Care. 2019. Vol. 18 (1):29. Mode of access: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6431041/pdf/12904_2019_Article_415.pdf. Date of access: 20.10.2022.
- 7. 30-day mortality following palliative radiotherapy/M. Kain [et al.]//J. Med. Imaging Radiat. Oncol. 2020. Vol. 64 (4). P. 570–579.
- 8. Use of radiation therapy within the last year of life among cancer patients [Electronic resource]/Y. Tseng [et al.]//Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 2018. –Vol. 101 (1). P. 21–29. Mode of access: https://www.redjournal.org/article/S0360–3016 (18)30128–7/fulltext Date of access: 20.10.2022.
- 9. Palliative radiation therapy in the last 30 days of life: a systematic review/K. Park [et al.]//Radiother. Oncol. 2017. Vol. 125 (2). P.193–199.
- 10. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue?/C. Earle [et al.]//J. Clin. Oncol. 2008. Vol. 26 (23). P. 3860–3866.
- 11. Utilization of palliative radiotherapy for bone metastases near end of life in a population-based cohort/M. Tiwana [et al.]//BMC Palliat. Care. 2016. Vol. 15:2. Mode of access: https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC4707009/ Date of access: 20.10.2022.

- 12. Incorporation of life expectancy estimates in the treatment of palliative care patients receiving radiotherapy: treatment approaches in light of incomplete prognostic models/N. Chiu [et al.]//Ann. Palliat. Med. 2015. Vol. 4 (3). P. 162–168.
- 13. Palliative radiotherapy during the last month of life: predictability for referring physicians and radiation oncologists/C. Nieder [et al.]//Oncol. Lett. 2015. Vol. 10 (5). P. 3043–3049.
- 14. Prediction model for short-term mortality after palliative radiotherapy for patients having advanced cancer: a cohort study from routine electronic medical data [Electronic resource]/S. Lee [et al.]//Sci Rep. 2020. Vol. 10 (1): 5779. Mode of access: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7113237/ Date of access: 19.11.2022.
- 15. A population-based study of palliative radiation therapy for bone metastases in patients dying of prostate cancer/C. Cho [et al.]//Pract. Radiat. Oncol. 2019. Vol. 9 (3). P. e274-e282.
- 16. Palliative radiotherapy tailored to life expectancy in end-stage cancer patients: reality or myth?/S. Gripp [et al.]//Cancer. 2010. Vol. 116. P. 3251–3256.
- 17. Predicting survival for patients with metastatic disease [Electronic resource]/K. Benson [et al.]//Int. J. Radiat. Oncol. Biol Phys. 2020. Vol. 106 (1). P. 52–60. Mode of access: https://www.redjournal.org/article/S0360–3016 (19)33949–5/fulltext Date of access: 20.10.2022.
- 18. M. Toole Radiation oncology quality: aggressiveness of cancer care near the end of life/M. Toole, S. Lutz, P. A. Johnstone//J. Am. Coll. Radiol. 2012. Vol. 9 (3). P. 199–202.
- 19. Validation and extension of the METSSS score in a metastatic cancer patient cohort after palliative radiotherapy within the last phase of life/S. Christ [et al.]//Clin. Transl. Radiat. Oncol. 2022. Vol. 34. P. 107–111.
- 20. Validation of a predictive model for survival in patients with advanced cancer: secondary analysis of RTOG 9714/E. Chow [et al.]//World J. Oncol. 2011. Vol.2 (4). P. 181–190.
- 21. Predicting life expectancy in patients with metastatic cancer receiving palliative radiotherapy: The TEACHH model/M. Krishnan [et al.]//Cancer. 2014. Vol. 120 (1). P. 134–141.

Логопедическая помощь паллиативным пациентам с заболеваниями центральной нервной системы

Ларина О.Д.^{1,2}, Рудомётова Ю.Ю.^{2,3}, Беспалова В.В.⁴

- ¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства России.
- ² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский педагогический государственный университет».
- ³ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского» Департамента здравоохранения Москвы.
- ⁴ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы.

Ларина Ольга Данииловна – старший научный сотрудник федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, ORCID: 0000–0001–7100–6053, адрес: 117513 Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10; доцент кафедры логопедии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский педагогический государственный университет», адрес: 119571 Россия, Москва, пр-т Вернадского, д. 88; e-mail: oldanlar@gmail. сом, тел. + 7–903–742–70–99.

Рудомётова Юлия Юрьевна – аспирант кафедры логопедии Института детства федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский педагогический государственный университет», ORCID: 0000–0002–8761–3832; логопед государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского» Департамента здравоохранения Москвы, адрес: 109240 Россия, Москва, ул. Яузская, д. 11/4; e-mail: yuliayurievna@mail.ru

Беспалова Виктория Владимировна – логопед государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, адрес: 127018 Россия, Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 3; e-mail: victoria73logos@gmail.com, тел. +7–926–203–23–16.

Аннотация

В статье освещается вопрос оказания логопедической помощи паллиативным пациентам с нарушением глотания, речи и голоса в отделении вспомогательного лечения ГБУЗ «Московский многопрофильный паллиативный центр» ДЗМ, описывается актуальность и специфика работы логопеда в условиях паллиативного центра. Подчеркивается важность логопедической работы в процессе длительной поэтапной медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции глотания и речи. Особо отмечается необходимость сотрудничества логопедов различных медицинских организаций

Ключевые слова: паллиативная помощь, медицинская реабилитация, логопедическая работа, нарушение глотания, нарушение речи, инсульт

Abstract

The article highlights the issue of providing speech therapy assistance to palliative patients with impaired swallowing, speech and voice in the auxiliary treatment department of the Moscow Multidisciplinary Palliative Center, DZM, describes the relevance and specifics of the work of a speech therapist in a palliative center. The importance of speech therapy work in the process of long-term, phased medical rehabilitation of patients with impaired function of swallowing and speech is emphasized. The need for cooperation between speech therapists from various medical organizations is especially noted.

Key words: palliative care, medical rehabilitation, speech therapy, swallowing disorder, speech disorder, stroke.

Актуальность

В 2017 году Всемирная организация здравоохранения (BO3) запустила инициативу «Реабилитация 2030», призывающую к действиям, чтобы сплотить заинтересованные стороны для укрепления систем здравоохранения в целях реабилитации [1]. 28 декабря 2022 г. в рамках проходившей 152-й сессии Исполнительного комитета в докладе генерального директора ВОЗ Тедроса Адханома Гебрейесуса «Укрепление реабилитации в системах здравоохранения» было подчеркнуто, что реабилитация – это комплекс мероприятий, необходимых человеку в случае, когда он при повседневном физическом, психическом и социальном функционировании сталкивается с ограничениями, вызванными старением или состоянием здоровья, в том числе неинфекционными заболеваниями или расстройствами, повреждениями или травмами.

Согласно систематическому анализу исследования глобального бремени болезней 2019 г., 2,4 млрд человек имели состояния, при которых реабилитация принесла бы пользу. За период 1990–2019 гг. их число увеличилось на 63%. Наибольшее количество случаев, когда у пациентов возникала потребность в реабилитации, приходилось на нарушения опорно-двигательного аппарата, за которыми следовали сенсорные нарушения, неврологические и психические отклонения, респираторные и сердечно-сосудистые заболевания, а также травмы [2].

Хотя в последние годы в ряде стран достигнут прогресс в укреплении реабилитации в системах здравоохранения, реабилитационные потребности по-прежнему остаются неудовлетворенными, а сама реабилитация в большинстве регионов мира не является частью первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, вызванных вспышками различных болезней, стихийными бедствиями и геополитическими конфликтами. Такое положение приводит к долгосрочным разрушительным последствиям для отдельных лиц и их семей, для общества и экономики. Лишение людей возможности прохождения реабилитации подвергает их повышенному риску бедности, социального отчуждения и уязвимости перед болезнями, нарушениями здоровья, повреждениями и травмами.

В большинстве стран и учреждений численность имеющихся специалистов по реабилитации недостаточна для удовлетворения потребностей населения. Острая нехватка кадров в некоторых странах, включая полное отсутствие практикующих специалистов ключевых специальностей, таких как логопеды, протезисты и ортопеды, безработица и низкий уровень интеграции, регулиро-

вания и признания препятствуют доступу людей к услугам квалифицированных реабилитологов.

Паллиативная медицинская помощь повышает качество жизни как пациентов, которые сталкиваются с тяжелыми соматическими заболеваниями, физическими и духовными травмами, психосоциальными проблемами, так и их семей, облегчая уход и помогая решить различные психологические, эмоциональные и социальные затруднения.

Паллиативная служба охватывает широкий спектр услуг, предоставляемых целым рядом специалистов: врачами, медсестрами, работниками вспомогательных служб, фельдшерами, фармацевтами, физиотерапевтами и волонтерами, участие каждого из которых важно для обеспечения интересов пациентов и членов их семей. Однако до сегодняшнего дня не освещена роль логопеда в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды отделений (центров) паллиативной помощи взрослым и детям, а также механизм включения его в бригаду паллиативной помощи, чтобы оптимизировать общение пациента с его окружением. Во многих случаях пожилые люди доживают до конца своей жизни, страдая от различных заболеваний, которые мешают их общению, ограничивая их возможности выражать желания или волеизъявление.

Анализ литературных источников показал, что даже в Великобритании, где традиционно логопеды (SLT) являются специалистами в лечении расстройств общения и глотания (дисфагия), лишь немногие из них являются членами бригад неотложной и общественной паллиативной помощи [3]. Глобальный опрос 322 логопедов, работающих со взрослыми и детьми, получающими паллиативную помощь, в Ирландии, Великобритании, США, Канаде, Австралии и Новой Зеландии, где профессия логопеда хорошо известна, выявил, что эта область недостаточно обеспечена ресурсами и плохо развита. Также подчеркивается необходимость специализированной подготовки и обучения логопедов и других членов междисциплинарной команды в области паллиативной помощи [4]. В другом международном исследовании отмечается, что участие логопедов (SLT) в рамках педиатрической паллиативной помощи (РРС) признается важным, но понимание конкретной роли и методов логопедического сопровождения недостаточно. В рамках педиатрической паллиативной помощи из 52 опрошенных SLT 34% работали с детьми с генетическими нарушениями, 27% – с детьми, страдающими онкологией, и 21% – с детьми, имеющими неврологические заболевания. 19,2% участников опроса не чувствовали себя подготовленными к оценке пациентов РРС, 15,4% не были уверены в подготовленности к лечению детей РРС [5].

Все больше признается влияние деменции на процесс глотания и во время приема пищи, а так-

же значительное влияние, которое это может оказать на здоровье и благополучие людей с деменцией. Тем не менее по-прежнему недостаточно данных о методах оценки и вмешательства при дисфагии и трудностях во время приема пищи. Кроме того, существует ограниченное понимание того, как логопеды поддерживают людей с этими проблемами, связанными с деменцией, и каковы препятствия для осуществления логопедической работы [6].

Для разработки полезных ресурсов и руководств по паллиативной логопедической помощи необходимо понять текущую практику логопедов при решении проблем с качеством жизни у людей с дисфагией. Общеизвестно, что лечение и логопедическое воздействие при дисфагии могут различаться в зависимости от страны и медицинского учреждения. Например, в Норвегии в процессе проведения двух национальных опросов, ориентированных либо на менеджеров, либо на медицинских работников, выявлено, что реабилитационные центры и дома здоровья часто не имели в своем штате ни логопеда, ни доступа к внешним медицинским работникам. Скрининг чаще всего проводился с использованием нестандартизированных глотков воды, и были доступны лишь ограниченные данные о неинструментальных оценках. Ни один из опрошенных не сообщил о наличии доступа к инструментальным оценкам. Вмешательства при дисфагии в основном состояли из компенсаторных стратегий, включая модификацию болюса, с очень редким использованием реабилитационных вмешательств, таких как глотательные маневры. Хотя почти половина всех респондентов оценила общее качество помощи пациентам с проблемами приема пищи и глотания как хорошее, недостаточное понимание дисфагии и ее симптомов, последствий и вариантов лечения могло повлиять на оценку качества [7].

К сожалению, в России нет ни одного подобного исследования, поэтому мы считаем важным осветить тот опыт взаимодействия логопедов различных медицинских учреждений по поэтапному ведению больных с тяжелыми поражениями центральной нервной системы, ранее считавшихся некурабельными.

Потребность пациентов паллиативного профиля в получении логопедической помощи

Современный взгляд на развитие паллиативной помощи в России требует более глубокого изучения потребностей людей, страдающих хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, разработки новых стратегий по оказанию

разных видов лечения, основной целью которого является обеспечение комфортного состояния пациента, а также предоставление необходимой поддержки семьям больных.

Организация на базе ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» ДЗМ отделения вспомогательного лечения значительно расширила возможности оказания качественной медицинской помощи паллиативным пациентам, включающей в себя использование лучших современных восстановительных и коррекционных методик, направленных на поддержание максимально долгого активного образа жизни и способных оказывать позитивное влияние на течение болезни. В состав отделения входят логопеды, врачи и инструкторы по лечебной физкультуре, массажисты. Специалисты тесно сотрудничают друг с другом, а также с врачами и медицинскими сестрами отделений центра, психологами и психотерапевтами, врачами-специалистами.

В логопедической помощи нуждается значительная часть паллиативных больных, имеющих нарушения глотания (дисфагия), речи (афазия, дизартрия) и голоса (дисфония). Расстройства названных функций часто присутствуют у пациентов с тяжелыми нарушениями мозгового кровообращения; необратимыми последствиями черепно-мозговых травм и травм спинного мозга; дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития болезни; димиелинизирующими заболеваниями; нейроинфекционными, социально значимыми инфекционными заболеваниями; различными формами злокачественных образований; деменциями, в т.ч. болезнью Альцгеймера; детским церебральным параличом. А также у детей с неоперабельными врожденными или приобретенными пороками развития, поражениями нервной системы врожденного или приобретенного характера, последствиями травм, снижающими (ограничивающими) функции органов и систем, с распространенными и метастатическими формами злокачественных образований. Многие из них являются носителями трахеостомических трубок, назогастральных зондов, еюностом, гастростом, ряд пациентов находится на аппарате искусственной вентиляции легких. В функциональные обязанности логопеда входят диагностика и выявление нарушений глотания, речи, голоса и других когнитивных функций; составление индивидуальной восстановительной и поддерживающей программы; проведение логопедических занятий по коррекции и, по возможности, полному или частичному устранению выявленных нарушений и профилактике вторичных функциональных наслоений; подбор способов альтернативной коммуникации; консультирование и обучение родственников пациентов и ухаживающего персонала [8].

Оказание логопедической помощи пациентам с нарушением глотания

Проблема нарушения глотания – одна из самых волнующих для паллиативных пациентов и их семей. Работа по улучшению и восстановлению функции глотания – первостепенная задача логопеда. Дисфагия негативно влияет на качество жизни, приводит к тяжелым осложнениям со стороны дыхательной системы, становится причиной обезвоживания, нарушений энергетического обмена, кахексии, усугубления инвалидизации [9]. Невозможность осуществить прием пищи и жидкости привычным способом доставляет человеку душевные страдания, вынуждает замыкаться, лишает удовольствия почувствовать вкус любимых блюд и напитков. Страх подавиться и задохнуться порой заставляет полностью отказаться от еды и воды, приносит переживания близким, не знающим, чем и как накормить родного человека.

Причины дисфагии и ее локализация у пациентов паллиативного профиля различны. Логопедическая работа строится в зависимости от вида дисфагии по этиологическому фактору (нейрогенная, органическая, психогенная, сочетанная форма), наличию ведущего синдрома (псевдобульбарная, бульбарная), местоположению (оральная, орофарингеальная, фарингеальная, эзофагеальная) [8], дозируется в объеме, допустимом состоянием больного. Тщательно подбираются методы и приемы коррекционного воздействия для пациентов с коморбидными патологиями, а также людей, ослабленных в силу основного заболевания, не соответствующего состоянию ухода, дегидратации, не имеющих сил питаться через рот.

Использование известных методов коррекции дисфагии в условиях паллиативной помощи требует определенных ограничений, тщательной оценки рисков. Не всегда применимы приемы, требующие активного сотрудничества, достаточных мышечных усилий и когнитивной сохранности (например, глотательные маневры); ограничено применение аппаратных методик. При позиционировании пациента для приема пищи и жидкости могут возникать сложности, связанные с распространенным пролежневым процессом и множественными контрактурами.

Логопедическая работа начинается с диагностики функции глотания, включающей в себя сбор анамнеза, если возможно, из беседы с пациентом и родственниками, и предоставленной медицинской документации; клинического исследования, проведения скрининга глотания, теста с продуктами различной плотности и объема (VVST) [10]. Состояние пациента не всегда позволяет провести обследование в полном объеме. На определение

степени тяжести нарушения глотания, выбора методов воздействия и плана ведения пациента будут влиять: способность больного к сотрудничеству; наличие или отсутствие трахеостомы; выявление ведущего синдрома; локализация нарушения [11, 12]. По результатам проведенного исследования функции глотания логопед дает рекомендации и, при необходимости, назначает курс медико-логопедических процедур. Используя дифференцированный подход при коррекции нейрогенной дисфагии, медико-логопедические процедуры назначают различным категориям пациентов [8]:

- **1.** Пациент в сознании без трахеостомы и назогастрального зонда.
- **2.** Пациент в сознании без трахеостомы с наличием назогастрального зонда.
- **3.** Пациент в сознании с трахеостомой и назогастральным зондом.
- **4.** Пациент с нарушением сознания или при отсутствии сотрудничества, с трахеостомой и назогастральным зондом.

В рекомендациях по кормлению специалист по глотанию указывает:

- 1. Способ кормления: пероральный, альтернативный (через назогастральный зонд, гастростому), комбинированный («через рот» + назогастральный зонд).
- **2.** Консистенцию пищи: жидкая, жидкое или густое пюре, мягкая кусочками [13].
- **3.** Степень загущения жидкости. При использовании профессионального медицинского загустителя указывает пропорцию разведения.
- **4.** Особенности позиционирования при приеме пищи и жидкости.
- **5.** Объем болюса (количество пищи в рот за один раз).
 - 6. Разовый объем порции.
 - 7. Скорость кормления.
- **8.** При комбинированном способе кормления: объем пищи/жидкости «через рот» + объем через назогастральный зонд/гастростому.
- **9.** Температурные, вкусовые характеристики пищи и напитков.
- **10.** При необходимости использование специальной посуды.
- **11.** Вид нутритивной поддержки при пероральном кормлении.
- **12.** Рекомендации по уходу за ротовой полостью перед и после приема пищи.

Применение нутритивной поддержки как обязательного компонента программ комбинированного и комплексного лечения, долговременного ухода благоприятно влияет на непосредственные результаты лечения, субъективное восприятие больным своего состояния, улучшает качество жизни.

Оптимальная диета достигается путем обогащения пищи высококалорийными естественными продуктами и/или высокобиологически ценными

энтеральными питательными смесями, которые могут добавляться в готовые блюда, применяться методом перорального сипинга (Фортикер) или вводиться через назогастральный зонд, еюностому, гастростому (Кубизон, Нутризон Протеин Интенс). Специализированное питание успешно применяется у пациентов паллиативного профиля уже не один год. Широкая линейка лечебного питания позволяет выбрать продукт с учетом основного заболевания пациента. Например, Нутридринк Компакт Протеин для онкологических больных с прогрессирующей потерей массы тела. Также отмечается положительное действие Нутридринк Компакт Протеин на ускорение заживления пролежневого процесса. Смесь Ренилон способствует поддержанию адекватного уровня белка у пациентов с почечной недостаточностью. Нутридринк четырех разных вкусов позволяет подобрать человеку напиток в соответствии с его органолептическими предпочтениями или, при выраженной дисгевзии, использовать напиток нейтрального вкуса. В решении вопроса перорального приема жидкости у больных с нарушениями глотания активно используются загустители Нутилис Клиар, Нутилис Паудер. Они удобны в применении, не влияют на вкус продукта, применимы к жидкостям любой температуры, не фракционируются в полости рта, легко усваиваются в желудочно-кишечном тракте [14].

Применение логопедических технологий в работе с паллиативными пациентами, страдающими дисфагией, помогает сделать более безопасным переход от питания через назогастральный зонд к пероральному приему пищи и жидкости. А также, в определенных случаях, используя тренировочные и стимулирующие методы коррекции, улучшить функцию глотания у пациентов с трахеостомой и создать условия для безопасной деканюляции.

Позиционирование для приема пищи и жидкости человека с нарушением глотания подбирается логопедом совместно с врачом по лечебной физкультуре [15]. При необходимости специалист по глотанию рекомендует компенсаторные положения головы, облегчающие проглатывание и способствующие перенаправлению болюса [16]. Правильная поза при кормлении, оптимально подобранная консистенция пищи (индивидуально адаптированная диета), тщательный уход за ротовой полостью – основные условия для безопасного и эффективного перорального кормления пациента. Соблюдение этих правил значительно снижает риск респираторных осложнений, в том числе аспирации, уменьшает или полностью устраняет неприятные ощущения (поперхивание, кашель, регургитация пищи в нос, вытекание пищи изо рта) во время и после еды и питья, что повышает эмоциональный фон больного и уменьшает волнения родственников [17].

Коррекция речевых нарушений

Еще один аспект логопедической деятельности в условиях паллиативного центра — это помощь людям с нарушениями речи и голоса. Трудности коммуникации вследствие речевых и голосовых нарушений — актуальный момент в жизни человека с неизлечимым заболеванием. Невозможность выразить свои чувства, обозначить желания, пожаловаться повышает тревожность, омрачает радость общения с близкими, затрудняет полноценный контакт с медицинским персоналом.

Логопедические занятия по коррекции речевых нарушений включают в себя упражнения, направленные на улучшение понимания обращенной речи, восстановление самостоятельной речи, письма и чтения, коррекцию произносительной стороны речи (повышение разборчивости, улучшение качеств голоса). Логопедическое воздействие начинается с работы по преодолению нейродинамических нарушений, организации произвольного внимания, преодолению явлений истощаемости, нормализации эмоционально-оценочной стороны поведения с учетом гендерных различий [18], выработке умения непосредственной ориентации в окружающем (расположение в палате мебели, двери, окон; название каждого предмета; имена соседей; путь от палаты до холла, чайного уголка), оживлению в памяти привычных бытовых стереотипов (гигиенические процедуры, одевание, приготовление пищи, мытье посуды и т.п.), использованию неречевых видов деятельности (рисование, конструирование, настольные игры). При подготовке к занятиям логопед тщательно отбирает стимульный материал, стараясь не только заинтересовать пациента, но и ни в коем случае не травмировать его внутренний мир болезненной темой.

Стоит отметить работу с пациентами, страдающими деменцией. Диапазон интеллектуальных нарушений при деменциях чрезвычайно велик. В структуре занятий используются различные бытовые ситуации (приготовление пищи, тематические настольные игры, поход в магазин, прием гостей, традиционная подготовка к праздникам), применяются элементы музыко- и арттерапии. Все это позволяет оживлять автоматизмы, привычные стереотипные действия, сохранять простые навыки и умения, повышает настроение.

Ряд пациентов паллиативного центра впервые выписывается в социальные учреждения, где им придется строить новые отношения в новых для них условиях. В системе занятий логопед имеет возможность подготовить человека к иной социальной активности, адаптации в социальном учреждении, умению вступить в диалог, более четко выразить свои жалобы и просьбы.

Улучшение речевой и голосовой функций облегчает работу над глотанием, так как становится более доступным понимание пациентом инструкций; улучшается дыхание, увеличиваются сила артикуляционных мышц, объем и качество артикуляционных движений, что способствует своевременному проглатыванию слюны, активизации функции жевания и продвижению пищевого комка в направлении к глотке, уменьшению скопления пищи в щечных карманах; улучшается смыкание голосовых складок, становится более полной защита дыхательных путей при глотании и, соответственно, снижается риск респираторных осложнений.

В случае наличия у пациента трахеостомической трубки и противопоказаний к использованию голосового клапана (специальное устройство, позволяющее пациенту-канюленосителю говорить), невозможности применить письмо как средство коммуникации в связи с утраченной двигательной функцией верхних конечностей логопед старается подобрать применимые к использованию данным пациентом средства альтернативной коммуникации (специальные коммуникативные карточки, блокноты, пиктограммы, обучение системе знаков и жестов).

Логопедическая деятельность в детском паллиативе

И конечно, неоспорима необходимость логопедической помощи в детском паллиативе. Дети и молодые взрослые с паллиативным диагнозом очень разные: от полностью интеллектуально сохранных до пациентов с глубокими ментальными нарушениями. Логопедия в детском паллиативе занимает важное место, и сфера применения ее разнообразна. Здесь есть как привычные для большинства людей задачи по преодолению проблем в формировании речи, помощь в ее восстановлении после травм, так и специфические. И конечно, работа с нарушением глотания. В систему работы с дисфагией входят: обучение правильному дыханию, жеванию, умению снимать пищу с ложки, пить из чашки; обучение родителей правильному подбору позы и консистенции пищи для эффективного и безопасного кормления [19, 20]. Совместно с психологом логопед проводит с детьми с множественными тяжелыми нарушениями развития занятия по методу базальной стимуляции, сенсорной интеграции, осуществляет подбор возможных способов альтернативной дополнительной коммуникации. Особенно важна в детском паллиативе работа с родителями: психологическая поддержка, объяснение особенностей развития их ребенка, обучение развивающему уходу и занятиям, доступным для проведения дома [21].

Заключение

Логопедическая работа, как и деятельность каждого сотрудника отделения вспомогательного лечения Московского многопрофильного центра паллиативной помощи, ведется деликатно и осторожно. Нагрузка дозируется с учетом соматического и психического состояния больного на данный момент. Занятия с логопедом, инструктором ЛФК, процедуры массажа назначаются с учетом пожеланий пациента и родственников, основываясь на значимости самостоятельного выбора для каждой личности. При отсутствии положительной динамики занятия по восстановлению речи и лечебной физкультуре могут проводиться с целью психологической поддержки по желанию пациента и его семьи. Используя знания, навыки и умения многих специалистов, паллиативная помощь чутко реагирует на нужды людей, столкнувшихся с неизлечимым заболеванием, поддерживая и помогая им и их родным и близким в трудный жизненный период.

За период работы отделения вспомогательного лечения между логопедами ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, ГКБ им. И.В. Давыдовского и ГБУЗ «Московский многопрофильный паллиативный центр» сформировалось сотрудничество, которое, прежде всего, направлено на поиск и выработку совместных подходов к оказанию помощи пациентам с различными нозологическими группами заболеваний, обсуждение и применение общих методов и приемов работы, соответствующих потребностям больного человека на данный момент. Получившие в Федеральном центре мозга и нейротехнологий ФМБА России и ГКБ им. И.В. Давыдовского паллиативный статус пациенты направляются в Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ, где с учетом тяжести состояния, по желанию, смогут продолжить логопедическую коррекцию в допустимом объеме. В ряде случаев отмечается заметное улучшение функций глотания и речи, когнитивных функций с последующей выпиской пациентов домой. Профессиональное взаимодействие, обмен накопленным опытом, разбор клинических случаев, совместное участие в конференциях позволяют найти более эффективные пути улучшения качества жизни пациента, разработать стратегии обеспечения максимально активного образа жизни.

Литература

- 1. Rehabilitation 2030 Initiative. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030 [cited 2022 Oct 3].
- 2. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 Dec 19;396 (10267):2006–2017. doi: 10.1016/S0140–6736 (20)32340–0. Epub 2020 Dec 1.

- 3. Eckman S, Roe J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? Int J Palliat Nurs. 2005 Apr;11 (4):179–81. doi: 10.12968/ijpn.2005.11.4.28783. PMID: 15924034.
- 4. O'Reilly A. C., Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. Palliat Med. 2015 Sep;29 (8):756–61. doi: 10.1177/0269216315575678. Epub 2015 Mar 11. PMID: 25762581.
- 5. Krikheli L., Erickson S., Carey L. B., Carey-Sargeant C. L., Mathisen B. A. Perspectives of speech and language therapists in paediatric palliative care: an international exploratory study. Int J Lang Commun Disord. 2020 Jul;55 (4):558–572. doi: 10.1111/1460–6984.12539. Epub 2020 May 25. PMID: 32449577.
- 6. Egan A., Andrews C., Lowit A. Dysphagia and mealtime difficulties in dementia: Speech and language therapists' practices and perspectives. Int J Lang Commun Disord. 2020 Sep;55 (5):777–792. doi: 10.1111/1460–6984.12563. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32706516.
- 7. Speyer R., Sandbekkbråten A., Rosseland I., Moore J. L. Dysphagia Care and Management in Rehabilitation: A National Survey. J Clin Med. 2022 Sep 27;11 (19):5730. doi: 10.3390/jcm11195730. PMID: 36233598; PMCID: PMC9571108.
- 8. Иванова М. В., Ларина О. Д., Норвилс С. Н. и др. Союз реабилитологов России. Клинические рекомендации. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде. М., 2016 https://rehabrus. ru/Docs/Rech Ostriy Period new.doc
- 9. Амосова Н.Н., Балашова И.Н., Белкин А.А. и др. Союз реабилитологов России. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. М., 2013. https://rehabrus.ru/Docs/2020/Disfagia_last.pdf
- 10. Балашова И. Н., Белкин А. А., Иванова Г. Е. и др. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. Протокол оценки функции глотания у больных ОНМК. https://www.sportmed.ru/dokumenty/protokolotsenki-funktsii-glotaniya-u-bolnykh-onmk
- 11. Горячева А. С., Амосова Н. Н., Зуева Л. Н. и др. Методы диагностики нарушений глотания и логопедическая работа на ранних

- этапах реабилитации нейрохирургических больных. Клинические рекомендации. М., Секачев, 2017.
- 12. Ларина О. Д., Рудометова Ю. Ю., Новикова Т. В. Роль логопеда в коррекции афазии и дисфагии на первом этапе реабилитации пациентов с ОНМК.//Лечащий врач. 2022;10 (25):21–29. DOI:10.51793/OS.2022/25/10/004
- 13. IDDSI International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Международная Инициатива по Стандартизации Диеты при Дисфагии. 2016. https://iddsi.org/
- 14. Ларина О. Д., Рудометова Ю. Ю., Новикова Т. В. Обучение персонала правилам кормления обязательный аспект логопедической работы по преодолению постинсультной дисфагии.//Лечащий врач. 2022; (5-6):64-69. https://doi.org/10.51793/OS.2022.25.6.012
- 15. Егорова О.Ю., Иванова Г.Е., Камаева О.В. и др. Союз реабилитологов России. Клинические рекомендации. Постуральная коррекция в процессе реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга. М., 2016. https://rehabrus.ru/Docs/2016/10/pozicianirovanie.pdf
- 16. Ларина О.Д., Рудометова Ю.Ю. Стратегия и тактика логопедического воздействия по коррекции нейрогенной дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы.//Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии. Коллективная монография.М., Логомаг. 2020.
- 17. Котельникова О.В. Кормить или не кормить.//Российский научно-практический журнал Pallium, 2021. № 3 (12). С. 36–41.
- 18. Визель Т.Г., Шабетник О.И. Нарушение высших психических функций и их восстановление при поражениях правого полушария мозга. М., Секачев, 2018.
- 19. Логунова Ю. В. Реабилитация пациентов с нарушениями дыхания и глотания. 2-е изд., доп. и испр. М., Проспект, 2018. 56 с. https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2018/10/Reabilitacia_all.pdf
- 20. Софи Фрей. Нарушение глотания у детей. М., Теревинф. 2022. – 536 с.
- 21. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития./Под ред. Битовой А.Л., Боярышникова О., Пайкова А., Бондарь Т. и др. М., Теревинф. 2018.

Роль старшей медицинской сестры в работе отделения паллиативной медицинской помощи

Фролова О.М.

Фролова Ольга Михайловна – врач-методист ООО «МЕДИЦИНА», председатель секции РАМС «Паллиативная помощь», член координационного совета Ивановской областной общественной организации по защите прав и интересов специалистов со средним медицинским образованием. Адрес: 153006 Иваново, ул. Инженерная, д. 16. Тел. +7-910-683-00-21. E-mail: frolovaoptd@yandex.ru

Аннотация

Определяющая роль организации работы медицинских сестер в отделении паллиативной медицинской помощи принадлежит руководителю сестринской службы – старшей медицинской сестре. Одной из главных задач в управленческой деятельности старших медицинских сестер является обеспечение высокого качества сестринского ухода. В данной статье приведены основные направления деятельности старшей медицинской сестры отделения паллиативной медицинской помощи от требований к образованию до организации сестринского процесса в отделении.

Ключевые слова: организация сестринской деятельности, планирование, обучение персонала, фармакологический порядок, контроль качества сестринского ухода, паллиативная медицинская помощь.

Abstract

The decisive role in organizing the work of nurses in a palliative care department belongs to the head of the nursing service - the head nurse. One of the main tasks in the management activities of head nurses is to ensure the high quality of nursing care. This article presents the main activities of the head nurse of a palliative care department from the requirements for education to the organization of the nursing process in the department.

Keywords: organization of nurse's activity, planning, staff training, pharmacological procedure, quality control of nursing care, palliative care.

В паллиативной медицинской помощи профессия медицинской сестры подчас занимает ведущие позиции в уходе. Именно здесь наиболее полно раскрывается содержание сестринской профессии.

Содержание труда организатора сестринского дела специфично и существенно отличается от труда любого рядового специалиста. Оно определяется тем, что руководитель, в той или иной мере используя помощь своего коллектива, осуществляет руководство, организует и направляет деятельность работников подразделения на достижение поставленных целей. Он несет личную ответственность за своевременное принятие и реализацию управленческих решений.

Руководитель сестринской службы в подразделении медицинской организации – это полноценный член медицинской команды, обладающий знаниями, опытом и лидерскими качествами для оказания высококвалифицированной медицинской помощи пациентам.

На законодательном уровне профессия старшей медицинской сестры предусматривает определенные требования к образованию. Так, согласно приказу Министерства труда и социальной защиты РФ № 479н от 31.07.2020 «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по организации сестринского дела» старшей медицинской сестре необходимо: среднее профессиональное образование – программы подготовки специалистов среднего

звена по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело» или «Сестринское дело» и дополнительное профессиональное образование – программы повышения квалификации по специальности «Организация сестринского дела»; или высшее образование – бакалавриат по направлению подготовки «Сестринское дело» и дополнительное профессиональное образование – программы повышения квалификации «Организация сестринского дела»; и опыт работы – не менее 5 лет по направлению профессиональной деятельности [4].

Кроме того, в «Положении об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», утвержденном приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ № 345н/372н от 31.05.2019, указано, что «паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» [4].

Перечень функций и обязанностей старших медицинских сестер, работающих во взрослой или детской тяжелой соматической (онкология/гематология, реанимация, трансплантология и т.п.) и паллиативной

медицинской помощи, чрезвычайно широк, начиная от ресурсного обеспечения до контроля практически всех процессов в подразделении.

Рациональное распределение видов деятельности руководителя сестринской службы является залогом успешной работы специалистов среднего и младшего звена. В паллиативной помощи сестринские функции не могут быть ограничены или сведены только к медицинскому уходу в силу интенсивности и длительности контакта с пациентами и их близкими с учетом философии паллиативного подхода [2].

Рациональное планирование деятельности организатора сестринского дела

Медицинская организация (подразделение) паллиативной медицинской помощи вне зависимости от масштаба, численности сотрудников, значимости оказываемой помощи является, прежде всего, организацией со своей структурой соподчинения. Плановый подход к управлению персоналом и контролю деятельности специалистов со средним медицинским образованием и младшего медицинского персонала дает возможность эффективно организовать работу коллектива, учитывая особенности сотрудников, максимально используя их способности.

К основным планам работы в деятельности старшей медицинской сестры относятся: годовой, квартальный, месячный и ежедневный планы работы, а также дневной регламент. К дополнительным планам работы относятся: план работы совета медицинских сестер, план проведения сестринских конференций, план занятий с резервом старшей медсестры, план повышения квалификации медицинского персонала, план подготовки сестринского персонала по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, соблюдения фармацевтического порядка.

Исходное начало планирования – структурирование времени. Планирование времени включает в себя следующие стадии:

- 1) первая стадия составление заданий, перечня основных дел дня и недельного (месячного) плана;
- 2) **вторая стадия** оценка длительности (проставьте против каждого задания приблизительное время для выполнения, просуммируйте и определите ориентировочно общее время);
- 3) **третья стадия** резервирование времени «про запас», планом должно быть охвачено не более 60% времени, и приблизительно 40% должно быть оставлено в качестве резервного времени;
- 4) **четвертая стадия** принятие решений по приоритетам, сокращениям и перепоручению с целью сокращения времени, отведенного на выполнение заданий;
- 5) **пятая стадия** контроль и перенос не сделанного.

Среди правил эффективного планирования личного времени руководителя можно выделить следующие:

- планирование должно охватывать не более 60% рабочего времени, поскольку каждый день приходится заниматься непредвиденными заранее делами;
- все затраты рабочего времени должны документироваться и перепроверяться, как и на что использованы;
- все невыполненные запланированные задания должны становиться основой для составления плана на следующий временной период;
- планирование личного времени руководителя должно быть регулярным и носить системный характер;
- планироваться должен только тот объем задач, который реально может быть выполнен;
- планы составляются не для успокоения совести, а для достижения личных целей;
- потери времени должны восполняться сразу, лучше дольше поработать, чем позже нагонять;
- планирование личного времени необходимо осуществлять в письменной форме собственного образца;
- в планах должны фиксироваться искомые результаты, а не какие-то действия;
- каждый пункт плана должен иметь четкие временные рамки;
- в плане должны быть установлены приоритеты (степень важности) в выполнении заданий;
- при планировании нужно отметить, какие задания необходимо выполнить лично, а какие допустимо и целесообразно делегировать другим лицам;
- все непредвиденные дела и посетители являются «поглотителями» личного времени;
- планирование должно охватывать как рабочее, так и свободное личное время руководителя;
- при планировании необходимо учитывать время для подготовительной и творческой работы;
- при планировании время на непродуктивную работу необходимо максимально сокращать;
- планирование личного времени необходимо соотносить с планами администрации, медперсонала в отделении, коллег по работе.

Организация противоэпидемического режима в подразделении

Вопросы больничной гигиены и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), входят в общую систему по эпидемиологической безопасности медицинской организации и регламентированы рядом нормативных документов, актуализированных в 2020–2021 гг. Их многоплановость и многокомпонентность – от вопросов обеспечения безопасности внешней, в том числе воздушной, среды, организации и проведения дезинфекционных мероприятий и управления

медицинскими отходами, до организации питания пациентов – требуют координации и контроля как на уровне подразделения, так и на уровне медицинской организации в целом.

Основополагающим действующим документом, регламентирующим общие требования к осуществлению дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях всех профилей, являются СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» [4].

Профилактика ИСМП в подразделении в рамках утвержденной в организации программы производственного контроля проводится по нескольким направлениям.

- 1. Обучение персонала. Старшая медицинская сестра планово проводит технические занятия со средним и младшим медицинским персоналом по различным направлениям противоэпидемического режима в отделении: обработка инструментария, порядок проведения текущих и генеральных уборок, гигиенические мероприятия, обращение с медицинскими отходами и т.п. Не реже 2 раз в год проводится тестирование персонала на знание правил противоэпидемического режима. На каждом рабочем месте должны быть предусмотрены СОПы и инструкции для удобства работы персонала.
- 2. Противоэпидемические мероприятия. Старшая медицинская сестра в рамках обеспечения эпидемиологической безопасности:
- контролирует проведение антисептических и асептических мероприятий в процедурных и перевязочных кабинетах отделения (гигиена рук, обработка инструментария, обеззараживание воздуха и т.п.);
- обеспечивает медицинский персонал средствами индивидуальной защиты;
- контролирует своевременную изоляцию инфицированных пациентов с последующей заключительной дезинфекцией помещений, где находился пациент;
- контролирует качество текущих и генеральных уборок, дезинфекции помещений;
- организовывает обеспечение младшего медицинского персонала уборочным инвентарем, моющими и дезинфицирующими средствами.

В настоящее время современные технические средства и технологии позволяют оперативно оценивать состояние каждого из направлений гигиены отделения паллиативной медицинской помощи и являются дополнительным ресурсом для информационной системы контроля ИСМП во всей медицинской организации.

Подбор и рациональная расстановка персонала

Руководитель сестринской службы в процессе своей профессиональной деятельности ежедневно сталкивается с необходимостью рационального ис-

пользования кадрового потенциала подчиненных. Конечная цель всей кадровой деятельности старшей медицинской сестры – создание коллектива, способного оказывать качественную медицинскую помощь паллиативным пациентам [2].

Работа с кадрами подразумевает:

- подбор, прием на работу и рациональную расстановку кадров;
- повышение профессиональной квалификации каждой медицинской сестры;
- формирование резерва старших медицинских сестер;
- организацию адаптации вновь пришедших специалистов.

Для специалистов, ответственных за организацию работы медицинского персонала в отделении паллиативной медицинской помощи, важно, прежде всего, повышение рабочего комфорта медицинских работников. Это касается удобного графика работы, оптимизации распределения выполняемых функций, организации рабочего пространства, координации действий и профессиональной логистики, передачи смен, подбора коллектива на дежурствах и т. д. Отдельной задачей руководителя сестринской службы становится контроль за соблюдением баланса работы и отдыха, графика дежурств, выходных и отпусков, соотношения рабочего времени и времени, необходимого для восстановления сил.

Немаловажно, чтобы пришедший в паллиатив специалист сумел стать полноценным членом команды, а также смог сохранить себя, помогая пациентам и их близким, в том числе при уходе в конце жизни пациента.

Улучшение профессиональных навыков и различных компетенций, связанных с многообразием функциональных обязанностей медицинских сестер, – хорошая опора в повседневной работе. Это повышает чувство собственной профессиональной эффективности [3]. Задача старшей медицинской сестры – создать условия для повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала, подобрать необходимые курсы, тренинги, практикумы, организовать график и время для прохождения учебы.

Проконтролировав интерес и знания персонала по окончании повышения квалификации, важно провести анализ профессиональной пригодности специалиста для дальнейшей работы, поскольку случайные люди в паллиативной медицинской помощи не только бесполезны, но и опасны.

Организация фармакологического порядка в отделении паллиативной помощи

В профессиональном стандарте, утвержденном приказом Министерства труда и социальной защиты РФ № 479н от 31.07.2020, закреплено, что одна

из основных функций руководителя сестринской службы – обеспечение выписки, получения, хранения, распределения и расходования лекарственных средств в отделении. Чаще всего складывается, что основное место хранения лекарственных средств в отделении – это кабинет старшей медицинской сестры.

В паллиативной службе лекарственное обеспечение включает в себя, как правило, довольно обширный ассортимент наркотических средств и психотропных веществ. Этот раздел работы подразумевает под собой дополнительные знания и умения в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ. Поэтому сотрудники отделения, участвующие в обороте НС и ПВ, должны быть обучены и иметь соответствующие документы (пп. ю п. 6 Положения о лицензировании, утвержденного постановлением Правительства РФ № 1007 от 02.06.2022) [4]. Для удобства работы медицинских сестер в отделении должны быть разработаны и использоваться СОПы и инструкции по разделу работы с лекарственными средствами, в том числе наркотическими средствами и психотропными веществами.

В отделении ежегодно в рамках плановой работы утверждается формуляр лекарственных средств, дезинфицирующих средств, расходных материалов и медицинских изделий, необходимых и используемых в работе. Задача старшей медицинской сестры создать необходимый запас вышеперечисленных изделий в отделении. Запас лекарственных препаратов на посту или в процедурном кабинете, в отделении в днях нормируется только для НС и ПВ (Постановление Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров») [4]. В медицинских организациях, не имеющих аптеки, где НС и ПВ хранятся у главной медсестры (помещение третьей категории), размер их запаса не должен превышать 15-дневную потребность. Для других ЛП норматива запаса в днях не существует, поэтому старшая медицинская сестра отделения должна устанавливать его самостоятельно с учетом фактического расхода за сутки. Хотя нормативы запаса других лекарственных средств не предусмотрены, практика показывает, что этот запас не должен превышать недельную потребность у старших медицинских сестер и 1–2-суточную потребность на посту. Это связано с тем, что в отделении необходимо следить за сохранностью лекарственных препаратов, соблюдением сроков годности и обеспечением условий хранения в соответствии с физико-химическими свойствами. При большем запасе лекарственных препаратов в отделении высок риск нарушений этих требований, что может привести к порче и потерям лекарственных препаратов. Лекарственные

средства, индивидуально назначенные пациенту, заказываются и приобретаются отдельно, исходя из финансовых возможностей медицинской организации.

Согласно СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью отделения должен быть создан не менее чем на месяц [4].

Средства гигиены и предметы ухода занимают большую нишу в материальном обеспечении отделения паллиативной помощи. В современных условиях это довольно затратная статья расходов. Задача старшей медицинской сестры – определить потребность в средствах гигиены и предметах ухода, своевременно создать заявку в отдел закупок медицинской организации и своевременно пополнять запас в отделении. Тесное и постоянное взаимодействие с социальными службами и благотворительными фондами могут весомо способствовать оснащению отделения средствами гигиены и предметами ухода.

Конечно, фармакологический порядок в отделении невозможен без надлежащего контроля. Контроль правильного хранения и расходования лекарственных средств (в т. ч. наркотических и психотропных веществ), медицинских изделий и расходных материалов — это текущая работа старшей медицинской сестры. Целесообразно не реже чем раз в неделю контролировать хранение лекарственных средств и не реже чем раз в месяц осуществлять полный контроль соблюдения фармакологического порядка в отделении.

Работа с медицинским оборудованием

Любой руководитель производства знает, что техника имеет неприятное свойство выходить из строя. Медицинская организация в этом смысле не уникальна. В отделении паллиативной медицинской помощи, где медицинская техника и изделия медицинского назначения используются с известной интенсивностью, поломки могут случаться чаще. Несмотря на то что часто в должностных обязанностях заведующего отделением значится оснащение отделения медицинскими изделиями в соответствии с порядком оснащения, утвержденного приказом МЗ РФ, ответственность за правильное использование, поверку, инструментальный контроль и техническое обслуживание лежит на старшей медицинской сестре отделения.

Старшая медицинская сестра совместно с заведующим отделением осуществляет контроль за со-

стоянием медицинской техники и оборудования, закрепленного за отделением. В целях реализации осуществляется:

- 1. Учет средств измерений и медицинской техники, в том числе выданных пациентам для использования на дому.
- **2.** Составление графика поверки средств измерений.
- **3.** Организация поверки средств измерений по согласованию с метрологической службой медицинской организации.
- **4.** Своевременная подача заявок на ремонт неисправного оборудования.
- **5.** Составление заявок на недостающие средства измерений и изделия медицинской техники.
- **6.** Списание неисправных средств измерений и изделий медицинской техники.
- **7.** Контроль правильности эксплуатации и сохранности медицинского оборудования и средств измерений.

Делопроизводство в работе старшей медицинской сестры

В содержании труда руководителя любого подразделения лечебно-профилактического учреждения можно выделить три ключевые сферы деятельности:

- организационно-управленческая;
- социально-психологическая;
- функциональная.

Все перечисленные профессиональные направления деятельности руководителя сестринских служб сопровождаются оформлением соответствующих документов. Делопроизводство занимает достаточно большое количество времени рабочего дня. В связи с этим всегда актуальным является рассмотрение вопросов, связанных с организацией работы с документами сестры-руководителя (имеется в виду не регламент времени на работу с документами, а форма и содержание).

Одним из важнейших направлений повышения эффективности деятельности среднего медицинского персонала является правильно организованный контроль за его работой. Контроль является сложной и специфической формой управленческой деятельности, в связи с чем руководитель сестринских службы должен заранее разрабатывать содержание различных видов контроля, использовать многообразные методы его ведения, оформлять соответствующую документацию, анализировать и обобщать результаты контроля. Никакой метод управленческой деятельности руководителей сестринских служб не может компенсировать отсутствие или недостаточный объем контроля.

Содержание рабочей папки старшей медицинской сестры:

- 1. Управление сестринским персоналом.
- Подбор персонала.
- Ориентация и адаптация новых сотрудников.
- Наставничество.
- Трудовой потенциал.
- Обучение на рабочем месте.
- Материал учебно-методического кабинета.
- Подготовка резерва старшей медсестры.

2. Организация сестринской деятельности.

Контроль и экспертная оценка профессиональной деятельности медицинских сестер и младшего медперсонала.

- Понятие о контроле и оценке качества работы.
- Критерии оценки качества работы старшей медсестры.
- Критерии оценки качества работы процедурной медсестры.
- Критерии оценки качества работы палатной медсестры.
- Критерии оценки качества работы санитар-ки-мойщицы (буфет).
- Критерии оценки качества работы сестры-хозяйки.
- Критерии оценки качества работы санитар-ки-мойщицы.
- Карта оценки качества работы процедурной медсестры.
- Карта оценки качества работы палатной медсестры.
 - Карта оценки качества работы санитарки-мойщицы.
- Карта оценки качества работы старшей медсестры.
 - Карта оценки качества работы сестры-хозяйки.

3. Организация и обучение на рабочем месте.

- План проведения конференций со средним медперсоналом.
- План проведения конференций с младшим медперсоналом.

4. Организация санитарно-эпидемиологического режима в отделении.

- Инструкция по проведению текущих влажных и генеральных уборок.
- Инструкция по соблюдению противоэпидемического режима работы в манипуляционных кабинетах.
- Инструкция по предоставлению информации о случаях инфекционных заболеваний.
 - Инструкция по обработке белья.
- Инструкция по профилактике профессионального ВИЧ-инфицирования для среднего медицинского персонала.
- Инструкция по правилам обращения с медицинскими отходами.
- Инструкция по обработке пациента при обнаружении педикулеза.
 - 5. Анализ деятельности за год.

Организация взаимодействия с близкими пациента

Забота о родственниках является важной составной частью заботы об умирающем в отделении паллиативной медицинской помощи. Цель заботы о родственниках во время болезни их близкого – поддержать их и помочь перейти от первой шоковой реакции к большей открытости и правдивости [1].

Помощь родственникам на этом этапе заключается в поддержке, подбадривании их, при необходимости – в обучении приемам ухода за пациентом, в обеспечении информацией об особенностях течения заболевания в терминальный период, о потребностях больного человека и объяснении, как их удовлетворить [5].

Близкие люди для пациента — основной источник физической и психологической безопасности, заботы и поддержки. Часто именно близкие берут на себя всю ответственность по уходу и принятию тех или иных решений, напрямую влияющих на качество жизни неизлечимо болеющего родственника.

Болезнь, можно сказать, разделяется близкими людьми и оказывает мощное влияние на все близкое окружение пациента.

Потребности близких людей паллиативного пациента:

- быть с больным во время смерти;
- иметь возможность помогать больному;
- быть уверенными, что больному комфортно;
- получать ежедневную информацию о состоянии больного;
- быть лично информированными о приближающейся смерти больного;
- иметь возможность справляться со своими эмоциями;
- иметь возможность успокаивать больного в любое время (круглосуточный режим посещения);
 - иметь поддержку медицинского персонала.

Основные принципы работы с родственниками в отделении паллиативной медицинской помощи:

- семья и больной неразделимы (недопустимо ограничивать контакты пациента с членами семьи, это противоречит принципам гуманности и этики);
- уважение к родственникам и близким людям пациента (включая этнические, социокультурные особенности каждого члена семьи, а также индивидуальные ценности и убеждения);
- честность (информирование близких о текущей ситуации, а также о возможных изменениях в ближайшем будущем);
- доверие (безоценочное отношение к решению различных вопросов внутри каждой отдельной семьи);
- сотрудничество между близкими пациента и медицинским персоналом на всех уровнях в отделении паллиативной медицинской помощи.

Работа с близкими людьми пациента предполагает объединение усилий семьи и всех специалистов паллиативной медицинской помощи и позволяет существенно улучшить качество жизни пациента, при этом удовлетворяя все его потребности [5].

Поэтому большое значение имеет повышение квалификации медицинских сестер как работников, находящихся в наиболее тесном контакте и с пациентом и с его близкими. В программу занятий целесообразно включать такие вопросы, как:

- соблюдение принципа конфиденциальности;
- обсуждение прогноза и сравнение ожидаемой пользы от лечения с его неизбежными издержками;
- правильное ориентирование в условиях сложных взаимоотношений между пациентом и его близкими;
- документальные волеизъявления пациентов, связанные с терминальным периодом и смертью;
- справедливое распределение ограниченных ресурсов;
- анализ ситуации и общение с пациентом и его родственниками в случае поступления просьбы ассистированного суицида или эвтаназии;
- отказ от осуществления медицинских вмешательств или отмена лечения;
- принятие решений за пациентов, лишенных возможности общения (например, находящихся в коме).

Организация посещения пациента родственниками и иными членами семьи пациента в медицинской организации

Порядок посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями и иными лицами с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в отделении паллиативной медицинской помощи, нормативно регулируется Федеральным законом № 323-Ф3 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Минздрава России № 869н от 19.08.2020 «Об утверждении общих требований к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях» [4].

Посещение пациента в отделении осуществляется родственниками и иными членами семьи или законными представителями. При согласии пациента посещение его возможно иными гражданами.

Посещение пациента осуществляется с разрешения лечащего врача отделения паллиативной медицинской помощи в случае:

- если состояние пациента не позволяет выразить согласие на посещение и (или) отсутствуют законные представители;
- посещение пациента, находящегося в тяжелом состоянии.

Время посещения пациента родственниками, законными представителями и иными лицами устанавливается как круглосуточное, если отсутствует угроза соблюдению интересов иных лиц, получающих паллиативную медицинскую помощь в отделении. При наличии у пациента ограничений двигательной активности посещение осуществляется непосредственно в палате, где находится пациент. Оптимально, если пациент в тяжелом состоянии будет размещен в одноместной палате. Если такой возможности нет, медицинскому персоналу необходимо позаботиться о создании возможности приватного общения пациента с близкими при помощи ширм или других импровизированных перегородок.

При отсутствии у пациента каких-либо ограничений двигательной активности посещение осуществляется в специально отведенном для этого месте (холл, актовый зал и т.д.).

При организации посещения пациента родственниками, законными представителями и иными лицами важными задачами медицинского персонала являются:

- создание уютной, комфортной обстановки отзывчивости и заботы о посетителях и членах семьи пациента при нахождении в отделении;
 - психологическая поддержка посетителей;
- умение прокомментировать и объяснить состояние пациента и ответить на интересующие вопросы в пределах своей компетенции либо организовать беседу с лечащим врачом.

В настоящее время резко меняется отношение общества к медицинским сестрам, престиж данной

профессии растет. Эффективность деятельности медицинских сестер во многом зависит от профессиональной грамотности руководителя сестринской службы, умения координировать работу медсестер отделения, от отношения к сестринской службе руководства всех рангов.

Умелая организация сестринского процесса помогает достижению квалификации такого рода. Одна из сложных задач в паллиативном здравоохранении – формирование сестринского персонала и удержание его в системе паллиативной медицинской помощи [2].

Таким образом, под управлением персоналом в отделении паллиативной медицинской помощи понимается планомерно организованное, системное воздействие для взаимосвязанных социальных и организационно-экономических мер на процесс создания, распределения, перераспределения трудовых ресурсов на уровне подразделения, на формирование условий для применения трудовых качеств сотрудников для обеспечения успешного функционирования отделения.

Литература

- 1. Гнездилов А. В., Иванюшкин А. Я., Миллионщикова В. В. Дом для жизни//Человек. 1994.
- 2. Дойл Д. С чего начать: руководство и предложения для планирующих организацию хосписа и паллиативной помощи/Пер. с англ. О. Цейтлиной/Под ред. Е.В. Полевиченко. М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2017.
- 3. Клипинина Н.В. Психологические трудности и рекомендации по профессиональной адаптации в работе паллиативных медицинских сестер. PALLIUM, 2019; 4; 19–22.
- 4. Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации https://minzdrav.gov.ru/
- 5. Сайт «Про паллиатив» благотворительного фонда помощи хосписам «Bepa» https://pro-palliativ.ru/

Приложение 1 ПЛАН РАБОТЫ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

І. Организационная работа

№ п/п	Мероприятия	Сроки исполнения	Ответственный
1	Проведение анализа работы отделения, составление годового отчета за 2022 г.	Январь 2023 г.	Заведующий отделением, старшая медицинская сестра
2	Составление отчета и плана по повышению квалификации сестринского персонала	Ноябрь 2022 г.	Заведующий отделением, старшая медицинская сестра
3	Проведение административно- хозяйственных обходов с заведующим отделением	Еженедельно, понедельник	Заведующий отделением, старшая медицинская сестра

4	Контроль за выполнением медперсоналом инструкций по хранению и выдаче медикаментов	Еженедельно	Старшая медицинская сестра
5	Ознакомление медперсонала с его функциональными обязан- ностями	В течение года	Старшая медицинская сестра
6	Составление графика работы сотрудников отделения на текущий месяц	Ежемесячно к 25-му числу предыдущего месяца	Старшая медицинская сестра
7	Составление списка сотрудников по допуску к работе с НС и ПВ	Январь	Старшая медицинская сестра
8	Составление табеля на зарплату	Ежемесячно к 20-му числу	Старшая медицинская сестра
9	Составление графика отпусков сотрудников на 2023 г.	Ноябрь 2022	Старшая медицинская сестра
10	Организация и проведение вводного инструктажа с поступающими на работу	В течение года	Старшая медицинская сестра
11	Организация и проведение инструктажа по ОТ и ТБ, противопожарной безопасности	2 раза в год	Инженер по ОТ и ТБ, старшая медицинская сестра
12	Организация медицинского осмотра сотрудников отделения	2 раза в год	Старшая медицинская сестра
13	Подготовка отделения к работе в зимних условиях	III квартал	Сестра-хозяйка, старшая медицинская сестра
14	Подготовка дублера старшей медсестры	I квартал	Старшая медицинская сестра
15	Проведение сверки материальных ценностей	По плану бухгалтерии	Старшая медицинская сестра
16	Списание материальных ценностей	По плану бухгалтерии	Главный бухгалтер, старшая медицинская сестра
17	Участие в процедуре специальной оценки условий труда палатных медсестер, медсестер процедурного кабинета	III квартал 2023 г.	Старшая медицинская сестра
18	Организация библиотечки с периодической литературой	В течение года	Старшая медицинская сестра

II. Контроль за исполнением должностных обязанностей

№ п/п	Мероприятия	Сроки исполнения	Ответственный
1	Контроль за соблюдением трудовой дисциплины и графиков работы персоналом	В течение года	Заведующая отделением, старшая медицинская сестра
2	Контроль за качеством ухода за пациентами	В течение года	Старшая медицинская сестра
3	Контроль за выполнением врачебных назначений	В течение года	Старшая медицинская сестра

4	Контроль за технологией выполнения медицинских манипуляций согласно алгоритмам и СОПам	В течение года	Старшая медицинская сестра
5	Контроль за исполнением приказов по санэпидрежиму	В течение года	Старшая медицинская сестра
6	Контроль за исполнением приказов по профилактике ВИЧ-инфекций и вирусных гепатитов	В течение года	Старшая медицинская сестра
7	Контроль за соблюдением отрас- левого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни»	В течение года	Старшая медицинская сестра
8	Контроль за исполнением приказов по работе с НС, ПВ и сильнодействующими лекарственными средствами	В течение года	Старшая медицинская сестра
9	Контроль за качеством ведения медицинской документации	В течение года	Старшая медицинская сестра
10	Контроль за сохранностью медицинского оборудования и инструментария	В течение года	Старшая медицинская сестра
11	Контроль за соблюдением требований охраны труда	В течение года	Старшая медицинская сестра
12	Контроль за повышением профессионального уровня медицинских работников	В течение года	Старшая медицинская сестра
13	Контроль за выполнением медперсоналом психосоциальных тренингов и занятий с психологом	В течение года	Старшая медицинская сестра
14	Контроль за учетом, хранением и использованием медикаментов	В течение года	Старшая медицинская сестра

III. Работа с кадрами

№ п/п	Мероприятия	Сроки исполнения	Ответственный
1	Организация и проведение технической учебы младшего медицинского персонала	Еженедельно по пятницам	Старшая медицинская сестра
2	Организация и проведение медицинских сестринских конференций	Ежемесячно	Главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра
3	Организация и проведение санитарно-просветительной работы с медицинским персоналом	Еженедельно	Старшая медицинская сестра
4	Проведение инструктажа по аттестации и переаттестации на квалификационную категорию	По графику	Старшая медицинская сестра
5	Проведение зачетов по знанию регламентирующих приказов и инструкций	По графику	Главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра
6	Подготовка молодых специали- стов	В течение года	Старшая медицинская сестра

7	Подготовка стажированных специалистов	В течение года	Старшая медицинская сестра
8	Направление на повышение квалификации по паллиативной медицинской помощи	В течение года	Старшая медицинская сестра
9	Организация повышения профессионального уровня – усовершенствование	III квартал	Старшая медицинская сестра
10	Аттестация на квалификационную категорию медсестер	III квартал	Старшая медицинская сестра
11	Подготовка сестринского персонала по оказанию неотложной медицинской помощи	В течение года	Старшая медицинская сестра
12	Организация повседневной работы по повышению качества выполнения должностных обязанностей средним и младшим персоналом. Соблюдение норм этики и деонтологии	В течение года	Старшая медицинская сестра
13	Освоение смежных специальностей	В течение года	Старшая медицинская сестра

Старшая медицинская сестра	
(подпись)	
Заведующий отделением	

Лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и

Кудрина О.Ю.¹, Малькова М.Н.²

психотропных веществ: современные положения

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

² ФГУП «Московский эндокринный завод»

Кудрина Оксана Юрьевна – заместитель директора Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7–495–609–14–00. E-mail: kudrinaoksyur@gmail.com

Малькова Марина Николаевна – советник генерального директора ФГУП «Московский эндокринный завод». Адрес: Россия, 109052 г. Москва, ул. Новохохловская, д. 25. Тел.: +7−495−234−61−92. E-mail: m_malkova@endopharm.ru

Аннотация

Задачей первостепенной важности при оказании паллиативной медицинской помощи является обеспечение доступности своевременного и эффективного обезболивания. Как показывает практика, далеко не каждое структурное подразделение, в котором пациенту оказывается специализированная ПМП в стационарных условиях, находится в условиях, позволяющих осуществлять обезболивание с применением наркотических лекарственных препаратов, что лишает возможности госпитализации пациентов с хроническим болевым синдромом, требующим подбора лекарственной терапии. Это не только отсутствие мест хранения (как основных, так и временных) данных препаратов, но порой и отсутствие лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ (НС и ПВ) по адресу нахождения данных структурных подразделений. Целью данной статьи является ознакомление организаторов здравоохранения с основными положениями действующих в настоящее время ключевых нормативных актов федерального уровня, регламентирующих процесс лицензирования деятельности по обороту НС и ПВ. Акцент статьи сделан на описании регламента получения лицензии юридическим лицом, намеревающимся осуществлять деятельность по обороту НС и ПВ.

Ключевые слова: лицензирование, лицензионные требования, лицензирующий орган, соискатель лицензии. наркотические средства, психотропные вещества.

Abstract

A paramount task in the provision of palliative care is to ensure the availability of timely and effective pain relief. As practice shows, not every structural unit in which a patient receives a specialized PC in an inpatient settings is in conditions that allow pain relief with the use of narcotic drugs, which makes it impossible to hospitalize patients with chronic pain requiring the selection of drug therapy. This is not only the lack of storage places (both basic and temporary) for these drugs, but sometimes the lack of a license to carry out activities for the circulation of narcotic drugs and psychotropic substances at the location of these structural units. The purpose of this article is to familiarize healthcare organizers with the main provisions of the key federal regulations currently in force that regulate the process of licensing activities involving circulation of narcotic drugs and psychotropic substances. The emphasis of the article is description of the procedure for obtaining a license by a legal entity intending to carry out activities involving circulation of narcotic drugs and psychotropic substances.

Keywords: licensing, licensing requirements, licensing authority, license applicant, narcotic drugs, psychotropic substances

Под **лицензированием понимается** деятельность лицензирующих органов по:

- предоставлению лицензий, включая оценку (документарная, выездная) соблюдения соискателем лицензии лицензионных требований;
- оценке соблюдения лицензиатом лицензионных требований (документарная, выездная оценка при внесении изменений в реестр лицензий, плановая, внеплановая проверки в рамках государственного контроля (надзора), осуществляемого в соответствии с Федеральным законом № 294-Ф3 от 26.12.2008 «О защите прав юридических лиц

и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»);

- приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий;
 - формированию и ведению реестра лицензий;
- формированию государственного информационного ресурса и предоставлению информации по вопросам лицензирования.

Лицензия – специальное **разрешение** на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида

деятельности (выполнение работ, оказание услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности), которое подтверждается записью в реестре лицензий.

Деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений относится к видам деятельности, на осуществление которых на территории Российской Федерации требуется получение лицензии¹.

Положение о лицензировании указанного вида деятельности, осуществляемого юридическими лицами, в том числе медицинскими и аптечными организациями, утверждено Постановлением Правительства РФ № 1007 от 02.06.2022 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» (далее - Положение о лицензировании, утвержденное Постановлением Nº 1007).

Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в том числе выполняемых при осуществлении фармацевтической и медицинской деятельности), включает 66 видов работ и услуг, перечисленных в приложении к Положению о лицензировании, утвержденному Постановлением № 1007.

Указанные работы и услуги дифференцируются в зависимости от видов оборота НС и ПВ и списков Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства РФ № 6812 от 30.08.1998.

Лицензирование деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений осуществляют следующие лицензирующие органы:

- 1) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) в части лицензирования:
- деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в спи*ски I – III Перечня*, осуществляемой:
- организациями оптовой торговли лекарственными средствами;
- аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти;

- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в части обеспечения соблюдения лицензионных требований лицензиатами посредством осуществления контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированием наркосодержащих растений (за исключением лицензиатов, представивших заявления о внесении изменений в реестр лицензий), полномочий по приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий;
- деятельности по обороту прекурсоров, внесенных в список І Перечня, осуществляемой юридическими лицами;
- деятельности по обороту прекурсоров, внесенных в таблицу I списка IV Перечня, осуществляемой юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями;
- деятельности по культивированию наркосодержащих растений, осуществляемой юридическими лицами;

Примечание. Росздравнадзор осуществляет все, без исключения, действия, составляющие понятие лицензирования, в отношении указанных в пункте 1 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, являющихся как соискателями лицензии, так и лицензиатами (соискатель лицензии – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившиеся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии; лицензиат – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию 3).

- 2) Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ОИВ) в части лицензирования:
- деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III Перечня, осуществляемой юридическими лицами, за исключением организаций оптовой торговли лекарственными средствами и аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;
- деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III Перечня, предусматривающей приобретение, хранение и использование указанных наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, осуществляемой иностранными юридическими лицами - участниками проекта международного медицинского кластера.

 $^{^{1}}$ Федеральный закон № 99-Ф3 от 04.05.2011 «О лицензировании отдельных видов деятельности».

² Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации». ³ п. п. 5 и 6 ст. 3 Федерального закона № 99-Ф3 от 04.05.2011 «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Примечание. *ОИВ* осуществляет в отношении указанных в пункте 2 юридических лиц следующие действия, составляющие понятие лицензирования:

- предоставление лицензий, включая оценку (документарная, выездная) соответствия соискателей лицензий лицензионным требованиям;
- оценка (документарная, выездная) соответствия лицензиатов лицензионным требованиям при внесении изменений в реестр лицензий;
 - прекращение действия лицензий;
- формирование и ведение реестров выданных органами государственной власти субъектов Российской Федерации лицензий, утверждение форм заявлений о предоставлении лицензий, внесение изменений в реестр лицензий, утверждение форм уведомлений и других используемых в процессе лицензирования документов, а также предоставление заинтересованным лицам информации по вопросам лицензирования, включая размещение этой информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальных сайтах органов государственной власти субъектов Российской Федерации с указанием адресов электронной почты, по которым пользователями этой информации могут быть направлены запросы и получена запрашиваемая информация).

Необходимо отметить, что *в отношении всех без исключения лицензиатов*, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, *оценка* <u>соблюдения лицензионных требований в рамках</u> *государственного контроля (надзора),* проводимого в соответствии с Федеральным законом № 294-Ф3 от 26.12.2008 «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (то есть в рамках плановых и внеплановых проверок), осуществляется только Росздравнадзором. Также только Росздравнадзор наделен полномочиями по приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий.

Перечень лицензионных требований, которым должен соответствовать соискатель лицензии, планирующий осуществлять деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ, установленных Положением о лицензировании, утвержденным Постановлением Правительства № 1007

Лицензионные требования – обязательные требования, которые связаны с осуществлением лицензируемых видов деятельности, установлены положениями о лицензировании конкретных видов деятельности, основаны на соответствующих требованиях законодательства Российской Федерации

и (или) положениях международных договоров Российской Федерации.

Соискатель лицензии, планирующий осуществлять деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ, должен соответствовать следующим лицензионным требованиям:

- наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании и соответствующих установленным требованиям помещений и оборудования (за исключением медицинских организаций и за исключением обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации (далее медицинские организации и обособленные подразделения медицинских организаций);
- наличие у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность (в случае, если соискателем лицензии является медицинская организация);
- соблюдение **Порядка допуска** лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, установленного Постановлением Правительства РФ № 911 от 20.05.2022;
- соблюдение требований **статей 5 и 10** Закона № 3-ФЗ (в том числе требования об обеспечении условий для сохранности НС и ПВ, то есть принятие еще до начала осуществления указанной деятельности комплекса мер, направленных на предотвращение незаконного оборота НС и ПВ, в частности, издание соответствующих приказов об ответственных лицах и составах комиссий по приемке, уничтожению, инвентаризации НС и ПВ, инструкций о порядке оборота НС и ПВ в пределах организационной структуры юридического лица, наличие заведенных специальных журналов регистрации операций с НС и ПВ и др.);

Справочно:

Статья 5 Закона № 3-ФЗ. Государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также на культивирование наркосодержащих растений.

Статья 10 Закона № 3-ФЗ. Требования к условиям осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирования наркосодержащих растений.

• наличие в составе руководителей (руководитель юридического лица, руководитель подразделения юридического лица) **специалиста**, имеющего соответствующую профессиональную подготовку;

Комментарий. Документом, подтверждающим профессиональную подготовку специалиста, может служить:

- или документ о прохождение аккредитации руководителем юридического лица, руководителем подразделения юридического лица (свидетельство об аккредитации медицинского работника, свидетельство об аккредитации фармацевтического работника);
- или сертификат специалиста (диплом о высшем профессиональном образовании по соответствующей специальности либо документ о дополнительном профессиональном образовании (достаточно 72 часов) в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений).

С 1 сентября 2022 г. соискателю лицензии не требуется предоставлять на всех лиц, выполняющих работы с НС и ПВ, документы об образовании и о квалификации фармацевтических и медицинских работников.

• повышение квалификации специалистов с фармацевтическим и медицинским образованием, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III Перечня, не реже одного раза в 5 лет (в случае, если лицензиатом является медицинская или фармацевтическая организация).

Примечание. Повышение квалификации организуется в соответствиис квалификационными требованиями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 415н от 07.07.2009 «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения», с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России № 1644н от 26.12.2011, квалификационными характеристиками, предусмотренными Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России № 541н от 23.07.2010 (обучение по программам дополнительного профессионального образования каждые 5 лет для подтверждения сертификата специалиста или его аккредитации).

Процедура лицензирования соискателей лицензии, планирующих осуществлять деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет в электронной форме в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 27, 28, 43 и 44 приложения к Положению о лицензировании, утвержденно-

му Постановлением № 1007, – с указанием конкретных НС и ПВ, внесенных в списки І–ІІІ Перечня).

Подача соответствующего заявления о предоставлении лицензии возможна также посредством использования федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» в форме электронного заявления (пакета электронных документов).

Подписание заявления о предоставлении лицензии юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем или физическим лицом при представлении интересов юридического лица (при наличии соответствующих полномочий у физического лица) осуществляется усиленной квалификационной электронной подписью.

С 01.09.2022 у соискателя лицензии *отсутствует возможность подачи заявления* непосредственно в лицензирующий орган на бумажном носителе либо направления заявления в лицензирующий орган Почтой России.

При лицензировании медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, соискатель лицензии вправе одновременно подать заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений с указанием работ и услуг по обороту НС и ПВ, которые планируется осуществлять.

К заполненному электронному заявлению о предоставлении лицензии, поданному в соответствующий лицензирующий орган одним из двух указанных выше способов, соискателю лицензии рекомендуется приложить в форме электронных документов или пакета электронных документов следующие документы:

- 1) копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту НС и ПВ:
- помещений (выписка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним и (или) договор аренды помещений);
- транспортных средств в случае, если планируется выполнение работ по перевозке НС и ПВ (свидетельство о регистрации и (или) паспорт транспортного средства);
- оборудования (выписка из бухгалтерского учета с перечнем оборудования, числящегося на балансе, подписанная руководителем и главным бухгалтером и заверенная печатью соискателя лицензии и (или) договор аренды оборудования; при подаче заявления в пакет документов достаточно приложить только выписку по оборудованию);

Комментарий. Выписку по оборудованию можно оформить в виде таблицы, включив в нее следующие сведения:

- наименование и количество единиц оборудования;
- заводской или инвентарный номер оборудования;
- номер помещения, в котором расположено оборудование.

В выписку обязательно надо включить сейф для хранения НС и ПВ, систему тревожной и охранной сигнализации, видеонаблюдения в помещении для хранения НС и ПВ, дверь металлическую в помещении для хранения НС и ПВ.

Желательно также включить в выписку сведения о стоимости (остаточной), дате ввода в эксплуатацию оборудования, сведения о его поверке (например, в отношении весов, хроматографов и другого оборудования, подлежащего обязательной поверке).

В случае если соискателем лицензии является медицинская организация, вместо вышеперечисленных документов на помещения и оборудование прилагается копия лицензии на медицинскую деятельность. Указанное положение введено законодателем в 2015 году (постановление Правительства РФ № 807 от 06.08.2015) в целях исключения необходимости в повторном подтверждении медицинской организацией наличия значительного количества помещений и единиц оборудования, которое уже было подтверждено ею в рамках лицензирования медицинской деятельности.

- 2) копия **сертификата специалиста**, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица;
- 3) копии **справок**, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;

Примечание. В рамках оформления лицу допуска к работе с НС и ПВ не предусмотрено прохождение обязательного психиатрического освидетельствования, поскольку указанный вид работ не относится к видам деятельности, при осуществлении которых проводится обязательное психиатрическое освидетельствование⁴.

Вместе с тем для работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда⁵, предусмотрен обязательный осмотр врачом-психиатром и врачом-наркологом в рамках прохождения

обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров. При этом к числу вредных и опасных условий труда относится только **производство** наркотических и психотропных препаратов.

- 4) копии заключений органов внутренних дел Российской Федерации (далее органы внутренних дел) о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны (далее заключение на объекты и помещения);
- 5) копии заключений органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации (далее заключения на работников).

Принятие лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии (об отказе в предоставлении лицензии)

Лицензирующий орган осуществляет проверку полноты и достоверности сведений, представленных соис-кателем лицензии, в том числе оценку его соответствия лицензионным требованиям, и принимает решение о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении в срок, не превышающий 15 рабочих дней со дня приема заявления о предоставлении лицензии.

Документарная оценка сведений, содержащихся в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документах, проводится лицензирующим органом в рамках межведомственного взаимодействия путем направления межведомственных запросов в соответствующие органы государственной власти и органы местного самоуправления.

⁴ Приказ Минздрава России № 342н от 20.05.2022 «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование».

⁵ Приказ Минтруда России № 988н, Минздрава России № 1420н от 31.12.2020 «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры».

Оценка соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям осуществляется лицензирующим органом в соответствии со статьей 19.1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» на основании решения уполномоченного должностного лица лицензирующего органа.

Оценка соответствия соискателя лицензии производится в форме выездной оценки, в том числе с использованием средств дистанционного взаимодействия, которая осуществляется посредством аудио- и (или) видеосвязи.

В случае выявления несоответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям в акте оценки указывается, каким именно лицензионным требованиям не соответствуют соискатель лицензии и каким нормативным правовым актом (с указанием его структурной единицы) такое лицензионное требование установлено.

Оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям проводится на основании оценочного листа, содержащего список контрольных вопросов, ответы на которые должны свидетельствовать о соответствии

соискателя лицензии, лицензиата лицензионным требованиям. Форма оценочного листа утверждается соответствующим лицензирующим органом и, как правило, размещается на его официальном сайте в сети Интернет.

Например, форма оценочного листа, в соответствии с которым проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений Росздравнадзором и его территориальными органами, утверждена приказом Росздравнадзора № 7973⁷ от 26.08.2022.

Оценочный лист может быть использован для проведения юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями самопроверки соответствия лицензионным требованиям, установленным для соискателей лицензии и лицензиатов, планирующих осуществлять и осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, то есть поможет им заранее подготовиться к проверочным мероприятиям, проводимым лицензирующими органами.

1. Форма проводимой оценки соответствия соискателя лицензии или

Оценочный лист, в соответствии с которым Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

лицензиата лицензионным требованиям, регистрационный номер и дата регистрации заявления о предоставлении лицензии (внесение изменений в реестр лицензий):
2. Полное или (в случае, если имеется) сокращенное наименование и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, основной государственный регистрационный номер юридического лица (ОГРН), фамилия, имя отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП):
3. Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности:
4. Место (места) проведения оценки соответствия лицензионным требованиям с заполнением оценочного листа
5. Реквизиты решения о проведении оценки соответствия лицензионным требованиям, принятого уполномоченным должностным лицом Росздравнадзора (территориального органа)

⁶ п. 8 ст. 19.1 Федерального закона № 99-ФЗ от 4.05.2011 «О лицензировании отдельных видов деятельности».

⁷ Приказ Росздравнадзора № 7973 от 26.08.2022 «Об утверждении формы оценочного листа, в соответствии с которым Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений».

6. Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) должностного лица Росздравнадзора (территориального органа), проводящего оценку соответствия лицензионным требованиям и заполняющего оценочный лист:

7. Список контрольных вопросов, ответы на которые должны свидетельствовать о соответствии (несоответствии) соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям:

№ п/п	Список контрольных вопросов, отражающих содержание лицензионных требований	Реквизиты нормативных правовых актов с указанием их структурных единиц, которыми установлены		Ответы на вопросы о соответствии) лицензионным требованиям		Примечание
1.	Соискатель лицензии (лицензиат) имеет помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), которые принадлежат ему на праве собственности или ином законном основании?	лицензионные требования подпункт «а» пункта 5 (подпункт «а» пункта 6) Положения о лицензи- ровании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосо- держащих растений, утверж- денного Постановлением Правительства РФ № 1007 от 02.06.2022 «О лицен- зировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию нарко- содержащих растений» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 23, ст. 3833) (далее - Положение о лицензиро- вании). Срок действия доку- мента до 1 сентября 2028 г.	Да	нет	неприменимо	
2.	Соискатель лицензии (лицензиат) имеет земельный(е) участок(ки), необходимый(е) для осуществления заявленных работ (услуг) по культивированию наркосодержащих растений, которые принадлежат ему на праве собственности или ином законном основании?	подпункт «а» пункта 5 (подпункт «а» пункта б) Положения о лицензировании				
3.	Соискатель лицензии (лицензиат) имеет принадлежащее ему на праве собственности или на ином законном основании оборудование, необходимое для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений?	подпункт «а» пункта 5 (подпункт «а» пункта б) Положения о лицензировании				
4.	Медицинская организация - соискатель лицензии (лицензиат) имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности?	подпункт «б» пункта 5 (подпункт «б» пункта б) Положения о лицензировании				

	I	I	ı	
5.	Соискатель лицензии (лицензиат) соблюдает порядок допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, в части ознакомления этих лиц с законодательством Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и включения в трудовой договор взаимных обязательств организации (индивидуального предпринимателя) и лиц, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и (или) прекурсоров?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта 6) Положения о лицензировании; пункт 3 Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, утвержденных Постановлением Правительства РФ № 911 от 20.05.2022 «О допуске лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществами соборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ» (Собрание законодательства Российской Федерации, 30.05.2022, № 22, ст. 3660) (далее - Правила допуска). Документ действует до 1 сентября 2028 г.		
6.	Соискатель лицензии (лицензиат) соблюдает порядок допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, в части наличия заключения органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получат доступ непосредственно к прекурсорам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за пределами Российской Федерации?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта 6) Положения о лицензировании; пункты 4, 7 Правил допуска		
7.	Соискатель лицензии (лицензиат) соблюдает порядок допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, в части наличия решения руководителя о допуске к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта 6) Положения о лицензировании; пункта 8 Правил допуска; абзац пятый пункта 3 статьи 10 Федерального закона № 3-Ф3 от 08.01.1998 «О наркотических средствах и психотропных веществах» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 2, ст. 219; 2016, № 27, ст. 4238) (далее - Федеральный закон № 3-Ф3)		

8.	Соискатель лицензии (лицензиат) соблюдает порядок допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, в части наличия справок, выданных медицинскими организациями государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к прекурсорам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта б) Положения о лицензировании; подпункт «б» пункта 4, пункт 6 Правил допуска		
9.	Имеет ли соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки - перечня, прекурсоров, внесенных в список перечня, культивированию наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ, заключение органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженернотехническими средствами охраны?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта 6) Положения о лицензировании; абзац третий пункта 3 статьи 10 Федерального закона № 3-Ф3		
10.	Является ли государственным унитарным предприятием соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность: переработка наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров (за исключением осуществляемой юридическими лицами независимо от их форм собственности переработки психотропных веществ, внесенных в список III, в целях получения на их основе веществ, не являющихся психотропными веществами)?	подпункт «г» пункта 5 (подпункт «г» пункта 6) Положения о лицензировании; пункт 3 статьи 5 Федерального закона № 3-Ф3		

11.	Является ли государственным унитарным предприятием или государственным учреждением соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность: культивирование наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ; разработка наркотических средств и психотропных веществ, в также прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список ; распределение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки и ; уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также конфискованных или изъятых из незаконного оборота психотропных веществ, внесенных в список ; производство наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в список , в целях изготовления аналитических средств и психотропных веществ, внесенных в список ; изготовления аналитических средств и психотропных веществ, внесенных в список ; изготовление аналитических образцов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в список , изготовление аналитических средств, психотропных веществ, внесенных в список , изготовление аналитических средств и психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в список , изготовление аналитических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список , а также наркотических средств и психотропных веществ,	подпункт «г» пункта 5 (подпункт «г» пункта 6) Положения о лицензировании; пункт 2 статьи 5 Федерального закона № 3-ФЗ		
12.	Является ли муниципальным унитарным предприятием или муниципальным учреждением, входящим	Подпункт «г» пункта 5 (подпункт «г» пункта 6) Положения о лицензировании;		
	я муниципальную систему здравоохранения, соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по изготовлению и уничтожению наркотических средств и психотропных веществ (за исключением уничтожения конфискованных или изъятых из незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ), внесенных в список II?	пункт 4 статьи 5 Федерального закона № 3-Ф3		

13.	Имеет ли соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, культивированию наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ, в составе руководителей специалиста, имеющего соответствующую профессиональную подготовку?	подпункт «ж» пункта 5 (подпункт «э» пункта 6) Положения о лицензировании		
14.	Соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по культивированию наркосодержащего растения опийный мак в промышленных целях, не связанных с производством или изготовлением наркотических средств и психотропных веществ, соблюдает требования к режиму охраны посевов наркосодержащих растений?	подпункт «д» пункта 5 (подпункт «д» пункта б) Положения о лицензировании; пункт 4 статьи 10 Федерального закона № 3-Ф3		
15.	Соблюдает соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по обороту прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в таблицу I списка IV перечня, запрет на допуск к работе лиц, страдающих заболеваниями наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, а также имеющих непогашенную или неснятую судимость за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта б) Положения о лицензировании; пункт 5 статьи 30 Федерального закона № 3-Ф3		
16.	Имеет ли соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по обороту прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в таблицу I списка IV перечня, выданные медицинскими организациями государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к прекурсорам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом?	подпункт «в» пункта 5 (подпункт «в» пункта б) Положения о лицензировании		

17.	Руководитель организации или индивидуальный предприниматель утвердили перечень лиц, имеющих допуск к работе, непосредственно связанной с прекурсорами, внесенными в таблицу I списка IV?	подпункт «е» пункта 5 (подпункт «с» пункта б) Положения о лицензировании; пункт 6 статьи 30 Федерального закона № 3-Ф3		
18.	Имеет ли соискатель лицензии или лицензиат, имеющий намерение осуществлять деятельность по обороту прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в таблицу I списка IV перечня, заключения органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получат доступ непосредственно к прекурсорам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за пределами Российской Федерации?	подпункт «е» пункта 5 (подпункт «с» пункта 6) Положения о лицензировании; пункт 7 статьи 30 Федерального закона № 3-Ф3		

Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, предусмотренным Постановлением Правительства РФ № 1007 от 2.06.2022 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» (нужное выделить).

(должностное лицо, проводившее оценку соответствия и заполнившее оценочный лист)	(подпись)	
Дата заполнения оценочного листа «» 20 г.		

Образ паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ

Богдан И.В., Хлынин А.П.

ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы»

Богдан Игнат Викторович – начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». ORCID: 0000–0002–7002–1646. Адрес: Россия, 115088 г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9. Teл.: +7–495–530–12–89. E-mail: bogdaniv@zdrav.mos.ru; bogdan.ignatv@yandex.ru.

Хлынин Андрей Павлович – аналитик отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». ORCID: 0000–0002–1913–0871. Aдрес: Россия, 115088 г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9. Teл.: +7–495–530–12–89. E-mail: and.khlynin@mail.ru

Аннотация

Исследовался образ паллиативной помощи в инфополе города Москвы. В основе исследования выгрузка из социальных медиа и онлайн-СМИ объемом 85 062 сообщения (2021-2022 гг.). Проведена автоматическая аналитика и ручной контент-анализ сообщений и связанных с ними рисунков. Основная тональность сообщений — нейтральная, в дискуссию обычно вовлечены люди, имеющие непосредственное отношение к службе. Выявлены основные контексты обсуждения службы, среди них большая роль отводится привлечению пожертвований и помощи. По итогам исследования даны рекомендации по продвижению образа паллиативной помощи.

Ключевые слова: информационная политика, образ, паллиативная помощь, паллиативная служба, социальные сети, средства массовой информации.

Abstract

The study examined the image of palliative care in the Moscow media. The data were obtained from 85,062 messages extracted from social media and digital mass media sources between 2021 and 2022. Messages and related images were analyzed manually and automatically. The majority of the messages were neutral, and the discussion was mainly led by people working in palliative care. The analysis identified the main discussion contexts, with fundraising and attracting assis-tance being predominant. The results of the study allowed the authors to make recommendations for promoting the image of palliative care.

Keywords: information policy, image, palliative care, palliative service, social media, mass media.

Сегодня социальные медиа являются во многом тем, что конструирует реальность современной жизни. По сути, сегодня то, чего нет массово в социальных медиа, не существует для «среднего» человека. С другой стороны, не только информированность о чем-либо, но и тональность и содержание этой информации являются крайне важными. Если тематика присутствует в инфополе, но присутствует в негативном ключе, это создает ряд проблем для объекта негативного восприятия.

Говоря в терминах знакомства и отношения к паллиативной службе в нашей стране, редкие репрезентативные исследования свидетельствуют о том, что население в целом мало знает о службе, не всегда знакомо даже со словами «паллиативная помощь». Чаще знают о службе в столицах (Москва и Санкт-Петербург), вне их ситуация хуже [1]. Данные указанного исследования с точки зрения слабой информированности населения хорошо соотносятся с данными более раннего исследования 2017 г. [2]. Таким образом, несмотря на рост информированности о паллиативной

помощи в последнее время, информированность населения о службе во многом можно описать как «начальную». Исходя из этого, появляется задача повышения корректной осведомленности о службе.

Однако для того, чтобы информационная работа была системной и управляемой, необходимо оценить текущее инфополе вокруг паллиативной помощи, его содержание, определить «лучшие практики» информационной работы, которые можно в дальнейшем использовать, а также негативные моменты, которые необходимо устранить.

Опираясь на данную первичную диагностику, в дальнейшем возможен мониторинг изменений ситуации (в сравнении с базой), позволяющий понять, движемся ли мы в правильную сторону в нашей информационной работе.

Социальные медиа предстают сегодня основным каналом взаимодействия паллиативной службы с потенциальной аудиторией, поэтому именно качественная работа на информационном поле будет помогать службе эффективно выполнять свои задачи, в том числе лучше привлекать до-

бровольческий ресурс и дополнительные финансы со стороны благотворителей и лиц, принимающих решения.

Материалы и методы

Исследование было проведено методом контент-анализа выгрузки сообщений из СМИ и социальных медиа, полученных с помощью системы мониторинга Brand Analytics. Выгрузка была получена в период 1 января 2021 г. – 31 июня 2022 г. Выгружены 85 062 сообщения, которые были идентифицированы системой как сообщения москвичей с упоминанием слов, связанных с паллиативной помощью. При этом видится, что, несмотря на то, что исследование было сконцентрировано на Москве (как на основной зоне интереса нашего института), полученные данные во многом актуальны и для всероссийского контекста. Также, как показало исследование ВЦИОМ, в Москве и Санкт-Петербурге наиболее высокий уровень осведомленности о паллиативной помощи [1]. Таким образом, в столичном инфополе мы во многом можем увидеть то, как может развиваться позиционирование службы в целом по нашей стране.

Для глубинного анализа использовалась простая случайная подборка из 576 сообщений выгрузки (СІ = 0,95; максимальная ошибка < 4,1%). Основные источники сообщений в подвыборке – facebook. com 1 (39%), vk.com (38%), ok.ru (7%), instagram. com 2 (5%), twitter.com (4%).

Аналитика самых распространенных слов, выгрузка и цветовой анализ рисунков проведены с использованием авторского кода на языке python. Контент-анализ сообщений подвыборки проводился кодировщиками вручную.

Результаты и обсуждение

На основании описанных источников было получено представление об образе паллиативной помощи в инфополе, связанном с жителями Москвы.

Во-первых, важной составляющей медиаобраза является тональность сообщений. Анализ тональ-

ности сообщений подвыборки показывает, что сообщения о паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ имеют преимущественно нейтральную окраску (58%), что характерно в целом для образов в социальных медиа ввиду того, что анализируемая категория (здесь – паллиативная помощь) в сообщениях не всегда является смысловым центром сообщения и может упоминаться «между делом».

Если рассматривать сообщения, где есть тональность с определенным «знаком», несмотря на несколько большее число негативных сообщений (27% против 15%), показательно, что в сравнении с публикациями негативной тональности позитивные сообщения вызывают гораздо больший отклик у аудитории: в среднем такая публикация набирает в 37 раз больше просмотров и в 7 раз больше позитивных реакций – лайков (табл. 1).

К негативной тональности мы относили не только сообщения агрессивной направленности, но и содержащие в явном виде отсылки к «плохим исходам»: некупированной боли, страданию и т. д. С этих позиций подобная серьезная разница в просмотрах в таблице 1, возможно, связана с феноменом «усталости сострадать» [3], суть которого заключается в эмоциональном выгорании аудитории по отношению к жертвам социальных проблем вследствие интенсивного освещения такого рода сюжетов в новостных публикациях, а также в публикациях, направленных на сбор средств. С позиций такого подхода пользователи стараются максимально быстро пропустить неприятную для них информацию и редко полностью читают подобные посты, ограничиваясь чтением на уровне заголовков без просмотра полного текста, что не засчитывается алгоритмами как просмотр.

Кроме того, обращает на себя внимание неравномерность распределения лайков и просмотров по отношению к публикациям: ядро из 3–10 публикаций обеспечивает более 90% всех лайков и просмотров подвыборки. Такая концентрация лайков и просмотров у единичных авторов говорит об их определяющем влиянии сегодня на информационный образ службы и о приоритетной важности работы

Таблица 1 Среднее число реакций на «типичное» сообщение определенной тональности

Тональность	В среднем на одну публикацию			
тональность	Просмотры	Лайки	Репосты	
Позитивная	478	144	1	
Негативная	13	20	1	
Нейтральная	Нейтральная 211		5	

 $^{^{1}}$ Продукт компании Meta, признанной экстремистской организацией на территории $P\Phi$.

 $^{^2}$ Продукт компании Meta, признанной экстремистской организацией на территории РФ.

Таблица 2 Основные контексты упоминания паллиатива и доля сообщений определенной тональности в их рамках

Крупные контексты упоминания	Доля в подвыборке, %	Позитивная тональность, %	Негативная тональность, %	Нейтральная тональность, %
История о пациенте – описание диагноза, отчет о состоянии здоровья – биография, история из жизни	20	17	29	54
Новости – о новых учреждениях, реформах и услугах – о прошедших мероприятиях, связанных с паллиативом	18	19	26	55
Сбор пожертвований – сбор денежных/неденежных пожертвований	16	10	19	71
Благотворительные мероприятия – анонс благотворительной акции – отчет об участии в благотворительной акции	14	14	1	85
иное:	68			
Нерелевантные публикации ³	14	2	35	63

³Представлены сообщениями, в которых ключевые слова не образуют собственного смыслового контекста (например, «самый аутентичный вид на Иерусалим открывается с крыши австрийского хосписа»)

с лидерами общественного мнения (как минимум на текущем этапе позиционирования службы).

Разница в лайках между позитивными и негативными сообщениями, помимо непосредственной оценки контента, может быть объяснена особенностями интерфейса основных источников публикаций, значимая часть из которых позволяет оставлять исключительно позитивные реакции (лайк), что не всегда уместно по отношению к публикациям негативного характера. Также обращает на себя внимание небольшое число репостов, которое указывает на нежелание сегодня делиться информацией о паллиативе на своих личных страницах.

По результатам контент-анализа весь массив публикаций подвыборки был разделен на 18 отдельных кластеров в соответствии с контекстом упоминания паллиативной помощи (табл. 2).

По результатам анализа удалось выяснить, что большая часть публикаций четырех наиболее крупных контекстов опубликована пользователями, имеющими непосредственное отношение к паллиативной помощи, либо имеющими прямой опыт знакомства с ней (волонтерами, руководителями паллиативных организаций, родственниками паллиативных пациентов) и продиктована задачами по поиску финансовых и кадровых ресурсов. Таким образом, медиаобраз паллиативной медицинской помощи в большей степени конструируется людьми, имеющими к ней отношение в той или иной степени, и во многом отражает насущные потребности, связанные с обеспечением жизнедеятельности паллиатив-

ных организаций, а также оказанием различной помощи пациентам.

Такое положение дел может объясняться, в том числе, и тем, что население в целом, если не сталкивалось напрямую с паллиативной помощью, не имеет о ней представления. Или люди даже не слышали такого термина, или их представления о нем заменяются стереотипами (например, паллиативная помощь «плохая», потому что медицина в России «плохая»). В частности, в пользу такого предположения говорят результаты опроса ВЦИОМ по тематике паллиативной помощи [1].

Среди иных контекстов - «о паллиативном учреждении (история, описание)» (10%), «просвещение о паллиативной помощи» (10%), «о руководителях/волонтерах паллиативной помощи» (8%), «политика (реформы, решения, позиция)» (7%), «хосписы для животных» (7%), «поиск волонтеров/сотрудников» (6%), «художественное произведение, часть художественного замысла» (4%), «боль, отчаяние, сожаление» (4%), «благодарность (волонтерам, благотворителям)» (3%), «хорошие условия содержания в хосписе» (3%), «лекарства, лечение (информация, описание)» (2%), «анонс интервью (о паллиативной помощи)» (2%), «медицинские технологии (реклама, описание)» (1%), «плохие условия содержания в хосписе» (1%).

Из данных контекстов обращает на себя особое внимание контекст «политика», который в большей степени имеет негативную тональность (85% сообщений контекста) и включает в себя сообщения об участии сотрудников службы в ми-

тингах, организации ими политических акций, выражении публично политической позиции и др. Данные сообщения, при отсутствии зачастую явных плюсов (лайков, просмотров), являются существенным риском, связанным с ассоциированием в массовом сознании паллиативной помощи с политикой. В этой связи одной из рекомендаций по улучшению медиаобраза является, по возможности, ограничение публикаций политической направленности со стороны представителей руководящего звена и лиц службы. Видится, что гуманистическая функция паллиативной помощи в первую очередь – объединяющая на базе служения Другому, вне зависимости от его взглядов, религиозных, социальных или политических верований, особенно если по данным верованиям проходят актуальные социально-политические расколы в обществе.

Как было показано в таблице 2, крупнейшим контекстом упоминания паллиативной помощи является «*история о пациенте*», имеющем паллиативный статус. Как правило, сообщения данного контекста имеют два смысловых ядра:

- В рамках истории рассказывается о диагнозе пациента (чаще – ребенка), состоянии его здоровья, динамике развития заболевания с последующей просьбой о помощи (финансовой или нефинансовой). Паллиативная помощь в данном случае является второстепенным и упоминается вскользь.
- Рассказывается история о пациенте с акцентом на конкретных этапах его жизни для того, чтобы поделиться информацией с аудиторией. Большая часть подобного рода сообщений опубликована пользователями, имеющими непосредственное отношение к паллиативной помощи (руководители хосписов, волонтеры). Одной из целей таких сообщений может быть выстраивание доверительных эмпатичных отношений с аудиторией, с целью увеличения ее вовлеченности. С ростом вовлеченности растет вероятность участия аудитории в различных сборах и благотворительных акциях в дальнейшем.

С таких позиций, оба смысловых ядра контекста можно рассматривать как разные стратегии, направленные на сбор пожертвований в краткосрочной и долгосрочной перспективах. Эффективность каждой из них требует исследования в дальнейшем.

Еще одним крупным контекстом обсуждения паллиативной помощи в медиасреде являются «**новости**», которые условно можно разделить на два типа:

• Новости широкого контекста, в рамках которых паллиативная помощь в большинстве случаев является частью более широкого контекста (реформы, инфраструктурных проектов, законов) и редко выступает смысловым центром публикации. Логично,

что основное действующее лицо сообщений широкого новостного контекста в московской подвыборке – мэр Москвы.

• Новости узкого контекста, которые построены вокруг определенного мероприятия, напрямую связанного с паллиативной помощью. Зачастую такого рода сообщения носят информационно-просветительский характер и сопряжены с просвещением о паллиативной медицинской помощи. В таком случае основные действующие лица – руководители паллиативных организаций и фондов. Причем кроме 1–2 человек больше лидеры отрасли в сообщениях практически не упоминаются.

Особенность контекста *«сбор пожертвований»* в том, что он является наиболее распространенным в привязке к другим крупным контекстам: 44% публикаций контекста «история о пациенте», 24% публикаций контекста «благотворительность», 14% публикаций контекста «о паллиативном учреждении» так или иначе связаны со сбором пожертвований. Среди главных направлений сбора выделяется два основных: сбор денежных пожертвований, представленный в большинстве публикаций, и сбор неденежных пожертвований (продукты, одежда, бытовая техника и др.).

Большая часть публикаций контекста имеет нейтральную тональность (71%), однако обращает на себя внимание почти двукратный перевес публикаций негативного контекста по сравнению с позитивным (19 и 10% соответственно), что в большей степени связано с публикациями, апеллирующими к негативным эмоциям – особенно в связке с историей о пациенте - обычно ради увеличения вовлеченности аудитории. Такая стратегия за счет упомянутой «усталости сострадать» может по итогу приводить к противоположному результату. В связи с этим при конструировании медиакампании необходимо учитывать, что излишнее педалирование жалости может дать обратный эффект для привлечения средств [4]. Также преобладание нарратива некупированных страданий и негативных эмоций может иметь в целом негативное влияние на образ паллиативной службы как ассоциированной исключительно с ними, «без надежды на просвет».

Близкий указанному контекст «благотворительные мероприятия» в значительной степени связан со сбором пожертвований, однако выделен отдельно, ввиду того что в данном случае речь идет о конкретных организованных акциях, имеющих свои правила, сроки и цели. Данный контекст представлен публикациями, которые можно разделить на два условных направления:

• Информирование аудитории о запуске/существовании определенной благотворительной акции, что зачастую сопряжено либо с призывом к участию, либо с призывом к сбору средств. Паллиативные учреждения и пациенты в рамках данного направ-

Таблица 3 Самые частые слова и словосочетания в выгрузке

ТОП-10 лемм (слов)	ТОП-10 биграмм (сочетаний слов)
давать	весь время
Россия	не иметь
умирать	помощь не
мир	самый дело
делать	который мочь
любой	любая сумма
благотворительный	капитальный ремонт
московский	детский дом
нужно	сбербанк онлайн
большой	2020 год

ления подразумеваются в качестве конечного благополучателя – той цели, ради чего конкретная акция была организована.

• Отчет перед аудиторией о результатах проведенной акции, собранных средствах, а также о факте передачи помощи со стороны благотворителя. В некоторых публикациях автором отмечается только факт участия в мероприятии, к которому зачастую прикреплена фотография (фотоотчет).

Публикации данного контекста, в отличие от контекста «Сбор пожертвований», практически не содержат сообщений негативной тональности (1%). Более позитивная тональность таких сообщений (отсутствие включения механизма «усталости сострадать», а также больший отклик, выявленный эмпирически) говорит в пользу более позитивного восприятия таких мероприятий представителями целевой аудитории по сравнению с акциями прямого сбора.

Также в рамках исследования был проведен анализ самых распространенных слов (слова без учета склонений, далее – леммы) и их сочетаний (соответственно сочетания лемм, далее – биграммы), которые можно встретить в выгрузке (табл. 3).

Анализ топ-10 лемм и биграмм позволяет реконструировать интегральный образ паллиативной помощи, ключевыми чертами которого являются:

- «активность», связанная с конкретными действиями («давать», «делать»);
- «увядание», связанное с отсутствием позитивной динамики выздоровления пациентов («помощь не», «смерть»);
- «постоянство», связанное с неизменностью паллиативного статуса («весь время»);
- «потребность» в материальных и кадровых реcypcax («любой», «благотворительный», «нужно», «не иметь», «любая сумма», «сбербанк онлайн»);
- также отчасти «модернизация» материально-технической базы паллиатива («капитальный ремонт», в частности, Боткинской больницы).

Реконструированный образ паллиативной помощи во многом является отражением четырех крупных тем, выделенных в рамках контент-анализа

ранее, и представляется как сфера активная, развивающаяся, имеющая постоянные нужды и потребности и направленная на помощь тем, кто умирает без шансов на выздоровление. В свою очередь, такие важные черты паллиативной помощи, как «забота», «поддержка», «качество жизни» и др. [5], в рамках анализа не представлены, что обосновывает необходимость акцента на их отработке при конструировании позитивного инфообраза паллиативной медицинской помощи.

Также в рамках исследования проводился анализ рисунков, связанных с выгрузкой. По результатам контент-анализа выборки изображений (n = 687) можно констатировать, что самым популярным объектом на рисунках является «человек» (47%). По отношению к контексту «человек» можно выделить три образа: пациенты (15%, абсолютное большинство пациентов на рисунках – дети), руководители ведущих паллиативных фондов и известные личности, умершие в хосписе. На рисунках, аналогично текстовым данным, кроме 1–2 ведущих лиц паллиативной помощи практически никто из отрасли не представлен. В топ-3 объектов на рисунках также входят новостные рисунки (19%) и изображения животных (16%). Последние идут, как правило, в связке с сообщением о хосписе для животных, а также сбором на их корм и лечение.

Анализ цветовой гаммы рисунков позволил определить «усредненный» цвет изображений, который можно обозначить как «бледно-бирюзовый» (рис. 1).



Рис. 1. Цветовая гамма сообщений о паллиативной медицинской помощи

Данный цвет можно назвать удачным, поскольку возможна психологическая интерпретация, что голубой и зеленый цвета успокаивают, а «светлые оттенки вызывают чувства безопасности и прилив сил, действий, радость» [6]. Таким образом, при создании контента в рамках продвижения позитивного образа паллиативной помощи важно использовать подходящие цвета. Существующая же сегодня цветовая гамма сообщений о паллиативной помощи может быть использована как отправная точка для работы над брендбуком.

Заключение

По итогам анализа можно заключить, что образ паллиативной помощи в московском инфополе имеет преимущественно нейтральную тональность, в значительной мере сконструирован людьми, имеющими непосредственное отношение к паллиативной помощи (руководители, волонтеры, родственники пациентов), и во многом отражает насущные потребности, связанные с обеспечением функционирования паллиативных организаций, привлечением пожертвований, а также оказанием различной помощи пациентам. Главные черты образа паллиативной помощи в медиасреде продиктованы четырьмя крупными контекстами сообщений: «истории о паллиативном пациенте», «новости», «сбор пожертвований», «благотворительные мероприятия».

Анализ самых распространенных слов в сообщениях позволяет реконструировать образ паллиативной помощи в медиасреде как сферу активную, развивающуюся, имеющую постоянные нужды и потребности и направленную на помощь тем, кто умирает без шансов на выздоровление.

Также мы можем дать ряд общих рекомендаций по продвижению позитивного образа паллиативной помощи:

• при разработке медиакампаний делать отдельный упор на конкретные крупные сообщества и лидеров общественного мнения;

- в публичной области, по возможности, избегать отсылок к политическим темам и придерживаться позиции «паллиатив вне политики»;
- при публикации сообщений, направленных на сбор средств, по возможности, избегать основного акцента на негативных эмоциях (боль, страх, стыд) и осуществлять сбор чаще в рамках благотворительных мероприятий и акций;
- при конструировании образа особое внимание обратить на важные черты паллиативной помощи, являющиеся дефицитными сегодня с точки зрения их представленности в сообщениях: «забота», «поддержка», «качество жизни» и др.;
- при выборе цветовой палитры изображений и брендбука можно делать выбор в пользу светлых, бирюзовых тонов, которые уже сегодня представлены в визуальном образе службы.

Литература

- 1. Родин К. Отношение россиян к паллиативной помощи/ВЦИОМ [Электронный источник] URL: https://wciom.ru/fileadmin/user_upload/presentations/2021/210310_Palliativnaja_pomoshch_Rodin.pdf (дата обращения: 21.03.2023);
- 2. Коломийченко М. Е., Караева О. С. Изучение мнения населения РФ об отношении к оказанию паллиативной помощи/Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей II Научной конференции молодых ученых с международным участием 15 октября 2018 г. М., 2018. 150 с.
- 3. Кинник К., Кругман Д., Камерон Г. «Усталость сострадать»: коммуникация и чувство опустошенности в отношении социальных проблем//Средства массовой коммуникации и социальные проблемы: Хрестоматия/Сост. И.Г. Ясавеев, 2000. С. 187–217.
- 4. Кисляков П. А. Социально-психологический анализ образа благотворительности и добровольчества в цифровой среде//Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. \mathbb{N}^2 5. С. 322—346.
- 5. Клеминсон Б. Введение в паллиативную помощь/Пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. 276 с.
- 6. Шестопал Е. Б., Путин З.О. Общество и власть в новейшей истории России: Монография/Под ред. Е. Б. Шестопал. М.: Аргамак-медиа, 2015. 420 с.

Социально-правовое консультирование сотрудников некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере паллиативной помощи

Опыт благотворительного фонда помощи хосписам «Вера»

Повалихина А. Е.

Повалихина Анна Евгеньевна – старший юрисконсульт по социальным вопросам проекта «Помощь детям» благотворительного фонда помощи хосписам «Вера». Адрес: Россия 121099, Москва, 2-й Николощеповский пер., д.4. Тел: 8–916–795–25–40. E-mail: anna.povalikhina@fondvera.ru

Аннотация

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» запустил проект по обучению сотрудников НКО и медицинских работников социально-правовому сопровождению семей с неизлечимо больными детьми. В проекте реализовано три направления: школа социально-правового консультирования, пособие для специалистов и лекторий для сотрудников НКО и медиков.

Ключевые слова: благотворительный фонд «Вера», паллиативная помощь, хоспис, дети, родители, пациент

Abstract

The VERA Hospice Charity Fund has launched a project to train nonprofit organization employees and medical workers in social and legal support for families with terminally ill children. The project implemented three areas: a school of social and legal counseling, a manual for specialists and a lecture circuit for non-profit organization employees and doctors.

Keywords: VERA Hospice Charity Fund, palliative care, hospice, children, parents, patient

Введение

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» делает все, чтобы каждый человек в нашей стране проводил последние дни своей жизни без боли, страха и одиночества. Вот уже 16 лет фонд «Вера» помогает детям и взрослым, которых уже не вылечить. «Вера» поддерживает хосписы в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре и других городах: покупает кровати и противопролежневые матрасы, оплачивает работу координаторов, развивает помощь на дому, привлекает волонтеров.

Но важна не только поддержка неизлечимо больных людей и их близких – важно развивать систему паллиативной помощи: рассказывать пациентам об их правах и добиваться того, чтобы эти права соблюдались; обучать сотрудников хосписов бережному уходу и обезболиванию; создавать примеры медицинских учреждений, в которых не страшно, и распространять эту практику по всей стране.

Кроме родителей тяжелобольных детей, в фонд помощи хосписам «Вера» все чаще обращаются специалисты, работающие в некоммерческих организациях в разных регионах России, которые таким семьям помогают. Они спрашивают, как помочь своим подопечным получить полага-

ющиеся меры поддержки – лекарства, медицинские изделия, лечебное питание и иное. Запросы такого рода поступают в фонд «Вера» регулярно и от медицинских работников.

Важно отметить, что фонд «Вера» располагает внушительной базой кейсов по решению различных задач и проблемных вопросов, которые возникают при обеспечении пациентов необходимыми ресурсами. Успешный опыт сопровождения семей, после его обобщения и систематизации, было решено транслировать в регионы РФ в рамках проекта по передаче опыта социально-правового сопровождения семей с тяжелобольными детьми (далее – Проект).

Со временем Проект получил три направления развития: школа социально-правового консультирования, пособие для специалистов и лекторий для сотрудников НКО и медицинских работников.

Проект реализуется с использованием пожертвования благотворительного фонда «Абсолют-Помощь».

Обратите внимание: мы вставили в статью QR-коды на материалы проекта. По ним можно сразу перейти на интересующие вас публикации: посмотреть видео, скачать пособие или заполнить анкету, чтобы присоединиться к проекту.

Школа социально-правового сопровождения (Школа)

Основной целью Школы является помощь специалистам некоммерческого сектора не бояться юридической стороны поддержки семей с детьми, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, а также укрепление их в готовности решать проблемы подопечных не только за счет денежных средств от благотворителей, но и в первую очередь за счет информирования и помощи в реализации прав. Первая Школа социально-правового сопровождения для сотрудников НКО различных регионов РФ проходила с 1 сентября 2021 года по 31 августа 2022 года.

Всего в рамках школы состоялось 9 встреч/онлайн-семинаров, на которых эксперты фонда «Вера» разбирали конкретные кейсы, принципы взаимодействия НКО с лечебными учреждениями, органами исполнительной власти и иными государственными структурами в субъектах РФ, а также обсуждали алгоритмы и пошаговые инструкции по эффективному решению тех или иных проблемных ситуаций. Кроме того, проводились индивидуальные юридические консультации сотрудников НКО по сложным случаям сопровождения семей.

В школе приняли участие представители 10 региональных организаций.

Пособие для специалистов по социальноправовому консультированию в НКО «Подставить плечо»

Ключом к высокому качеству оказания паллиативной медицинской помощи является стремление окружить болеющего человека и его близких всесторонней заботой, увидеть и учесть индивидуальные потребности: снять боль, подобрать лечебное питание, улучшить дыхание и физическую активность, вернуть силы – чтобы жить, сколько бы времени ни оставалось впереди. Такая помощь возможна при тесном взаимодействии государственных систем здравоохранения социальной поддержки и НКО в интересах пациента. В противном случае система общественных организаций рискует остаться на уровне только адресной поддержки, а государственная система, даже при максимально эффективной организации работы, – не успеть за потребностями получателя услуг. В итоге нуждающийся пациент останется без необходимой помощи.

Чтобы помочь выстроить эффективное взаимодействие, социальные юристы и координаторы фонда «Вера» разработали пособие для НКО по социально-правовому консультированию.

Это пособие – систематизация многолетнего опыта работы фонда «Вера» с семьями в разных городах и селах страны с самой разной инфраструктурой, транс-

портной доступностью, экономической ситуацией. В пособии собраны ответы на следующие вопросы:

- Для чего нужно социально-правовое консультирование в НКО?
- Принципы и правила социально-правового консультирования.
 - Этапы социально-правового консультирования.
- Участие координатора в социально-правовом консультировании.
- Участие психолога в социально-правовом консультировании.
- Маршрутизация родителей тяжелобольного ребенка.
- Способы защиты прав и законных интересов тяжелобольного ребенка.
 - В каких случаях нужна помощь юриста?
- Организация социально-правового консультирования в НКО.

Также в пособие вошли разборы конкретных примеров социально-правового консультирования семей из опыта работы фонда «Вера».



QR-код, чтобы скачать пособие на портале «Про паллиатив».

Лекторий по социально-правовому сопровождению

Лекторий благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» (далее – Лекторий) о социально-правовом сопровождении семей с тяжелобольными детьми стартовал в начале 2023 года. Проект рассчитан на весь 2023 год, в течение которого будут проведены 10 вебинаров, созданы канал и чат в Telegram. Участники Лектория получат персональные консультации юриста Фонда по правовым аспектам организации и оказания паллиативной помощи детям, а также взаимодействия с местными органами власти.

Для кого?

Изначально Лекторий планировался как продолжение Школы социально-правового сопровождения для сотрудников НКО. Но уже в процессе его подготовки, в связи с большим количеством запросов на обучение от социальных работников, сотрудников медицинских организаций, было принято решение, что материал может быть представлен более широкому спектру слушателей, в том числе сотрудникам медицинских организаций. В итоге лекторий получился для всех, кто хочет углубиться в темы маршрутизации родителей тяжелобольного ребенка, взаимодействия с государственными органами и учреждениями, орга-

Темы лекций

Маршрутизация родителей тяжелобольного ребенка. Организация социальноправового консультирования родителей в НКО

Основы организации паллиативной медицинской помощи детям

Организация предоставления медицинских изделий паллиативным пациентам для использования на дому

Организация нутритивной поддержки детей, получающих паллиативную помощь

> Особенности установления инвалидности у паллиативных пациентов. Оформление ИПРА.

Обеспечение паллиативных пациентов ТСР. Электронный сертификат

Пенсии, пособия и иные льготы для детей-инвалидов и их законных представителей

Набор социальных услуг - получение, отказ, восстановление

Льготное лекарственное обеспечение

Наркотические и психотропные лекарственные препараты для симптоматического лечения - получение, правила обращения

низации оказания паллиативной медицинской помощи детям, нутритивной поддержки, предоставления медицинских изделий для использования на дому, льготного лекарственного обеспечения и получения, в том числе, мер социальной поддержки.

Цель Лектория – стать площадкой общения НКО и госучреждений, послужить формированию единого сообщества различных специалистов в сфере помощи семьям с тяжелобольными детьми.

К середине марта 2023 года в Лектории зарегистрировалось более 200 человек. Это сотрудники НКО, социальные работники, врачи и медицинские сестры. География участников весьма обширна: более 60 городов России, а также Казахстан, Грузия и другие страны.

Вебинары

Всего в рамках проекта пройдет 10 вебинаров. На каждом из них планируется сделать упор на практику и разбор кейсов.

Первые два вебинара уже состоялись. Их провела Анна Повалихина, старший юрисконсульт по социальным вопросам фонда помощи хосписам «Вера». В проекте также примут участие приглашенные соведущие – сотрудники различных НКО.

Первая встреча была посвящена маршрутизации родителей тяжелобольного ребенка по получению государственной социальной поддержки и организации социально-правового консультирования родителей в НКО.

На втором вебинаре выступила Елена Ликинцева, координатор операционных процессов АНО агентства «Дедморозим», она рассказала о том, как в Пермском крае реализуется взаимодействие НКО и государственных органов и учреждений при оказании ПМП детям.

Участники обсудили основные моменты, связанные с получением паллиативной помощи: что могут получить ребенок и его семья в рамках паллиативной помощи, кто направляет ребенка на госпитализацию

в паллиативное отделение или хоспис и как подготовиться к совершеннолетию ребенка, получающего паллиативную помощь.

Отзывы участников вебинаров в анкете обратной связи:

«Для меня было все ново практически, так как работать в этой сфере я начала недавно и это было мое первое обучение! Спасибо Вам!»

«Вся информация была интересной и полезной, потому что в Казахстане мы начинаем работать по «дорожной карте»: «Оказание паллиативной помощи детям». У нас не так много опыта в работе с такими детками. Для нас важно изучать, как проводится работа в данном направлении в других странах, что пригодится нам в последующей работе. Огромное спасибо за то, что делитесь своим опытом. Удачи вам в работе!»

Телеграм-канал и чат

Между запланированными вебинарами кураторы проекта поддерживают контакт с участниками Лектория через канал и чат в Телеграме. В канале публикуется информация от команды организаторов: анонсы предстоящих событий, ссылки на дополнительные материалы. В чате участники задают вопросы, делятся опытом и проблемами.

К участию в лектории могут подключаться и новые участники. Для этого необходимо заполнить анкету, тогда модератор даст доступ в канал и чат.



QR-код для заполнения анкеты УДК:616-006.6-08(470.55)

К юбилею академика РАН Важенина Андрея Владимировича

Основные этапы развития службы паллиативной медицинской помощи в Челябинской области

Миронченко М. Н., Важенин А.В, Кузнецова А.И.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Миронченко Марина Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, заместитель главного врвача клиники по медицинской части и научной работе ГБОУ ВО ЮУГ-МУ. Тел: +7–351–232–73–71. Моб. тел.: +7–905–832–96–08. E-mail: thoraxhir@mail.ru. ORCID 0000–0002–3674–754X; eLibrary SPIN-код 8114–4396.

Важенин Андрей Владимирович – академик РАН, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГБОУ ВО ЮУГМУ. Адрес: 454092 Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Тел.: +7–351–232–73–71. E-mail: vav222@mail.ru. ORCID 0000–0002–7912–9039; eLibrary SPIN-код 1350–9411.

Кузнецова Анна Игоревна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий учебной частью кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГБОУ ВО ЮУГМУ. Адрес: 454092 Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Тел: +7–351–232–73–71. Моб. тел.: +7–906–860–56–14. E-mail: ann_rad@mail.ru. ORCID 0000–0002–2496–8273; eLibrary SPIN-код 6695–9671.

Аннотация

Статья посвящена 65-летнему юбилею выдающегося деятеля науки и практического здравоохранения, академика РАН Андрея Владимировича Важенина. А. В. Важенин за время своей многолетней трудовой деятельности внес значительный вклад в становление и развитие онкологии, лучевой диагностики, радиологии и радиотерапии, паллиативной медицинской помощи и организации здравоохранения на Южном Урале. В статье приводятся наиболее значительные события из жизни Андрея Владимировича, его научные труды.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, онкология, лучевая диагностика, радиотерапия, организация здравоохранения.

Abstract

The article is devoted to the 65th anniversary of the outstanding figure of science and practical healthcare, Academician of the Russian Academy of Sciences Andrey Vladimirovich Vazhenin. A.V. Vazhenin during his many years of work has made a significant contribution to the formation and development of oncology, radiation diagnostics, radiology and radiotherapy, palliative care and healthcare organization in the Southern Urals. The article presents the most significant events from the life of Vazhenin , his scientific works.

Keywords: palliative care, oncology, radiation diagnostics, radiotherapy, healthcare organization.

18 марта 2023 г. исполнилось 65 лет со дня рождения заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН А.В. Важенина.

Андрей Владимирович родился в семье врачей (мама – радиолог-гинеколог, отец – рентгенолог) в Челябинске. В 1975 г. окончил физико-математическую школу № 31 там же и поступил в Челябинский государственный институт на лечебный факультет. Еще во время учебы проявилась его тяга

к науке, он занимался в кружке на кафедре онкологии и состоял в студенческом научном обществе. В 1981 г. он с отличием окончил вуз и в качестве специальности выбрал онкологию.

После ординатуры в 1983 г. начал работать врачом-радиологом в Челябинском онкологическом дис-



пансере. С тех пор вся его трудовая и научная деятельность была неразрывно связана с этим учреждением, где он прошел путь от врача и первого руководителя – в 1990 г. он стал заведующим радиологическим отделением – до главного внештатного специалиста-онколога, радиолога Минздрава России в Уральском федеральном округе.

Андрей Владимирович Важенин стоял у истоков создания службы паллиативной медицинской помощи в Челябинской области. Как онколог, как организатор здравоох-

ранения и как ученый он деятельно поддержал развитие паллиативной медицинской помощи как отдельного вида медицинской деятельности. В 2000 г. в областном онкологическом диспансере он организовал кабинет противоболевой терапии и центр паллиативной помощи, которым руководила Т.М. Шарабура, а в 2014 г. –

онкологическое отделение паллиативной медицинской помощи на 9 коек и одну койку для оказания высокотехнологической помощи паллиативным пациентам. Первым врачом-онкологом кабинета противоболевой терапии стал Н. А. Шаназаров, первым заведующим отделением — М. Н. Миронченко. Под руководством Андрея Владимировича М. А. Силаевым в клиническую практику был внедрен метод денервации нервных сплетений при раке поджелудочной железы [12, 13]. Ученики А.В. Важенина продолжают внедрять и развивать подходы в оказании паллиативной медицинской помощи, заложенные им еще в начале XXI века.

Начиная с 2014 г. организация оказания паллиативной медицинской помощи в Челябинской области под влиянием Андрея Владимировича приобрела систематический характер. За прошедшее время удалось открыть кабинеты паллиативной медицинской помощи в 23 медицинских организациях, организовать 9 выездных бригад паллиативной медицинской помощи, 319 коек паллиативной медицинской помощи, 30 из которых – для детей, 10 – онкологические паллиативные для взрослых.

В настоящее время 25 тысяч человек ежегодно получают паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 10 тысяч человек ежегодно лечатся в стационарных условиях.

Огромное влияние Андрей Владимирович оказал на онкологическую службу Челябинской области. В период с 1998 по 2021 г. онкологическая служба под его руководством приобрела динамическое развитие в области организации и внедрения современных технологий. Благодаря чему Челябинский областной онкологический диспансер стал одним из ведущих центров онкологии, и в 2000 г. был награжден знаком «Лучшее онкологическое учреждение в России». Создана оригинальная научная онкорадиологическая школа.

На протяжении всего профессионального пути большое внимание А.В.Важенин уделяет подготовке высококвалифицированных кадров в области онкологии, лучевой диагностики, лучевой терапии и паллиативной медицинской помощи. Под его руководством защищена 131 диссертация врачами из Челябинска, Москвы, Санкт-Петербурга, Великого Новгорода, Кургана, Тюмени, Златоуста, Магнитогорска, Казахстана, Франции и Палестины, в этом числе 116 кандидатских и 15 докторских. Он является автором/соавтором 34 патентов. Обучению паллиативной медицинской помощи на кафедре Андрея Владимировича уделяется особое внимание: создано 2 цикла повышения квалификации – 72 и 144 часа – в рамках дополнительного образования врачей; в программу обучения студентов введена дисциплина по выбору «Паллиативная медицинская помощь» [14, 15]. В настоящее время его ученики возглавляют практические лечебные учреждения по онкологическому профилю, в том числе лучевой диагностике, радиотерапии, паллиативной медицинской помощи, Челябинска, Уральского федерального округа и Российской Федерации.

Высокий профессионализм, организаторские способности, информированность в вопросах онкологической и радиологической службы позволяют ему выявлять приоритеты в научно-практических исследованиях. Первым шагом стала защита кандидатской диссертации «Особенности иммунитета и гормональной секреции при первичной множественности злокачественных опухолей» [1] в 1986 г. в Сибирском филиале ОНЦ РАМН (Томск), выполненной под руководством проф. Л.Я. Эберта и Е.И. Бехтеревой.

По проблематике первично-множественных образований в Челябинском областном онкологическом диспансере защищено несколько кандидатских диссертаций, написана первая монография [2, 3, 4].

Научно-исследовательские работы под руководством А.В. Важенина охватывали различные направления борьбы со злокачественными новообразованиями. С 1988 по 1992 г. он работал над развитием методики субтотального облучения в Центральном научно-исследовательском рентгенорадиологическом институте совместно с академиком А.М. Грановым, профессором Г.М. Жариновым, профессором В.В. Винокуровым, профессором В.М. Виноградовым [5, 6]. С 1989 по 1991 г.—над внедрением технологии внутритканевой гамма-терапии на основе штырьковых источников с использованием оригинальной авторской разработки (одна из первых на территории РФ) «интрастаты из жесткого полиэтилена» на базе Кыштымского радиозавода [7, 8].

В 1993 г. в Московском научно-исследовательском рентгено-радиологическом институте МЗ РФ Андрей Владимирович успешно защитил докторскую диссертацию «Методические аспекты лучевого лечения рака оро-фарингеальной зоны и губы», научный консультант – академик РАМН, профессор В.П. Харченко [9]. Полученные результаты исследования подтолкнули к новому направлению поиска методов лечения радиорезистентных злокачественных новообразований с использованием плотноионизирующих излучений. В 1994 г. совместно с кандидатом физико-математических наук Э.П. Магдой (РФЯЦ-ВНИИТФ) изучал нейтронную терапию в США, в Университете штата Вашингтон (Сиэтл) – в центре профессора Тома Гриффина и Университете штата Техас (Хьюстон) – в центре имени доктора Андерсена. Полученные материалы позволили на несколько лет ускорить работы по созданию центра нейтронной терапии в Уральском регионе [10, 11].

В 1996 г. был избран и возглавляет в настоящее время кафедру онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Челябинского государственного медицинского института Южно-Уральского государственного медицинского университета. В 1992 г. А.В. Важенин стал главным внештатным специалистом-радиологом, а в 2000 г. – главным внештатным специалистом-онкологом Челябинской области. С 1999 г. является членом Европейского общества радиотерапии и онкологии.

А.В. Важенин является инициатором, автором, разработчиком и участником целого ряда масштабных и уникальных научно-практических конверсионных

работ, таких как: «Уральский центр нейтронной терапии», «Уральский центр позитронно-эмиссионной томографии». Проекты были реализованы Челябинским областным онкологическим диспансером, кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, совместно с Федеральным ядерным центром — ВНИИТФ Росатома и правительством Челябинской области.

Практическая работа непрерывно переплеталась с научной карьерой, и в 2004 г. А.В. Важенин был избран членом-корреспондентом РАМН, в 2016 г. – академиком РАН. В 2005 г. на VI съезде онкологов в Ростове был награжден медалью «За разработку оптимальных сочетаний различных методов лечения в онкологии».

Многолетний труд в здравоохранении, вклад в развитие онкологической и радиотерапевтической помощи региона отмечены многочисленными наградами правительства Челябинской области и РФ. Андрей Владимирович удостоен звания «Заслуженный врач РФ» (2000), награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» ІІ степени (2006), медалью имени академика В.П. Макеева Федерации космонавтики России (2006), медалью Ассоциации онкологов России (2004, 2006), Почетной грамотой РАМН (2008), знаком отличия «За заслуги перед Челябинской областью» (2008), знаком отличия «За верность профессии» Ассоциации онкологов России (2013), знаком отличия Госкорпорации «Росатом» «За вклад в развитие атомной отрасли» І степени (2015), удостоен звания

«Почетный гражданин города Челябинска» (2017), награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» I степени (2018).

Под его руководством в Челябинской области созданы такие новые для российского здравоохранения, но получившие признание в стране структуры и научные направления, как центры: офтальмоонкологии, пластической и реконструктивной онкологии, паллиативной медицинской помощи, термотерапии, фотодинамической терапии, кардио-онкоторакальный, онко-ангиоцентр, хирургии опухолей печени и поджелудочной железы.

Андрей Владимирович является председателем Челябинской ассоциации лучевых диагностов и лучевых терапевтов, президентом Ассоциации онкологов Уральского федерального округа, членом правления Ассоциации онкологов России, вице-президентом Российского общества рентгенологов и радиологов. В сентябре 2017 г. избран президентом Общества ядерной медицины России. С 2021 по 2023 г. Андрей Владимирович исполнял обязанности ректора ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

25 марта 2021 г. президиум Уральского отделения РАН принял решение утвердить руководителем Челябинского представительства инициатора данного проекта академика А.В. Важенина. 26 марта 2021 г. состоялось 1-е совещание по открытию Представительства РАН в Челябинской области.

Коллектив ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ученики, коллеги и друзья от всей души поздравляют Андрея Владимировича Важенина с замечательным юбилеем и желают ему больших творческих успехов и доброго здоровья.

Литература

- 1. Важенин А.В. Особенности иммунитета и гормональной секреции при первичной множественности элокачественных опухолей//Автореферат канд. дис. Томск. 1985. С. 14.
- 2. Бехтерева Е.И., Цейликман Э.Г., Важенин А.В., Динерман М.З., Кукленко Л.П., Абдулина Н.А. Первично-множественный рак молочных желез/По материалам Челябинского областного онкологического диспансера//Вопросы онкологии. $1986. N^{\circ}7. C. 91-95.$
- 3. Важенин А.В., Бехтерева Е.И., Раск Р.Э., Котляров Е.В. Семейный первично-множественный рак органов дыхания//Хирургия. 1986. N° 9. C. 124.
- 4. Важенин А.В., Бехтерева Е.И., Бехтерева С.А., Гюлов Х.Я. Очерки первичной множественности злокачественных опухолей//Челябинск, Иероглиф. 2000. 213 с.
- 5. Важенин А.В., Клюшина О.Н., Волегова Н.Ю., Клипфель А.А. Субтотальное облучение при генерализованных опухолевых процессах как метод выбора или резерва//Медицинская физика. – 1995. – № 2. – С. 60.
- 6. Жаринов Г.М., Важенин А.В. Очерки лучевой терапии рака шейки матки/Челябинск. 2002. 218 с.
- 7. Важенин А.В., Клипфель А.Е., Шевченко В.Н., Попкова И.Г. Организация лучевого лечения больных раком органов ротовой полости//Вопросы онкологии. $1991. N^{\circ}4. C.484-486.$
- 8. Важенин А.В. Сочетанное лучевое лечение рака органов ротовой полости и нижней губы//Вопросы онкологии. 1991. N° 1. С. 65–69.

- 9. Важенин А.В. Методические аспекты лучевого лечения рака оро-фарингеальной зоны и губы/Автореферат докт. дисс. Москва. 1993. С. 41.
- 10. Важенин А.В., Магда Э.П., Мокичев Г.В., Клипфель А.Е. Перспективы клинического использования быстрых нейтронов энергии 12–14 МэВ от нейтронного генератора НГ-12 И в Уральском центре нейтронной терапии//Медицинская физика. 1995. \mathbb{N}^2 2. С. 47.
- 11. Клипфель А.Е., Важенин А.В., Магда Э.П., Мокичев Г.М. Уральский центр нейтронной терапии//Вопросы онкологии. 1995. Т. 41. N° 2. С. 18.
- 12. Силаев М.А., Селиванова М.В., Важенин А.В., Бломквист Н.В. Болевой синдром при опухолях поджелудочной железы: значение в диагностике, разновидности, возможности лечения//Проблемы клинической медицины. N^2 2 (6), 2006. С. 41.
- 13. Силаев М.А., Селиванова М.В., Лифенцов И.Г., Важенин А.В. Лечение хронического болевого синдрома при опухолях поджелудочной железы методом денервации чревного сплетения//Научно-практический журнал/Паллиативная медицина. 2006. N° 2. C. 32.
- 14. Абубикиров А. Ф., Авксентьева М.В., Адашева Т.В., Вайсман М.А., Важенин А.В., Миронченко М.Н., всего 57 человек. Курс лекций по паллиативной медицине (учебное пособие)//Москва, изд-во Российская ассоциация паллиативной медицины, 2017 г.
- 15. Важенин А.В., Братникова Г.И., Чернова О.Н., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А., Миронченко М.Н. и др., всего 8 человек. Применение современных методов диагностики в паллиативной медицинской помощи//Паллиативная медицина и реабилитация. 2018. \mathbb{N}^2 4. С. 51–56.

Отвлекающие техники в работе медицинской сестры

Котельникова О.В.

Котельникова Ольга Васильевна – специалист по учебно-методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы». Адрес: 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, с. 3. Тел.: +7–916–442–24–35. E-mail: olga.kotelnikova@fondvera.ru

Аннотация

В период тяжёлой болезни практически все сферы жизни человека кардинально меняются. Тяжелобольные люди очень чувствительны. И порой медицинские сестры в прямом смысле являются руками и глазами пациентов. Медсестра выступает связующим звеном между врачом, пациентом и его семьей. Пациенты могут получать паллиативную помощь недели, месяцы или годы и, как правило, страдают от нескольких тягостных симптомов, для устранения которых назначается симптоматическая медикаментозная терапия. Однако иногда этих назначений недостаточно для полного устранения симптомов. Лекарственная терапия может быть дополнена отвлекающими процедурами. В статье подчеркивается актуальность применения отвлекающих техник в сестринской деятельности.

Ключевые слова: отвлекающие методы, тактильные контакты, тактильная чувствительность, эмоциональное побуждение, переключение внимания

Abstract

During a period of serious illness, almost all sides of a person's life change dramatically. Seriously ill people are very sensitive. And sometimes nurses are literally the hands and eyes of patients. The nurse acts as a link between the doctor, the patient and his family. Patients may receive palliative care for weeks, months, or years and typically suffer from several burdensome symptoms for which symptomatic drug therapy is prescribed. However, sometimes these prescriptions are not enough to completely eliminate the symptoms. Drug therapy can be supplemented with distracting procedures. The article emphasizes the relevance of the use of distraction techniques in nursing activities.

Keywords: distraction methods, tactile contacts, physical perception, emotional stimulation, switching attention

Медицинские сестры играют ключевую роль в применении различных эффективных отвлекающих методов. Применение этих способов улучшает общие реакции организма, выражающиеся в улучшении сна, аппетита, настроения. Отвлекающее действие имеют не только медицинские манипуляции, но и множество процедур и приемов, которые мы часто незаслуженно забываем и не используем. При выборе наиболее эффективной отвлекающей терапии важно учитывать диагноз, возраст пациента, историю болезни и предшествующий опыт, текущую степень боли. Кроме того, отвлекающие методы дают пациентам чувство контроля боли или другого тягостного симптома и способствуют уменьшению страха и беспокойства. Помимо нарушения физического здоровья, у тяжелобольных пациентов нередко происходит психологический дискомфорт, характеризующийся тревожными и депрессивными симптомами.

Физические факторы

Позиционирование – это придание телу пациента с ограничением двигательной активности правильного и безопасного положения. За счет улучшения кровообращения помогает предотвратить осложнения: снижает риск развития контрактур, предотвращает развитие пролежней, облегчает мышечную боль, позволяет снизить отек. Данное физическое



вмешательство позволяет безопаснее и удобнее поддерживать положение тела для уменьшения стресса и беспокойства, чтобы повысить функциональные возможности и уровень активности тяжелобольного.

Тепло и холод. Кожа человека снабжена большим количеством нервных окончаний, которые чутко воспринимают разнообразные влияния внешней среды. При раздражении нервных рецепторов кожи теплом/холодом ее сосуды расширяются/сужаются. Такие же изменения происходят в сосудах внутренних органов по принципу рефлекторной реакции кожи. Под влиянием термических раздражений усиливается деятельность заложенных в коже элементов ретикулоэндотелиальной системы.

Ускорение обменных процессов, повышение клеточной проницаемости и улучшение кровообращения органов стимулируют регенерацию эпителиальной, соединительной, мышечной тканей.

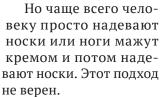
Горячая и холодная терапия использовалась на протяжении многих столетий для облегчения боли, включая мышечную боль, боль в суставах, боль в конечностях, боль в спине. Некоторые исследования являются доказательством того, что терапия

льдом и теплом эффективна и может уменьшить боль по сравнению с безрецептурными лекарствами, такими как парацетамол и ибупрофен.

Термические факторы активно влияют и на мышечную систему. Процедуры с охлаждающим эффектом повышают тонус мышц, увеличивают их силу, уменьшают утомляемость. Тепловые процедуры, наоборот, снижают тонус и работоспособность скелетных мышц.



У пациентов часто мерзнут ноги. Ноги, как и все наше тело, могут сильно потеть. А одновременно холодные и влажные ноги – очень некомфортное состояние.





Для того чтобы согреть ноги, необходимо: поместить их в теплую воду минут на десять. Мытье ног в теплой или немного горячей воде улучшает циркуляцию крови, согревает и дает чувство свежести и чистоты. Далее вытереть их насухо мягким полотенцем и растереть легкими движениями. Надеть на ноги хлопковые носки, а уже сверху флисовые.



Руки пациентов могут загрязняться, даже если пациент ограничен в пределах кровати. Руки могут потеть, становятся неприятными на ощупь, появляется ощущение сальности. Пациент будет вам благодарен за возможность помыть руки в тазике с теплой водой. Это не только даст чувство свежести, но и расслабит



пациента. Применять крем для рук рекомендуется, учитывая предпочтения тяжелобольного.

Возьмите махровую салфетку или небольшое полотенце, намочите в горячей воде и хорошо отожмите. Протрите лицо, спину, шею пациента.

Умывание лица холодной водой (протирание полотенцем, смоченным в холодной воде) освежает, ускоряет циркуляцию крови и активирует межклеточный обмен.

Тактильные факторы

Прикосновения. Отношение к другому человеку мы можем передавать через прикосновения, демонстрируя чуткость, теплоту, заботу, поддержку и защиту. И, соответственно, чувствовать его отношение к себе. Общение на языке тела работает на подсознательном уровне, которому мы доверяем больше, чем словам.



Если больного участливо взять за кисть руки, то у него замедлится ритм сердца и понизится артериальное давление. У людей, находящихся в стрессе, значительно снижается тревожное состояние.

Имеют значение ощущение мягкости, нежности, приятной текстуры, чистоты и сухости, прикосновения. поглаживания.

Легкий отвлекающий массаж может помочь снять напряжение, дискомфорт и боль. У пациентов, получающих паллиативную помощь, если они испытывают боль, возможно применять массаж. При этом техника массажа может меняться, в целях безопасности. По показаниям избегаются определенные области и используется меньшее давление. Простые техники массажа, по согласованию с врачом, применяются даже в домашних условиях. Массаж может включать нежное, гладкое, круговое растирание стоп, рук или спины.

Боль может осложнить состояние пациента и снизить участие в повседневной деятельности. Процесс легкого растирания мягких тканей тела может привести к расслаблению напряженных мышц, уве-



личению притока крови к подлежащим тканям, что способствует снижению болевого синдрома и стабилизации психологического самочувствия. Наш мозг так устроен, что на рефлекторном уровне мягкий массаж головы способен снижать тревожность, бессонницу

и косвенно влиять на все системы организма. Например, обычное расчесывание волос очень полезно, так как улучшается кровообращение кожи головы, помогает расслабиться и отвлечься.

Эмоциональные факторы

- Прослушивание музыки, аудиокниг.
- Просмотр фильма или любимого сериала.
- Ароматерапия.
- Беседа.

Современные исследования показывают, что приятные для человека запахи могут производить специфическое воздействие на нейропсихологические и вегетативные функции человека. Определенные запахи вызывают у человека глубоко личные воспоминания и ассоциации. Многие эксперименты показывают, что запахи способны улучшить настроение, самочувствие и повлиять на уровень возбужденности.

Переключить внимание можно путем выполнения простых дел. Лучше, если это будут знакомые дела

для тяжелобольного человека, возможно, связанные с его хобби или профессиональной сферой.

С точки зрения медицинских сестер, отвлечение помогает как метод управления болью. Наиболее часто с целью отвлекающего фактора используют музыку. Еще с древних времен ее применяли для облегчения страданий тяжелобольных, поскольку музыка оказывает



влияние на эмоции человека, повышая настроение. Существует такое понятие, как музыкальная терапия, которая в России развита нешироко. В настоящее время с развитием паллиативной помощи в медицине все чаще прибегают к применению музыкотерапии как к эффективному методу отвлекающей терапии. Этот метод включает не только прослушивание музыки, но и пение, и обсуждение музыкальных композиций, элементы дыхательной гимнастики, и даже написание собственной музыки. Музыкотерапия может быть активным процессом, например танцы



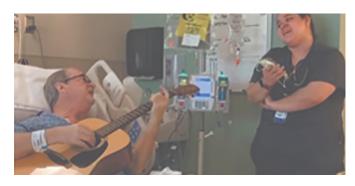
под музыку и игра на инструменте. Ведь прослушивание приятных музыкальных композиций высвобождает дофамин, что позволяет улучить общее состояние, активируя области мозга, которые влияют на память, эмоции, движение. Музыкальная терапия

применяется также для успешной профилактики и поддержания когнитивных функций головного мозга при деменции.

Многие онкопациенты сообщают об облегчении боли при прослушивании музыки, и во многих онкологических центрах музыка предлагается в качестве дополнительной терапии, что, безусловно, помогает пациенту уменьшить чувство изоляции. Правильно подобранная музыка способствует установлению ритмичного дыхания и дает положительные эмоции, улучшает сон, снижает тревогу и раздражительность.

Использование наушников позволяет отвлечься от раздражающих или неприятных звуков. Помогает снизить проявление шума в ушах, иногда звуковые иллюзии и галлюцинации.

По мнению многих, больница или хоспис – не привычное место для того, чтобы петь. Но для некоторых пациентов пение – это их эмоциональное хобби. Поэтому давая возможность пациенту петь, мы получаем мощный положительный эмоциональный эффект. Пение позволяет расслабиться и активирует зоны мозга, связанные с памятью, речью и эмоциями.



Музыкотерапия снижает усталость, улучшает качество сна, укрепляет общение и поддержку со стороны близких.

Дыхательные упражнения

Правильное спокойное дыхание помогает поднять настроение и расслабить нервную систему, снижает мышечное напряжение и беспокойство, так как существует прямая взаимосвязь дыхания и психических процессов в организме человека. Пациентам бывает очень трудно расслабиться. Особенно тяжелобольному, прикованному к постели. Лучший способ помочь человеку расслабиться – подышать вместе с ним, направляя словами, контролируя его дыхание.

Отвлекающие процедуры включают и объединяют физические и психологические подходы. Поэтому применение отвлекающих процедур в сестринской практике значительно улучшает процесс управления болью и тягостными симптомами; уменьшает эмоциональный стресс для пациента и его семьи; повышает удовлетворенность уходом.

Уборка в один шаг

Инновационные технологии уборки для объектов социального профиля

Хозяшева А. А. – врач-эпидемиолог высшей категории, национальный менеджер направления «Социальная медицина» Vileda Professional, Россия

Уход за пациентами, находящимися на паллиативном лечении, – сложный и трудозатратный процесс. На плечи младшего медицинского персонала ложится много задач: помощь пациентам при кормлении, проведение гигиенических процедур и уборки для обеспечения безопасной среды проживания, а также другие функциональные обязанности. После проведения всех манипуляций с больным времени на поддержание чистоты остается крайне мало. Хотя во многом благодаря правильной организации уборочных и дезинфекционных процессов можно создать безопасные и комфортные условия для самой уязвимой группы населения, которые находятся на постоянном лечении в учреждениях социального профиля.

Как сегодня организован процесс уборки в современных учреждениях социального профиля России?

Чаще всего уборка в медицинских учреждениях социального профиля проводится традиционным методом: сотрудник использует уборочную тележку, на которой расположены ведра с водой или с раствором дезинфицирующего/моющего средства. Не секрет, что ведерный метод уборки с грязным раствором и уборочной ветошью, с одной стороны, выглядит неэстетично, а с другой стороны, эпидемиологически и экономически неэффективен.

Исследования кафедры эпидемиологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова* доказали, что традиционный метод с ведром и водой не может обеспечить профилактику перекрестного инфицирования поверхностей и исключить контактно-бытовой путь инфицирования. Кроме того, как показывает опыт многих медицинских учреждений, традиционный метод уборки влечет за собой большие затраты на закупку моющих и дезинфицирующих средств, ежегодную закупку уборочного инвентаря и расходных материалов для уборки, расходы на водопотребление и водоотведение, а также высокие трудозатраты у персонала, занимающегося уборкой в учреждении.

Сегодня для уборки и чистки разного вида покрытий применяются современные и инновационные решения, которые значительно сокращают расходы на закупку оборудования, моющих и дезинфицирующих средств и содержание штата сотрудников. Одной из таких разработок в области клининга является метод предварительной подготовки моющих насадок (мопов) и салфеток – технология Свеп Про.

Как работает эта система?

Вместо смены рабочего раствора от одного помещения к другому санитарка/уборщица использует заранее пропитанные дезинфицирующим средством микроволоконные мопы и салфетки. Такой метод уборки обеспечивает высокий уровень гигиены и чистоты за «один шаг» и исключает риск перекрестного загрязнения. Один моп и одна салфетка используются для уборки только одного помещения до 20 м² (кабинет, палата, бокс и т.д.). Далее грязные, использованные мопы и салфетки сотрудник скидывает в мешок для грязного уборочного текстиля. В конце уборки мопы и салфетки доставляются к месту стирки и стираются в бытовой или профессиональной стиральной машине при 60° C с применением моющего средства с дезинфицирующим эффектом, т.е. проходят цикл термохимической дезинфекции.

Каждый сотрудник, занятый в уборке, использует укомплектованную тележку, которая является передвижной «мини-санитарной комнатой». Весь уборочный инвентарь всегда находится под рукой сотрудника: салфетки и мопы для уборки поверхностей, стен и полов в помещениях всех классов чистоты для текущей и генеральной уборки, а также инвентарь для специальных задач (точечная дезинфекция, сбор мусора, уборка труднодоступных мест).

Система уборки Свеп Про одобрена НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора и соответствует нормам СанПиН и ГОСТ Р 58393—2019, СП 2.1.3678-20 и СанПиН 3.3686-21. Более 300 медицинских и социальных учреждений уже используют эту современную технологию и отмечают высокое качество уборки.



Как работает технология Свеп Про



Система уборки Свеп Про в центре психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург

Такая технология решает сразу ряд важных задач:

1. Повышает качество и гигиеничность уборочных мероприятий



- Исключается контакт рук с грязными рабочими растворами моющих или дезинфицирующих средств и с чистыми/грязными мопами.
- Каждый новый участок сотрудник убирает чистым мопом и чистой салфеткой.
- Отсутствуют ведра с грязным моющим раствором и грязной уборочной ветошью.
- 2. Соблюдается основной принцип эпидемиологической безопасности профилактика перекрестного инфицирования поверхностей на объектах.
- **3. Улучшается эргономика уборочных про- цессов:** укомплектованная уборочная тележка вмещает весь уборочный инвентарь, необходимый для любых задач по уборке.

- 4. Сокращается расход моющих и дезинфицирующих средств для обработки поверхностей минимум в 8 раз.
- **5. Повышается производитель- ность труда** санитарок и уборщиков **до 2,5 раз.**
- 6. Сокращается площадь хранения уборочных материалов. С системой Свеп Про нет необходимости размещать большое количество инвентаря, емкостей и уборочного текстиля.
- 7. Снижается нагрузка на персонал за счет исключения из процесса уборки наиболее трудоемких процедур.
- **8. Повышается имидж объекта** за счет применения современных технологий уборки.
 - **9. Снижается экологическая нагрузка** за счет уменьшения выброса ПАВов в сточные воды.
- 10. Снижается токсикологическая нагрузка на персонал и пациентов за счет увлажнения уборочного текстиля до необходимой степени влажности

системой автоматического дозирования и снижения испарений моющих и дезинфицирующих средств.

- 11. Регулируется степень влажности мопов в зависимости от вида и состояния напольных покрытий, следовательно, выдерживается необходимая экспозиция раствора на поверхности
- 12. Упрощается контроль качества уборки на всех этапах (подготовка материалов, уборка, обработка материалов) благодаря внедрению централизованной зоны приготовления рабочих растворов и комплектации уборочных тележек.
- 13. Сокращаются расходы на уборку и дезинфекцию.

Расход рабочего раствора дезинфицирующего средства при двух методах уборки

	Традиционный метод уборки	Метод уборки Свеп Про		
Количество рабочего раствора для мытья пола на 1 помещение	1 ведро (8 л рабочего раствора) = 160 л рабочего раствора	1 моп = 1 помещение/20 м² = 200 мл рабочего раствора дезсредства		
Количество рабочего раствора для обработки поверхностей на 1 помещение	1 контейнер (2 л рабочего раствора) = 40 л рабочего раствора	1 салфетка = 1 помещение = 30 мл рабочего раствора дезсредства		
Суммарное количество рабочего раствора для уборки 1 помещения	160 л + 40 л = 200 л	4 л + 1,2 л = 5,2 л рабочего раствора		
Разница потребления рабочего раствора дезинфицирующего средства в 38 раз				

Требования к статьям для авторов

Редакция журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, оригинальные обзорные статьи, случаи из практики, рецензии и др., по темам: паллиативная медицина, паллиативная и хосписная помощь.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

- 1. Статьи принимаются на русском и английском языках.
- 2. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.
- 3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения и адрес) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.
 - 4. Перед названием статьи указывается УДК.
- 5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный межстрочный интервал; ширина полей 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац» (не использовать для красной строки функции «Пробел» и Таb). Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи до 24 страниц машинописного текста (для обзоров до 30 страниц).
- 6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организацию, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).
- 7. Прилагаемое резюме (аннотация): объем 250–300 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Выделяются разделы: цель, материалы и методы, результаты и выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.
- 8. Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках.
 - 9. Для каждого автора целесообразно указать:
 - a) SPIN-код в e-library (формат: XXXX–XXXX),
 - б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
 - B) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX).
- 10. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте

при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

- 11. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте по мере их упоминания.
- 12. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте по мере их упоминания.
- 13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно пристатейному списку литературы, оформленному в соответствии с ГОСТом и расположенному в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. В списке литературы указываются: а) для книг фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц; б) для журнальных статей фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»; в) для диссертации фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.
- 14. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
- 15. Статьи, поступившие в редакцию, подлежат рецензированию. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям и/или тематике журнала.
- 16. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.
- 17. Редакция не несет ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

Статьи направляются письмом по адресу: Россия, 125124 г. Москва, а/я 31, Издательский дом «Стриж Медиа»

Российский научно-практический журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» Pallium: palliative and hospice care **№** 1, март 2023

> Главный редактор НЕВЗОРОВА Д.В.



Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре, реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018 Периодичность издания — 4 раза в год Распространяется бесплатно Дата выхода в свет 30.03.2023.

Учредитель и издатель 000 Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издателя: Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203 Генеральный директор Олеринская Т.Г.

Главный редактор Кукушева Т.Е. Главный художник Пеленкова О.М.

Медицинский переводчик **Устинова А.И.**Контакты: 8–495–252–75–31, tkukusheva@strizhmedia.ru

Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати» 142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42. Заказ № 01541-23. Тираж 300 экз.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.

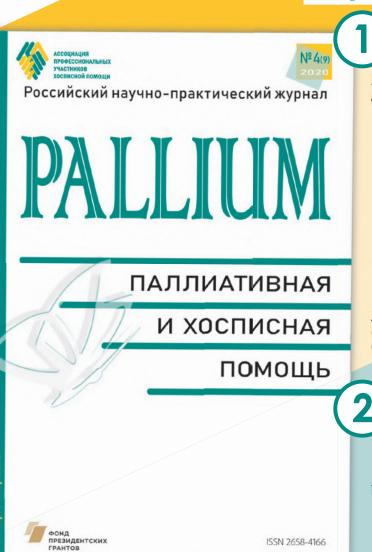
© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Дорогие коллеги, друзья!

Подписывайтесь на журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» и получайте каждый новый номер с полезной и важной информацией с доставкой!

Подписаться можно

двумя способами:



Заходите на сайт «Почта России» по ссылке https://podpiska.pochta.ru

Из офиса или дома.

В разделе «Газеты и журналы по подписке» забиваете название «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» (или подписной индекс издания ПРЗ94). Появится обложка журнала и его название, кликаете на него, выбираете нужный вам период подписки и заполняете все необходимые данные для доставки. Остается только оплатить заказ любой из трех банковских карт: МИР, VISA или Mastercard.

В любом отделении «Почта России»

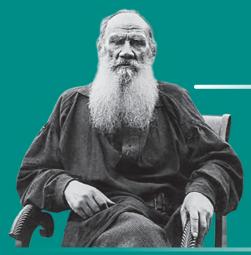
> Подписаться на журнал вам поможет оператор. Сообщите ему название или индекс издания и желаемый период подписки.

Подписной индекс

ISSN 2658-4166

ПР394

Журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»



Не бойтесь быть добрыми. В мире и так дефицит доброты

Л.Н. Толстой

Подписка на журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» по электронному и бумажному каталогам «Почта России»

Подписной индекс ПРЗ94