

# Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ



Всемирная организация  
здравоохранения

Оригинал «Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers» опубликован на английском языке штаб-квартирой Всемирной организации здравоохранения в Женеве в 2016 г.

ISBN 978 92 8 905357 0

© **Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.**

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

**Пример оформления библиографической ссылки для цитирования:** Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2018 г. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

**Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование.** Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>.

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

**Общие оговорки об ограничении ответственности.** Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

# Содержание

Список таблиц .....	vi
Список рисунков .....	vi
Список сокращений .....	vii
Предисловие.....	1
Выражение признательности.....	2
<b>1: Введение – потребность в паллиативной помощи.....</b>	<b>4</b>
1.1 Что такое паллиативная помощь?.....	4
Кто нуждается в паллиативной помощи?.....	4
1.2 Обязанности государства по предоставлению паллиативной помощи.....	5
1.3 Цель и сфера применения данного пособия .....	6
<b>2: Службы паллиативной помощи – общие сведения.....</b>	<b>8</b>
2.1 Выявление лиц, которым паллиативная помощь может принести пользу .....	9
Оценка потребностей пациентов и членов их семей .....	9
2.2 Облегчение боли и других симптомов .....	10
Наиболее распространенные симптомы.....	10
Общие принципы.....	10
2.3 Удовлетворение психологических и духовных потребностей.....	11
2.4 Забота о семьях и лицах, осуществляющих уход за больным .....	12
<b>3: Создание служб паллиативной помощи.....</b>	<b>14</b>
3.1 Принятие решения о том, с чего начать.....	14
3.2 Создание службы паллиативной помощи на дому .....	15
Что такое паллиативная помощь на дому?.....	15
Основные требования к службе паллиативной помощи на дому .....	15
Как создать службу оказания паллиативной помощи на дому.....	17
3.3 Создание службы паллиативной помощи на базе местных сообществ.....	20
Что представляет собой паллиативная помощь на базе местных сообществ? .....	20
Как создать службу паллиативной помощи на базе местного сообщества .....	21
3.4 Создание службы паллиативной помощи на базе больницы .....	24
Варианты служб паллиативной помощи на базе больницы .....	24
Как создать службу паллиативной помощи на базе больницы .....	25
Укомплектование персоналом службы паллиативной помощи на базе больницы .....	26

3.5	Создание службы паллиативной помощи для детей.....	27
	Минимальные требования по укомплектованию персоналом.....	28
	Требования к службе паллиативной помощи для детей.....	30
	Процесс создания службы паллиативной помощи для детей.....	31
3.6	Создание отдельного центра паллиативной помощи или хосписа.....	32
	Объем услуг и предоставляемая поддержка.....	32
	Целевые группы пациентов.....	35
	Людские ресурсы.....	36
	Надежное обеспечение основными лекарственными средствами.....	36
	Финансирование.....	37
3.7	Внедрение интегрированного подхода в районе.....	38
	Что делает интеграцию успешной?.....	39
	Этапы интеграции.....	40
<b>4:</b>	<b>Компоненты комплексного подхода к паллиативной помощи.....</b>	<b>46</b>
4.1	Что представляет собой комплексный подход?.....	46
4.2	Разработка политики в области паллиативной помощи.....	46
	Оценка ситуации.....	48
4.2	Постепенное расширение и интегрирование паллиативной помощи в системы здравоохранения.....	49
4.3	Улучшение доступа к лекарственным средствам для обезболивания и паллиативной помощи.....	52
	Барьеры при лечении болевого синдрома в паллиативной помощи.....	52
	Стратегии улучшения доступа к лекарственным средствам для паллиативной помощи.....	53
4.4	Укрепление кадрового потенциала для паллиативной помощи.....	59
	Кто является поставщиком услуг паллиативной помощи?.....	59
	Определение основных задач и необходимых навыков.....	60
	Распределение обязанностей.....	62
	Укрепление паллиативной помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи.....	64
	Развитие навыков и подготовка.....	64
4.5	Установление стандартов и оценка услуг паллиативной помощи.....	67
	Оценка общего прогресса в развитии паллиативной помощи.....	67
	Измерение качества паллиативной помощи.....	68
	Другие параметры для рассмотрения.....	69
	Установление стандартов для паллиативной помощи.....	69

4.6. Расчет стоимости услуг паллиативной помощи .....	71
Экономический эффект паллиативной помощи .....	72
Расчет стоимости паллиативной помощи .....	72
<b>5: Другие инструменты и ресурсы ВОЗ .....</b>	<b>73</b>
Клиническое ведение в рамках оказания паллиативной помощи.....	73
Разработка политики и программ .....	73
Мониторинг паллиативной помощи .....	73
Информационно-разъяснительная работа и коммуникация .....	73
Библиография.....	74
Приложение 1. Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, применяемых при паллиативной помощи .....	77
Приложение 2. Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств при паллиативной помощи для детей .....	79
Приложение 3. Примерный перечень основного оборудования и лекарственных средств для комплекта по уходу на дому при паллиативной помощи .....	81
Приложение 4. Примерный учебный план для 16-часовой учебной программы по паллиативной помощи для общественных волонтеров.....	83
Приложение 5. Примерный учебный план по основам паллиативной помощи для врачей и клинических работников .....	84
Приложение 6. Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA67.19 «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» .....	87



## Список таблиц

Таблица 1. Основные методы оказания первичной паллиативной помощи .....	8
Таблица 2. Категории служб паллиативной помощи.....	14
Таблица 3. Рекомендуемый минимум стандартов подготовки для бригады помощи на дому.....	17
Таблица 4. Основные людские ресурсы, необходимые для службы паллиативной помощи на базе местного сообщества.....	20
Таблица 5. Минимальный штат, необходимый для службы паллиативной помощи на базе больницы .....	27
Таблица 6. Идеальный состав медицинских работников для службы педиатрической паллиативной помощи.....	29
Таблица 7. Различные службы и функции отдельного центра паллиативной помощи или хосписа .....	34
Таблица 8. Пример поэтапного подхода к введению в действие программы паллиативной помощи .....	50
Таблица 9. Ключевые факторы успешного внедрения перечня основных лекарственных средств.....	54
Таблица 10. Обученные медико-санитарные работники, способные выполнять обязанности по оказанию паллиативной помощи безопасно и эффективно .....	63
Таблица 11. Примерные индикаторы для оценки общего развития паллиативной помощи .....	67

## Список рисунков

Рисунок 1. Примеры сценариев с различными уровнями ухода для удовлетворения потребностей в паллиативной помощи .....	15
Рисунок 2. Минимальные требования для службы паллиативной помощи на дому.....	16
Рисунок 3. Этапы создания службы паллиативной помощи на дому .....	18
Рисунок 4. Процесс создания новой общественной службы паллиативной помощи .....	23
Рисунок 5. Этапы создания службы паллиативной помощи на базе больницы .....	26
Рисунок 6. Дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, в разбивке по группам заболевания.....	28
Рисунок 7. Шаги по созданию службы педиатрической паллиативной помощи .....	31
Рисунок 8. Пример интеграции между различными уровнями служб паллиативной помощи .....	39
Рисунок 9. Этапы, необходимые для интеграции паллиативной помощи.....	40
Рисунок 10. Интегрирование паллиативной помощи в районные службы медицинской помощи – вопросы для рассмотрения .....	41
Рисунок 11. Выявление пробелов в паллиативной помощи и барьеров на пути ее внедрения в районные службы здравоохранения .....	42
Рисунок 12. 11 пунктов программы успешной интеграции паллиативной помощи .....	43
Рисунок 13. Пример поэтапного процесса разработки стратегий и программ паллиативной помощи .....	47
Рисунок 14. Где оказывается паллиативная помощь.....	60

## Список сокращений

<b>ВИЧ/СПИД</b>	Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ГИБП</b>	Группа исследования боли и политики опиоидов, Сотрудничающий центр ВОЗ по политике обезболивания и паллиативной помощи, штат Висконсин, США
<b>ЕАПП</b>	Европейская ассоциация паллиативной помощи
<b>ИОЗ</b>	Инспектор общественного здравоохранения
<b>МККН</b>	Международный комитет по контролю над наркотиками
<b>МОФТС</b>	Медицинский и образовательный фонд тропических стран
<b>МПО</b>	Международная программа по политике обезболивания
<b>МСПП</b>	Местная сеть паллиативной помощи
<b>НИЗ</b>	Неинфекционные заболевания
<b>НПО</b>	Неправительственные организации
<b>НСПВ</b>	Наркотические средства и психотропные вещества
<b>ОВ</b>	Общинный волонтер
<b>ОМЦ</b>	Общественный медицинский центр
<b>ПМСП</b>	Первичная медико-санитарная помощь
<b>РССП</b>	Работник службы санитарного просвещения
<b>УЛВ</b>	Управление по лекарствам Вьетнама
<b>АРСА</b>	Африканская ассоциация паллиативной помощи (African Palliative Care Association)
<b>CoHSASA</b>	Совет по аккредитации служб здравоохранения Южной Африки (Council for Health Services Accreditation of Southern Africa)
<b>ESAS</b>	Эдмонтонская шкала симптомов (Edmonton Symptom Assessment Scale)
<b>НРСА</b>	Ассоциация хосписной паллиативной помощи (Hospice Palliative Care Association (HPCA))
<b>ИАНРС</b>	Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (International Association for Hospice and Palliative Care)
<b>ICHC</b>	Интегрированная общественная помощь на дому (Integrated community-based home care)
<b>MTRH</b>	Базовая многопрофильная больница Moi (Moi Teaching and Referral Hospital)
<b>POS</b>	Показатели результатов паллиативной помощи (Palliative Outcome Score)

# Предисловие

В 2014 г. первая в истории глобальная резолюция по паллиативной помощи, WHA67.19, призвала ВОЗ и государства-члены улучшать доступ к паллиативной помощи как одному из основных компонентов системы здравоохранения, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи и оказанию помощи на уровне местных сообществ и на дому. В Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. паллиативная помощь прямо признается частью комплекса услуг, оказание которых необходимо при неинфекционных заболеваниях. Государства-члены обратились к ВОЗ с просьбой разработать научно обоснованные рекомендации по интеграции паллиативной помощи в национальные системы здравоохранения в отношении разных групп заболеваний и уровней помощи. Высококачественная паллиативная помощь является неотъемлемым элементом разработанного ВОЗ механизма комплексного ориентированного на потребности людей медицинского обслуживания, который был одобрен на шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 г.

Этот документ является практическим пособием по планированию и внедрению услуг паллиативной помощи, интегрированных в существующие службы здравоохранения, на национальном или субнациональном уровне. Он был разработан, прежде всего, для руководителей программ в области здравоохранения на национальном, местном или районном уровнях, независимо от того, отвечают ли они за программы по неинфекционным заболеваниям, инфекционным заболеваниям, службы здравоохранения или за другие технические области, в которых паллиативная помощь играет важную роль.

Его цель состоит в изложении широкого ряда вариантов и отправных точек для создания и укрепления служб паллиативной помощи. В каждом разделе по возможности подробно изложен пошаговый подход с акцентом, приемлемым для стран с низким и средним уровнем дохода. Это пособие призвано внести вклад в обеспечение равного доступа к качественной паллиативной помощи в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения; оно должно помочь странам укрепить программы паллиативной помощи, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи и при различных группах заболеваний. Такой подход ориентирован на людей, и цель его состоит в удовлетворении потребностей и ожиданий пациентов. Чтобы этого достичь, службам здравоохранения необходимо заблаговременно вовлекать в данный процесс как медицинских работников, так и пациентов и местные сообщества с учетом свойственных им социальных и культурных особенностей.

Это пособие не включает клинические руководства или протоколы ведения пациентов – действующее руководство ВОЗ по обезболиванию и симптоматической терапии, а также ряд других документов и источников, которые могут оказаться полезными для читателей, перечислены в конце. В дальнейшем данное пособие следует дополнить серией публикаций, посвященных более конкретным аспектам паллиативной помощи, а также и дополнительными инструментами измерения и мониторинга качества паллиативной помощи на уровне страны.

Доступ к паллиативной помощи определяется как одно из основных прав человека. Издавая данное пособие, ВОЗ подтверждает свою приверженность работе с государствами-членами над тем, чтобы это стало реальностью для всех: взрослых, пожилых и детей.

## **Олег Честнов**

помощник Генерального директора  
по неинфекционным заболеваниям  
и психическому здоровью

## **Marie-Paule Kieny**

помощник Генерального директора  
по системам здравоохранения  
и инновациям

# Выражение признательности

Данное пособие было подготовлено под руководством Etienne Krug и Edward Kelley при содействии в вопросах общей координации и технической помощи со стороны Belinda Loring, Marie-Charlotte Bouësseau и Cherian Varghese.

Следующие лица внесли вклад в техническое содержание пособия и представили экспертную оценку:

Carlos Acuña, Nayaz Ahmed, Zahir Al Mandhari, Samy Alsirafy, David Bramley, Clarito Cairo Jr, Alexis Chavaría, Jim Cleary, Stephen Connor, Massimo Constantini, Marilys Corbex, Liliana de Lima, Luc Deliens, Ibtihal Fadhil, Frank Ferris, Kathy Foley, Gilles Forte, Eduardo Garcia Yaneo, Elizabeth Grant, Cynthia Goh, Xavier Gomez-Batiste, Liz Gwyther, Richard Harding, Eric Krakauer, Suresh Kumar, Phil Larkin, Martha León, Richard Lim, Diederik Lohman, Emmanuel Luyirika, Joan Marston, Diane Meier, Geoff Mitchell, Scott Murray, Tania Pastrana, Sheila Payne, Gabriela Píriz Alvarez, Christina Puchalski, Lisbeth Quesada, Farrukh Qureshi, Lukas Radbruch, M.R. Rajagopal, Javier Rojas Elizondo, Elena Tsoyi, Allan Varela, Rosibel Vargas, Bee Wee, Chandrika Wijeyaratne, Juliana Yong.

Особая благодарность выражается Xavier Gomez-Batiste и Stephen Connor, обеспечившим сбор исходных данных для более ранней версии этого документа.

Фотографии представили (фото на обложке от верхнего правого по направлению против часовой стрелки):

1. © BO3/Chris de Bode
2. © Luikov
3. © BO3/SEARO/Nursila Dewi
4. © Pentium5
5. © Yongtick
6. © XiXinXing



# 1

## Введение – потребность в паллиативной помощи

### Что такое паллиативная помощь?

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Этот подход направлен на предотвращение и облегчение страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке и лечению боли и других проблем. Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни. Этот подход способствует сохранению достоинства, качества жизни и адаптации к прогрессирующим заболеваниям путем использования наиболее достоверных фактических данных.

Паллиативная помощь для детей представляет собой специальную область по отношению к паллиативной помощи взрослым. Паллиативная помощь для детей – это комплексная активная физическая, психологическая и духовная помощь ребенку, а также оказание поддержки его семье. Она начинается с момента диагностирования заболевания и продолжается независимо от того, получает или не получает ребенок лечение, направленное на само заболевание.

Все люди, независимо от дохода, вида заболевания или возраста, должны иметь доступ к установленному на государственном уровне комплексу основных услуг здравоохранения, включая паллиативную помощь. Финансовая система и система социальной защиты должны учитывать право человека на паллиативную помощь для бедных и маргинализированных групп населения.

### Кто нуждается в паллиативной помощи?

В общемировом масштабе, по оценкам, паллиативная помощь необходима в 40–60% всех смертельных случаев (1). Паллиативная помощь требуется пациентам с широким спектром медицинских проблем, угрожающих жизни. Большинство взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи, имеют хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания (38,5%), рак (34%), хронические заболевания органов дыхания (10,3%), СПИД (5,7%) и сахарный диабет (4,6%). Паллиативная помощь может потребоваться и пациентам со многими другими состояниями, включая почечную недостаточность, хронические заболевания печени, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, деменцию, врожденные пороки развития и лекарственно-устойчивый туберкулез. Среди детей могут быть широко распространены врожденные пороки развития и наследственные заболевания, а самые высокие показатели смертности приходятся на неонатальный период.

Ежегодно примерно 20 миллионов человек нуждаются в паллиативной помощи в последний год своей жизни, при этом еще большему числу людей требуется паллиативная помощь до наступления последнего года их жизни. Из этого числа людей, нуждающихся в паллиативной помощи, 78% живут в странах с низким и средним уровнем дохода. Что касается детей, то 98% тех, кто нуждается в паллиативной помощи, живут в странах с низким и средним уровнем дохода, при этом почти половина из них живет в Африке. В 2014 г., согласно статистике, только 14% людей, нуждающихся в паллиативной помощи в конце жизни, действительно ее получили (1).

Одним из наиболее частых и серьезных симптомов, испытываемых пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, является боль. Важную роль в лечении боли и других симптомов, причиняющих физическое страдание, связанных со многими хроническими прогрессирующими состояниями, играют опиоидные анальгетики. Например, 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов, страдающих от

сердечно-сосудистых заболеваний или хронических обструктивных болезней легких, будут испытывать в конце жизни болевой синдром средней и высокой интенсивности (2). В 2011 г. 83% населения мира жило в странах с низким уровнем доступа или с полным отсутствием доступа к опиоидам для обезболивания (3).

Еще одним необходимым компонентом паллиативной помощи является психосоциальная поддержка. Пациенты с угрожающим жизни заболеванием или в терминальной стадии заболевания и те, кто за ними ухаживает, испытывают огромный стресс, и лечащие их медицинские работники должны иметь соответствующую подготовку или быть готовыми помочь им справиться со стрессом. В системе здравоохранения и медицинских учреждениях должны быть предусмотрены определенные простые функции для удовлетворения других потребностей пациента в конце жизни, таких как духовные потребности, поддержка семьи, при необходимости правовая помощь, а также стимулирующая физическая среда.

## 1.2 Обязанности государства по предоставлению паллиативной помощи

В 2014 г. первая в истории глобальная резолюция по паллиативной помощи, WHA67.19, призвала ВОЗ и государства-члены улучшить доступ к паллиативной помощи, как одному из основных компонентов системы здравоохранения, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи и оказанию помощи на уровне местных сообществ и на дому.

В Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними на 2013–2020 гг. паллиативная помощь прямо признается частью комплекса услуг, оказание которых необходимо при неинфекционных заболеваниях. В 2011 г. в Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними правительства стран признали необходимость улучшения доступа к паллиативной помощи, а доступ к опиоидным обезболивающим средствам включен в число 25 показателей глобальной системы мониторинга НИЗ.

Паллиативная помощь включена в определение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Глобальная стратегия ВОЗ по комплексному ориентированному на потребности людей медицинскому обслуживанию предусматривает механизм укрепления программ паллиативной помощи при различных заболеваниях.

Лекарственные средства, используемые для оказания паллиативной помощи, включая обезболивающие, входят в перечень основных лекарственных средств ВОЗ для взрослых и детей и должны быть доступны для всех, кто в них нуждается. Такие перечни включают опиоидные и неопиоидные обезболивающие препараты, а также лекарственные средства, применяемые для купирования наиболее частых симптомов в рамках оказания паллиативной помощи.

Обеспечение доступности паллиативной помощи – это не просто одна из этических обязанностей систем здравоохранения, но и обязательство в силу международного законодательства по правам человека. Право на паллиативную помощь и обезболивание признается правом человека на здоровье<sup>1</sup>. В соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками страны связаны двойным обязательством – обеспечивать доступность контролируемых веществ для медицинских целей и в то же время защищать свое население от зависимости от этих веществ и их ненадлежащего использования<sup>2</sup>. К сожалению, страны гораздо больше внимания уделяют своим обязательствам по предупреждению злоупотребления этими средствами, чем своим обязательствам по обеспечению доступа к ним для медицинских целей.

«Реакция некоторых законодателей и руководителей на опасения в отношении развития и распространения злоупотребления наркотиками привела к принятию законов и постановлений, которые могут в некоторых случаях неоправданно препятствовать доступности опиатов». Международный комитет по контролю над наркотиками, процитировано в (4), с. 16.

<sup>1</sup> Право на здоровье гарантируется целым рядом международных и региональных договоров по правам человека, включая, например, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (в статье 12) и Конвенцию о правах ребенка (в статье 24). Последний договор был ратифицирован всеми странами мира за исключением Сомали и Соединенных Штатов Америки. См. <http://indicators.ohchr.org/>.

<sup>2</sup> Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г.

### 1.3 Цель и сфера применения данного пособия

Данное пособие предназначено для руководителей программ национального, областного или местного уровня или работников здравоохранения в качестве руководства по созданию служб паллиативной помощи и их интеграции в систему здравоохранения.

Оно охватывает общие принципы и основные компоненты, необходимые для укрепления паллиативной помощи. В пособии также рассматривается ряд возможных отправных точек создания служб паллиативной помощи. Не существует единой наилучшей стартовой точки для всех ситуаций – в данном пособии отправные точки представлены в качестве вариантов для рассмотрения и обсуждения в национальном контексте. Некоторые подходы дополняют друг друга, и к их осуществлению можно приступать одновременно, в зависимости от потенциала и контекста.

В данном пособии не предусмотрено изложение клинических рекомендаций, необходимых для лечения пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Для этой цели следует обращаться к отдельным справочным руководствам ВОЗ по лечению боли и купированию частых симптомов при паллиативной помощи.



# 2

## Службы паллиативной помощи – общие сведения

Паллиативная помощь нередко рассматривается просто как применение обезболивающих препаратов. Основанием для паллиативной помощи, безусловно, является необходимость избавления от боли и других симптомов страдания, но паллиативная помощь не ограничивается этим и предусматривает меры по повышению качества жизни и даже оказание положительного влияния на течение болезни. Умирание рассматривается как нормальный процесс состоявшейся жизни, при котором помощь включает физические, психологические, социальные, культурные и духовные аспекты. Пациентам помогают вести по возможности активный образ жизни до самой смерти, и система поддержки помогает семье справляться с трудностями как во время болезни пациента, так и после утраты близкого человека.

Паллиативная помощь не предназначена для того, чтобы ускорить или отсрочить смерть, но пользуется этическими принципами совместного принятия решений и заблаговременного планирования помощи для выявления приоритетов и целей пациентов в отношении ухода за ними в конце жизненного пути. Применяется бригадный метод, и к процессу могут быть привлечены многие поставщики различных медицинских и социальных услуг, а также волонтеры. Важно не считать, что паллиативную помощь могут оказывать только больницы. Она может предоставляться в любом медицинском учреждении, а также на дому у пациентов и может успешно осуществляться даже при ограниченных ресурсах.

Таким образом, службы паллиативной помощи должны как минимум:

- выявлять пациентов, которым паллиативная помощь могла бы принести пользу;
- проводить первичную и повторную оценку физических, эмоциональных, социальных и духовных страданий пациентов, оценку (повторную оценку) эмоциональных, социальных или духовных страданий членов семьи;
- облегчать боль и физические симптомы, причиняющие страдание;
- отвечать духовным, психологическим и социальным потребностям;
- выяснять, каких ценностей придерживается пациент, и определять задачи оказания помощи с учетом этих культурных ценностей.

Основные методы первичной паллиативной помощи можно разделить на четыре категории, а именно: физический уход, психологическая/эмоциональная/духовная помощь, планирование и координация помощи и коммуникация (табл. 1).

**Таблица 1.** Основные методы оказания первичной паллиативной помощи

Выявить, оценить, поставить диагноз, осуществить лечение, принять решающие меры в следующих случаях:	Выявить, оценить, обеспечить поддержку, принять решающие меры и, при необходимости, направить на консультацию к специалисту в следующих случаях:
<b>Потребности в физической помощи</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Боль (всех типов)</li> <li>■ Респираторные проблемы (одышка, кашель)</li> <li>■ Желудочно-кишечные проблемы (запор, тошнота, рвота, сухость во рту, воспаление слизистой оболочки полости рта, диарея)</li> <li>■ Бредовое состояние</li> <li>■ Раны, язвы, кожная сыпь и повреждения кожи</li> <li>■ Нарушение сна</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Утомляемость</li> <li>■ Потеря аппетита</li> <li>■ Анемия</li> <li>■ Сонливость или вялость</li> <li>■ Потливость</li> </ul>

**Потребности в психологической/эмоциональной/духовной помощи**

- Психологическое расстройство
- Состояние тревоги
- Страдания членов семьи или лиц, ухаживающих за больным
- Духовные потребности и экзистенциальные проблемы
- Депрессия
- Поддержка членов семьи/лиц, ухаживавших за больным после утраты близкого человека

**Рассмотреть и организовать****Планирование и координация помощи**

- Определить имеющиеся виды поддержки и ресурсы; разработать и осуществить план оказания помощи, основанный на потребностях пациента
- Обеспечить уход в последние недели/дни жизни
- Обеспечить наличие лекарственных препаратов (особенно опиоидов) и доступ к ним
- Определить психосоциальные/духовные потребности специалистов, оказывающих помощь (включая себя)

**Вопросы коммуникации**

- Обеспечить коммуникацию с пациентом, членами семьи и лицами, ухаживающими за больным, по вопросам диагноза, прогноза, лечения, симптомов и их терапии, а также вопросам, связанным с уходом в последние дни/недели жизни
- Определить и установить приоритеты вместе с пациентом и членами семьи/лицами, обеспечивающими уход
- Предоставлять пациенту и лицам, обеспечивающим уход, информацию и рекомендации, соответствующие имеющимся ресурсам

*Источник:* на основе материалов ИАНРС (5).

## 2.1 Выявление лиц, которым паллиативная помощь может принести пользу

Паллиативная помощь требуется большинству умирающих пациентов, а также большей части пациентов, живущих с хроническими, комплексными, сокращающими продолжительность жизни проблемами здоровья. Важно начать паллиативную помощь, как только медицинская проблема приобретает серьезный, комплексный или угрожающий жизни характер, продолжая при этом болезнь-модифицирующую терапию. Существуют методики, позволяющие внедрить раннее выявление потребности в паллиативной помощи в практику любых учреждений здравоохранения. Боль, которая нарушает повседневную жизнедеятельность, одышка в покое или функциональное ухудшение являются клиническими признаками, которые должны привести к оценке необходимости в паллиативной помощи или даже подсказать вопрос: «Окажется ли смерть этого пациента в будущем году неожиданной для меня?» Если ответ на этот вопрос отрицательный, возможно, стоит побеседовать с пациентом и/или членами его семьи, с учетом культурных особенностей, чтобы постараться максимально повысить качество жизни.

### Оценка потребностей пациентов и членов их семей

Паллиативная помощь начинается с многомерной оценки физических, эмоциональных, социальных, духовных и культурных потребностей, ценностей и предпочтений пациентов и их семей.

Существуют краткие скрининговые методы, прошедшие проверку как в богатых, так и в бедных странах, например Эдмонтонская шкала оценки симптомов (ESAS) и Показатели результатов паллиативной помощи (POS), адаптированная Африканской ассоциацией паллиативной помощи (African POS).

У пациентов и/или лиц, обеспечивающих уход за ними, также есть потребности в информации и коммуникации, и зачастую им необходима помощь в организации ухода. Для составления оптимального плана ухода необходимо предварительно определить ценности и приоритеты пациента. Полезными инструментами в этом случае могут стать заблаговременно отданные распоряжения, такие как заблаговременное распоряжение об оказании или прекращении медицинской помощи или доверенность. Однако в некоторых ситуациях пациенты предпочитают, чтобы один или несколько членов их семей получали медицинскую информацию и принимали решения об осуществлении ухода. Членам семьи и лицам, осуществляющим уход, может также понадобиться эмоциональная и социальная поддержка, а после смерти пациента – психологическая помощь.

Потребности будут меняться. Поэтому оценку потребностей пациента необходимо регулярно повторять в течение всего периода болезни.

## 2.2 Облегчение боли и других симптомов

### Наиболее распространенные симптомы

Наиболее частые и тяжелые симптомы у пациентов с хроническими, комплексными, угрожающими жизни проблемами здоровья, как правило, одинаковы для различных заболеваний. Например, основными физическими проблемами раковых больных являются боли, депрессия и утомляемость, и эти же проблемы преобладают у пациентов с ВИЧ/СПИДом, а также сердечной и респираторной недостаточностью.

Наиболее распространенные симптомы, встречающиеся на поздних стадиях большинства общих угрожающих жизни состояний, включают тревожность, потерю аппетита, одышку, запор, бред, депрессию, диарею, утомляемость, тошноту, боли и выделения из дыхательных путей.

Боль – один из наиболее часто встречающихся и серьезных симптомов, испытываемых взрослыми и детьми, нуждающимися в паллиативной помощи. Например, 80% пациентов со СПИДом или раком и 67% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями или хронической обструктивной болезнью легких будут испытывать в конце жизни болевой синдром средней и высокой интенсивности. Боль – явление многомерное: Cicely Saunders ввела понятие «общей боли», в рамках которого боль включает физические, эмоциональные, психосоциальные и духовные аспекты (6), требующие учета.

### Общие принципы

Лечение должно быть направлено на поддержание или улучшение качества жизни и оптимизацию физической и когнитивной функции пациента на протяжении всего периода болезни. Для этого требуется:

- лечение первопричины (причин) симптомов, если это согласуется с целями помощи;
- фармакологическое и/или нефармакологическое лечение любого симптома;
- внимательное отношение к индивидуальным ценностям и потребностям пациента.

### Лечение первопричины

Необходимо выявить механизм, вызывающий симптомы, и, если это возможно, вылечить его. Например, сюда может входить лучевая терапия или химиотерапия даже на поздней стадии рака, поскольку сокращение размера опухоли может облегчить симптомы. Это потребует тщательного учета баланса между ожидаемой пользой и вредом от вмешательства.

### Симптоматическое фармакологическое лечение

Ряд лекарственных препаратов для лечения боли и других общих симптомов при паллиативной помощи включен в примерные перечни основных лекарственных средств ВОЗ для взрослых и детей. Применение этих основных лекарственных средств может в значительной степени облегчить подавляющее большинство симптомов страдания, испытываемых пациентами. Для эффективной борьбы с болевым синдромом средней и высокой интенсивности основное значение имеют опиоидные болеутоляющие средства. Выпущенные ВОЗ в 2012 г. рекомендации по лечению болевого синдрома средней и высокой интенсивности у детей рекомендуют сильное опиоидное обезболивание (7). Странам следует пересмотреть и, при необходимости, внести изменения в национальные нормативные положения и стратегии, чтобы обеспечить возможность применения медицинскими работниками опиоидного обезболивания, включая пероральный морфин с быстрым высвобождением, в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ и МККН.

## Симптоматическое нефармакологическое лечение

Необходимо сочетать фармакологическое лечение с нефармакологическим. Сюда может входить уход за полостью рта с использованием влажной губки, тампона или салфетки; уход за кожей с применением мазей или водных процедур; лимфодренаж при отеках или вентилятор при одышке. Другие формы терапии, которые могут принести облегчение, включают арт-терапию, гидротерапию, лечение при помощи домашних животных, музыкальную терапию, гипноз, игровую терапию, физиотерапию и трудотерапию.

## Индивидуализированная помощь, ориентированная на пациента

Облегчение симптома при паллиативной помощи должно быть адаптировано к индивидуальным ценностям и потребностям пациента. Лекарства, способы их приема и интервалы между приемами, а также их дозирование следует подбирать в соответствии с этими ценностями и потребностями. Лечение должно быть сосредоточено на симптомах, которые снижают качество жизни пациентов. В противном случае побочные эффекты от вмешательства могут принести больше вреда, чем само патологическое состояние.

Пациент и/или ухаживающие за ним члены семьи должны участвовать в принятии решений относительно плана лечения. Если пациент не желает или не способен в этом участвовать, можно привлечь замещающих его/ее лиц (обычно близких родственников или друзей).

Пациент или замещающее его/ее лицо (лица) должны быть проинформированы об имеющихся вариантах лечения. При предоставлении исчерпывающей информации о заболевании, ожидаемом течении болезни и вариантах лечения следует выражать эмпатию. Это снизит ощущение неизвестности и, следовательно, смягчит тревогу. Неизвестность может вызывать больше тревоги, чем реальность. Подход, ориентированный на человека, также требует проведения регулярной повторной оценки потребностей пациента.

## 2.3 Удовлетворение психологических и духовных потребностей

Психосоциальная помощь предполагает внимание к психологическому, эмоциональному, социальному и финансовому благополучию пациентов и членов их семей. Необходимо провести оценку психологических симптомов, таких как тревожность, депрессия и бредовое состояние, и лечить их так же тщательно, как физические симптомы. Этим могут заниматься врачи первичного звена медико-санитарной помощи.

Существует множество источников социальных страданий, в том числе крайняя нищета, отсутствие надлежащего питания, одежды или жилья, стигматизация и дискриминация на почве болезни, сексизма, расизма или религиозных предрассудков. Многие семьи оказываются перед лицом финансовой катастрофы из-за серьезного заболевания члена семьи. Работники служб паллиативной помощи могут предоставить информацию об источниках финансирования тем, кто больше не может финансово содержать себя и свои семьи. Паллиативная помощь предусматривает изыскание способов смягчения социальных страданий, включая снабжение продуктами, помощь в получении жилья и меры по борьбе со стигматизацией и дискриминацией.

К духовным и экзистенциальным страданиям необходимо относиться с такой же серьезностью и приоритетностью, как и к психосоциальным и физическим страданиям или боли. Поддержка может включать участие духовного наставника. Если есть такая возможность, в рамках оказания помощи следует применять подходы, направленные на сохранение достоинства, терапию, ориентирующую пациента на поиск смысла страдания, формирование преемственности, управляемую визуализацию, медитативное сосредоточение, йогу и другие психосоматические вмешательства, арт-терапию, ведение дневника.

Одним из основных компонентов паллиативной помощи является поддержка лиц, понесших тяжелую утрату. Пациенты и члены их семей часто нуждаются в эмоциональной поддержке, чтобы справиться с переживаниями, связанными с умиранием и потерей близкого человека, при этом у некоторых членов скорбящей семьи развивается осложнённая реакция горя, требующая лечения. Для поддержки родственников покойного нередко можно привлечь членов местного сообщества, а в тех случаях, когда трудно организовать направление на консультацию к психотерапевту, любой терапевт может научиться диагностировать и лечить осложнённую реакцию горя.

Оказание психосоциальной помощи требует больших сил от работников здравоохранения. Организации должны проводить политику поощрения стратегий самопомощи и поддержки персонала, таких как регулярный обмен информацией о сложных случаях, мемориальные службы в память умерших пациентов, регулярные социальные мероприятия для членов бригад паллиативной помощи, регулярные физические упражнения и предоставление необходимого свободного времени.

## 2.4 Забота о семьях и лицах, осуществляющих уход за больным

Поддержка членов семьи, осуществляющих уход за больным, является одним из основных аспектов предоставления паллиативной помощи. Крайне важно оценить потребности членов семьи, осуществляющих уход, и составить соответствующий план ухода.

Существует множество причин для того, чтобы провести оценку потребностей членов семьи, осуществляющих уход, и предложить им психосоциальную помощь. Как правило, потребностям и проблемам этих людей не уделяется должного внимания. Например, они предрасположены к физическим и психологическим заболеваниям, при этом половина всех, кто ухаживает за больными, не отвечает нормам физического здоровья для населения и, согласно имеющейся информации, уровень потенциальной депрессии и тревожности среди них составляет от 30% до 50%. Лица, осуществляющие уход, отвечают за выполнение множества задач, зачастую финансово не обеспечены и нередко находятся в положении социальной изоляции. Фактически у многих лиц, осуществляющих уход, потребностей столько же, сколько у пациентов, а иногда и больше. Их трудное положение зачастую осложняется тем, что они непосредственно не сталкивались с ситуацией умирания и со смертью, не получают информации и не участвуют в планировании лечения, так что чувствуют себя не готовыми к выполнению такой роли.

Тем не менее, у лиц, осуществляющих уход, есть потенциал (при соответствующей поддержке) для достижения положительных результатов и получения пользы от своей роли. Большинство людей предпочитают умереть дома, поэтому члены семьи являются важнейшим фактором обеспечения успешной помощи на дому. Члены семьи, ухаживающие за больным, вносят значительный и не получивший признания экономический вклад в здравоохранение (8).

Некоторые члены семьи, осуществляющие уход за больным, принимают на себя эту роль не потому, что хотят, а потому, что чувствуют себя обязанными это сделать. Потребности и ожидания пациентов и членов семьи, осуществляющих уход, могут не совпадать. Поэтому медицинским и социальным работникам трудно определить, чьи потребности являются приоритетными. Необходимо учитывать также культурные и духовные аспекты.

Неприемлем единый, не учитывающий индивидуальных особенностей подход к оказанию поддержки члену семьи, осуществляющему уход. Тем не менее, существует ряд распространенных ожиданий, свойственных всем лицам, осуществляющим уход:

- им будут предоставлять информацию о том, что их ждет в качестве осуществляющего уход лица (в письменной и устной форме);
- симптомы пациента будут под контролем;
- будут уважать ценности пациента;
- будет предоставляться, в случае необходимости, помощь при подготовке к смерти пациента;
- будут приниматься все меры для того, чтобы пациенту предоставлялся уход в том месте, которое он предпочтет. Если пациент хочет оставаться дома, будут приниматься, в случае необходимости, меры по оказанию помощи членам семьи, осуществляющим уход на дому;
- решения о целях помощи будут обсуждаться совместно работниками здравоохранения и пациентом и/или осуществляющими уход за ним членом или членами семьи, в зависимости от ситуации;
- будет предоставляться поддержка лицам, понесшим тяжелую утрату.



# 3

## Создание служб паллиативной помощи

### 3.1 Принятие решения о том, с чего начать

Существует много вариантов создания служб паллиативной помощи. Нет единой оптимальной отправной точки этого процесса для всех ситуаций – отправные точки в данном пособии рассматриваются как варианты для рассмотрения и обсуждения в национальном контексте. Некоторые подходы дополняют друг друга, и к их осуществлению можно приступить одновременно, в зависимости от потенциала и контекста.

Во всех случаях важно определить, какие службы уже предоставляют паллиативную помощь, включая неправительственный сектор, и опираться на эти существующие ресурсы. В данном разделе обобщаются различные модели и стратегии создания служб паллиативной помощи с акцентом на интеграцию паллиативной помощи в существующие системы здравоохранения. В рамках модели оказания услуг должны учитываться социальный контекст и особенности системы здравоохранения страны. Все приведенные в данном руководстве примеры требуют дальнейшей адаптации с учетом местных потребностей.

Можно создавать или расширять службы паллиативной помощи разными способами, в зависимости от местной ситуации. Например, страна может решить начать со следующих шагов:

1. создание службы паллиативной помощи на дому или интеграция паллиативной помощи на дому в существующие службы помощи на дому;
2. создание служб паллиативной помощи на уровне сообществ;
3. интеграция служб паллиативной помощи в структуру районной больницы или больницы общего профиля;
4. создание службы паллиативной помощи для детей, включая новорожденных;
5. создание автономного центра паллиативной помощи или хосписа;
6. использование комплексного подхода в районе.

Важно отметить, что все услуги паллиативной помощи различных уровней (табл. 2) в конечном счете выполняют важную функцию в рамках комплексной системы паллиативной помощи.

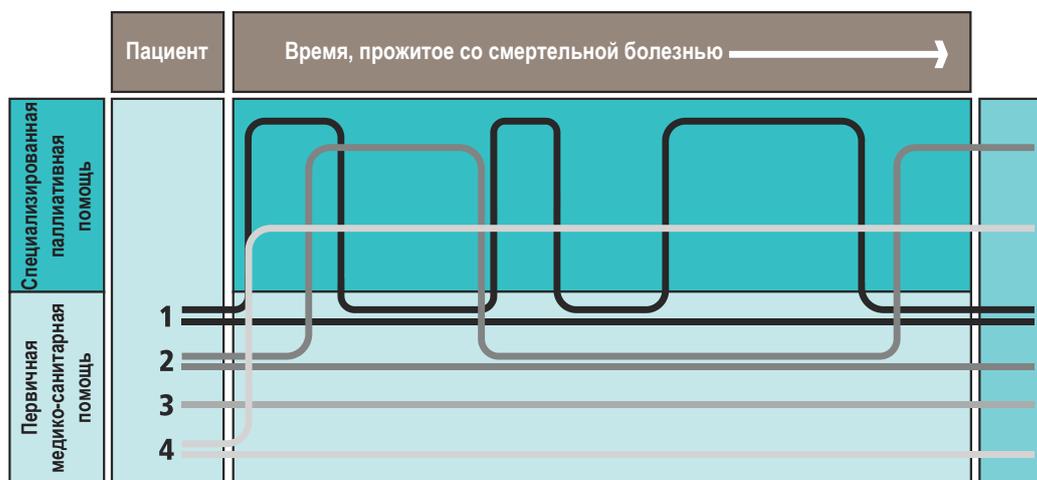
**Таблица 2.** Категории служб паллиативной помощи

	Паллиативная помощь		
	Подход к оказанию паллиативной помощи	Содействие специалистов при оказании общей паллиативной помощи	Специализированная паллиативная помощь
Неотложная помощь	Больница	Волонтерская хосписная служба	Больничная бригада специалистов по оказанию паллиативной помощи
Долгосрочный уход и лечение	Дом престарелых, интернат		Бригады паллиативной помощи на дому
Уход на дому	Врачи общей практики, участковые сестринские бригады		Бригады паллиативной помощи на дому, центр дневного пребывания

Источник: ЕАПП (9), по материалам (10).

В отлаженной системе также существует необходимость во взаимодействии и интеграции этих различных уровней помощи (рис. 1). В процессе ухода за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, может понадобиться поддержка различных уровней служб паллиативной помощи, поэтому важно, чтобы имелась система направления за помощью в соответствующие службы, обеспечивающая плавный переход для пациентов и их семей.

**Рисунок 1.** Примеры сценариев с различными уровнями ухода для удовлетворения потребностей в паллиативной помощи



Источник: Palliative Care Australia (11).

## 3.2 Создание службы паллиативной помощи на дому

### Что такое паллиативная помощь на дому?

Паллиативная помощь на дому – это предоставление ухода и лечения на дому по месту проживания пациента с хроническими, угрожающими жизни проблемами здоровья, такими как рак, прогрессирующие кардиологические, почечные или респираторные заболевания, ВИЧ/СПИД и хронические неврологические расстройства. Для этого лучше всего подходит многопрофильная бригада, прошедшая подготовку по паллиативной помощи и включающая врачей, медицинских сестер, местных медико-санитарных работников и волонтеров.

Во многих ситуациях паллиативная помощь на дому обеспечивает ряд преимуществ. Например, многие пациенты чувствуют себя гораздо комфортнее дома, нежели в медицинском учреждении. Оказание услуг на дому предусматривает вовлеченность членов семьи в этот процесс, что, в свою очередь, означает облегчение доступа пациента к лечению и уходу. При оказании помощи на дому члены семьи, обеспечивающие уход, получают консультации и поддержку, и, кроме того, бригада помощи на дому может содействовать в получении направления на дополнительные услуги.

С одной стороны, уход и лечение на дому помогают пациенту и семье сохранять право на личное пространство и конфиденциальность, а с другой стороны, они помогают повысить осведомленность местного населения о паллиативной помощи. **Можно мобилизовать местные ресурсы** и сети поддержки, а **местные медико-санитарные работники могут организовать обучение других лиц в данной местности.**

### Основные требования к службе паллиативной помощи на дому

Базовую службу паллиативной помощи на дому можно организовать достаточно просто. Минимальные основные требования к службе на дому приведены на рисунке 2.

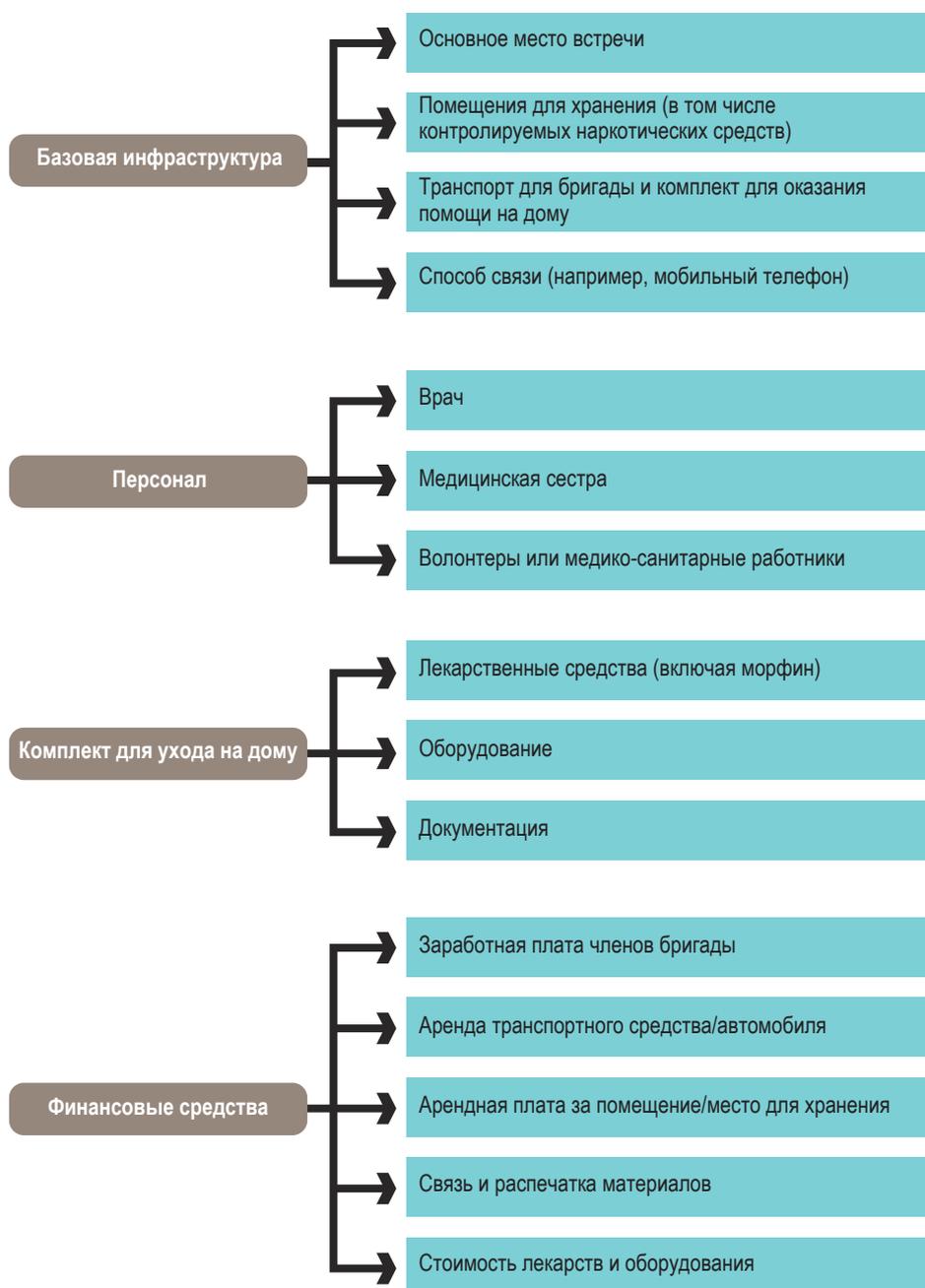
Уход за пациентами с ограниченными возможностями и теми, чья жизнь близится к концу, должен в максимально возможной степени осуществляться кем-либо из членов семьи.

Домашняя обстановка должна быть безопасной для посещения бригады на дому, и должно быть обеспечено безопасное и доступное место, где бригада будет хранить лекарственные средства и оборудование, а также обсуждать состояние пациента и составлять план посещений. Для выезда на дом к пациентам

бригаде необходим транспорт. Членам бригады также нужны мобильные телефоны, чтобы поддерживать круглосуточный контакт с пациентами и семьями. Пациенты и осуществляющие уход за ними лица должны иметь возможность связываться с бригадой по уходу на дому в перерывах между посещениями.

В составе бригады по оказанию помощи на дому необходимы, как минимум, штатная медицинская сестра и врач-совместитель, хотя это зависит от нормативной базы и системы здравоохранения в конкретной стране. В идеале в многопрофильную бригаду должны входить медицинские сестры, врачи, психологи/консультанты, социальные работники и обученные волонтеры или местные медико-санитарные работники. Рекомендуемый минимальный курс обучения для различных членов бригады помощи на дому представлен в таблице 3. Курс обучения бригады должен включать как теоретические, так и практические занятия. Следует также обеспечить подготовку членов семьи, осуществляющих уход, предоставив им простую печатную информацию по оказанию медицинской помощи пациенту на дому.

**Рисунок 2.** Минимальные требования для службы паллиативной помощи на дому



**Таблица 3.** Рекомендуемый минимум стандартов подготовки для бригады помощи на дому<sup>1</sup>

	Базовый уровень	Средний уровень	Продвинутый уровень
Врачи	Подготовительные курсы (3–10 дней)	Учебный курс с предоставлением проживания (6 недель)	Стажировка/программа постдипломного образования по вопросам паллиативной помощи (1–3 года)
Медицинские сестры	Подготовительные курсы (3–10 дней)	Учебный курс с предоставлением проживания (6 недель)	Курс с получением аттестата (4 месяца), стажировка (1 год)
Местные медико-санитарные работники	3–6 часов в дополнение к предыдущему обучению	Базовый курс (3 месяца/400 часов)	Развитие навыков коммуникации/ведение лимфедемы
Волонтеры	Вводный курс (3 часа)	16 часов теоретических занятий плюс 4 практических занятия	Развитие навыков коммуникации и курс подготовки инструкторов

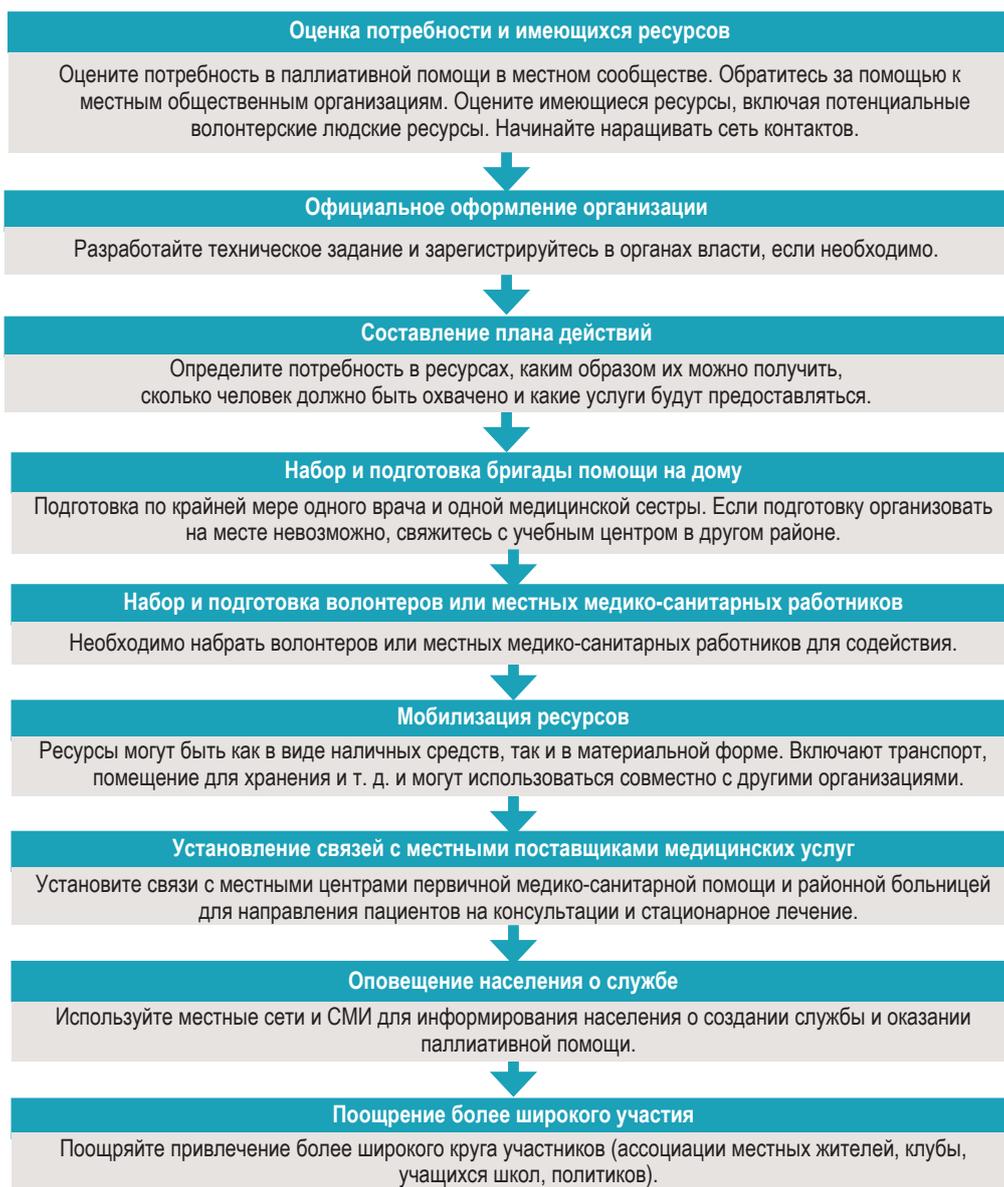
<sup>1</sup> Примечание: минимальные требования к бригаде по оказанию помощи на дому во многом зависят от формата системы здравоохранения. Есть страны, где медицинские сестры играют более важную роль, тогда как в других странах ответственность за помощь на дому в большей степени возлагается на врачей.

Для ведения медицинской карты пациента следует использовать стандартные формы, и в идеале пациент/член семьи должен подписать форму информированного согласия. Для каждого пациента должна вестись история болезни. Записи об использовании всех лекарственных средств (и особенно морфина) необходимо вести в соответствии с местными законами и правилами. Образец перечня основных лекарств и медицинского оборудования, входящих в комплект по уходу и лечению на дому (из Индии), приводится в Приложении 3.

## Как создать службу оказания паллиативной помощи на дому

Пример шагов по созданию службы оказания паллиативной помощи на дому приведен на рисунке 3. По мере возможности, этот процесс должны инициировать местные органы здравоохранения, следуя процедурам планирования, используемым в местной системе здравоохранения. Такой метод могут также использовать неправительственные организации (НПО) или другие органы, желающие создать службу помощи на дому, которая в дальнейшем может быть интегрирована в систему здравоохранения.

**Рисунок 3.** Этапы создания службы паллиативной помощи на дому



### Пример из практики. Комплексное медицинское обслуживание на дому по месту проживания (Южная Африка)

- Южноафриканская модель Интегрированной общественной помощи на дому (ICAC) (13) обеспечивает паллиативную помощь пациенту на дому силами специально подготовленных местных медико-санитарных работников под наблюдением дипломированной медсестры и при поддержке мощной сети общинных организаций, включая местную поликлинику и районную больницу. Эта модель дает возможность членам семьи и соседям справиться с уходом за пациентами в домашних условиях, освобождая систему здравоохранения от нагрузки по уходу. Эта модель была впервые разработана в хосписе «СаутКоуст» в качестве ответа на эпидемию СПИДа и затем была доработана для обслуживания нуждающихся в паллиативной помощи лиц с другими диагнозами.
- Главным преимуществом этой модели ухода является выявление и подготовка лиц, осуществляющих уход за пациентами, среди местных жителей. Основными лицами, осуществляющими уход, являются члены семьи, волонтеры и местные медико-санитарные работники, но они тесно связаны с первичным звеном медико-санитарной помощи и больницами. Уход, профилактика и лечение конкретных заболеваний также осуществляются во взаимосвязи. Модель ICAC содействует организации направления на консультации между всеми партнерами и обеспечивает обучение лиц, осуществляющих уход, и ведение ими деятельности под наблюдением и при поддержке дипломированных медсестер в области паллиативной помощи и бригады специалистов по паллиативной помощи. Поскольку в центре этой модели находятся пациент и его семья, поставщики медицинских услуг уделяют основное внимание конкретным потребностям пациента.
- Модель ухода ICAC применима ко всем диагнозам и является экономически эффективной по ряду причин: 1) уход осуществляется на дому у пациента, и оказывается поддержка членам семьи, обеспечивающим уход; 2) первичную помощь оказывает непрофессиональная местная сиделка, обученная паллиативной помощи; 3) обучение, поддержка и контроль осуществляются квалифицированной медицинской сестрой, которая также может посещать больного на дому; 4) качество ухода оценивается путем аудита на основе результатов, сообщенных пациентом; 5) главную роль в обеспечении соответствия ухода потребностям пациента играют взаимонаправления в службы здравоохранения и социального обеспечения, включая направление в многопрофильную бригаду паллиативной помощи или стационарный хоспис.
- Южноафриканская модель паллиативной помощи ICAC имеет два особых преимущества: 1) обученные местные работники, предоставляющие помощь на дому и контролируемые хосписом, могут охватить большее число людей, 2) благодаря сотрудничеству между поставщиками медицинских услуг, включая клиники первичного звена медико-санитарной помощи и больницы, ICAC укрепляет общую систему услуг здравоохранения на уровне местных сообществ.
- Эта модель, финансируемая национальным министерством здравоохранения, была реализована в семи хосписах в Южной Африке в различных условиях – городских, полугородских и сельских. Ассоциация хосписной паллиативной помощи Южной Африки (НСРА) создала официальную программу организационного наставничества с целью помочь организациям в достижении стандартов руководства, управления и паллиативной помощи, необходимых для широкого внедрения модели ухода ICAC в хосписах Южной Африки.

### 3.3 Создание службы паллиативной помощи на базе местных сообществ

#### Что представляет собой паллиативная помощь на базе местных сообществ?

Услуги паллиативной помощи на базе местных сообществ – это услуги, предлагаемые в общественных медицинских центрах (ОМЦ) или организуемые с участием местных сообществ. Участие местных сообществ предполагает вовлечение жителей сообщества в решение их собственных проблем. Сюда входит участие местного сообщества в оценке потребностей, планировании, осуществлении, мобилизации ресурсов, повседневном управлении и оценке программы. Там, где мало финансовых средств, могут иметься значительные общинные ресурсы. Услуги паллиативной помощи на базе местных сообществ могут обеспечить значительный охват услугами пациентов с хроническими и смертельными болезнями. Там, где это возможно, следует начинать с сотрудничества с местными органами здравоохранения и придерживаться процедур планирования, используемых в системе здравоохранения. Подход на основе участия местных сообществ могут также использовать общественные организации, желающие создать службу паллиативной помощи для своего сообщества, которая позже может быть интегрирована в систему здравоохранения.

Услуги паллиативной помощи на базе местных сообществ, как правило, предоставляются как кадровыми работниками здравоохранения, так и общественными медико-санитарными работниками /волонтерами. Как минимум, требуются платные врачи и медицинские сестры. Они могут работать в ОМЦ и оказывать помощь медико-санитарным работникам или волонтерам сообществ, которые посещают пациентов и семьи на дому. Медицинские специалисты, работающие в ОМЦ, также могут, при необходимости, посещать пациентов на дому и поддерживать связь с пациентами и членами их семей по мобильному телефону. В бригаду могут также на добровольной основе входить другие работники здравоохранения, если таковые имеются. Основной уход на дому будут обеспечивать общественные медико-санитарные работники или волонтеры при поддержке кадровых работников здравоохранения.

**Таблица 4.** Основные людские ресурсы, необходимые для службы паллиативной помощи на базе местного сообщества

	Задачи	Рекомендуемый минимум подготовки
<b>Волонтеры/медико-санитарные работники сообщества</b>		
Необученные проинструктированные волонтеры	Обеспечивать поддержку службы паллиативной помощи (например, транспорт, продукты питания для пациентов, сбор средств).	Инструктаж (примерно 2 часа), охватывающий основы паллиативной помощи, ухода на дому, коммуникации.
Обученные волонтеры	Содействовать уходу за пациентами на дому, обеспечивая: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ эмоциональную поддержку</li> <li>■ основные функции ухода за пациентом</li> <li>■ помощь в передвижении</li> <li>■ передачу отчета о неконтролируемом состоянии на более высокий уровень.</li> </ul>	Основной курс паллиативной помощи для волонтеров (примерно 16 часов теории плюс 4 дня посещения больных на дому), охватывающий такие вопросы, как навыки общения, эмоциональная поддержка, оценка состояния пациента, уход за пациентом, уход на дому, основы симптоматической терапии, передача отчета на более высокий уровень.
Медико-санитарные работники сообществ	Содействовать уходу за пациентами на дому, обеспечивая: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ эмоциональную поддержку</li> <li>■ основной уход за пациентом</li> <li>■ помощь в передвижении</li> <li>■ передачу отчета неконтролируемого состояния на более высокий уровень.</li> </ul>	Основной курс паллиативной помощи для медико-санитарных работников сообществ (примерно 3–6 часов), охватывающий такие вопросы, как навыки общения, эмоциональная поддержка, оценка состояния пациента, отчет на следующий уровень.

**Профессиональные медицинские работники**

Медицинские сестры	Основные специалисты в бригаде, обеспечивающие руководство помощью на дому и/или в ОМЦ.	Штатные медицинские сестры со средним уровнем подготовки по паллиативной помощи (см. табл. 3), которым помогают медицинские сестры или вспомогательный сестринский персонал с базовой подготовкой по паллиативной помощи (3 месяца/400 часов).
Врачи	Обеспечивать медицинскую помощь и контроль за работой медицинских сестер и ОМЦ, осуществлять посещения на дому и оказывать амбулаторную и стационарную помощь.	Врачи, имеющие подготовку по паллиативной помощи (см. табл. 3).

Источник: по материалам (14).

## Как создать службу паллиативной помощи на базе местного сообщества

Создание службы паллиативной помощи в местном сообществе предусматривает либо интеграцию такой помощи в обычную деятельность существующих ОМЦ, либо, если таковые отсутствуют, создание новой службы (рис. 4).

### Интеграция паллиативной помощи в деятельность общественного медицинского центра

**1. Разъяснительная работа в целях получения поддержки.** Если ОМЦ уже существует, вначале следует попытаться включить услуги паллиативной помощи в число уже предоставляемых услуг в данном центре. При этом не следует добавлять обязанностей уже перегруженному персоналу и либо расширить штат сотрудников, либо сократить существующие обязанности. В разъяснительной работе можно сделать акцент на том, что вложения средств в услуги паллиативной помощи приводят к экономии за счет сокращения количества госпитализированных пациентов и длительности их пребывания в больнице (15).

**Разъяснительная работа среди имеющегося персонала.** Медицинские и нравственные причины для паллиативной помощи должны быть представлены коллективу ОМЦ. Необходимо разъяснить, что оказание паллиативной помощи не будет служить источником перегрузки.

**2. Обучение.** В идеале, подготовку прежде всего должны пройти врачи, старшие сестры отделений или фельдшеры в ОМЦ. Они должны пройти по крайней мере 35-часовой курс комбинированного теоретического и практического обучения по основам паллиативной помощи (Приложение 5). Получивший подготовку медицинский персонал может принимать участие в обучении медицинских сестер и медико-санитарных работников или волонтеров сообщества. По крайней мере одна медицинская сестра, а лучше две, в каждом ОМЦ также должны пройти 35-часовое обучение основам паллиативной сестринской помощи. После этого медицинские сестры и врачи могут участвовать в подготовке медико-санитарных работников или волонтеров сообщества. Медико-санитарных работников сообществ, прошедших подготовку по оказанию некоторых услуг на дому, в течение 3–6 часов обучают распознавать неконтролируемые физические или психические расстройства или значительные социальные расстройства и сообщать о них инспектору в ОМЦ. Новые волонтеры могут обучаться по 16-часовой программе, приведенной ниже.

**3. Услуги.** Как минимум, ОМЦ должен обеспечить амбулаторную паллиативную помощь. ОМЦ может также содействовать в оказании помощи на дому, контролируя действия медико-санитарных работников или волонтеров сообществ, в случае необходимости направляя сестринский и/или медицинский персонал к пациентам на дом и поддерживая контакты с пациентами или их семьями по мобильному телефону. Кроме того, ОМЦ, у которых есть стационарные койки, могут одновременно предоставить несложный уход для одного или двух стационарных больных, находящихся в терминальной стадии болезни, если их семьи не в состоянии обеспечить уход за пациентом дома (уход в ОМЦ обойдется гораздо дешевле, чем в больнице).

## Создание новой службы паллиативной помощи на базе местного сообщества

В большинстве ситуаций рекомендуется применять поэтапный подход, как указано ниже.

1. **Проведение ознакомительной и разъяснительной работы для обеспечения поддержки.** В любой области найдутся люди, заинтересованные в том, чтобы оказывать помощь другим людям. На первом этапе проведите ознакомительное собрание/обсуждение для людей, которые заинтересованы в том, чтобы помогать другим. Следует пригласить все группы/организации, занимающиеся социальной/медицинской деятельностью в этом регионе. Для того чтобы обеспечить участие представителей различных по интересам групп и организаций, собрание в идеале должно проводиться «нейтральной» местной организацией. Организаторы программы должны обратиться к самой широкой аудитории. Следует выразить обеспокоенность проблемой неизлечимо больных в регионе и обсудить возможности им помочь. Лица, желающие потратить немного времени каждую неделю, чтобы помочь таким пациентам, регистрируются в качестве волонтеров.
2. **Обучение волонтеров.** В Приложение 4 включена примерная программа 16-часового базового курса обучения волонтеров (основы ухода за пациентами, навыки коммуникации и эмоциональная поддержка). Используя унифицированную форму/шаблон, обученные волонтеры должны документально зафиксировать проблемы неизлечимо больных пациентов в своем районе. Важно каждую неделю проводить обзорные совещания с участием новых волонтеров для обсуждения решения проблем, которые они фиксируют. Следует приступить к реализации программы социальной помощи в рамках которой волонтеры доставляют продукты питания голодающим семьям, оказывают детям пациентов помощь в учебе и эмоциональную поддержку пациентам и их семьям, а также удовлетворяют другие потребности. Необходимо создать контактный пункт для обмена информацией, возможно в помещении, предоставленном одним из волонтеров (например, в местном магазине, помещении публичной библиотеки). Следует начинать сбор денежных средств, набор персонала и сбор других ресурсов и установить контакт с ближайшим отделением паллиативной помощи, если таковое имеется.
3. **Добавление к программе сестринского компонента.** Возможно, местной группе понадобится 1–2 месяца, чтобы создать стабильную систему социальной поддержки и собрать достаточно средств, чтобы нанять медицинскую сестру на неполный рабочий день. Наилучший долговременный вариант состоит в том, чтобы привлечь к оказанию услуг медицинскую сестру в вашем микрорайоне и убедить ее пройти обучение по программе паллиативной помощи. Можно будет начать программу ухода на дому под руководством медицинской сестры, а в определенных ситуациях сестринскую помощь можно получить из ближайшего отделения паллиативной помощи. Руководством для ухода на дому под контролем медицинской сестры может стать сестринский протокол. Важно внедрить принципы тщательного ведения документации и обзора.
4. **Добавление медицинского компонента.** Зачастую это самая трудная задача из-за недостатка квалифицированных врачей. Одним из возможных вариантов является получение помощи по медицинским вопросам от местного врача. Следует предложить врачу пройти обучение по программе паллиативной помощи и оказывать ему содействие в процессе самообразования путем регулярного предоставления соответствующих печатных материалов. Подготовку специализированного персонала должна обеспечить система здравоохранения.
5. **Рассмотреть возможность создания постоянной амбулатории.** Этот вопрос следует рассматривать после создания службы помощи на дому. Однако открытие амбулаторной клиники намного более дорогостоящее мероприятие, чем организация службы ухода на дому. Предварительным условием для создания такой клиники является наличие квалифицированного врача и медицинской сестры. Такая клиника нередко создается при местной больнице.
6. **Создание системы регулярного пересмотра и оценки.** Любая услуга паллиативной помощи или вспомогательная услуга обычно высоко оценивается местным населением. Тем не менее важно останавливаться на достигнутом; следует всегда активно искать области, которые требуют улучшения.
7. **Продолжение действий согласно этапам 1 и 2.**

**Рисунок 4.** Процесс создания новой общественной службы паллиативной помощи

Источник: по материалам (14).

### Пример из практики: Местная сеть паллиативной помощи в штате Керала, Индия

Местная сеть паллиативной помощи в штате Керала (МСПП) представляет собой руководимую местным сообществом инициативу, созданную с учетом того, что для людей с хроническими и неизлечимыми заболеваниями нужна другая модель ухода, чем уход при острых заболеваниях (16,17). МСПП обеспечивает большой охват, хороший доступ к паллиативной помощи на дому и качество. Врачи и медсестры оказывают медицинскую помощь, а обученные волонтеры – психосоциальную поддержку. Сопричастность местного сообщества выражается также в обеспечении финансирования, когда местные жители жертвуют по несколько рупий, а коробки для сбора пожертвований размещаются в магазинах и на автобусных остановках. Кроме того, СМИ и политики оказывают хорошую поддержку. Эта программа воспроизводится в штате Пудучерри, в некоторых районах Западной Бенгалии, в Импхале, штат Манипур, и некоторых районах штата Тамилнад. Начавшая недавно свою деятельность Местная сеть паллиативной помощи (МСПП) в Джакарте, Индонезия, также основана на модели МСПП. Модель МСПП привлекла внимание службы паллиативной помощи в Соединенном Королевстве и была адаптирована для использования в хосписе «Уэстон Хоспис Кэр» (18) в Сомерсете.

МСПП работает по принципу участия местных сообществ при поддержке со стороны гражданских ассоциаций, религиозных организаций, местных органов управления, политических партий и районной администрации. Программе МСПП могут оказать помощь различные учреждения, хотя в Керале процесс был инициирован организациями гражданского общества, к которому позже присоединились в качестве партнеров местные власти, благодаря политическому решению правительства штата Керала. Программы в Южном Индийском штате Пудучерри и в Индонезии были инициированы местными НПО. В Западной Бенгалии первый проект был инициирован администрацией одного из

районов, позже к нему присоединились группы гражданского общества, тогда как в штате Манипур организатором выступила местная больница. Различные организаторы привлекают разные группы волонтеров из местного сообщества. Независимо от первоначальной организационной платформы, работа программ базируется на тех же принципах поощрения вовлеченности местного населения с помощью добровольных вкладов в виде времени и денежных средств и привлечения максимального количества заинтересованных сторон.

### 3.4 Создание службы паллиативной помощи на базе больницы

Во всех больницах, занимающихся лечением раковых больных, должна быть служба паллиативной помощи. В любой больнице, обслуживающей пациентов с другими хроническими заболеваниями – такими как ВИЧ/СПИД, хронические респираторные заболевания, сердечная недостаточность и хроническая почечная недостаточность, – должна также быть предусмотрена служба паллиативной помощи. Однако не всегда возможно предложить такую помощь сразу всем нуждающимся в ней пациентам.

Паллиативная помощь на базе больницы улучшает результаты лечения пациента. Наличие в одном месте различных специализированных услуг и диагностических процедур делает помощь более всеобъемлющей и облегчает купирование симптомов. При оказании паллиативной помощи на базе больницы также проще обсуждать с пациентом его ценности, диагноз, прогнозы и достичь согласия в отношении целей помощи. Обслуживание в больнице обычно сокращает длительность пребывания пациента в стационаре и способствует плавному переходу к помощи на уровне местного сообщества. Имеются также фактические данные, свидетельствующие о том, что таким образом снижается применение бесполезных или вредных видов лечения в конце жизни.

Помимо пользы для конкретных пациентов, служба паллиативной помощи на базе больницы делает наглядным положительное воздействие паллиативной помощи для всего больничного персонала, помогая медицинским работникам других специальностей узнать о паллиативной помощи и содействуя ее дальнейшему использованию. Оказание услуг на месте, таким образом, усиливает значение паллиативной помощи как одного из основных компонентов обычного медицинского обслуживания.

#### Варианты создания службы паллиативной помощи на базе больницы

Создание службы паллиативной помощи на базе больницы может включать один или более из следующих вариантов(14):

- амбулаторная клиника паллиативной помощи;
- консультативная служба паллиативной помощи для стационарных пациентов;
- служба оказания дневной паллиативной помощи;
- стационарное отделение паллиативной помощи;
- патронажная служба паллиативной помощи/услуги по уходу на дому.

Амбулаторная клиника паллиативной помощи может оказывать доступную по цене помощь большому числу пациентов и в сочетании с консультативной службой для стационарных пациентов является наилучшей моделью в условиях ограниченных ресурсов и начала финансирования. В дальнейшем клинику можно всегда расширить. Помощь может предоставляться медицинской сестрой, социальным работником или врачом (или, в идеале, бригадой из всех троих). В некоторых ситуациях важную роль выполняют также психологи и служители культа. Пациенты могут быть направлены в клинику для устранения боли, лечения симптомов, из-за потребностей в сестринском уходе или психосоциальной поддержке. Однако, пациенты должны иметь возможность передвигаться, чтобы посещать такую клинику.

Консультативная служба паллиативной помощи для стационарных пациентов предлагает консультации больным из других отделений больницы. Эта служба может быть простым дополнением амбулаторной

клиники и использовать тот же персонал. Консультативная служба может развить у персонала других отделений компетенции в области обезболивания и паллиативной помощи. Однако у персонала, ухаживающего за стационарными больными, может не хватить навыков надлежащего устранения болевого синдрома и симптомов в периоды между консультациями по паллиативной помощи.

Служба оказания дневной паллиативной помощи может быть добавлена к амбулаторной клинике или консультативной службе для стационарных больных, чтобы обеспечить стабилизацию симптомов, дать передышку лицам, ухаживающим за больными, и проконсультировать пациента и его семью. Эта служба может также выполнять более длительные процедуры, такие как дренаж асцитической жидкости и лечение ран, а также делать инъекции и осуществлять санитарное просвещение членов семьи, ухаживающих за пациентами. Дневной уход может также играть важную социальную роль (например, доставка продуктов питания и дружеское общение) или выполнить реабилитационную функцию (например, физиотерапия или трудотерапия).

Стационарное отделение паллиативной помощи имеет специальные койки для паллиативного ухода (путем перепрофилирования имеющихся коек) с персоналом, обученным паллиативной помощи и предлагающим услуги 24 часа в сутки. Такое отделение обеспечивает более стабильный уход и, кроме того, упрощает мониторинг качества и создает более подходящую среду пребывания для членов семьи. Стационарное отделение паллиативной помощи может также служить демонстрационным отделением и учебным центром для остальной больницы.

Патронажная служба паллиативной помощи/служба по уходу на дому (см. раздел 3.2) является мобильной службой, которая оказывает помощь людям, не способным добраться до места лечения. Такая служба не нуждается в обширной инфраструктуре и предъявляет минимальные требования к больнице. Помощь может быть оказана персоналом амбулаторной клиники паллиативной помощи, и одной из важных особенностей патронажной службы является использование сильных сторон членов семьи, осуществляющих уход за пациентами.

## Как создать службу паллиативной помощи на базе больницы

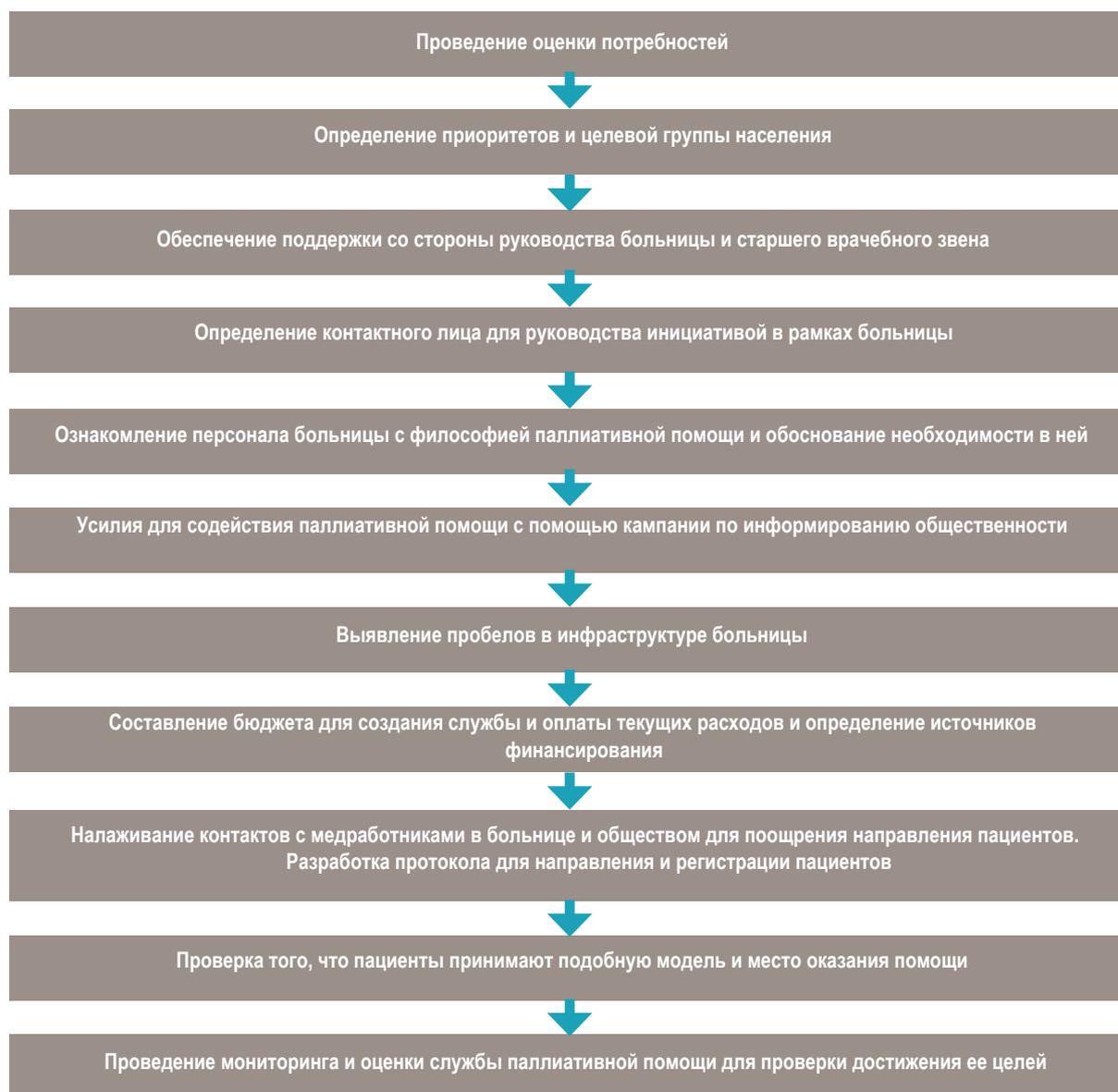
Шаги по созданию службы паллиативной помощи на базе больницы обобщены на рисунке 5. Процесс должен начинаться с оценки потребностей в услугах паллиативной помощи среди населения района, который обслуживает данная больница.

На основе оценки потребностей определяется первоначальная целевая группа пациентов для новой службы на базе больницы. Численность целевой группы должна быть реалистичной, исходя из имеющихся ресурсов. Для начала служба могла бы сосредоточиться на пациентах с терминальной стадией рака (поскольку более 80% таких пациентов будут испытывать сильную боль и другие симптомы, которые могут потребовать срочного облегчения (2)), а затем можно было бы постепенно расширить сферу обслуживания и охватить всех пациентов с серьезными, хроническими, угрожающими жизни медицинскими проблемами. Планирование расширения службы, чтобы охватить всех пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, – это вопрос справедливости и прав человека, поскольку паллиативная помощь требуется при многих нераковых хронических состояниях.

Служба паллиативной помощи на базе больницы должна предусматривать меры по обеспечению наличия основных лекарственных средств для оказания такой помощи (см. Приложения 1 и 2). В частности, больница должна гарантировать бесперебойное обеспечение пероральным морфином в достаточном количестве.

При планировании физического размещения службы важно учитывать, что пациенты, которые нуждаются в паллиативной помощи, могут оказаться немобильными и для ухода за ними может потребоваться не один, а несколько человек. Все помещения должны быть доступными для каталок и инвалидных колясок. Кроме того, должно быть место для членов семьи, находящихся рядом с пациентом.

**Рисунок 5.** Этапы создания службы паллиативной помощи на базе больницы



Источник: по материалам (14).

## Укомплектование персоналом службы паллиативной помощи на базе больницы

Существует много способов укомплектования персоналом службы паллиативной помощи на базе больницы. Необходимые и рекомендуемые поставщики услуг и их основные обязанности перечислены в таблице 5. Дополнительные специалисты – включая психолога, фармацевтов, физиотерапевта, духовных наставников, диетолога и волонтеров – могут усилить бригаду и расширить спектр предлагаемых услуг.

Таблица 5. Минимальный штат, необходимый для службы паллиативной помощи на базе больницы

	Роль	Требуемая компетенция/навыки	Положение в штате	Занятость
<b>Врач (обязательно)</b>	Руководитель/ член бригады	Подготовка и навыки в области паллиативной помощи и коммуникации. Как минимум, курс с теоретическим компонентом и по крайней мере 10-дневной практикой. В идеале – специализированная подготовка по паллиативной помощи.	Штатный сотрудник	Полный или неполный рабочий день, в зависимости от нагрузки
<b>Медсестры (обязательно)</b>	Член бригады	Подготовка и навыки в области паллиативной помощи и коммуникации. Как минимум курс с теоретическим компонентом и по крайней мере 10-дневной практикой. В идеале – более специализированная подготовка по паллиативной помощи.	Штатный сотрудник	Полный рабочий день
<b>Психологи или консультанты (рекомендуются)</b>	Член бригады	Подготовленный консультант с ориентацией на особые потребности в сфере паллиативной помощи.	Штатный/ внештатный сотрудник	Полный рабочий день
<b>Вспомогательный медперсонал/санитарки для паллиативного ухода</b>	Член бригады	Помощники медсестер по лечебной работе.	Штатный/ внештатный сотрудник	Полный рабочий день
<b>Фармацевт</b>	Член бригады		Штатный сотрудник	Неполный рабочий день
<b>Социальные работники</b>	Член бригады	Подготовленный социальный работник с ориентацией на особые потребности в сфере паллиативной помощи.	Штатный/ внештатный сотрудник	Полный/ неполный рабочий день
<b>Волонтеры (рекомендуются)</b>	Дополнительная помощь бригаде	В зависимости от роли.	Внештатный сотрудник	Неполный рабочий день

Источник: по материалам (14).

### 3.5 Создание службы паллиативной помощи для детей

Паллиативная помощь для детей включает физическую, эмоциональную, духовную и социальную помощь; также учитываются потребности развития от неонатального периода до совершеннолетия. Семья (включая братьев и сестер и дальних родственников) рассматривается как единый объект помощи.

Хотя паллиативная помощь лицам любого возраста имеет много общих черт, паллиативная помощь детям представляет собой особую область. Она предусматривает комплексную активную физическую, психологическую и духовную помощь ребенку, а также оказание поддержки его семье. Она начинается с момента диагностирования болезни и продолжается независимо от того, получает ребенок лечение конкретного заболевания или не получает. Роль поставщиков медицинской помощи состоит в том, чтобы оценить и облегчить физические, психологические и социальные страдания ребенка.

#### Паллиативная помощь детям может предоставляться в различных местах:

- на дому;
- в клинике первичной медико-санитарной помощи;
- в больнице;
- в детском доме или центре для сирот;
- в центре дневного пребывания;
- в рамках педиатрической службы;
- в рамках службы общей паллиативной помощи или хосписной службы;
- в рамках семейного медицинского обслуживания;
- в стационарном отделении хосписа.

Ежегодно в паллиативной помощи нуждаются 1,2 млн детей в последний год их жизни. Диапазон состояний, требующих паллиативной помощи, у детей гораздо шире, чем у взрослых, потому что он включает некоторые состояния, встречающиеся только в детском возрасте и связанные с ранней смертностью (рис. 6), а именно неонатальные состояния, генетические аномалии, врожденные заболевания, неврологические состояния (включая церебральный паралич) и редкие заболевания.

**Рисунок 6.** Дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, в разбивке по группам заболевания



## Минимальные требования по укомплектованию персоналом

В условиях ограниченных ресурсов минимальный штат, необходимый для обеспечения услуг педиатрической паллиативной помощи, должен состоять из медицинской сестры и врача, с поддержкой со стороны медико-санитарных работников сообщества, всех, кто обладает знаниями и компетенцией в области педиатрической паллиативной помощи. Там, где ресурсов больше, в бригаду должны входить педиатр, психолог, социальные работники и другие медицинские работники смежных специальностей. Во многих случаях бригадами руководят медицинские сестры.

Если позволяют ресурсы, можно рассмотреть вопрос о бригаде с более широким профилем, как показано в таблице 6. Независимо от места оказания услуг – на дому, в стационарном отделении или в больнице – основная бригада может иметь тот же состав, с доступом к другим видам терапии, в случае необходимости.

**Таблица 6.** Идеальный состав медицинских работников для службы педиатрической паллиативной помощи

	Роль	Требуемая компетенция/навыки	Положение в штате	Занятость
<b>Врач со знаниями в области педиатрии или педиатр</b>	Член бригады или консультант/ штатный врач больницы	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	Штатный сотрудник	Неполный рабочий день, в соответствии с потребностями
<b>Фельдшера – предпочтительно с педиатрическим опытом и знаниями</b>	Члены бригады/ координаторы	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	Штатные сотрудники	Полный рабочий день
<b>Основной и вспомогательный сестринский персонал</b>	Член бригады	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> <li>■ Питание</li> </ul>	Штатные сотрудники	Полный рабочий день
<b>Социальный работник</b>	Член бригады, оказывающий психосоциальную помощь, с доступом к социальному обеспечению/ грантам, при наличии таковых	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	Штатный сотрудник – не во всех странах есть возможность использовать социальных работников, но можно привлекать квалифицированного консультанта или детского психолога	Полный или неполный рабочий день
<b>Учитель</b>	Член бригады	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	Штатный сотрудник	Полный или неполный рабочий день
<b>Священник/ духовный наставник</b>	Член бригады	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	В идеале – штатный сотрудник; часто волонтер	Неполный рабочий день

<b>Медицинские работники/ местные медико-санитарные работники для ухода на дому и в дневное время</b>	Члены бригады	30-дневный курс по всем аспектам паллиативной помощи, педиатрической помощи, развитию в детском возрасте, играм и правам ребенка	Штатные сотрудники	Полный рабочий день
<b>Трудотерапевт/ физиотерапевт/ диетолог/ логопед, игровой и музыкальный терапевты</b>	Члены бригады	Введение в педиатрическую паллиативную помощь; 5-дневный курс	Специальные консультанты или волонтеры	Неполный рабочий день
<b>Детский психолог</b>	Член бригады	Введение в педиатрическую паллиативную помощь; 5-дневный курс	Специальный консультант	Неполный рабочий день
<b>Неонатолог</b>	Консультант или член бригады, в зависимости от приоритетов программы и количества обслуживаемых новорожденных	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Паллиативная помощь для детей; 10-дневный курс включает теоретическую часть и практическую подготовку</li> <li>■ Навыки общения с детьми и семьями</li> <li>■ Понимание особенностей развития в детском возрасте и знание прав ребенка</li> </ul>	Консультант/ советник	Неполный рабочий день

## Требования к службе паллиативной помощи для детей

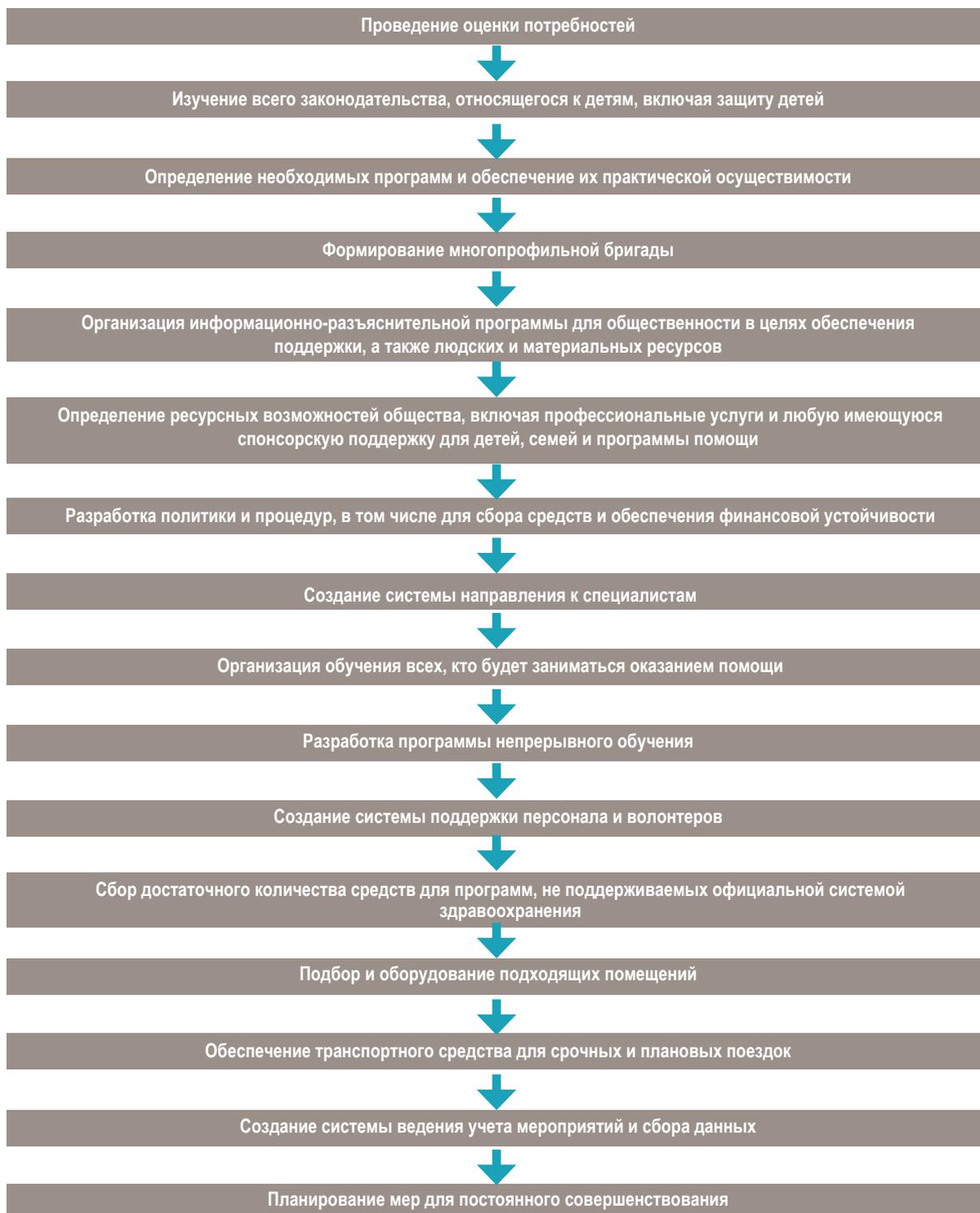
Помимо наличия персонала, имеющего специальную подготовку и компетенции в области педиатрической паллиативной помощи, при создании службы паллиативной помощи для детей необходимо учитывать также другие важные требования. Например, активная комплексная помощь и защита ребенка требуют достаточного количества персонала и доступа к основным лекарственным средствам для педиатрической паллиативной помощи, в идеале – в педиатрических лекарственных формах. Необходимы материалы для игр, творческих занятий и стимулирования развития, а пищевые продукты (включая детские смеси) должны быть в достаточной степени питательными соответственно возрасту и стадии развития ребенка.

Очень важно, чтобы служба паллиативной помощи для детей имела доступ к специалистам-консультантам, учитывая сложные потребности детей с редкими заболеваниями и комплексом симптомов. В то же время служба должна обеспечить защиту прав ребенка, оказание транспортных услуг и наличие системы направления пациентов в другие службы, включая перевод в службы паллиативной помощи для взрослых. Необходимо вести подробный учет, и у бригады помощи должны быть инструменты оценки для различных возрастов и этапов развития, включая инструменты для детей, не владеющих речью, и детей с неврологическими нарушениями.

## Процесс создания службы паллиативной помощи для детей

Рекомендуемые шаги по созданию службы паллиативной помощи для детей отражены на рисунке 7.

**Рисунок 7.** Шаги по созданию службы педиатрической паллиативной помощи



### Пример из практики: оказание паллиативной помощи детям через партнерство между официальными службами здравоохранения и НПО в Южной Африке

Детский хоспис св. Николая (в настоящее время детский хоспис «Санфлауер») был создан в 1998 г. в городе Блумфонтейн провинции Фри-Стейт Южной Африки для удовлетворения потребностей детей с ВИЧ/СПИДом (до того как стала доступной антиретровирусная терапия), а также других детей с угрожающими жизни состояниями и тяжелыми формами инвалидности. Его развитие можно описать следующим образом:

При поддержке Министерства здравоохранения помещения были предоставлены на территории Национальной районной больницы. Персонал хосписа – специалисты, общественные медико-санитарные работники, учителя и волонтеры – прошли подготовку по программе 10-дневного теоретическо-практического курса. Перед этим они завершили курс общей подготовки по паллиативной помощи. Имеется также возможность непрерывного обучения.

Медицинская помощь осуществляется кафедрами семейной медицины и педиатрии, которые сотрудничают с университетом провинции Фри-Стейт и департаментом здравоохранения города Блумфонтейн провинции Фри-Стейт. Лекарственные средства, врачей-терапевтов и неотложную госпитализацию обеспечивают больницы первичной, вторичной и третичной медицинской помощи.

«Санфлауер Хаус», отделение на 15 коек, предлагает помощь на дому, амбулаторное обслуживание и стационарный уход при терминальной стадии болезни, устранение симптомов и начальную терапию. Другие услуги включают поддержку лиц, понесших тяжелую утрату, учебные занятия, развивающие и игровые занятия.

Кафедра семейной медицины организует преддипломную подготовку по паллиативной помощи детям для студентов кафедры медицинских наук, а также преддипломное и последипломное обучение в университете провинции Фри-Стейт. Обучение включает практику по уходу за больными и помощь на дому в рамках программ детского хосписа «Санфлауер».

Участие и поддержка со стороны местного сообщества обеспечиваются за счет практики студентов, услуг волонтеров, религиозных организаций, школ и клубов по интересам.

Партнерство между НПО и государством заключается в обеспечении непрерывности помощи, оказываемой детским домом, стационарным отделением хосписа «Санфлауер Хаус» и больницами. Помощь координируется врачами кафедры семейной медицины, получившими подготовку по паллиативной помощи. Расходы оплачиваются совместно, при этом хоспис собирает средства для оплаты персонала, транспорта и лекарственных средств, не предоставляемых больницами.

## 3.6 Создание отдельного центра паллиативной помощи или хосписа

Отдельный центр паллиативной помощи или хоспис могут выполнять несколько ролей или функций (табл. 7). При планировании создания такого центра важно четко представлять, какую функцию он будет выполнять и, если предусматривается больше одной функции, в каком порядке их следует реализовывать.

### Объем услуг и предоставляемая поддержка

Прежде чем создавать отдельный центр, необходимо четко понять, действительно ли существует реальная потребность в такой службе и, если это так, каким должен быть объем предоставляемых услуг. Должны иметься основные элементы паллиативной помощи – врачебная, сестринская, психологическая, социальная и духовная поддержка, – но уровень помощи зависит от местных ресурсов, наличия и возможностей персонала и их профессиональной подготовки. В зависимости от целевой группы

пациентов, предоставляемая помощь, возможно, должна будет включать финансовую поддержку и удовлетворение насущных потребностей, например, выделение льгот на питание, оплату коммунальных услуг, мобильной связи и проезда, а также аренду оборудования. Роли, которые может выполнять отдельный центр паллиативной помощи или хоспис, включают следующее:

#### ■ Хосписная служба помощи на дому

Пациенты находятся у себя дома, и за ними ухаживают члены семьи. Бригада сотрудников хосписа посещает пациентов на дому, чтобы оказать медицинскую помощь, дать советы по уходу и оказать психосоциальную поддержку. Важно иметь круглосуточную службу помощи по телефону, но это возможно только в городских условиях. В сельской местности наилучшим вариантом обслуживания является интеграция паллиативной помощи в систему первичной медицинской помощи.

#### ■ Стационарная хосписная служба

Пациенты получают помощь, находясь в хосписе. Уровень помощи зависит от квалификации сотрудников и от положения хосписа среди других медицинских служб. Уровень помощи может варьироваться от высококвалифицированной медицинской и сестринской помощи, аналогичной помощи в больницах, но в более спокойной обстановке, до самого базового медицинского обслуживания, когда хоспис выступает в качестве убежища для смертельно больных пациентов, которым негде жить и за которыми некому ухаживать.

#### ■ Хосписная служба дневного пребывания

Пациенты живут у себя дома и приезжают в хосписный центр в течение дня для получения медицинских консультаций, сестринского ухода, реабилитации и/или социальных мероприятий. Дневная служба может быть дополнена амбулаторией. Эта служба может быть более эффективной с точки зрения использования ресурсов, если пациент в состоянии самостоятельно передвигаться.

#### ■ Образовательный центр

Центр паллиативной помощи или хоспис могут стать идеальным местом обучения и профессиональной подготовки для своего собственного персонала, других медико-санитарных работников, студентов-медиков и учащихся медицинских училищ, а также общественности. Он также может пропагандировать философию паллиативной помощи и метод такого типа помощи.

#### ■ Исследовательский центр

Культура исследования будет стимулировать постоянное улучшение помощи и вносить вклад в доказательную базу, на которой основана практика. Все службы должны проводить аудит и оценку обслуживания, но исследовательский центр уделяет этому особое внимание.

Большое значение имеет согласование помощи, оказываемой больницей, службами хосписного ухода на дому, стационарного хосписного ухода и обслуживания в дневное время. Следует уделить внимание упрощению перехода от одной службы к другой, с тем чтобы ни один пациент не выпал из поля зрения. В таблице 7 приведены некоторые преимущества и недостатки каждой из этих хосписных функций.

Другие факторы, которые необходимо учитывать, включают вопрос о наличии основных лекарственных средств, таких как пероральный морфин, и обеспечение долговременного финансирования (внутреннего и внешнего), а также подходящих – и легкодоступных – помещений. Кроме того, персоналу потребуется специальная подготовка, и наилучшим вариантом здесь будет возможность непрерывного обучения. Еще до открытия центра паллиативной помощи важно продумать, как будет осуществляться публичное освещение его деятельности и проводиться мероприятия по привлечению общественности. И конечно, потребуются информационно-справочные системы и управление информацией.

**Таблица 7. Различные роли и функции отдельного центра паллиативной помощи или хосписа**

Служба или функция	Преимущества	Недостатки
<b>Хосписная служба помощи на дому</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Может быть весьма экономически эффективной службой, охватывающей наибольшее число пациентов при самых низких затратах ресурсов.</li> <li>■ Не требует много места – только офисное помещение с рабочими местами и местом для хранения лекарств и оборудования.</li> <li>■ Большинство пациентов предпочитают оставаться у себя дома; многие не в состоянии ездить за получением медицинской помощи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Менее удобно для обучения и подготовки, за исключением индивидуальных занятий.</li> <li>■ Донорам трудно следить за работой службы и определять целесообразность и эффективность использования их взносов.</li> <li>■ Волонтерам негде собираться, поскольку, работая с пациентами на дому, они не пересекаются.</li> <li>■ Для персонала может быть затруднительным посещать пациентов в проблемных районах или в ночное время.</li> </ul>
<b>Стационарная хосписная служба</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окружающую обстановку можно контролировать и видоизменять для обеспечения доброжелательной, уважительной и индивидуализированной помощи.</li> <li>■ Пациентам и семьям может быть оказана интенсивная помощь и поддержка на уровне, который невозможно обеспечить в больнице, будь то физическая помощь пациенту или психосоциальная помощь и пациенту, и семье.</li> <li>■ Поскольку пациенты и персонал находятся в одном месте, упрощается организация подготовки и обучения.</li> <li>■ Доноры получают четкое представление об эффекте использования их взносов.</li> <li>■ Волонтеры могут здесь собираться, и в большей степени испытывают чувство общности.</li> <li>■ Здесь легче проводить работу с населением, поскольку есть место, где люди могут собираться.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Предоставление высококвалифицированной медицинской и сестринской помощи является наиболее дорогостоящей формой паллиативной помощи, стоимость которой равна или, возможно, превышает стоимость помощи в больнице.</li> <li>■ Пациенты могут предпочесть получить помощь или умереть у себя дома и могут не захотеть находиться в хосписе.</li> <li>■ Семьям может быть неудобно часто посещать пациентов из-за удаленности, расходов или неудобств.</li> <li>■ Если в хосписе происходит много смертей, это может вызвать обеспокоенность пациентов. Хоспис может обрести репутацию «дома смерти».</li> </ul>
<b>Хосписная служба дневного пребывания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Пациенты могут оставаться у себя дома и тем не менее получать специализированную помощь в хосписе.</li> <li>■ Хосписная служба дневного пребывания может обеспечить опекунский уход пациентам в дневное время, когда члены семьи находятся на работе, предоставляя тем самым возможность пациенту оставаться дома по крайней мере до того времени, когда он не сможет совершать поездки.</li> <li>■ Здесь удобно разместить волонтеров и работать с общественностью.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Если семья не может доставлять пациента, нередко приходится обеспечивать транспорт.</li> <li>■ Может потребоваться специализированный транспорт (например, машина скорой помощи с инвалидной коляской и приспособлением для подъема по лестнице).</li> <li>■ Поездки ограничены по времени, а также по расстоянию.</li> <li>■ К моменту прибытия в центр дневного пребывания пациенты могут чувствовать себя изможденными.</li> <li>■ Групповые мероприятия подходят не всем пациентам.</li> </ul>

<b>Образовательный центр</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Пациенты сконцентрированы в одном месте, что обеспечивает клинический материал для обучения.</li> <li>■ Если есть подходящие помещения, можно вести групповые занятия.</li> <li>■ Предъявляемое медицинскому персоналу требование обучать других будет стимулировать их к повышению своего собственного образования и квалификации.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Необходимо будет оберегать личное пространство пациента и семьи.</li> <li>■ Предъявляемое медицинскому персоналу требование обучать других вызывает необходимость снижения их рабочей нагрузки.</li> <li>■ Необходимость в ставках для квалифицированных преподавателей приведет к повышению расходов.</li> </ul>
<b>Исследовательский центр</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Академическая культура способствует привлечению высококлассных специалистов.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Исследования требуют значительных вложений в плане времени и средств. Большинство практикующих врачей не имеют специальной подготовки для проведения исследований и нуждаются в обучении. Следует зарезервировать время для исследований и выделить подготовленный персонал.</li> </ul>

## Целевые группы пациентов

Центру паллиативной помощи или хоспису необходимо четко определить, какого типа пациентов он будет принимать, поскольку это поможет уточнить тип предоставляемой помощи. Например, приоритетом для центра паллиативной помощи может быть следующее:

### ■ Заболевание

Одни центры паллиативной помощи могут сосредоточить внимание на раковых пациентах, другие – на пациентах с ВИЧ/СПИДом или инсультом и деменцией. Некоторые хосписы принимают пациентов с любыми хроническими, угрожающими жизни состояниями, обуславливающими необходимость в паллиативной помощи. Необходимо также принять решение, следует ли принимать детей или взрослых, или и тех и других.

### ■ Прогноз

Работа центра может быть ориентирована на пациентов с прогнозом на выживание и восстановление или исключительно на оказание пациенту паллиативной помощи, независимо от прогноза. Следует также принять решение относительно того, будут ли пациенты обслуживаться только до выписки после стабилизации симптомов или социальных условий, или им будут оказываться услуги до конца жизни с последующей психологической поддержкой членов семьи. Большое значение для любого центра паллиативной помощи и хосписа имеют критерии госпитализации и выписки больного. Должен существовать механизм возвращения в хосписную программу, когда больной, находившийся в стабильном состоянии, испытывает кризис, который усиливает боль или ухудшает состояние.

### ■ Местоположение

Этот фактор особенно важен для службы помощи на дому, поскольку время, затрачиваемое персоналом на поездку, будет ограничивать размер территории обслуживания. Для стационарной хосписной помощи еще одним ограничительным моментом может стать доступность для членов семьи, желающих посетить пациента. Существует несколько хороших примеров компьютерных и мобильных технологий, используемых для поддержки пациентов в сельских и удаленных районах.

### ■ Социально-экономическое положение пациентов

Некоторые центры паллиативной помощи могут создаваться специально для обслуживания очень бедных или бездомных пациентов, и их услуги ограничиваются этой группой лиц. Несмотря на стремление к всеобщему охвату, ограниченность ресурсов может сдерживать оказание помощи всем, кому это необходимо.

### ■ Члены семьи

В некоторых центрах разрешается пребывание членов семьи вместе с пациентами, в других разрешено только посещение. Кроме того, необходимо принять решение относительно максимального числа посетителей для одного пациента.

## Людские ресурсы

Созданию службы паллиативной помощи должно предшествовать четкое понимание оптимального соотношения численности оплачиваемого персонала и волонтеров, а также потребности в конкретных специалистах и уровне их квалификации. Потребности будут различаться в зависимости от вида предлагаемых услуг. Хотя бригада должна быть многопрофильной, объем и уровень помощи со стороны различных специалистов будет зависеть от предусматриваемого вида обслуживания и наличия персонала.

При оказании помощи на дому основное руководство оказанием помощи зачастую берет на себя медицинская сестра, которая при необходимости обращается за помощью к другим специалистам. При наличии необходимых ресурсов помощь будет оказывать многопрофильная бригада во главе с координатором. В дополнение к опыту и знаниям по уходу за больными потребуются специальная подготовка по оценке симптомов и ведению конкретных случаев. При стационарном обслуживании сестринский персонал с различным уровнем квалификации будет присутствовать 24 часа в сутки, представляя собой самую крупную многопрофильную бригаду. Дневной хосписной службой может руководить врач-трудотерапевт, физиотерапевт или главная медицинская сестра.

Объем медицинской помощи может зависеть от имеющихся ресурсов. Она может предоставляться либо специалистом по паллиативной помощи, либо врачом общей практики или семейным врачом, получившим определенную подготовку в области паллиативной помощи. Если планируется создать центр повышения квалификации и подготовки, потребуются врачи и медицинские сестры, специализирующиеся в области паллиативной помощи. Если возникают трудности с набором и сохранением высококвалифицированных специалистов в области паллиативной помощи, могут использоваться такие варианты, как работа по совместительству или заключение договоров о предоставлении услуг с персоналом служб стационарной паллиативной помощи.

Основными членами многопрофильной хосписной бригады являются медико-социальные работники и консультанты. Младшим членам бригады с недостаточным клиническим опытом может понадобиться наставничество со стороны опытных работников.

Специалисты других смежных медицинских профессий, такие как трудотерапевты, физиотерапевты и логопеды, могут требоваться как на полный, так и на неполный рабочий день. Им необходима подготовка по обращению с пациентами, страдающими заболеваниями на поздней стадии, чье состояние, как ожидается, будет ухудшаться, и цель помощи в этом случае состоит в обеспечении максимально возможной самостоятельности пациента и повышении качества жизни.

Следует тщательно проанализировать роль волонтеров. Волонтеры часто дополняют хосписную службу, а иногда являются ее основными кадрами, но они нуждаются в подготовке и координации, а это также требует расходов. Помимо ухода за пациентами, волонтеры могут входить в управляющие советы, собирать средства и вести информационно-разъяснительную работу или помогать в организации, управлении и содержании хосписа.

## Надежное обеспечение основными лекарственными средствами

Для устранения боли и симптомов ключевое значение имеет наличие основных лекарственных средств, особенно перорального морфина. Во многих странах, где отсутствует организованная должным образом паллиативная помощь, такие лекарства доступны только в больницах; следовательно, обеспечение ими пациентов на дому или в хосписе может потребовать взаимодействия с персоналом больницы. Одним из достижений «Хосписа Африка» в Уганде является то, что возможность выписки рецепта на пероральный морфин предоставлена медицинским сестрам, а сам хоспис стал единственным поставщиком перорального морфина в стране. Обучение надлежащему использованию контролируемых лекарств имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы назначающие лица уверенно и без лишних опасений выписывали эти лекарства. Для обеспечения соответствующего доступа к основным контролируемым лекарственным средствам могут потребоваться регуляторные и политические изменения (см. раздел 4.3).

## Финансирование

Финансовые средства могут поступать от фондов, за счет пожертвований от населения, по завещаниям, в виде субсидий от правительства и совместной оплаты потребителями или в виде сочетания всех этих способов. Многие центры паллиативной помощи или хосписы начинали свою деятельность как общественные проекты, нередко финансируемые благотворительными организациями. Для обеспечения стабильного финансирования следует стремиться к тому, чтобы государство финансировало часть предоставляемых услуг, если не все услуги, поскольку цель состоит в интеграции услуг паллиативной помощи в систему здравоохранения. В то же время некоторые мероприятия по сбору средств общественностью играют положительную роль, поскольку содействуют повышению информированности и заинтересованности общества. В штате Керала, Индия, основу финансирования услуг по обезболиванию и паллиативной помощи составляют небольшие пожертвования населения, а правительство осуществляет дополнительную поддержку.

### Пример из практики: Финансирование паллиативной помощи в Коста-Рике

Учреждения паллиативной помощи в Коста-Рике финансируются за счёт социальных фондов. Государственные учреждения получают бюджетные средства от министерства социального обеспечения Коста-Рики, а некоторые учреждения получают финансирование от Совета социальной защиты, куда поступают средства от реализации национальных лотерей. Независимые отделения финансируются Советом социальной защиты, а также за счет взносов от гражданских общественных организаций. Многие программы паллиативной помощи для взрослых и детей также поддерживаются той или иной ассоциацией или фондом, которые собирают деньги для помощи пациентам.

*Источник: (20).*

## Роль внешней поддержки в сфере профессиональной подготовки, финансирования и обеспечения рабочей силой

В странах с низким и средним уровнем дохода, где службы паллиативной помощи еще не функционируют, а осведомленность о них скудна, свою роль в области подготовки может сыграть помощь из-за рубежа. Она может предоставляться в виде программ по подготовке инструкторов, стипендий для стажировки за рубежом отдельных специалистов-медиков, привлечения к работе в отделениях для онкологических больных иностранных специалистов и начального финансирования услуг. Суть таких инициатив, которые следует реализовывать на ранних этапах, состоит в обеспечении в будущем устойчивости этого нового предприятия за счет местных ресурсов. Проводимые время от времени семинары по паллиативной помощи и презентации на конференциях по смежной тематике, такой как онкология или хирургия, имеют ограниченный эффект помимо повышения информированности. Импульс развитию паллиативной помощи в таких странах даст лишь подготовка персонала для начала оказания услуг и обеспечения их стабильности при государственной поддержке.

### Пример из практики: создание отдельного центра паллиативной помощи в городе Брашов, Румыния

В 1992 г. возникла первоначальная идея открыть в городе Брашов хосписную службу на дому, полностью финансируемую фондом из Соединенного Королевства. Консультационные услуги начали также оказывать в государственной больнице. В течение шести лет работе хосписа помогли группы медицинских сестер паллиативной помощи из Соединенного Королевства, к которым периодически присоединялись врачи. Это помогло наращиванию местного кадрового потенциала. Позже хосписная служба помощи на дому была расширена и распространилась на окружающую область, где было открыто два дополнительных центра.

В 1997 г. начал свою работу центр профессиональной подготовки и обучения. Это позволило охватить программой обучения не только внутренний персонал, но персонал учреждений на остальной территории страны и даже из соседних стран. Финансирование проекта позволило медицинскому персоналу проводить исследовательскую работу, при этом специальный исследовательский персонал не нанимали.

В 2002 г. местное правительство выделило землю для строительства стационарного хосписа на 19 коек – 13 коек для взрослых и 6 для детей. Они были предназначены для пациентов, за которыми не было возможности ухаживать в домашних условиях, а также для кратковременной госпитализации пациентов с целью предоставления отдыха членам семьи, осуществляющим уход. В том же здании начали работу центр дневного обслуживания и амбулатория.

Правительство начало финансировать стационарную хосписную помощь, когда в 2005 г. появились койки для паллиативной помощи в государственных больницах. В 2010 г. от Министерства здравоохранения стало поступать финансирование службы помощи на дому. Средства на помощь в дневное время частично поступали от департамента социальных услуг. В настоящее время финансирование осуществляется следующим образом: 8% поступает из-за рубежа, 17% от правительства, 26% от фондов, 22% от компаний, 13% от отдельных лиц, 12% от сбора средств на местах, 1% от курсов и 1% из других источников.

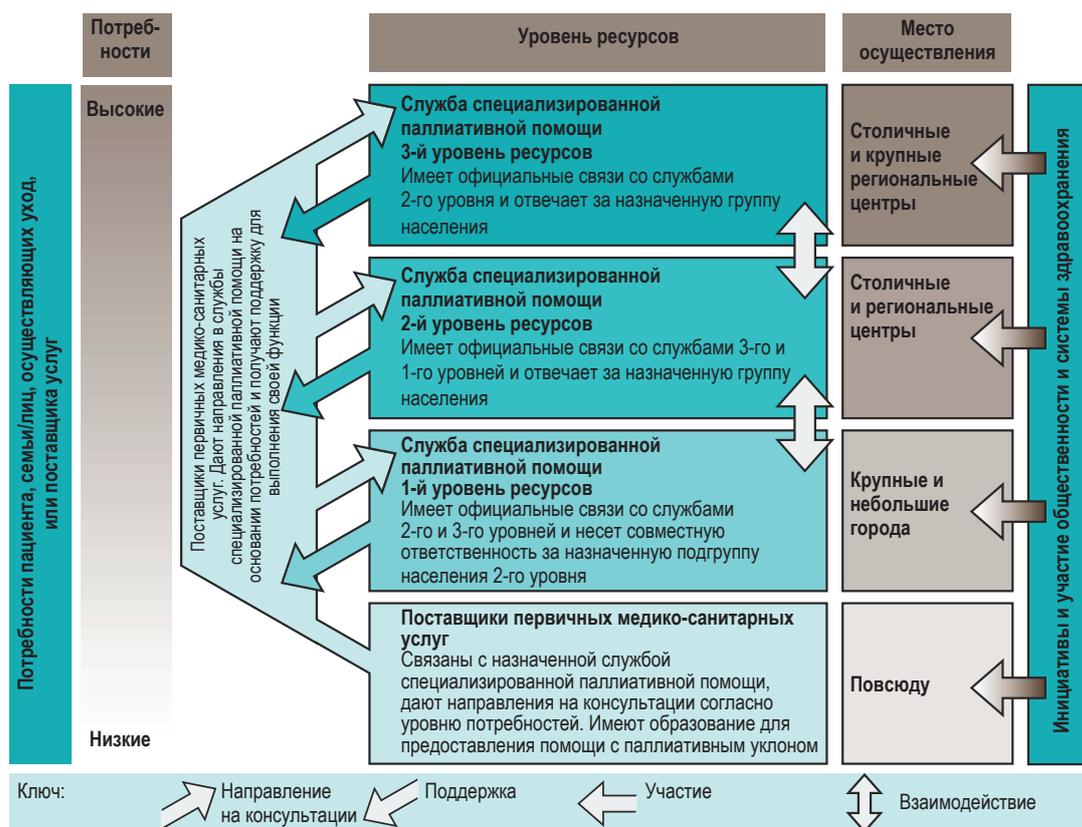
Хоспис проводит большую информационно-просветительскую работу, пропагандируя стандарты и протоколы диагностики и лечения, добиваясь изменений в законе об опиоидах и требуя улучшения комплектования кадрами паллиативной помощи. Некоторые виды этой работы поддерживаются зарубежными грантами.

## 3.7 Внедрение интегрированного подхода в районе

В предыдущих разделах рассматривались подходы к созданию служб паллиативной помощи с разных исходных позиций, таких как больницы, служба оказания помощи на дому, отдельный центр паллиативной помощи или помощь на базе местного сообщества. Предоставление услуг можно начинать с любых или со всех этих позиций одновременно, но действенная и эффективная паллиативная помощь зависит от служб, которые взаимосвязаны и координируются на каждом уровне системы здравоохранения. Важно наладить тесные связи между больницей и домом, а также между специализированной и общей медицинской помощью, так чтобы людские ресурсы использовались максимально эффективно и чтобы семьям и пациентам обеспечивалось беспрепятственное прохождение через все отделы системы здравоохранения, с которыми им необходимо взаимодействовать.

Единого подхода к встраиванию паллиативной помощи в службы различного уровня помощи или службы различных типов не существует (рис. 8), поскольку это зависит от того, какие службы уже имеются. Однако есть ряд общих принципов, ведущих к успеху.

Рисунок 8. Пример интеграции между различными уровнями служб паллиативной помощи



Источник: Palliative Care Australia (11).

## Что делает интеграцию успешной?

Проект интегрированной паллиативной помощи (21) Медицинского и образовательного фонда тропических стран (МОФТС) осуществлялся в целях усиления интеграции паллиативной помощи в четырех африканских странах (Кении, Руанде, Уганде и Замбии) в период с 2012 по 2015 г. Реализуемый в трех крупных больницах в каждой из этих стран проект был направлен на укрепление потенциала паллиативной помощи в этих больницах, а также предусматривал подготовку персонала и создание сетей общественных услуг и системы направлений пациентов в пределах района обслуживания каждой больницы. В результате осуществления этого проекта были сделаны определенные выводы относительно различных моделей интегрирования служб паллиативной помощи в разделы системы здравоохранения.

- При внедрении интегрированного подхода к паллиативной помощи на территории района необходимо соблюдать принципы, на которых строится районная медицинская служба, и принимать во внимание ресурсы и структуры, имеющиеся в распоряжении районной системы здравоохранения.
- Подход должен быть динамичным и учитывать потребности района.
- Интегрированный подход к паллиативной помощи должен базироваться на совместном создании и развитии услуг, предоставляемых в контексте общих знаний о паллиативной помощи.
- Паллиативная помощь не является медицинским подходом, реализуемым исключительно на уровне служб здравоохранения; для эффективной работы на районном уровне в реализации этого подхода должен участвовать каждый.

## Этапы интеграции

Интеграция паллиативной помощи включает этапы предложения, инициации, инновации и осуществления (рис. 9).

**Рисунок 9.** Этапы необходимые для интеграции паллиативной помощи



### Предложение

Хотя районные системы здравоохранения в разных странах организованы по-разному, у них есть общие компоненты. Среди них – лидерский потенциал, ресурсы, управление данными и принятие решений.

1. Взаимодействие с политическим и районным руководством: Несмотря на то что ответственность за организацию здравоохранения в районе несут руководители медицинской службы, они действуют не в изоляции. Районы в большинстве случаев являются государственными субъектами, структурированными как часть местного и общенационального правительства. Поэтому взаимодействие с политическим руководством района является важным процессом.
2. Пропаганда паллиативной помощи: Предложения разработать этот интегрированный подход в рамках района, скорее всего, являются результатом длительной информационно-пропагандистской работы по вопросам паллиативной помощи, которая ведется открыто и наглядно, в неугрожающей и позитивной манере.
3. Предоставление информации о потребности: Районное руководство требует доказательств наличия потребности – то есть обоснованных данных, которые иллюстрируют местный уровень заболеваемости, требования к уходу в терминальной стадии заболевания, а также процессы госпитализации, амбулаторного обслуживания, выписки и последующего наблюдения. Руководители должны получить представление о существующих и предполагаемых проблемах, если потребность не будет удовлетворена. Наилучшим образом проинформировать руководство о потребностях могут работники больниц, медицинских центров и клиник, лица, страдающие от неизлечимых болезней, те, кто осуществляет уход за ними, местные религиозные общины, работники образования и местные коммерческие предприятия – все, кто прямо или косвенно взаимодействует с людьми, нуждающимися в медицинской помощи. Данные часто поступают через системы медицинской информации, медицинскую документацию больниц и клиник, учетные документы общественных медицинских работников, волонтеров, НПО и частных служб. Однако такие данные зачастую не унифицированы и недоступны для тех, кто может наиболее эффективно их использовать.

### Инициация

Как только сформулировано предложение (каким бы развернутым оно ни было) разработать интегрированный подход, можно начинать инициацию этого подхода. Инициация требует планирования и взаимодействия с широким кругом заинтересованных сторон.

1. Взаимодействие с широкими кругами, включая единичные центры помощи: Интеграция подразумевает выход услуг паллиативной помощи за пределы изолированных «островков передового опыта» и встраивание их в инфраструктуру, ресурсную цепь и планирование рабочей силы в районе. Тем не менее, непривлечение учреждений, которые оказывают конкретную помощь изолированно от остальных служб здравоохранения, редко способствует эффективной интеграции. Признание сильных сторон этих отдельных центров, а также проблем, с которыми они сталкиваются, позволяет им стать участниками развернутого диалога.
2. Создание экономической модели для разработки интегрированного подхода к паллиативной помощи: Покажите, что интегрированный подход продемонстрирует эффективность и результативность. Для стабильного и устойчивого развития паллиативную помощь необходимо включить в районный бюджет здравоохранения.

Вопросы, которые могут принести наибольшую пользу при создании экономической модели для интегрированного подхода, показаны на рисунке 10.

**Рисунок 10.** Интегрирование паллиативной помощи в районные службы медицинской помощи – вопросы для рассмотрения



В дополнение к вопросам на рисунке 10 при внедрении интегрированного подхода необходимо также учитывать пробелы в деятельности служб, требующих изменения (рис. 11). Как показано на рисунке 11, пробелы могут быть обусловлены географическими, экономическими или религиозными факторами, либо являться следствием социального положения, культурных установок человека, либо просто отсутствия информации.

**Рисунок 11.** Выявление пробелов в паллиативной помощи и барьеров на пути ее внедрения в районные службы здравоохранения



## Инновация

Интеграция требует инновационного подхода. После того как обеспечены осведомленность и открытость, необходимые для начала внесения изменений в предоставляемые услуги, необходимо изыскать возможности для разработки и апробации новых способов предоставления помощи. В некоторых районах местные коммерческие предприятия проводили конкурсы в школах и компаниях для выявления инновационных идей о новых путях развития и предоставления услуг, а также о способах обеспечить понимание сути паллиативной помощи всеми членами общества.

## Осуществление

Основными факторами успешного осуществления интеграции паллиативной помощи, скорее всего, будут следующие условия:

- Высшее руководство соглашается с тем, что паллиативная помощь является частью роли, выполняемой всеми медицинскими работниками, и не рассматривает паллиативную помощь как особую специальность, для которой требуются отдельные медицинские работники.
- Паллиативная помощь встраивается в непрерывный процесс медицинского обслуживания, что делает ее важным компонентом первичной медико-санитарной помощи. Она рассматривается как обычная, а не специализированная медицинская деятельность.
- Возможности в рамках национального контекста паллиативной помощи (например, обучение, финансирование, законодательство, контроль за оборотом лекарственных средств) используются для создания заинтересованности в них на районном уровне.
- Наличие инфраструктуры предоставления помощи. Обычно это означает не создание новых служб, а объединение отдельных служб и систем в единое целое. Система позволяет оказывать услуги в нужное время в нужном месте при поддержке лиц с надлежащими навыками и соответствующими ресурсами для оказания помощи.

Акцент делается не на дорогостоящие инструменты и высокотехнологичное оборудование, а на слаженность действий. Для этого необходимо выполнение 11 пунктов программы паллиативной помощи, представленных на рисунке 12.

**Рисунок 12.** 11 пунктов программы успешной интеграции паллиативной помощи

ПАЦИЕНТЫ, которые получают помощь и при этом оказывают помощь другим
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. План действий, в котором представлена концепция паллиативной помощи и способ реализации этой концепции в данном районе</li> <li>2. Национальная политика, применяемая в данном районе для поддержки этой концепции</li> <li>3. Наставничество паллиативной помощи – обучение до начала и во время оказания услуг</li> <li>4. Справочно-информационная служба в масштабе района, соединяющая больницы, клиники, НПО и другие учреждения</li> <li>5. Протоколы для улучшения принятия решений</li> <li>6. Целевое назначение лекарственных препаратов – совместно используемая документация, защищенные системы, квалифицированные фармацевты</li> <li>7. Системы закупок, обеспечивающие бесперебойное наличие лекарственных средств</li> <li>8. Системы показателей работы, обеспечивающие качество и адаптирующиеся к изменениям</li> <li>9. Партнерства – функциональная сеть организаций и поддержки</li> <li>10. Пастырское попечение и поддержка</li> <li>11. Присутствие – осведомленность сообщества об услугах паллиативной помощи</li> </ol>
ЛЮДИ, которые планируют, предоставляют, контролируют и участвуют в оказании помощи

Источник: Grant L (воспроизведено с разрешения).

### Пример из практики: роль общественных волонтеров города Хома-Бей, Кения

В каждом из 47 округов Кении есть свое собственное министерство, курирующее местные сообщества, в каждом из которых проживает примерно 5000 человек в 1000 домашних хозяйств. Десять общинных волонтеров (ОВ) осуществляют мониторинг этих домашних хозяйств (1 ОВ на 100 домашних хозяйств) в области санитарии, вспышек заболеваний и иммунизации. Они отчитываются главе местного сообщества и работникам службы санитарного просвещения (РССП), которые, в свою очередь, находятся в контакте с работником учреждения санитарного просвещения. Отчеты о состоянии здоровья населения направляются районному инспектору общественного здравоохранения (ИОЗ). Больница в Хома-Бей – районная больница на 300 коек, обслуживающая 57 тыс. человек, использовала эту систему в качестве платформы для информирования, мобилизации средств и направления пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, в городе Хома-Бей.

Районный инспектор общественного здравоохранения прошел 5-дневный курс обучения по программе паллиативной помощи. По договору с Министерством здравоохранения и в сотрудничестве с квалифицированным персоналом больницы в Хома-Бей ИОЗ провел курс обучения РССП и ОВ в местных сообществах района по вопросам раннего распознавания и направления на консультации пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, а также по вопросам питания, гигиены и осведомленности о раке и других заболеваниях. Кроме того, для населения были организованы консультации по правовым вопросам, таким как составление завещания. В дополнение к этому было проведено обучение религиозных деятелей и представителей деловых кругов с целью повышения их информированности и создания партнерств.

### Пример из практики: интегрирование паллиативной помощи в районе, обслуживаемом базовой многопрофильной больницей Moi Teaching and referral hospital (MTRH) в Кении

Базовая многопрофильная больница Moi (MTRH) представляет собой больницу широкого профиля на 800 коек, обслуживающую территорию с населением 16,24 млн человек. Это вторая национальная больница широкого профиля в стране. В 2010 г. в больнице было создано отделение паллиативной помощи для взрослых, а в 2011 г. – педиатрическая служба. Отделение предоставляет помощь как стационарным пациентам, направляемым клинической бригадой, так и пациентам, направленным амбулаторной службой. Имеется также служба кратковременного дневного пребывания. В больнице в достаточном количестве имеется морфин и большинство основных лекарственных препаратов для паллиативной помощи. Оформление направления и выписки пациента предусматривает оценку социальным работником. Круглосуточная горячая линия мобильной телефонной связи используется как для направления пациентов, так и для последующего наблюдения за ними после выписки. Существует хорошо налаженная система регистрации пациентов с составлением ежемесячных отчетов.

Под руководством заместителя директора по сестринскому обслуживанию MTRH скорректировала свою программу, чтобы расширить территорию обслуживания.

1. **Была разработана модульная учебная программа.** В каждом из трех модулей предусмотрены занятия в аудитории с последующей практикой под руководством наставника. Цель программы состояла в создании потенциала и обеспечении устойчивости в рамках лечебного учреждения.
2. Являясь многопрофильным центром национального уровня, этот лечебно-диагностический центр не имел непосредственных связей с местными сообществами. Поэтому в его рамках была создана **программа базового обучения в пяти больницах-филиалах**, позволившая им правильно направлять и принимать пациентов и предоставлять услуги.
3. Поскольку MTRH является базовой больницей, на его территории организовано обучение врачей, медицинских сестер и студентов-медиков. В ходе реализации проекта паллиативная помощь была включена в учебный план додипломного обучения, и MTRH будет принимать студентов медицинского факультета на ротационной основе.

Обучение в больницах-филиалах позволило оказывать новые услуги. В трех из пяти больниц имеется морфин, и по крайней мере в одной создана рассредоточенная бригада паллиативной помощи, которая принимает направленных пациентов, ежемесячно проводит практические занятия со студентами-медиками в клинике и проводит информационно-разъяснительные программы в местных сообществах. Модульная система обучения позволила увеличить число сотрудников с опытом и знаниями в области паллиативной помощи. С медицинским персоналом больницы проводится информационно-разъяснительная работа, направленная на расширение спектра компетенций в этом крупном лечебном учреждении.

MTRH служит образцом того, как перспективное видение и лидерская позиция позволяют преодолевать трудности на пути интеграции услуг паллиативной помощи в работу крупной базовой больницы. Даже столкнувшись с необходимостью менять отношение в рамках собственного лечебного учреждения, команда MTRH продолжает расширять спектр воздействия путем подготовки специалистов на собственной базе, а также организуя обучение и наставничество в больницах-филиалах.

*Источник: по материалам (21).*



# 4

## Компоненты комплексного подхода к паллиативной помощи

### 4.1 Что представляет собой комплексный подход?

Национальные системы здравоохранения обеспечивают включение паллиативной помощи в непрерывный процесс оказания помощи людям с серьезными хроническими, угрожающими жизни проблемами здоровья, связывая ее с программами профилактики, раннего выявления и лечения. Комплексный подход к укреплению паллиативной помощи требует выработки национальной политики и планов, наличия основных лекарственных средств (особенно перорального морфина), проведения разъяснительной работы с лицами, определяющими политику, работниками здравоохранения и общественностью и оказания услуг паллиативной помощи в соответствии с принципами всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Устойчивая, качественная и доступная система паллиативной помощи должна быть связана с поставщиками услуг первичной медицинской помощи, помощи на уровне местных сообществ, на дому, а также с лицами, обеспечивающими поддерживающий уход, такими как члены семьи и местные волонтеры. Одним из компонентов оказания услуг паллиативной помощи является специализированная паллиативная помощь, но при этом все поставщики медицинских услуг должны пройти подготовку по устранению боли и удовлетворению потребностей пациентов с угрожающими жизни заболеваниями. Предоставление паллиативной помощи должно рассматриваться как этический долг медицинских работников.

В настоящем разделе рассматривается разработка стратегического подхода к укреплению паллиативной помощи, который можно было бы применить на национальном и субнациональном уровнях.

### 4.2 Разработка политики в области паллиативной помощи

Политика паллиативной помощи может иметь различные формы. Однако независимо от того, будет ли это отдельным направлением политики, частью национального плана в области здравоохранения или элементом национальной стратегии борьбы с НИЗ, ВИЧ/СПИДом или раком, принципы, изложенные в данном разделе, остаются одинаковыми.

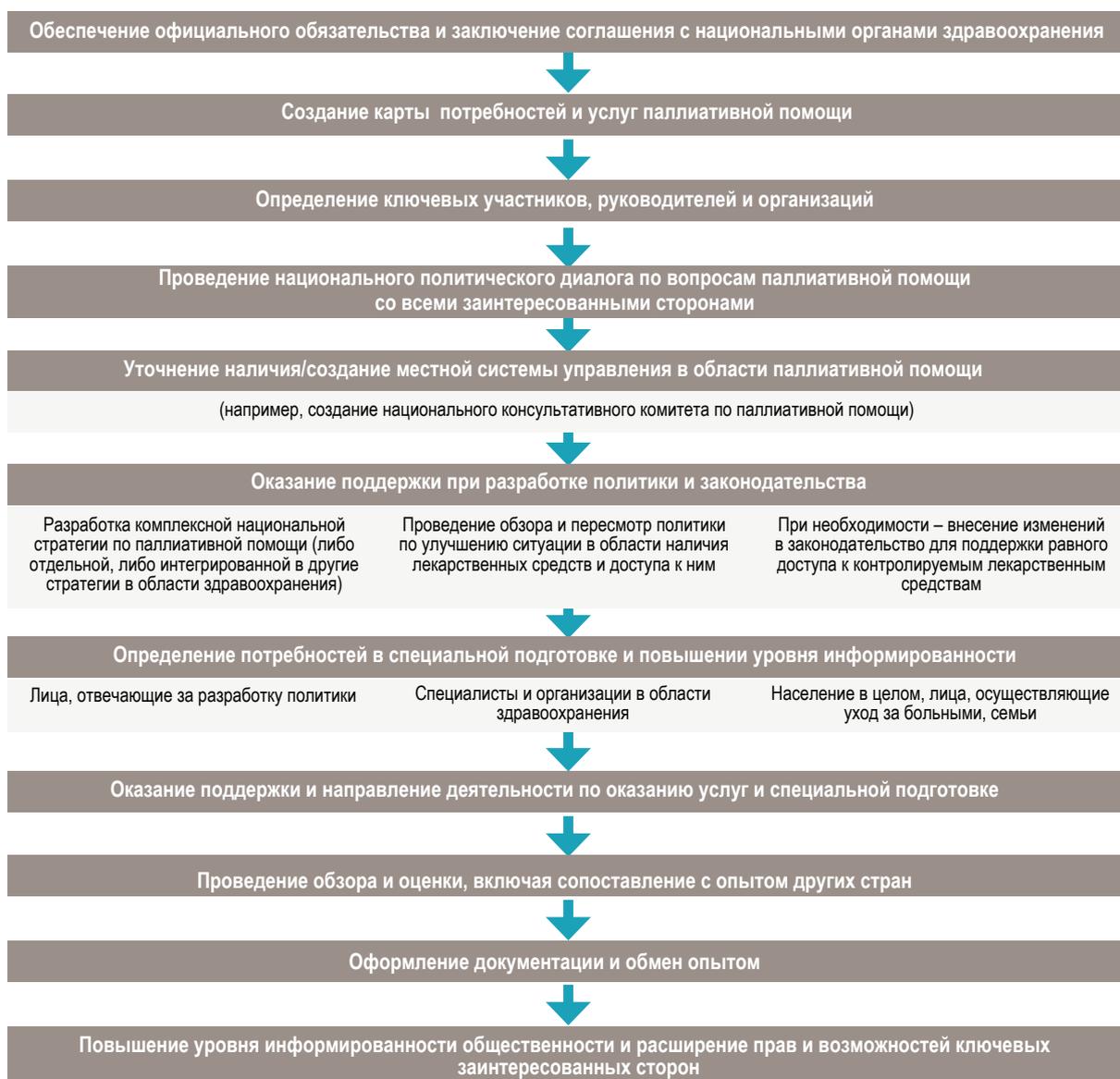
Национальная политика паллиативной помощи, отдельная или в качестве части другой ключевой стратегии здравоохранения, должна стремиться включать следующие элементы:

- услуги оказания непрерывной помощи (посредством ПМСП, помощи на базе местных сообществ и на дому и специализированных служб паллиативной помощи);
- стратегии оказания паллиативной помощи всем нуждающимся в ней пациентам (лицам с НИЗ, ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, пожилым людям, детям), с особым вниманием к уязвимым группам (неимущим, этническим меньшинствам, лицам, проживающим в специальных учреждениях);
- определение области взаимодействия правительства и гражданского общества при создании служб помощи и оказании услуг;
- всеобщий охват услугами с помощью финансовых и страховых механизмов;
- обеспечение поддержки лицам, осуществляющим уход, и семьям (социальная защита);
- выявление/распределение ресурсов для паллиативной помощи;
- разработка национальных стандартов и механизмов для улучшения качества паллиативной помощи;
- установление показателей и организация мониторинга потребности в паллиативной помощи и доступа к ней на национальном и субнациональном уровнях, включая доступ к лекарственным средствам.

При планировании политики важно привлекать партнеров, которые могут внести полезный вклад, оказать помощь и, возможно, предоставить финансовые средства. Одним из национальных партнеров обычно является министерство здравоохранения, но другие министерства также могут принять участие в этой деятельности. Естественно, должны участвовать работники здравоохранения и их профессиональные органы, а также социальные работники (или их организации), НПО, научные учреждения, национальные комитеты по этике и финансовые органы (включая, возможно, группы частного сектора). Следует предусмотреть также участие международных партнеров – особенно отделения ВОЗ в стране, а также представителей других учреждений Организации Объединенных Наций, международных НПО, работающих в области паллиативной помощи, и международных технических экспертов.

Развитие политики паллиативной помощи следует осуществлять поэтапно, с тем чтобы обеспечить принятие во внимание всех проблемных вопросов, наличие достаточной поддержки и прочной правовой базы для успеха этой политики. На рисунке 13 приведен пример такого поэтапного процесса.

**Рисунок 13.** Пример поэтапного процесса разработки стратегий и программ паллиативной помощи



### Пример из практики: разработка политики в области паллиативной помощи в Малави

Национальная политика в области паллиативной помощи была принята в Малави в 2014 г.; в ней изложены принципы, лежащие в основе такой помощи, и ее связи с другими элементами политики – включая равенство и справедливость, доступ к обезболивающим лекарствам, создание потенциала, распределение ресурсов, участие пациента и семьи, координацию, направление на консультации, просвещение и коммуникацию, уход за детьми и исследовательскую деятельность. В документе описаны механизмы реализации на каждом уровне системы здравоохранения Малави, роли профессиональных и других регулирующих органов, гражданского общества, медицинских учебных заведений, центральных складов медикаментов и медицинских принадлежностей, а также пациентов и их семей. В документе также предусматривается механизм мониторинга и оценки деятельности в области паллиативной помощи в стране. С момента принятия этого документа были достигнуты следующие основные успехи:

1. Была проведена оценка общенациональной потребности в паллиативной помощи.
2. В Министерстве здравоохранения созданы национальные механизмы отчетности по паллиативной помощи.
3. Правительство покрывает 58% всех расходов по обеспечению паллиативной помощи, остальные расходы несут церковь и НПО.
4. На местах осуществляется получение перорального морфина из порошка морфина.
5. Морфин в настоящее время доступен в государственных и религиозных медицинских учреждениях.
6. Придан импульс процессу обучения оказанию паллиативной помощи, и в стране в настоящее время действует свыше 300 инструкторов.

Источник: (22).

## Оценка ситуации

Планирование политики паллиативной помощи должно начинаться с проведения оценки текущей ситуации и потребности населения в паллиативной помощи. Обзор оценок потребностей может быть адаптирован к различным уровням имеющейся в странах информации, от самой базовой до полной. Важно учитывать следующие факторы:

- *Политическая ситуация, относящаяся к паллиативной помощи:* была ли паллиативная помощь включена в какие-либо важные политические документы, касающиеся здравоохранения (например, национальные стратегии в области здравоохранения, национальные планы борьбы с раком, планы борьбы с ВИЧ, стратегии здорового старения)?
- *Обеспечение и охват услугами паллиативной помощи:* где в настоящее время оказываются услуги паллиативной помощи (каким типам пациентов, какого возраста, в каких географических областях, какова стоимость услуг)? Каковы параметры предоставляемой помощи? Сколько пациентов в настоящее время получают помощь?
- *Наличие в настоящее время лекарственных средств для паллиативной помощи:* имеются ли в стране все основные лекарственные препараты паллиативной помощи для взрослых (23) и детей (24), включая пероральный морфин и жидкие лекарственные формы? Каково наличие и доступность опиоидов для облегчения боли и какие существуют ограничения на месте?
- *Количественная оценка потребности в паллиативной помощи:* можно применять несколько подходов к определению количества лиц, нуждающихся в паллиативной помощи. Для целей планирования необходимо также провести оценку численности медицинских кадров и количества стационарных коек/услуг, необходимых для удовлетворения этой потребности.
- *Качественная оценка:* можно использовать несколько методов, включая опросы пациентов и членов их семей, с тем чтобы выявить любые неудовлетворенные потребности в помощи, ее преимущества

и недостатки, а также имеющиеся препятствия. Важно оценить потенциал основных служб (первичная медицинская помощь, борьба с ВИЧ/СПИДом, районные больницы и т. д.) по обеспечению паллиативной помощью и выявить области для принятия мер.

## Полезные методы подсчета потребностей населения

Существует несколько методов, позволяющих подсчитать, какой части населения может потребоваться паллиативная помощь в тот или иной момент времени.

- *Оценки, основанные на распространенности заболеваний:* ВОЗ использует метод (основанный на распространенности боли) для оценки доли лиц с различными заболеваниями, которым требуется паллиативная помощь в последний год их жизни (19). Этот метод можно применять как в отношении взрослых, так и детей. Необходимость в паллиативной помощи в конце жизни следует удвоить, чтобы учесть пациентов, которые нуждаются в паллиативной помощи до наступления последнего года жизни.
- *Оценки, основанные на показателях смертности:* данные о регистрации смертей, при наличии надежной отчетности, позволяют рассчитать популяционную потребность в паллиативной помощи без необходимости получения данных о симптомах или деятельности больниц. Методы, использованные в трех странах с высоким уровнем дохода, показывают, что 69–82% умирающих нуждаются в паллиативной помощи (25).

## 4.2 Постепенное расширение и интегрирование паллиативной помощи в системы здравоохранения

Основываясь на оценке потребностей, можно выработать план постепенного расширения охвата населения услугами паллиативной помощи. В последовательном плане-графике может быть представлен в процентах рост потребностей, удовлетворяемых по годам. Важно определить, в каких географических регионах страны потребность наибольшая или где уже имеются ресурсы. Единого подхода к расширению охвата не существует: некоторые органы власти расширяют охват постепенно, начиная предоставление услуг с центров сосредоточения населения и распространяя их в сельские районы. Некоторые начинают расширение с региональных центров. Следует подключить как частных, так и государственных поставщиков там, где они существуют. Эти меры можно поддержать разработкой национальной стратегии постепенного расширения и интегрирования паллиативной помощи в национальную систему здравоохранения, но органы власти штата или района могут, кроме того, разработать стратегию по постепенному расширению охвата в пределах своих территорий, ориентируясь на население.

Различные виды деятельности (включая стационарный уход, уход на дому, поддержку других бригад, амбулаторные клиники и больничные отделения дневного пребывания) можно начинать внедрять постепенно, основываясь на возможностях и имеющихся ресурсах. На начальных этапах запланированной деятельности необходимо уделить время и место для формирования бригады. Нередко небольшие, взявшие на себя слишком много обязательств бригады в районах с высокой потребностью в паллиативной помощи совершают ошибку, предлагая услуги и мероприятия, которые они не могут устойчиво осуществлять в средне- и долгосрочной перспективе из-за ограниченности имеющихся ресурсов. Это может привести к чрезмерной рабочей нагрузке и «выгоранию».

Если в настоящее время системы паллиативной помощи не существует, можно использовать подход поэтапного введения в действие программы паллиативной помощи. Эти этапы должны охватывать такие вопросы, как меры политики, финансирование здравоохранения, предоставление услуг, подготовка кадров, доступ к лекарственным средствам, а также информация и исследования. Пример такого подхода представлен в таблице 8.

**Таблица 8.** Пример поэтапного подхода к введению в действие программы паллиативной помощи

	Деятельность на начальном этапе	На промежуточном этапе	На продвинутом этапе
<b>Политические меры</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Пропагандистская работа с представителями правительства и руководством больниц</li> <li>■ Выявление потенциальных лидеров в области паллиативной помощи и формирование рабочей группы, включая представителей правительства и клиницистов</li> <li>■ Проведение экспресс-анализа ситуации в области паллиативной помощи, включая услуги, потребности населения и нормативные барьеры</li> <li>■ Проведение кампании по просвещению общественности в отношении паллиативной помощи и боли</li> <li>■ Начало разработки национальной стратегии/плана по паллиативной помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Разработка национального плана паллиативной помощи с вкладом со стороны сообществ и многосекторальных заинтересованных сторон</li> <li>■ Завершение оценки демографической ситуации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Разработка протоколов и стандартов для услуг паллиативной помощи в различных условиях</li> <li>■ Включение паллиативной помощи во все национальные стратегии и планы по НИЗ, ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и здоровью детей</li> <li>■ Интеграция паллиативной помощи (медицинской и социальной) на всех уровнях системы</li> </ul>
<b>Финансирование здравоохранения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Включение выделения средств на развитие паллиативной помощи в национальный бюджет здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Включение паллиативной помощи в пакет мер по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и основной пакет медицинского страхования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Предоставление бесплатной паллиативной помощи всем пациентам, отвечающим требованиям</li> <li>■ Обеспечение социальной защиты лицам, осуществляющим уход, в виде временного отпуска, в случае инвалидности</li> </ul>
<b>Предоставление услуг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Начало оказания услуг паллиативной помощи в намеченном местном сообществе. Например: – создание службы паллиативной помощи на дому в намеченном местном сообществе – создание службы паллиативной помощи в онкологической больнице</li> <li>■ Выявление пациентов с поздней стадией угрожающего жизни заболевания на различных уровнях помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Создание механизмов направлений и координации для построения сетей паллиативной помощи в намеченных районах и местных сообществах, с постепенным расширением их в последующие годы</li> <li>■ Выявление пациентов с поздней стадией угрожающего жизни заболевания на различных уровнях помощи</li> <li>■ Создание в намеченном районе специализированных служб паллиативной помощи в больнице широкого профиля/районной больнице с поддержкой бригад помощи на дому</li> <li>■ Распространение услуг паллиативной помощи на все онкологические центры и крупные больницы общего профиля</li> <li>■ Обучение персонала служб первичной медико-санитарной помощи применению паллиативного подхода</li> <li>■ Создание службы паллиативной помощи для детей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Расширение охвата населения паллиативной помощью в больницах и на дому в целях охвата всех районов</li> <li>■ Расширение системы оказания услуг на дому в целях охвата всех районов, а также онкологических и неонкологических больных</li> <li>■ Укрепление сети поставщиков услуг паллиативной помощи, в том числе взаимосвязи между уровнями помощи</li> <li>■ Внедрение паллиативной помощи в учреждениях, не получающих должного внимания, включая дома престарелых для длительного пребывания и места лишения свободы</li> </ul>

**Подготовка кадров**

- Обучение и наставничество для клинических лидеров в рамках клинических занятий по подготовке инструкторов, либо, по мере возможности, на местах, либо на региональном уровне или за рубежом, если это необходимо
- Использование модулей обучения на рабочем месте по программе паллиативной помощи для медицинских работников, общинных медико-санитарных работников и волонтеров, работающих в области паллиативной помощи
- Предложение стажировки/наставничества для обучения специалиста по паллиативной помощи и обезболиванию
- Создание справочного центра, который может обеспечить практическое обучение паллиативной помощи практикующих в местном сообществе специалистов и других практикующих клиницистов
- Включение паллиативной помощи в учебную программу додипломного обучения врачей и медсестер
- Обучение врачей первичного звена и участковых медсестер оценке и лечению боли и симптомов
- Обучение фармацевтов и назначающих лиц уверенному и безопасному применению морфина
- Внедрение врачебной и сестринской специализации или дополнительной квалификации в области оказания паллиативной помощи
- Создание кафедр паллиативной помощи в крупных университетах

**Доступ к лекарственным средствам**

- Проведение обзора законодательных/регуляторных барьеров в целях обеспечения надлежащего доступа к контролируемым лекарственным средствам
- Проведение обзора наличия и применения необходимых лекарственных средств
- Приведение в соответствие национального перечня необходимых лекарств для паллиативной помощи с примерным перечнем ВОЗ
- Обучение врачей, оказывающих паллиативную помощь, квалифицированному и уверенному применению морфина, начиная с отдельных больниц, районов и местных сообществ, где услуги паллиативной помощи будут предоставляться в первую очередь
- Инициация обсуждения о доступе к контролируемым лекарствам с участием ведомств, контролирующих лекарственные средства, регулирующих органов здравоохранения, полиции и практикующих врачей паллиативной помощи
- Внесение изменений в законы и правила, регулирующие доступность опиоидов в целях обеспечения их большей доступности для обезбоживания, в соответствии с международными конвенциями о наркотических средствах
- Пересмотр расчетной потребности населения в основных лекарственных препаратах для паллиативной помощи
- Проведение обзора системы поставки и распределения контролируемых лекарственных средств
- Обеспечение наличия перорального морфина во всех районах
- Постепенная ликвидация барьеров к доступности опиатов, связанных со стоимостью, назначением и доставкой
- Обеспечение равного и справедливого доступа к опиоидному обезболиванию для всего населения в соответствии с потребностью и вне зависимости от возраста, диагноза, социально-экономического положения и места нахождения
- Обеспечение надежной поставки всех основных лекарственных препаратов для паллиативной помощи, в целях удовлетворения потребности во всех регионах страны

**Информация и исследования**

- Создание базовой информационной системы для мониторинга и оценки действий на различных уровнях помощи
- Обеспечение в обществе большего понимания вопросов паллиативной помощи
- Выявление центра повышения квалификации, который может провести междисциплинарные исследования по паллиативной помощи
- Обеспечение качественного мониторинга предоставления услуг
- Измерение доступности паллиативной помощи для населения, в разбивке по диагнозам и социальным группам
- Создание аспирантских программ по паллиативной помощи

## 4.3 Улучшение доступа к лекарственным средствам для обезболивания и паллиативной помощи

### Барьеры при лечении болевого синдрома в паллиативной помощи

Барьеры при лечении болевого синдрома в паллиативной помощи существуют на различных уровнях. Они могут быть регулятивными или законодательными, могут быть результатом нехватки знаний или информированности как у поставщиков медицинских услуг, так и у общественности, они могут быть вызваны ложными стимулами в системе здравоохранения или возникнуть из-за затрудненного доступа или слишком высокой стоимости.

Барьеры обычно существуют на всех уровнях одновременно, поэтому для их устранения требуется применение комплексного подхода.

**Регуляторные или законодательные ограничения**, которые могут препятствовать оказанию паллиативной помощи, включают ограничения в отношении лиц, имеющих право выписывать контролируемые вещества (например, только онкологов), использования специальных бланков для рецептов, а также ограничения, касающиеся лиц, имеющих к ним доступ, периода, на который лекарство может быть прописано (нередко 1–3 дня вместо 14–30 дней), и количества лекарства, которое можно выписывать на один день или на одного пациента. Могут также быть ограничения по времени отпуска лекарства по рецепту, строгие наказания за ошибки в назначении опиатов или требования о том, чтобы подписанные врачами рецепты визировались многочисленными инстанциями или чтобы специальная комиссия принимала решение по каждому пациенту, получающему контролируемые вещества. Другие законодательные ограничения включают требования о том, чтобы больницы или аптеки направляли в полицию информацию о пациентах и выписанных им рецептах, отсутствие регистрации основных лекарственных препаратов для паллиативной помощи, таких как пероральный морфин, а также требования о том, чтобы врачи контролировали уничтожение всех ампул для инъекционных контролируемых лекарств. Аптеки могут быть лишены стимула отпускать лекарства для паллиативной помощи из-за необходимости иметь охранную сигнализацию, круглосуточно дежурящих вооруженных охранников, специальные металлические двери и вести многочисленные заполняемые вручную регистрационные журналы.

Все эти факторы превышают требования, предусмотренные Единой конвенцией о наркотических средствах, и могут ограничить доступ для тех, кто нуждается в обезболивании при паллиативной помощи (4). Регуляторные и политические реформы могут улучшить ситуацию, и ВОЗ может оказать странам поддержку в этом процессе. Следует разрешить выписывать опиоидные анальгетики всем врачам и даже, в соответствующих случаях, специально обученным медсестрам. Создание национального органа по обеспечению достаточного наличия контролируемых веществ, а также разработка национальных руководств и стратегий могут помочь странам принять сбалансированный подход к контролируемым веществам и избежать ненужных ограничительных регуляторных и административных барьеров.

**Недостаток знаний** относительно надлежащего использования обезболивающих препаратов и паллиативной помощи в целом является еще одним серьезным барьером, ограничивающим соответствующий доступ к устранению боли при оказании паллиативной помощи. Существующие в обществе страх и табу относительно смерти или недостаточная осведомленность о том, что симптомы можно облегчить, возможно, мешают

семьям обращаться за помощью или обеспечением активного лечения симптомов у умирающих пациентов. Возможно, работники здравоохранения получили слабую подготовку по паллиативной помощи и боятся или не хотят выписывать опиоидные анальгетики из-за опасений или представлений о риске злоупотребления. Эту нерешительность можно преодолеть путем включения темы паллиативной помощи в учебные программы для всех медиков – особенно врачей, фармацевтов и медицинских сестер, – а также с помощью информационно-разъяснительных кампаний для тех, кто уже занимается медицинской практикой. Важно обеспечить создание основной группы специалистов с дополнительной подготовкой по паллиативной помощи. Повышение уровня информированности населения относительно паллиативной помощи и возможности устранения болевого синдрома может расширить спрос на эти услуги. При нехватке ресурсов повысить уровень осведомленности и улучшить отношение к паллиативной помощи в местном сообществе может специальная подготовка волонтеров.

**Порочные стимулы в системах здравоохранения** также могут помешать пациентам получать паллиативную помощь и обезболивание. В некоторых странах, где у больниц и врачей есть финансовая заинтересованность в том, чтобы предлагать пациентам более дорогостоящее лечение, пациентам в терминальном состоянии могут предложить более дорогостоящее (и неэффективное) радикальное лечение, несмотря на терминальную стадию заболевания. Системы оценки эффективности работы, предусматривающие оценку качества помощи в больницах по показателям внутрибольничной смертности, также способствуют нежеланию врачей лечить пациентов, которые, по всей вероятности, умрут. Все эти факторы можно устранить, изменив системы оценки работы за счет включения в них соответствующих показателей паллиативной помощи, с тем чтобы у больниц и медицинских работников не исчезал стимул лечить умирающих пациентов.

**Барьеры, связанные с доступностью и высокой стоимостью услуг**, негативно сказываются на обезболивании при паллиативной помощи, так же как и на многих других сферах здравоохранения. По крайней мере, наиболее уязвимая часть общества должна иметь доступ к соответствующему обезболиванию. Транспортные расходы, дефицит услуг, обнищание, а также стигматизация, связанные с неизлечимыми заболеваниями, – все это не позволяет большинству нуждающихся получить доступ к обезболиванию. Помимо решения проблем, связанных с регуляторными факторами и ролью поставщиков услуг, упомянутых выше, помочь улучшить доступ к обезболиванию могут полное интегрирование паллиативной помощи/обезболивания в систему первичной медико-санитарной помощи, включение обезболивания и паллиативной помощи в базовые пакеты всеобщего охвата услугами здравоохранения и повышение доступности паллиативной помощи на дому/на уровне местных сообществ.

## Стратегии улучшения доступа к лекарственным средствам для паллиативной помощи

В помощь правительствам ВОЗ опубликовала на нескольких языках руководящие указания по устранению ненужных барьеров для законного доступа к контролируемым лекарственным средствам (4). Кроме того, ВОЗ разработала ряд инструментов и руководств для решения вопросов назначения, цепочки поставок и ценовых барьеров, качества и безопасности, традиционных лекарственных средств и других смежных проблем, которые доступны в учебном разделе веб-страницы ВОЗ, посвященной назначению лекарств, цепочке поставок и ценовым ограничениям.

### Составление национальных перечней основных лекарственных средств

Концепция основных лекарственных средств находится в центре национальной лекарственной политики, поскольку она помогает установить приоритеты для системы здравоохранения. Национальная политика играет решающую роль в обеспечении справедливости и устойчивости в фармацевтическом секторе и создании механизма для определения национальных целей и обязательств. Примерные перечни и руководящие указания ВОЗ помогают странам разрабатывать и осуществлять соответствующую их собственным потребностям и ресурсам комплексную политику, направленную на облегчение страданий больных, нуждающихся в паллиативной помощи. Лекарства для паллиативной помощи, в том числе средства для обезболивания, включены в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ для взрослых и детей (см. приложения 1 и 2) и должны быть доступны для всех, кто в них нуждается. Перечни

ВОЗ включают опиоидные и неопиоидные средства для обезболивания, а также препараты для лечения большинства симптомов при паллиативной помощи.

Отбор основных лекарственных средств, включая основные средства для паллиативной помощи, представляет собой двухступенчатый процесс:

1. Предпродажное одобрение фармацевтического продукта обычно дается на основе его эффективности, безопасности и качества и редко на основе сравнения с другими продуктами, уже имеющимися на рынке, или его стоимости. Это нормативное решение определяет доступность лекарственного средства в стране.
2. Системы государственной закупки лекарств и страхования обычно имеют механизмы ограничения закупок или возмещения стоимости лекарств. Для таких решений необходим процесс оценки, основанный на сравнении различных медицинских продуктов и на критериях соотношения цены и качества. По завершении этого второго этапа составляется перечень основных лекарственных средств.

### Внедрение национального перечня основных лекарственных средств

После того как перечень основных лекарственных средств окончательно доработан, необходимо обеспечить его широкую доступность. Необходимо довести до всеобщего сведения предполагаемое использование этого перечня, его законность и значение. К сожалению, огромное большинство пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и испытывающих боли, не имеют доступа к основным лекарствам. Страны должны осуществить стратегические планы по обеспечению доступа к этим препаратам, включая и те, которые находятся под международным контролем. Некоторые ключевые факторы, касающиеся успешного применения перечня основных лекарственных средств, перечислены в таблице 9.

**Таблица 9.** Ключевые факторы успешного внедрения перечня основных лекарственных средств

- **Разработка прозрачного процесса создания и обновления перечня основных лекарственных средств с учетом мнений основных заинтересованных сторон при обеспечении научной обоснованности процесса.**
- **Согласование перечня основных лекарственных средств с клиническими протоколами диагностики и лечения с привлечением как специалистов, так и поставщиков первичных медицинских услуг.**
- **Активное привлечение к участию авторитетных медицинских специалистов, руководства медицинских учреждений, медицинских сестер, учебных заведений, профессиональных организаций, неправительственных организаций и общественности.**
- **Обеспечение широкой доступности перечня основных лекарственных средств, фармакологических справочников и клинических протоколов для всех учреждений здравоохранения и всех поставщиков медицинских услуг как в печатном, так и в электронном виде.**
- **Рассмотрение вопроса о введении в действие новых или пересмотренных перечней с участием государственных должностных лиц, таких как министр здравоохранения или президент, и с широким освещением в прессе.**
- **Разъяснение конкретной правовой или административной значимости перечня основных лекарственных средств для сфер профессиональной подготовки, закупки, возмещения расходов и информирования общественности.**
- **Рассмотрение вопроса о создании административного или бюджетного «предохранительного клапана» на случай ограниченной поставки и использования не включенных в перечень лекарств, например, определенными специализированными отделениями. Это особенно важно для предупреждения дефицита контролируемых веществ, таких как опиоиды.**
- **Регулярное обновление перечня в целях учета в нем достижений в области терапии и изменений в стоимости, тенденциях резистентности и востребованности учреждениями здравоохранения.**

## Улучшение доступа к основным паллиативным лекарственным средствам

После того как основные паллиативные лекарственные средства добавлены к перечню основных лекарственных средств страны, необходимо принять дополнительные меры для достижения полного доступа к их клиническому использованию.

### 1. Одобрение/разрешение министерства здравоохранения на регистрацию лекарства

В большинстве стран ответственность за согласие на регистрацию новых лекарств – особенно контролируемых веществ – несет министерство здравоохранения. Для этого министерству необходимо получить согласие различных заинтересованных сторон, включая органы по регулированию оборота лекарственных средств, контролирующие доступ к лекарствам и их поставку и в некоторых случаях представляющие сведения об их потреблении и прогнозируемом ожидаемом использовании Международному комитету по контролю над наркотиками (МККН). Кроме того, необходимо привлечь к участию полицейский орган по борьбе с наркотиками (иногда входящий в министерство внутренних дел), который может воспротивиться регистрации новых контролируемых веществ из-за опасений их возможного незаконного использования.

### 2. Импорт

После принятия решения о регистрации нового контролируемого лекарственного средства необходимо определить импортера, который должен найти поставщика и провести переговоры о закупке и продаже. В некоторых странах в качестве импортера и дистрибьютора выступает правительство. В большинстве стран контролируемые вещества уже импортируются и распределяются, поэтому будет проще провести переговоры о добавлении и регистрации новых контролируемых веществ с существующими изготовителями или поставщиками. Если новое контролируемое лекарство нельзя получить от уже имеющихся поставщиков, импортер должен найти нового поставщика, который готов его предоставить. Что касается таблеток перорального морфина или его жидкой формы, мало кто из поставщиков заинтересован в этом рынке из-за низкого размера прибыли, особенно в небольших странах.

### 3. Заключение контракта, определение цены, составление сметы

После того как поставщик найден, импортер должен обсудить соглашение о закупке нового контролируемого вещества. Поставщику необходимы сведения о том, какой объем продукта будет заказан. Как правило, чем больше заказ, тем ниже стоимость за единицу продукции. Однако, если заказ слишком большой, есть риск, что у лекарства истечет срок годности и оно не будет использовано, а деньги потрачены впустую, но, если заказ слишком мал, есть риск возникновения дефицита лекарственного средства. МККН опубликовал руководство для расчета количества медицинских препаратов, таких как пероральный морфин, необходимых для онкологических и ВИЧ-инфицированных пациентов (26).

### 4. Регистрация

После заключения договора с поставщиком новое контролируемое вещество может быть официально зарегистрировано в стране. Если этот лекарственный препарат входит в национальный перечень основных лекарственных средств, поставщик может быть освобожден от обычной платы за регистрацию. Для продолжения процесса регистрации поставщик должен подготовить полное досье препарата, которое включает информацию о производстве лекарственного средства, результатах лабораторных испытаний, профиле растворимости и данные об упаковке, а также получить одобрение министерства.

### 5. Лицензирование импорта и экспорта

Если прошедшее регистрацию лекарственное средство поступает из-за рубежа, поставщику необходимо получить одобрение на экспорт этого лекарства, а импортеру – на его импорт. Такие лицензии выдаются в бумажном виде от органов власти в каждой стране, поэтому в случае обнаружения ошибок работу необходимо переделывать, что вызывает задержки в поставке. Между тем МККН ввел в действие электронную систему импорта/экспорта (IE12), которая значительно упрощает процесс одобрения импорта/экспорта для участвующих в сделке стран.

## 6. Хранение, распределение, создание запасов

Импортер отвечает за получение партий контролируемых веществ и надежное хранение их для распределения по пунктам выдачи лекарств, например в больницах, поликлиниках и коммерческих аптеках. Хранение запасов контролируемых веществ этими аптечными пунктами для отпуска по рецептам и заказам осуществляется в соответствии с местными правилами. Важно, чтобы количество аптек и аптечных пунктов по всей стране было достаточным и пациентам не приходилось совершать дальние поездки, чтобы получить лекарства.

## 7. Обучение назначающих лиц

Наличие нового контролируемого вещества в аптечном пункте не гарантирует, что пациенты получат медикаменты для облегчения симптомов. Если лечащие врачи и другие назначающие лица не заказывают или не выписывают эти медикаменты, они остаются неиспользованными. Чтобы приобрести уверенность в безопасном использовании таких лекарств, назначающим лицам обычно необходимо пройти подготовку по паллиативной помощи и получить современные рекомендации по устранению болевого синдрома и симптомов, предпочтительно у постели больного. Возможно, некоторых практикующих врачей научили избегать применения контролируемых веществ из-за боязни привыкания к ним или злоупотребления ими.

## 8. Просветительская работа среди общественности

Общественность должна быть проинформирована о введении услуг паллиативной помощи и новых видов лечения. В тех странах, где доступ к эффективному обезболиванию до сих пор отсутствует, нередко полагают, что человек, больной раком или какой-либо другой хронической смертельной болезнью в поздней стадии, должен страдать, поскольку ничего сделать нельзя. Общественность должна знать, что паллиативная помощь и облегчение боли и симптомов могут быть предоставлены и люди имеют право на такую помощь и лечение.

## Первые шаги и этапы осуществления

Для того чтобы изменить правила и пройти все вышеперечисленные этапы, потребуется определенное время. На начальных этапах, когда специализированные службы еще только формируются, рекомендуется обеспечивать их некоторыми основными лекарственными средствами. Это упростит снабжение надлежащими медикаментами на начальном этапе и поможет приобрести опыт их применения. Существуют примеры такого прагматичного подхода.

### Пример из практики: пересмотр законодательства в целях улучшения доступа к опиоидам в Индии

В 1993 г. медицинский колледж «Каликут» в штате Керала, ставший первой службой паллиативной помощи, (27) предпринял попытку получить пероральный морфин и столкнулся с многочисленными препятствиями, которые включали:

- страх перед применением опиоидов среди медицинских работников и других лиц;
- необходимость получить три лицензии с одним и тем же сроком действия;
- подключение многочисленных государственных департаментов;
- перерывы в снабжении сырьем (порошком морфина) на государственном предприятии, производящем алкалоиды опия;
- перерывы в поставке таблеток морфина изготовителями опиоидных лекарственных форм.

Основным фактором, обеспечившим улучшение ситуации, стало подключение Группы исследований боли и политики применения опиоидов (ГИБП) – сотрудничающего центра ВОЗ по политике обезболивания и паллиативной помощи в Университете штата Висконсин, который сотрудничал с государственными должностными лицами и активистами паллиативной помощи в Индии. Кроме того, импульс этому движению придало рассмотрение дела о защите общественных интересов в Верховном суде Дели, в котором фармаколог ходатайствовал о выдаче морфина для его матери, страдающей онкологическим заболеванием. Длительная информационно-пропагандистская работа с правительством привела в 1998 г. к тому, что национальное правительство обратилось к правительствам всех штатов с просьбой упростить свои правила оборота наркотиков в соответствии с направленной им моделью. Однако согласно Конституции Индии штаты не были обязаны выполнять эту инструкцию, и фактически большинство этого не сделали. После многолетней информационно-разъяснительной работы и проведения многочисленных семинаров-практикумов, на которых государственные чиновники и врачи паллиативной помощи обсуждали этот вопрос, удалось во многих штатах упростить Закон о наркотических средствах и психотропных веществах (НСПВ). Тем не менее в тех штатах, где отсутствовало активное движение в поддержку паллиативной помощи, никакого улучшения ситуации достигнуто не было.

Просьба, с которой НПО «Паллиум Индия» обратилось к правительству штата Керала в 2005 г., принесла плоды в 2008 г. в виде принятия декларации о политике штата в области паллиативной помощи (28), в которой была сделана попытка интегрировать паллиативную помощь в систему общественного здравоохранения. Сегодня более 170 учреждений в этом штате имеют запасы перорального морфина и распространяют его. В последние годы импульс этому движению придала поддержка со стороны организации «Хьюман райтс вотч» (Human Rights Watch) и программы ВОЗ по основным лекарственным средствам.

Последовательная информационно-разъяснительная работа на протяжении 19 лет в конечном счете привела в феврале 2014 г. (29) к принятию национальным парламентом поправки к Закону о НСПВ и к последующей декларации о правилах оборота НСПВ в штатах страны в мае 2015 г. Это важный шаг, но потребуются еще продолжительная работа в каждом штате, чтобы обеспечить выполнение правил с внесенными поправками без дополнительных процедурных барьеров и получение врачами и медсестрами специальной подготовки по оказанию паллиативной помощи.

### Пример из практики: улучшение доступа к опиоидным болеутоляющим средствам во Вьетнаме

Ситуационный анализ, проведенный во Вьетнаме в 2005 г., показал, что сильные хронические боли были распространенным явлением у онкологических больных и больных ВИЧ/СПИДом, пероральный морфин был практически недоступен, а клиницистам не хватало надлежащей подготовки по обезболиванию. В 2006 г. Министерство здравоохранения издало национальные руководящие указания по паллиативной помощи для онкологических пациентов и больных ВИЧ/СПИДом. Были приняты меры по решению проблемы опиофобии и улучшению безопасного доступа к опиоидам для медицинского использования; два представителя министерства приняли участие в Международной программе по политике обезболивания (МППО), предложенной ГИБП.

Были выявлены и переведены на английский язык 38 вьетнамских законов и правил, негативно влияющих на доступность опиоидов. Были проведены учебный курс и конференция по политике применения опиоидов, в ходе которых эти законы и правила были пересмотрены в целях определения элементов, которые не соответствовали концепции ВОЗ о сбалансированности или создавали препятствия для безопасного доступа к опиоидам.

Вместо того чтобы пытаться изменять законы или указы премьер-министра, было решено изменить только министерские правила. Был составлен проект плана действий, и в 2007 г. состоялся семинар по политике применения опиоидов, для обсуждения этого плана были приглашены все основные заинтересованные стороны. Среди участников были представители Министерства охраны общественного порядка и Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, а также ВОЗ, Управления по лекарственным средствам Вьетнама, вьетнамских национальных институтов рака и инфекционных болезней и международных НПО.

В согласованном всеми участниками плане действий перед Рабочей группой по паллиативной помощи и Министерством здравоохранения было поставлено несколько ключевых задач:

Пересмотреть министерские правила назначения опиоидов в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ.

Совместно с Управлением по лекарствам Вьетнама (УЛВ) и местной фармацевтической отраслью работать над увеличением производства или импорта морфина в виде наиболее полезных препаратов, включая таблетки 10 мг с немедленным высвобождением.

Разъяснять врачам, медицинским сестрам и руководителям служб здравоохранения вопросы важности и безопасности использования опиоидных анальгетиков, низкого риска зависимости среди пациентов со смертельными заболеваниями поздних стадий, необходимости ознакомления с национальными рекомендациями по паллиативной помощи и новыми правилами назначения опиоидов.

В соответствии с пересмотренными правилами назначения опиоидов (см. приводимую ниже таблицу), УЛВ сняло ограничения на количество аптек, которым разрешен отпуск опиоидов. С начала осуществления проекта потребление морфина ежегодно росло и в 2010 г. в девять раз превысило уровень 2003 г. Количество больниц, предлагающих паллиативную помощь, увеличилось с 3 до 15. Важными факторами успеха стали эффективная и уверенная руководящая работа на уровне министерства, последовательная и активная техническая помощь экспертов в области клинической паллиативной помощи и политики применения опиоидов, а также учет социальных и исторических детерминант опиофобии.

### Сводная информация о правилах амбулаторного назначения опиоидов во Вьетнаме до и после принятия мер

Элемент правила назначения опиоидов	Старое правило назначения опиоидов	Пересмотренное правило назначения опиоидов (2008 г.)
Максимальный срок действия рецепта	7 дней	30 дней
Максимальная доза	30 мг в день	Без ограничений
Требуемый период хранения учетной документации о рецептах	5 лет	2 года
План по обеспеченности морфином	Отсутствует	В каждом районе
Ограничения в зависимости от диагноза	При отсутствии диагноза «рак» или «СПИД» рецепт на опиоиды не выдается	При отсутствии диагноза «рак» или «СПИД» максимальный срок действия рецепта – 7 дней

Источник: (30).

### Пример из практики: налаживание местного изготовления раствора морфина в Уганде

С принятием своего пятилетнего Стратегического плана в области здравоохранения на 2000–2005 гг. Уганда стала первой африканской страной, заявившей, что паллиативная помощь является одной из важнейших услуг для всех граждан страны. С этого момента правительство работало над тем, чтобы улучшить обеспеченность опиоидными препаратами. К перечню основных лекарственных средств был добавлен жидкий морфин, и принят новый свод руководящих указаний по обращению с наркотическими средствами класса А для медицинских работников. Кроме того, Министерство здравоохранения начало импортировать порошок перорального морфина и бесплатно обеспечивать раствором перорального морфина учреждения общественного здравоохранения. В период с 2000 по 2008 гг. потребление опиоидов в пересчете на морфин выросло в четыре раза – с менее чем 0,2 мг на человека до 0,8 мг на человека. Уганду посещают группы специалистов из других стран, с тем чтобы перенять опыт создания подобных систем.

Источник: (31).

## 4.4 Укрепление кадрового потенциала для паллиативной помощи

Повышение квалификации и расширение осведомленности о паллиативной помощи среди медицинских работников играет решающую роль в улучшении доступа к этому виду помощи. Специализированная подготовка по оказанию паллиативной помощи имеет важное значение, тем не менее, все медицинские работники должны также иметь базовые знания о принципах паллиативной помощи и качественном обезболивании.

Несмотря на это, большинство медицинских работников получает ограниченную предварительную подготовку по паллиативной помощи или не получает ее вообще. Для тех, кто уже занимается оказанием помощи, необходимо обучение на рабочем месте, и, кроме того, паллиативная помощь должна быть включена в программы подготовки медико-санитарных работников и работников смежных профессий.

### Кто является поставщиком услуг паллиативной помощи?

Наиболее качественную паллиативную помощь оказывают многопрофильные бригады. Поставщики услуг на всех уровнях помощи – от врачей, специализирующихся в области паллиативной помощи, до обученных волонтеров – работают вместе, чтобы обеспечить наилучшее качество жизни для пациента (см. рис. 14).

В высокоспециализированных медицинских учреждениях третичного уровня такая бригада может включать

онколога, врача-терапевта, врача-рентгенолога, лаборанта-радиолога, психолога или консультанта, диетолога, физиотерапевта, медицинскую сестру онкологического профиля, фармацевта, социального работника и медицинскую сестру паллиативной помощи.

В условиях с ограниченными ресурсами основными поставщиками услуг паллиативной помощи являются общественные медико-санитарные работники или обученные волонтеры, которым помогают и которых обучают и контролируют специалисты-медики первичного и вторичного уровня медицинской помощи. Если это допускается в рамках системы, основную роль в оказании помощи могут играть обученные медицинские сестры (вспомогательный сестринский персонал/помощники медсестер по оказанию паллиативной помощи). В уходе за пациентом на дому большую роль играют члены семьи, которые также нуждаются в поддержке.

Службы первичной медико-санитарной помощи и помощи на уровне местных сообществ являются основными поставщиками услуг паллиативной помощи для огромного большинства нуждающихся в ней. Большая часть помощи умирающим должна оказываться на уровне местных сообществ, а также на базе всех без исключения медицинских учреждений, причем оказываться врачами общей практики, а не узкими специалистами. Большинство лиц с хроническими заболеваниями в поздней стадии, нуждающихся в паллиативной помощи, живут в местных сообществах, и при надлежащей подготовке врачи первичной медико-санитарной помощи должны уметь выявлять их.

**Рисунок 14.** Где оказывается паллиативная помощь



## Определение основных задач и необходимых навыков

### Основные роли и обязанности поставщиков услуг паллиативной помощи

Услуги паллиативной помощи требуют навыков по устранению осложнений заболевания (и лечению), боли и других симптомов, обеспечению психосоциальной помощи пациентам и семьям, а также по уходу за умирающим и поддержке лиц, понесших тяжелую утрату. Кроме того, бригада паллиативной помощи должна обладать навыками коммуникации, принятия решений и пониманием духовных потребностей. Знание этих ролей и обязанностей помогает бригаде паллиативной помощи действовать эффективно, а также позволяет оценить потребности в подготовке.

В данном разделе изложены некоторые ключевые задачи и обязанности всех поставщиков паллиативной помощи и более конкретные обязанности общественных медико-санитарных работников, штатных медицинских сестер, врачей системы первичного и вторичного уровня, а также поставщиков услуг третичного уровня, в том числе в больницах.

Приведенные ниже роли не являются постоянными. Каждая страна может адаптировать роли различных поставщиков таким образом, чтобы они наилучшим образом отвечали потребностям в конкретных условиях.

### **Роль всех поставщиков услуг паллиативной помощи**

Все поставщики услуг паллиативной помощи несут совместную ответственность за распространение и передачу информации. Передача медицинской информации между различными медработниками, отвечающими за помощь пациенту, должна происходить бесперебойно. В необходимых случаях сюда входит эффективный обмен медицинской документацией и ее совместное использование бригадами на уровне сообществ и третичной медицинской помощи. Поставщики должны получить специальную подготовку по решению как физических, так и эмоциональных проблем, а также по вопросам коммуникации.

### **Роль общественных медико-санитарных работников/вспомогательного персонала, участвующего в оказании паллиативной помощи**

Общественные медико-санитарные работники и другие работники сообщества, занимающиеся оказанием паллиативной помощи, должны координировать свою деятельность с лицами, оказывающими помощь на уровне первичной и вторичной медико-санитарной помощи. Роль работников сообщества состоит в ассистировании другим членам бригады паллиативной помощи, а также в предоставлении рекомендаций и поддержки пациенту и членам семьи. Некоторые конкретные задачи общественных медико-санитарных работников и вспомогательного персонала, участвующего в оказании паллиативной помощи, включают следующее:

- разработка индивидуального плана помощи на дому для каждого пациента;
- в некоторых случаях – обеспечение лечения и инструктирование членов семьи по выполнению этой задачи;
- облегчение доступа к предметам ухода и лекарствам;
- посещение пациента на дому в соответствии с регулярным графиком, с тем чтобы предвидеть проблемы и, по возможности, предупреждать их; передача информации о проблемах специалистам вышестоящего уровня и обеспечение последующего контроля;
- обучение пациента и членов семьи методам ухода и создающим комфорт процедурам и проверка их исполнения;
- регулярное проведение комплексной оценки физических, психосоциальных и духовных потребностей пациента и передача информации о результатах соответствующим представителям всех трех уровней медико-санитарной помощи;
- использование результатов оценки в целях обеспечения необходимого лечения, включая обезболивание;
- ответы на вопросы, предоставление информации и ведение документации;
- поддержка членов семьи пациента в их усилиях по максимально возможному вовлечению пациента в повседневную жизнь семьи;
- помощь/поддержка/рекомендации членам семьи по сестринскому уходу и уходу за лежачими больными (при наличии соответствующей подготовки).

### **Роль штатных медсестер в учреждениях первичного, вторичного и третичного уровней помощи**

Штатные медицинские сестры выполняют широкий спектр контрольных, координационных и обучающих функций. Они участвуют в деятельности по координации, контролю и мониторингу помощи, оказываемой на дому, включая помощь пациентам со стороны волонтеров, а также действуют в качестве связующего звена между системой помощи на уровне сообщества и учреждениями вторичного и третичного уровня медико-санитарной помощи. Штатные медицинские сестры отвечают за контроль и мониторинг работы вспомогательного сестринского персонала, а также за учебную подготовку этих штатных сотрудников и волонтеров. Штатные медицинские сестры выполняют специализированные сестринские процедуры, такие как помощь при лимфедеме и уход за кишечной стомой. Они также ведут документацию об оказании помощи на дому.

## Роль врачей и лиц, уполномоченных назначать лечение, в учреждениях первичного и вторичного уровней медико-санитарной помощи

Врачи и лица, уполномоченные назначать лечение, обеспечивают облегчение тяжелых симптомов, выписывают лекарства, обучают и консультируют персонал, пациентов и членов их семей. Например, они:

- периодически посещают местное сообщество в целях обучения лиц, оказывающих помощь на дому и общественных медико-санитарных работников, а также для ознакомления с условиями их работы и проживания их пациентов;
- участвуют в тренингах по паллиативной помощи, организованных на уровне районных медицинских учреждений и учреждений специализированной помощи;
- оказывают поддержку бригаде сообществ и контролируют ее работу, а также предоставляют лечение и уход пациентам;
- выписывают анальгетики, включая пероральный морфин, и лекарства для симптоматического лечения других проблем;
- снабжают лекарствами пациента или лиц, осуществляющих уход за ним, либо для немедленного использования, либо для использования по мере необходимости;
- выписывают, обеспечивают, контролируют, поддерживают и накапливают запасы необходимых материалов для работников сообществ, которые посещают больных на дому;
- консультируют и обучают пациентов, членов их семей и местных помощников по уходу за больными по вопросам предупреждения и решения общих проблем, таких как контрактуры и пролежни;
- направляют пациентов в медицинские учреждения более высокого уровня в случае острых проблем, с которыми там справляются лучше;
- помогают организовать транспорт для доставки пациентов в эти учреждения;
- обеспечивают кратковременное стационарное лечение для устранения тяжелых симптомов;
- обеспечивают дистанционный контроль и помощь, предоставляя консультации по телефону.

## Роль представителей третичного уровня медико-санитарной помощи, включая стационары

Поставщики услуг на третичном уровне, включая больницы, обеспечивают стационарную помощь, включая лучевую терапию и другие виды лечения, доступные только на этом уровне, для пациентов с неустранимой болью и другими симптомами. Они также обеспечивают неотложную амбулаторную помощь в случае симптомов, причиняющих сильные страдания, если это осуществимо и если есть согласие пациента и его семьи. Следуя национальным протоколам, пациенту снимают боль в максимально возможной степени, применяя в случае необходимости сильные дозы опиоидов. Поставщики услуг этого уровня сообщают о принятых мерах врачам, направившим пациента, и могут провести с ними дистанционные консультации.

## Роль семьи в оказании паллиативной помощи

Семья играет существенную роль в оказании паллиативной помощи. Роль медицинских работников состоит в том, чтобы обеспечить понимание пациентом и членами его/ее семьи характера и прогноза заболевания и рекомендованного лечения. Члены семьи также нуждаются в поддержке, медицинской и социальной помощи. С помощью медицинских работников семья привлекается к принятию совместных решений, получает информацию о медицинских решениях, включая замену тех, кто осуществляет уход, и изменения в ходе лечения, а также получает рекомендации согласно передовой практике паллиативной помощи. Члены семьи и лица, осуществляющие уход, обучаются приемам ухода на дому.

## Распределение обязанностей

Страны должны рассмотреть вопрос об экономически эффективном использовании имеющихся медицинских кадров в процессе внедрения и расширения паллиативной помощи на уровне сообществ. Некоторые виды паллиативной помощи могут быть переданы от узких специалистов другим медицинским

работникам. ВОЗ разработала ряд глобальных рекомендаций по перераспределению обязанностей по оказанию услуг паллиативной помощи для пациентов с ВИЧ/СПИДом (33). Эти принципы могут оказаться полезными при более широком предоставлении услуг паллиативной помощи (см. табл. 10).

**Таблица 10.** Обученные медико-санитарные работники, способные выполнять обязанности по оказанию паллиативной помощи безопасно и эффективно

	Врачи	Средний медицинский персонал	Медицинские сестры	Общественные медико-санитарные работники
<b>Обезболивание</b>				
Проведение оценки (оценок) болевого синдрома	x	x	x	x
Лечение слабой, умеренной и сильной боли, с использованием рекомендаций по лечению хронической боли, включая применение перорального морфина	x	x	x	
Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за ним, применению обезболивающих средств, включая пероральный морфин	x	x	x	x
Предупреждение, распознавание и лечение побочных действий обезболивающих средств	x	x	x	
Консультирование по нефармакологическим методам снятия боли	x	x	x	x
Лечение очень сильной неустрашимой боли соответствующим образом, в том числе с использованием стероидов при наличии показаний	x	x		
<b>Устранение симптомов</b>				
Устранение других общих симптомов (потеря веса, тошнота, повышение температуры, диарея, проблемы со сном, тревожность и т. д.)	x	x	x	
<b>Психосоциальная поддержка и помощь в терминальной стадии болезни</b>				
Консультирование, психосоциальная и духовная поддержка	x	x	x	x
Поддержка пациента в терминальном состоянии	x	x	x	x
Поддержка лиц, осуществляющих уход, членов семьи и детей	x	x	x	x
<b>Надзор или наблюдение</b>				
Контроль за выполнением вышеуказанных действий средним медперсоналом, медсестрами и общественными медико-санитарными работниками	x			
Контроль за выполнением вышеуказанных действий медсестрами и общественными медико-санитарными работниками	x	x		
Контроль за выполнением вышеуказанных действий общественными медико-санитарными работниками	x	x	x	

Источник: Руководство ВОЗ по распределению обязанностей (33).

Еще одним препятствием для доступа к паллиативной помощи является требование, чтобы опиоиды назначались только лечащими врачами. Эту проблему можно решить, наделив медицинских сестер или фельдшеров (ассистентов врача), при наличии таковых, правом прописывать лекарства, возобновлять выписанные врачами рецепты, хранить запас медикаментов для пациентов или контролировать общественных медико-санитарных работников.

Делегирование обязанностей должно осуществляться только при наличии надлежащей системы для защиты как поставщиков медицинских услуг, так и лиц, получающих лечение и уход. Некоторые страны внесли изменения в свою политику и правила, разрешив медицинским сестрам и фельдшерам выписывать рецепты на опиоидные препараты для обеспечения охвата услугой обезболивания.

### Пример из практики: перераспределение обязанностей в Уганде

В 2004 г. в законодательство Уганды была внесена поправка, разрешающая медицинским сестрам и фельдшерам, прошедшим 9-месячный курс обучения по программе паллиативной помощи, прописывать морфин.

Проходящих курс клинической паллиативной помощи медсестер и фельдшеров обучают надлежащим образом и эффективно выписывать морфин. К 2007 г. уже 53 человека окончили этот курс. Этот 9-месячный курс включает 8 недель теоретических занятий, один 12-недельный период практики с проживанием в «Хоспис Африка», Уганда (специализированная практика по паллиативной помощи), один 10-недельный период практики с размещением в центрах паллиативной помощи/ВИЧ (в специализированных организациях по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным и госпитале «Мулаг») и один 10-недельный период практики на своем собственном рабочем месте, где они, как ожидается, должны составить план выполнения своих услуг паллиативной помощи после завершения курса. Предполагается, что окончившие этот курс будут играть ведущую роль в координации паллиативной помощи в своем районе, организовывать разбор клинических случаев и занятия по специализации для тех, кто работает в сфере паллиативной помощи, а также вести информационно-пропагандистскую работу по включению паллиативной помощи в районные и местные общинные планы для получения финансирования и поддержки.

Вначале, вернувшись на свое место работы, некоторые выпускники сталкивались с трудностями, если оказание паллиативной помощи на их новом месте работы не было четко оговорено заранее. Для решения этой проблемы, прежде чем участник будет включен в программу, руководство курса в настоящее время просит потенциальных работодателей предоставить гарантии того, что после выпуска участник программы будет работать в области оказания паллиативной помощи не менее двух лет.

*Источник: (34).*

## Укрепление паллиативной помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи

Руководящие принципы Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) по развитию первичной паллиативной помощи (35) предлагают следующую стратегию укрепления роли паллиативной помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи.

1. Выявление в вашей стране ключевых фигур или организаций, заинтересованных в развитии паллиативной помощи на уровне местных сообществ (например, организаций семейных врачей, специалистов по паллиативной помощи).
2. Созыв совещания или создание рабочей группы для выявления и обсуждения местных проблем и путей их решения.
3. Использование базы данных целевой группы ЕАПП на уровне местных сообществ для установления контактов с экспертами, которые могли бы предоставить конкретные рекомендации по соответствующим вопросам.
4. Ориентация на достижение улучшения в каждой из четырех областей модели общественного здравоохранения в целях создания сбалансированной системы оказания услуг.
5. Сбор данных в поддержку необходимости организации паллиативной помощи в данном местном сообществе и о значении потенциальных результатов.

## Развитие навыков и подготовка

### Подготовка медицинского персонала

Все поставщики медицинских услуг должны иметь определенную подготовку в области паллиативной помощи и обезболивания. Уровень подготовки, необходимый различным поставщикам медицинских услуг, можно представить следующим образом:

- базовые навыки паллиативной помощи для всего медицинского персонала – то есть врачей, медицинских сестер, фармацевтов, социальных работников, психологов (включая стажеров и практикующих специалистов);
- усовершенствованные навыки паллиативной помощи для медицинского персонала, сталкивающегося с большим числом пациентов с заболеваниями в прогрессирующей стадии, такими как рак, ВИЧ/СПИД, деменция;
- экспертные навыки паллиативной помощи для специалистов-медиков в этой области, которые будут работать в специализированных отделениях паллиативной помощи и помогать в обучении другого медицинского персонала.

Приоритеты в области совершенствования подготовки будут зависеть от типа создаваемых служб. Например, если в плане паллиативной помощи основное внимание уделяется оказанию услуг на дому в целевом районе, усилия в области образования должны быть направлены на повышение информированности в целевом местном сообществе и обучение медико-санитарных работников, лидеров местных сообществ и членов семьи, осуществляющих основной уход на дому, базовым приемам такой помощи. Медико-санитарные работники на уровне местных сообществ должны обучаться специалистами районного уровня и находиться под их контролем.

Для обеспечения эффективности программы паллиативной помощи обучение должно быть согласовано по времени с внедрением новых услуг, которые будут предусматривать доступность перорального морфина и других основных лекарственных средств. Медико-санитарные работники, подготовленные по программе паллиативной помощи, нередко разочаровываются в своем выборе из-за отсутствия ресурсов, позволяющих им выполнять эту работу. Одним из вариантов является организация подготовки бригад паллиативной помощи по месту работы в целевом районе при поддержке местных органов власти. Такой вид подготовки позволяет поставщикам медицинских услуг сохранять связь со своей рабочей средой и вносить вклад в организацию служб и предоставление услуг паллиативной помощи по мере совместного обучения.

Приступая к осуществлению программы паллиативной помощи в стране с низким или средним уровнем дохода, следует обеспечить получение образования и профессиональной подготовки всеми медицинскими работниками в целевом районе. Следующие меры обеспечат доступность приоритетных услуг для большинства пациентов в относительно короткий срок.

1. Во-первых, обеспечение базовой подготовки (20–40 часов) для поставщиков медицинских услуг, работающих на уровне первичного звена медико-санитарной помощи или на уровне сообщества.
2. Во-вторых, обеспечение подготовки промежуточного уровня (60–80 часов) для врачей и медсестер, работающих с онкологическими больными в учреждениях вторичного и третичного уровня здравоохранения.
3. В-третьих, обеспечение профессиональной (специализированной) подготовки (3–6 месяцев) для специализированных бригад или отделений паллиативной помощи в учреждениях вторичного и третичного уровня медико-санитарной помощи.
4. Наконец, обеспечение преддипломного обучения в медицинских институтах и медсестринских колледжах.

Африканская ассоциация паллиативной помощи разработала базовую учебную программу по паллиативной помощи (36) и основы ключевых компетенций, которые уже используют некоторые страны Африки. ЕАПП также разработала набор ключевых компетенций для специалистов в области паллиативной помощи (37). В режиме онлайн имеются многие другие бесплатные учебные курсы и ресурсы.

### **Обучение населения и лиц, определяющих политику**

Чтобы увеличить вероятность того, что люди, нуждающиеся в паллиативной помощи, получают доступ к требуемым услугам, важно дать широким слоям населения представление о том, что такое паллиативная помощь, кого следует направлять для получения этих услуг, каковы эти услуги и каким образом пациенты и их семьи могут получить пользу от программ паллиативной помощи. Широкая общественность может сыграть свою роль в паллиативной помощи – например, путем оказания волонтерской помощи бригадам медицинских работников.

### Пример из практики: включение курса паллиативной медицины в учебные программы медицинских факультетов и медсестринских колледжей в Колумбии

Следуя рекомендациям резолюции WHA67.19 Всемирной ассамблеи здравоохранения об укреплении образования в области паллиативной помощи и ее оказания на уровне первичной медико-санитарной помощи и уровне бакалавриата, представители Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи (ИАНПС), Fundacion FEMEBA (Аргентина) и Отделения паллиативной медицины Университета г. Аахен (Германия) объединили усилия для разработки и осуществления в Латинской Америке проекта под названием «Преобразование системы». Проект направлен на содействие обучению паллиативной помощи в медицинских институтах и колледжах для подготовки врачей и медицинских сестер и ее включению в учебную программу во всех странах региона.

Проект был апробирован в Колумбии в 2014–2015 гг. и осуществлялся в несколько этапов:

1. Первоначальное посещение шести университетов, где представители программы встречались с преподавателями и студентами, чтобы изучить и оценить их восприятие паллиативной помощи и интерес к ней. В большинстве случаев реакция была положительной.
2. Семинар по разработке компетенций в области паллиативной помощи на уровне бакалавриата для врачей и медицинских сестер. В семинаре принимали участие представители 17 медицинских/сестринских учебных заведений Колумбии. Участники единодушно согласились с компетенциями, разработанными группой, и итоговое резюме было распространено, переведено на английский язык, и обе версии – на испанском и английском языках – были загружены в учебных целях на веб-сайт ИАНПС(38).
  - a. Участники обсудили проекты по улучшению, расширению и включению паллиативной помощи в учебные программы подготовки врачей и медицинских сестер в медицинских учебных заведениях. Семинар также предоставил возможность для создания сетей и обмена идеями, ресурсами и опытом.
  - b. Университеты в настоящее время используют разработанные компетенции как модель для составления своих собственных учебных программ по паллиативной помощи, которые обеспечивают удовлетворение потребностей их пациентов и одновременно учитывают их собственные ресурсы и образовательные потребности студентов.
3. На третьем этапе, запланированном на декабрь 2015 г., будут продемонстрированы новые методы обучения паллиативной помощи с использованием материалов этого семинара.

Подобный подход запланирован и для других латиноамериканских стран, включая Аргентину, на 2016 г.

*Источник: по материалам (39,40).*

Для лиц, определяющих политику, особенно важно понимать, что паллиативная помощь является частью непрерывного процесса оказания помощи больным раком, ВИЧ/СПИДом и другими болезнями, что эту помощь можно интегрировать в существующую систему здравоохранения без больших затрат и что оказание такой помощи требует наличия опиоидов на всех уровнях медицинского обслуживания.

Средствам массовой информации следует распространять достоверную информацию, имеющую просветительскую ценность, избегая при этом сенсационности. Для этого журналистам следует предоставить возможность пообщаться с пациентами в прогрессирующей стадии заболевания, которые захотят рассказать о значении обезболивания для повышения качества их жизни. При этом необходимо предусмотреть меры предосторожности, чтобы обеспечить со стороны СМИ уважение достоинства и прав пациентов и их семей. Необходимо также информировать СМИ о потребностях пациентов и их семей в поддержке и помощи.

## 4.5 Установление стандартов и оценка услуг паллиативной помощи

В данном разделе рассматриваются способы измерения прогресса в укреплении паллиативной помощи, а также способы измерения и повышения качества услуг. Национальные стандарты паллиативной помощи предписывают необходимые меры по созданию и обеспечению функционирования службы паллиативной помощи. Для оценки и повышения качества услуг важны показатели измерения, относящиеся к структуре, процессу и результатам оказания паллиативной помощи. Проведение оценки с самого начала деятельности службы паллиативной помощи поможет органам власти убедиться в ценности паллиативной помощи для национальной системы здравоохранения и обеспечить доступ к качественным услугам паллиативной помощи.

### Оценка общего прогресса в развитии паллиативной помощи

Все поставщики услуг паллиативной помощи обязаны постоянно повышать их качество. Основным источником информации для повышения качества услуг являются данные, собранные с помощью показателей качества. По возможности службы паллиативной помощи должны сопоставлять свои результаты показателей качества с показателями других аналогичных служб. Базовая система индикаторов, которую можно использовать для оценки основных областей национальной или региональной программы, представлена в таблице 11.

**Таблица 11.** Примерные индикаторы для оценки общего развития паллиативной помощи

<b>Индикаторы в области политики</b>	Наличие в настоящий момент национального плана/программы в области паллиативной помощи (да/нет)
	Паллиативная помощь включена в базовый пакет мер по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения
	Наличие законов и правил безопасного и эффективного назначения опиоидов в соответствии с международными конвенциями по наркотическим средствам
<b>Индикаторы в области образования</b>	Доля высших медицинских учебных заведений, в которых обучение паллиативной помощи включено в учебные программы бакалавриата (то есть отношение числа медицинских вузов с обучением паллиативной помощи на уровне бакалавриата к общему числу медицинских вузов)
	Доля школ для подготовки медсестер, в которых паллиативная помощь включена в преддипломную учебную программу (то есть отношение числа школ для подготовки медсестер с обучением паллиативной помощи к общему числу таких школ)
	Количество специализированных учебных программ по паллиативной помощи для врачей, утвержденных уполномоченным органом (абсолютное число), с профильным образованием по паллиативной помощи, определяемым как специальность, узкая специальность, полученные степень магистра или диплом по этой специальности, согласно определению соответствующего компетентного органа
<b>Индикаторы предоставления услуг</b>	Включение паллиативной помощи в перечень услуг, предоставляемых на уровне первичной медицинской помощи
	Количество служб паллиативной помощи на миллион жителей
	Количество аккредитованных врачей/узких специалистов, работающих в области паллиативной помощи, на миллион жителей
	Количество местных сообществ, в которых имеются службы паллиативной помощи и предоставляются соответствующие услуги
<b>Индикаторы по доступу к лекарственным средствам</b>	Потребление сильных опиоидов в расчете на число умерших от рака (мг на число умерших)
	Все основные лекарственные средства ВОЗ для паллиативной помощи включены в национальный перечень основных лекарственных средств
	Доля районов, где пероральный морфин доступен в рамках первичной медико-санитарной помощи
<b>Итоговые показатели</b>	Процентная доля умерших, имевших доступ к паллиативной помощи
	Количество пациентов, которым была оказана паллиативная помощь, на 100 тысяч жителей

Любая служба паллиативной помощи должна с самого начала использовать методы оценки, обеспечивающие уверенность в том, что используется эффективная программа и ресурсы не растрачиваются неэффективно. Оценка национальной/региональной программы не только позволяет поставщикам услуг отслеживать прогресс в достижении заранее определенных программных целей, а также промежуточных целей и задач на различных этапах, но и проводить сравнения между различными группами населения и обеспечивает возможность для принятия оперативных мер по улучшению качества в критических областях. Особое внимание нужно уделять группам населения с несоразмерно высокими факторами риска. Может быть проведено сравнение такой службы с подобными инициативами в других местах, и эта оценка обеспечит техническую базу для политических решений о развитии этой службы, включая предоставление дополнительного финансирования и поддержки.

## Измерение качества паллиативной помощи

Важно также оценивать качество предоставляемой паллиативной помощи. Для измерения качества такой помощи существует ряд критериев и итоговых индикаторов (41,42). Следует использовать стандартизированные клинические методы для регулярного измерения симптомов страдания и функциональных возможностей пациентов. При проведении измерений в области паллиативной помощи возникает ряд особых проблем. Пациенты тяжело больны, и им трудно общаться. Члены семьи могут оценить свою собственную помощь, но не всегда являются теми, кто может наилучшим образом оценить состояние пациента (хотя, возможно, они делают это более точно, чем медицинские работники).

Ряд областей паллиативной помощи может служить основой для измерения ее качества:

1. Структура и процесс помощи (например, подготовка и обучение специалистов; обеспечение непрерывности помощи).
2. Физические аспекты помощи (например, измерение и документирование болевого синдрома и других симптомов; оценка и устранение симптомов и побочных действий).
3. Психологические и психиатрические аспекты помощи (например, измерение, документирование и устранение тревожности, депрессии и других психологических симптомов; оценка психологических реакций пациента/членов семьи и управление ими).
4. Социальные аспекты помощи (например, регулярное проведение собеседований с пациентами/членами семьи, осуществляющими уход, для предоставления информации, обсуждения целей помощи и предложения поддержки пациенту или семье; разработка и осуществление планов комплексной социальной помощи).
5. Духовные, религиозные и экзистенциальные аспекты помощи (например, предоставление информации о наличии услуг духовного попечительства для пациента или его семьи).
6. Культурные аспекты помощи (например, включение культурных оценок, таких как место принятия решений и предпочтения пациента или семьи относительно раскрытия информации и сообщения правды, языка и ритуалов).
7. Уход за умирающим в ближайшее время пациентом (например, признание и документирование перехода в завершающую фазу умирания; подтверждение и документирование желаний пациента/членов семьи относительно места смерти; осуществление плана поддержки лиц, понесших тяжелую утрату).
8. Этические и правовые аспекты помощи (например, документирование предпочтений пациента/его доверенного лица в отношении целей помощи, вариантов лечения и места лечения; составление заблаговременного распоряжения; содействие в предварительном планировании медицинских решений).

## Другие параметры для рассмотрения

### Результаты использования ресурсов

Большинство исследований, посвященных экономическому эффекту паллиативной помощи, свидетельствуют о более оптимальном использовании ресурсов здравоохранения и снижении показателей госпитализации. Важным аспектом является измерение уровня использования ресурсов здравоохранения – особенно это касается стационарной помощи, которая является самым дорогостоящим ресурсом в любой системе здравоохранения.

### Измерение уровня осведомленности населения

Важно проводить измерение отношения населения к паллиативной помощи и облегчению страданий. Для измерения изменений в отношении стандартизированные репрезентативные опросы следует проводить в течение продолжительного периода времени. В этих опросах населению обычно задается вопрос о том, какие услуги, по их мнению, были бы важны, если бы они или кто-либо из близких столкнулся со смертельной болезнью.

### Установление стандартов для паллиативной помощи

Европейская ассоциация паллиативной помощи разработала консенсусный документ по нормам и стандартам для хосписной и паллиативной помощи в Европе (9). Африканская ассоциация паллиативной помощи разработала стандарты для обеспечения качественной паллиативной помощи в странах Африки (43). Более 30 стран имеют национальные стандарты паллиативной помощи (см. примеры на <http://thewhpc.org/resources/category/standards-clinical-guidelines-and-protocols>), которые могут быть использованы в качестве образцов в помощь странам в разработке их собственных стандартов.

Национальные стандарты отличаются от клинических стандартов, руководств, протоколов и стандартных операционных процедур, которые обычно используются для описания процесса лечения пациента или симптома, но в то же время связаны с ними. Национальные стандарты могут различаться по сложности и содержанию. Как минимум, их содержание должно включать следующие элементы:

- руководство и управление службами паллиативной помощи;
- основание для получения паллиативной помощи;
- описание многопрофильной бригады с указанием обязательных и дополнительных специальностей;
- квалификация и подготовка, необходимые для работы в службе паллиативной помощи;
- типы услуг, которые должны предоставляться по каждой специальности;
- рекомендуемое соотношение специалистов в бригаде и их рабочая нагрузка;
- образование, подготовка и поддержка персонала;
- клиническая оценка и междисциплинарный план развития службы помощи;
- требования по ведению учета и хранению медицинской документации;
- политика обеспечения безопасности и борьбы с инфекцией;
- лекарственные средства, материалы и оборудование для услуг;
- непрерывность помощи;
- этические вопросы;
- оценка качества и улучшение результатов деятельности;
- паллиативная помощь в различных условиях (стационарная, амбулаторная, с дневным пребыванием в больнице, помощь на дому);
- паллиативная помощь для особых групп населения (дети, лица с инфекционными заболеваниями, неонкологические больные, уязвимые группы).

### Пример из практики: стандарты Африканской ассоциации паллиативной помощи для обеспечения качественной паллиативной помощи в странах Африки

Африканская ассоциация паллиативной помощи признала, что, помимо расширения охвата услугами паллиативной помощи в регионе, важно обеспечить высокое качество предоставляемой помощи. В Африке основным способом оказания услуг паллиативной помощи является помощь на дому, которая преимущественно предоставляется волонтерами. Помимо решения задачи набора кадров и их удержания, необходимо добиться, чтобы поставщики услуг паллиативной помощи на континенте обеспечивали приемлемый стандарт ухода за пациентом при оказании помощи на дому. Четкие стандарты необходимо использовать при воспроизведении паллиативной помощи на различных уровнях системы здравоохранения и при различных способах оказания услуг. Стандарты Африканской ассоциации паллиативной помощи для обеспечения качественной паллиативной помощи в странах Африки (43) предназначены для всех, кто предоставляет услуги и подготовку лицам, страдающим смертельными заболеваниями.

В стандартах подробно представлены требования к качеству или критерии для каждого уровня оказания услуг. Используются три уровня:

**Уровень 1:** первичный/базовый. На этом уровне предоставляется самый необходимый или минимальный пакет услуг паллиативной помощи.

**Уровень 2:** вторичный/промежуточный. На этом уровне предоставляются промежуточные услуги, которые обеспечивают широкий спектр компонентов помощи.

**Уровень 3:** третичный/специализированный. На этом уровне предоставляются желательные в рамках специализированной службы паллиативной помощи услуги лицам со смертельными заболеваниями.

Эти стандарты, разработанные заинтересованными в развитии паллиативной помощи сторонами из разных стран Африки и со всего мира на основе широких консультаций и участия, будут регулярно пересматриваться в целях обеспечения их актуальности и своевременности.

### Пример из практики: инструмент самооценки и звездочная система оценки, разработанные в Южной Африке

Ассоциация хосписной паллиативной помощи Южной Африки (НРСА) разработала систему аккредитации, которая определяет уровень развития услуг на основе звездочной системы оценки. При этом хосписам, аккредитованным Советом по аккредитации служб здравоохранения Южной Африки (CoHSASA), был присвоен статус «5-звездочных хосписов». Система аккредитации НРСА имеет онлайн-инструмент самооценки, который дает возможность организациям-членам зарегистрироваться и пройти опрос в отношении требуемых стандартов. Хосписы могут подать запрос на проведение оценочного посещения при переходе с одного уровня на более высокий уровень, а также при подготовке к посещению представителей CoHSASA с целью внешней аккредитации. Такая система аккредитации обеспечивает контроль качества при мониторинге организаций на базе местных сообществ и способствует повышению качества паллиативной помощи для пациентов и их семей.

## 4.6. Расчет стоимости услуг паллиативной помощи

### Экономический эффект паллиативной помощи

Имеются существенные доказательства того, что паллиативная помощь – будь то помощь, оказываемая в хосписе, в больнице или на дому, – приводит к снижению расходов больниц и в целом системы здравоохранения (15, 44–48) благодаря сокращению числа случаев неоправданной госпитализации, поступлений пациентов в отделения неотложной помощи и необязательного лечения. Паллиативная помощь в домах-интернатах для пожилых людей может также снизить количество направлений на лечение в больницы (49). Это означает, что обеспечение услугами паллиативной помощи может фактически снизить расходы на здравоохранение, обеспечивая при этом более высокое качество жизни для пациентов паллиативной помощи.

### Расчет стоимости паллиативной помощи

Как и в случае с другими услугами здравоохранения, паллиативная помощь предполагает прямые и косвенные затраты. Прямые затраты включают постоянные и переменные расходы. Полезно определить показатель измерения, который поможет при планировании. Это может быть общий годовой бюджет или такие единицы измерения, как суточные затраты, затраты на пациента в месяц, затраты на день пребывания в стационаре, затраты на эпизод лечения в стационаре или расходы при посещении на дому или обслуживании в амбулатории.

Стоимость паллиативной помощи в основном связана с расходами на персонал, в отличие от других услуг здравоохранения, где выше затраты на лечение. Еще одним ключевым вопросом является финансирование, так как большинство служб адаптируются к имеющимся в их распоряжении средствам.

#### Пример из практики: две модели расчета стоимости из Европы и Африки

##### 1. Модель расчета стоимости, принятая в Румынии

В этой модели (50) расчет ведется по четырем показателям: 1) издержки на один день пребывания в стационаре, 2) издержки на посещение на дому, 3) стоимость оказания помощи на дому в месяц и 4) расходы на одного пациента. Имеются две электронные таблицы: одна – для расчета издержек на пребывание в стационаре и другая – для расчета стоимости помощи на дому. Местные затраты на персонал, лекарственные средства, расходные материалы и другие статьи расхода вносятся в рабочий журнал для получения общих результатов. Румынская модель расчета стоимости показала, что стоимость дня пребывания в стационаре обходится в 96,58 долл. США, стоимость посещения на дому (средняя для всех специальностей) составляет 30,37 долл. США, стоимость оказания помощи на дому в месяц составляет 723,60 долл. США и стоимость эпизода лечения на дому (которая включала в среднем 45 посещений) составляет 1367,71 долл. США.

##### 2. Модель расчета стоимости, разработанная Ассоциацией хосписной и паллиативной помощи Южной Африки

Результаты, рассчитанные по этой модели, относятся к оказанию помощи на дому или в стационарном отделении: 1) стоимость в расчете на пациента в день, 2) стоимость в месяц, 3) стоимость в расчете на пациента в месяц, 4) средняя стоимость эпизода лечения. В Южной Африке средняя стоимость помощи на дому в месяц составила 96 долл. США, а стоимость одного дня пребывания в стационаре – 91 долл. США. Однако стоимость паллиативной помощи представляет собой только часть уравнения. Эта стоимость может быть компенсирована сокращением других расходов, особенно расходов на госпитализацию.



# 5

## Другие инструменты и ресурсы ВОЗ

### Клиническое ведение в рамках оказания паллиативной помощи

Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями, ВОЗ, Женева, 2012: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/49/9789241548120\\_Guidelines\\_rus.pdf?ua=1&ua=1/](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/49/9789241548120_Guidelines_rus.pdf?ua=1&ua=1/)

Palliative care: Symptom management and end-of-life care guidelines. Integrated management of Adult/Adolescent Illness (2004): [http://www.who.int/hiv/pub/imai/primary\\_palliative/en/](http://www.who.int/hiv/pub/imai/primary_palliative/en/)

РАНО Palliative care clinical guidelines/manual (на исп. яз.): [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5045%3Aguidelines-and-manuals%3A-palliative-care&catid=3402%3Ahsd0201f-palliative-cancer-&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5045%3Aguidelines-and-manuals%3A-palliative-care&catid=3402%3Ahsd0201f-palliative-cancer-&lang=en)

Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ: Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/78122/Chap\\_3\\_Palliative\\_for\\_web\\_rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/78122/Chap_3_Palliative_for_web_rus.pdf)

### Разработка политики и программ

Cancer control: Palliative care. WHO guide for effective programmes (2007): [http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_palliative/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/)

Оказание паллиативной помощи лицам пожилого возраста: положительная практика. Европейское региональное бюро ВОЗ (2011) (на англ. яз.): <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/palliative-care-for-older-people-better-practices>

Паллиативная помощь: убедительные факты. Европейское региональное бюро ВОЗ (2004): [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98419/E82931R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98419/E82931R.pdf)

Uganda advancing the integration of palliative care in the national health system (2013) <http://www.who.int/evidence/sure/PCBFullReportSept2013.pdf>

### Мониторинг паллиативной помощи

Паллиативная медицинская помощь в случае неинфекционных заболеваний: краткий глобальный обзор в 2015 г. (2016): [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206513/5/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.4\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206513/5/WHO_NMH_NVI_16.4_rus.pdf?ua=1)

Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни (2014) (на англ.яз.): <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/ru/>

NCD toolkit: Indicator 20 - Access to Palliative Care <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicator20/en/>

### Информационно-разъяснительная работа и коммуникация

Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/>

Улучшение доступа к паллиативной помощи: инфографика: [http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic\\_palliative\\_care\\_RU\\_final.pdf?ua=1](http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_RU_final.pdf?ua=1)

# Библиография

1. Global atlas on palliative care at the end of life. London: World Hospice and Palliative Care Alliance; 2014.
2. Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. Health care needs assessment. Oxford/New York: Radcliffe Medical Press; 1997.
3. Seya M-J, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2011; 25(1): 6–18.
4. Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: Рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/9/9789241564175\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/9/9789241564175_rus.pdf), по состоянию на 5 января 2018 г.).
5. De Lima L, Bennett MI, Murray SA, Hudson P, Doyle D, Bruera E, et al. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) list of essential practices in palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2012; 26(2): 118–22.
6. Clark D. Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement. *Am Pain Soc Bull.* 2000;10(4):13–5.
7. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012.
8. Hudson P, Payne S. Family caregivers and palliative care: current status and agenda for the future. *J Palliat Med.* 2011;14(7):864–9.
9. Radbruch L, Payne S, the Board of Directors of the European Association for Palliative Care). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care.* 2009;16(6):278–89.
10. Nemeth C, Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Vienna: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004 ([http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/oebig\\_studie.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/oebig_studie.pdf), accessed 14 September 2016).
11. A guide to palliative care service development: a population based approach. Canberra: Palliative Care Australia; 2005.
12. Indian Association of Palliative Care, CanSupport. Guidelines for home based palliative care services. New Delhi: CanSupport; 2007.
13. Defilippi KM, Cameron S. Promoting the integration of quality palliative care: the South African Mentorship Program. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(5):552–7.
14. Guidelines for developing palliative care services. Hyderabad: MNJ Institute of Oncology & Regional Cancer Centre; 2009.
15. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med.* 2014;28(2):130–50.
16. Kumar S, Numpeli M. Neighborhood network in palliative care. *Indian J Palliat Care.* 2005;11(1):6.
17. Sallnow L, Kumar S, Numpeli M. Home-based palliative care in Kerala, India: the neighbourhood network in palliative care. *Prog Palliat Care.* 2010;18(1):14–7.
18. Abel J, Bowra J, Walter T, Howarth G. Compassionate community networks: supporting home dying. *BMJ Support Palliat Care.* 2011; 1(2): 129–33.
19. World Health Organization. How many people at the end of life are in need of palliative care worldwide In: Global atlas on palliative care at the end of life. London: World Hospice and Palliative Care Alliance; 2014.

20. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamerica: Costa Rica. Houston (TX): International Association for Hospice & Palliative Care; 2012 ([http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/09\\_Costa\\_Rica.pdf](http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/09_Costa_Rica.pdf), accessed 14 September 2016).
21. University of Edinburgh, Makerere University Palliative Care Unit, African Palliative Care Association. Final evaluation report for the Integrate Palliative Care Project. London: Tropical Health & Education Trust; 2015 ([https://www.africanpalliativecare.org/images/stories/pdf/THET\\_IPCP\\_Evaluation\\_Repor.pdf](https://www.africanpalliativecare.org/images/stories/pdf/THET_IPCP_Evaluation_Repor.pdf), accessed 14 September 2016).
22. Luyirika EB, Namisango E, Garanganga E, Monjane L, Ginindza N, Madonsela G, et al. Best practices in developing a national palliative care policy in resource limited settings: lessons from five African countries. *Ecancermedicalscience*. 2016;10:652.
23. WHO Model List of Essential Medicines, 19th List. Перечень ВОЗ основных лекарственных средств. 19-е издание Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML\\_2015\\_FINAL\\_amended\\_NOV2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2015_FINAL_amended_NOV2015.pdf?ua=1), accessed 20 August 2016).
24. WHO Model List of Essential Medicines for Children, 5th List. Перечень ВОЗ основных лекарственных средств для детей. 5-е издание Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/20/CORRIGENDA\\_Rev.1\\_EMLc\\_BC.pdf?ua=1](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/CORRIGENDA_Rev.1_EMLc_BC.pdf?ua=1), accessed 20 August 2016).
25. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014;28(1):49–58.
26. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками. Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей. Вена, Международный комитет по контролю над наркотиками; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21969ru/s21969ru.pdf>, по состоянию на 5 января 2018 г.).
27. Rajagopal MR, Kumar S. A model for delivery of palliative care in India - the Calicut experiment. *J Palliat Care*. 1999;15(1):44–9.
28. Pain and palliative care policy 2008. Kerala: Government of Kerala, India; 2008.
29. Government of India. Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Amendment Act 2014. Gazette of India, 10 March 2014 (<http://www.indiacode.nic.in/acts2014/16%20of%202014.pdf>, accessed 14 September 2016).
30. Krakauer EL, Nguyen TPC, Husain SA, Nguyen THY, Joranson DE, Luong NK, et al. Toward safe accessibility of opioid pain medicines in Vietnam and other developing countries: a balanced policy method. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(5):916–22.
31. Global state of pain treatment. Access to medicines and palliative care. New York (NY): Human Rights Watch; 2011 (<https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>, accessed 14 September 2016).
32. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):486–93.
33. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, accessed 14 September 2016).
34. Jagwe J, Merriman A. Uganda: delivering analgesia in rural Africa: opioid availability and nurse prescribing. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):547–51.
35. Promoting palliative care in the community: producing a toolkit to improve and develop primary palliative care in different countries internationally. European Association for Palliative Care; 2015 (<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=PXIXIRoSrXU%3D>, accessed 14 September 2016).
36. Palliative care core curriculum. Kampala: African Palliative Care Association; 2012 ([https://www.africanpalliativecare.org/images/stories/pdf/Palliative\\_Care\\_Core\\_Curriculum.pdf](https://www.africanpalliativecare.org/images/stories/pdf/Palliative_Care_Core_Curriculum.pdf), accessed 14 September 2016).

37. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - Part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2).
38. Transforming the system. Palliative care competencies in undergraduate education. Cali, Colombia, 27-28 November 2014. Houston (TX): International Association for Hospice and Palliative Care; 2015 (<https://hospicecare.com/uploads/2015/5/Competencies%20in%20undergraduate%20education.pdf>, accessed 14 September 2016).
39. Pastrana T, Wenk R, De Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: a demonstrative process with Colombian universities. *J Palliat Med*. 2015;19(1):76–82 (<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2015.0202>, accessed 14 September 2016).
40. Pastrana T, de Lima L, Wenk R. Estudio multicéntrico sobre la comodidad y el interés en cuidados paliativos en estudiantes de pregrado en Colombia. *Med Paliativa*. 2015;22(4):136–45.
41. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJJ, Cohen J, Pasma HRW, Deliens L, et al., EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(4):556–72.
42. Pasma HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(1):145–56.
43. Standards for providing quality palliative care across Africa. Kampala: African Palliative Care Association; 2011.
44. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu CW, Hochman T, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med*. 2006;9(4):855–60.
45. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al., Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*. 2008;168(16):1783–90.
46. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff Proj Hope*. 2011;30(3):454–63.
47. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med*. 2001;15(4):271–8.
48. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(7):993–1000.
49. Ennis L, Kinley J, Hockley J, McCrone P. The cost of providing end of life care for nursing carehome residents: a retrospective cohort study. *Health Serv Manage Res*. 2015;28(1-2):16–23. doi: 0951484815607541.
50. Mosoiu D, Dumitrescu M, Connor SR. Developing a costing framework for palliative care services. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 48(4): 719–29.

## Приложение 1: Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, применяемых при паллиативной помощи

### Неопиоидные и нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (НСПВС)

ацетилсалициловая кислота	<b>Свечи:</b> от 50 мг до 150 мг <b>Таблетки:</b> от 100 мг до 500 мг
ибупрофен [а]	<b>Жидкость для приема внутрь:</b> 200 мг/5мл <b>Таблетки:</b> 200 мг; 400 мг; 600 мг [а]Противопоказан детям в возрасте до 3 месяцев
парацетамол*	<b>Жидкость для приема внутрь:</b> 125 мг/5 мл <b>Свечи:</b> 100 мг <b>Таблетки:</b> от 100 мг до 500 мг *Не рекомендуется использовать как противовоспалительное средство, поскольку не доказана польза его применения в этих целях

### Опиоидные анальгетики

кодеин	<b>Таблетки:</b> 30 мг (фосфат)
морфин*	<b>Гранулы (с медленным высвобождением; смешивать с водой):</b> 20 мг – 200 мг (сульфат морфина) <b>Инъекции:</b> 10 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина) в ампуле 1 мл <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 10 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина) /5 мл <b>Таблетки (с медленным высвобождением):</b> 10 мг – 200 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина) <b>Таблетки (с немедленным высвобождением):</b> 10 мг (сульфат морфина) *Альтернативный выбор ограничен гидроморфоном и оксикодоном

### Средства для лечения других общих симптомов при паллиативной помощи

амитриптилин	<b>Таблетки:</b> 10 мг; 25 мг; 75 мг
циклизин [с]	<b>Инъекции:</b> 50 мг/мл <b>Таблетки:</b> 50 мг
дексаметазон	<b>Инъекции:</b> 4 мг/мл в ампуле 1 мл (как соль фосфата динатрия) <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 2 мг/5 мл <b>Таблетки:</b> 2 мг [с]; 4 мг
диазепам	<b>Инъекции:</b> 5 мг/мл <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 2 мг/5 мл <b>Раствор для ректального введения:</b> 2,5 мг; 5 мг; 10 мг <b>Таблетки:</b> 5 мг; 10 мг
докузат натрия	<b>Капсулы:</b> 100 мг <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 50 мг/5 мл

флуоксетин [а]	Твердая пероральная лекарственная форма: 20 мг (как гидрохлорид) [а] > 8 лет
галоперидол	Инъекции: 5 мг в ампуле 1 мл Жидкость для приема внутрь: 2 мг/мл Твердая пероральная лекарственная форма: 0,5 мг; 2 мг; 5 м
гиосцина бутилбромид	Инъекции: 20 мг/мл
гиосцина гидробромид [с]	Инъекции: 400 микрограмм/мл; 600 микрограмм/мл Трансдермальный пластырь: 1 мг/72 часа
лактuloза [с]	Жидкость для приема внутрь: 3,1–3,7 г/5 мл
лоперамид	Твердая пероральная лекарственная форма: 2 мг
метоклопрамид	Инъекции: 5 мг (гидрохлорид)/мл в ампуле 2 мл Жидкость для приема внутрь: 5 мг/5 мл Твердая пероральная лекарственная форма: 10 мг (гидрохлорид)
мидазолам	Инъекции: 1 мг/мл; 5 мг/мл Твердая пероральная лекарственная форма: 7,5 мг; 15 мг Жидкость для приема внутрь: 2 мг/мл [с]
ондансетрон [с][а]	Инъекции: 2 мг основы/мл в ампуле 2 мл (как гидрохлорид) Жидкость для приема внутрь: 4 мг основы/5 мл Твердая пероральная лекарственная форма: экв. 4 мг основы; экв. 8 мг основы [а] > 1 месяца
сенна	Жидкость для приема внутрь: 7,5 мг/ 5 мл

[с] = требуется специальная диагностика или мониторинг или специальная подготовка или медицинская помощь для назначения детям.

Источник: WHO Model List of Essential Medicines, 19th List. Geneva: World Health Organization; 2015.

## Приложение 2: Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств при паллиативной помощи для детей

### Неопиоидные и нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (НСПВС)

ибупрофен [a]	Жидкость для приема внутрь: 200 мг/5мл Таблетки: 200 мг; 400 мг; 600 мг [a]Противопоказан детям в возрасте до 3 месяцев
парацетамол*	Жидкость для приема внутрь: 125 мг/5 мл Свечи: 100 мг Таблетки: от 100 мг до 500 мг *Не рекомендуется использовать как противовоспалительное средство, поскольку не доказана польза его применения в этих целях

### Опиоидные анальгетики

морфин*	Гранулы (с медленным высвобождением; смешивать с водой): 20 мг – 200 мг (сульфат морфина) Инъекции: 10 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина) в ампуле 1 мл Жидкость для приема внутрь: 10 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина)/5 мл Таблетки (с медленным высвобождением): 10 мг – 200 мг (гидрохлорид морфина или сульфат морфина) Таблетки (с немедленным высвобождением): 10 мг (сульфат морфина) *Альтернативный выбор ограничен гидроморфоном и оксикодоном
---------	--

### Средства для лечения других общих симптомов при паллиативной помощи

амитриптилин	Таблетки: 10 мг; 25 мг; 75 мг
циклизин	Инъекции: 50 мг/мл Таблетки: 50 м
дексаметазон	Инъекции: 4 мг/мл в ампуле 1 мл (как соль фосфата динатрия) Жидкость для приема внутрь: 2 мг/5 мл Таблетки: 2 мг; 4 мг
диазепам	Инъекции: 5 мг/мл Жидкость для приема внутрь: 2 мг/5 мл Раствор для ректального введения: 2,5 мг; 5 мг; 10 мг Таблетки: 5 мг; 10 мг
докузат натрия	Капсулы: 100 мг Жидкость для приема внутрь: 50 мг/5 мл
флуоксетин [a]	Твердая пероральная лекарственная форма: 20 мг (как гидрохлорид) [a] > 8 лет

гиосцина гидробромид	<b>Инъекции:</b> 400 микрограмм/мл; 600 микрограмм/мл Трансдермальный пластырь: 1 мг/72 часа
лактолоза	<b>Жидкость для приема внутрь:</b> 3,1–3,7 г/5 мл
мидазолам	<b>Инъекции:</b> 1 мг/мл; 5 мг/мл <b>Твердая пероральная лекарственная форма:</b> 7,5 мг; 15 мг <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 2 мг/мл
ондансетрон [a]	<b>Инъекции:</b> 2 мг основы/мл в ампуле 2 мл (как гидрохлорид) <b>Жидкость для приема внутрь:</b> 4 мг основы/5 мл <b>Твердая пероральная лекарственная форма:</b> экв. 4 мг основы; экв. 8 мг основы [a] > 1 месяца
сенна	<b>Жидкость для приема внутрь:</b> 7,5 мг/5 мл

Источник: WHO Model List of Essential Medicines for Children, 5th List. Geneva: World Health Organization; 2015.

## Приложение 3: Примерный перечень основного оборудования и лекарственных средств для комплекта по уходу на дому при паллиативной помощи

### Основное медицинское оборудование и расходные материалы

#### Оборудование

- Стетоскоп
- Тонометр
- Фонарь
- Термометр
- Шпатель
- Пинцет

#### Вспомогательное оборудование

- Опоры для спины
- Надувные матрасы
- Наливные матрасы
- Аспирационный аппарат
- Ингаляторы
- Кресла-каталки
- Опорные ходунки
- Кресла для ванны
- Подкладные судна/стул-туалет

#### Расходные материалы

- Перевязочные материалы
- Вата
- Ножницы
- Марлевые салфетки
- Марлевые бинты
- Лотки для перевязочных материалов
- Перчатки
- Лента из микропористого материала (для фиксирования)
- Принадлежности для переливания крови
- Комплекты для внутривенных вливаний
- Трубка с пункционной иглой и иглы-«бабочки»
- Шприцы и иглы
- Трубки и контейнеры
- Дренажные катетеры
- Мочевые катетеры
- Уропрезервативы
- Мочеприемники
- Питательные трубки

Источник: Indian Association of Palliative Care, CanSupport. Guidelines for home based palliative care services. New Delhi: CanSupport; 2007.

## Лекарственные средства

### Обезболивающие средства

- Парацетамол
- Ибупрофен
- Диклофенак
- Кодеина фосфат
- Трамадол
- Морфин
- Габапентин

### Купирование желудочно-кишечных симптомов

- Метоклопрамид
- Домперидон
- Дексаметазон
- Бисакодил
- Лоперамид
- Пероральная регидратационная соль
- Ранитидин

### Обработка ран

- Мази и бетадин раствор
- Метрогил гель
- Перекись водорода

### Терапия психологических симптомов

- Диазепам
- Галоперидол
- Амитриптилин

### Антибиотики и противогрибковые средства

- Ципрофлоксацин
- Метронидазол
- Амоксициллин
- Флуконазол

### Пищевые добавки

- Пищевые добавки с высоким содержанием протеина и калорий
- Добавки, содержащие железо, витамины и минералы

### Прочие различные средства

- Спиртовой раствор
- Лидокаин гель
- Этамзилат
- Дерифиллин
- Средства от кашля

Источник: Indian Association of Palliative Care, CanSupport. Guidelines for home based palliative care services. New Delhi: Can Support; 2007.

## Приложение 4: Примерный учебный план для 16-часовой учебной программы по паллиативной помощи для общественных волонтеров

<b>Введение в курс паллиативной помощи</b>	<b>1 час</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ История и философия паллиативной помощи</li> <li>■ Паллиативная помощь как часть континуума помощи</li> <li>■ Глобальные перспективы</li> <li>■ Местная ситуация</li> <li>■ Паллиативная помощь как часть первичной медико-санитарной помощи</li> </ul>	
<b>Роль местного сообщества</b>	<b>1 час</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Участие местного сообщества</li> <li>■ Роль волонтеров в оказании помощи неизлечимым больным в терминальной стадии</li> <li>■ Местная сеть паллиативной помощи</li> </ul>	
<b>Навыки коммуникации</b>	<b>6 часов</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Основы коммуникации</li> <li>■ Сообщение неприятных известий</li> <li>■ Смягчение эмоциональных реакций</li> <li>■ Предложение эмоциональной поддержки</li> </ul>	
<b>Оценка состояния пациентов</b>	<b>1 час</b>
<b>Помощь на дому</b>	<b>1 час</b>
<b>Уход за умирающими</b>	<b>2 часа</b>
<b>Сестринский уход за пациентами с заболеваниями в поздней стадии</b>	<b>3 часа</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Профилактика и лечение пролежней</li> <li>■ Уход за кишечной стомой</li> <li>■ Универсальные меры предосторожности</li> <li>■ Устранение лимфатического отека</li> </ul>	
<b>Уход за пожилыми людьми</b>	<b>1 час</b>

*Источник:* Институт паллиативной медицины, Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам участия местного сообщества в оказании паллиативной помощи и долговременном уходе, Керала, Индия

## Приложение 5: Примерный учебный план по основам паллиативной помощи для врачей и клинических работников

### День 1

- 1.1 Учебный курс по основам паллиативной помощи: цели и программа  
Показ слайдов
- 1.2 Эпидемиология рака и других серьезных хронических заболеваний в стране  
Показ слайдов
- 1.3 Паллиативная помощь: определения и принципы  
Показ слайдов
- 1.4 Потребности в паллиативной помощи и имеющиеся в стране службы  
Показ слайдов
- 1.5 Оценка паллиативной помощи: обследование пациента, нуждающегося в паллиативной помощи  
Показ слайдов
- 1.6 Этические вопросы и коммуникация пациента и врача при паллиативной помощи: принципы и практика  
Показ слайдов
- 1.7 Сообщение неприятных известий  
Ролевая игра

### День 2

- 2.1 Оценка и лечение болевого синдрома  
Показ слайдов
- 2.2 Адъювантные обезболивающие средства/побочные явления при применении обезболивающих средств  
Показ слайдов
- 2.3 Политика применения опиоидных анальгетиков и препятствия для применения опиоидного обезболивания  
Показ слайдов
- 2.4 Теория обучения взрослых  
Показ слайдов
- 2.5 Случаи страдания от боли  
Обсуждение в небольших группах или в большой группе

## День 3

- 3.1 Оценка и лечение одышки
  - Показ слайдов
- 3.2 Дерматология при паллиативной помощи
  - Показ слайдов
- 3.3 Оценка и лечение тошноты/рвоты
  - Показ слайдов
- 3.4 Оценка и лечение запора/диареи
  - Показ слайдов
- 3.5 Оценка и лечение системных симптомов
  - Показ слайдов
- 3.6 Случай одышки
  - Обсуждение в небольших группах или в большой группе
- 3.7 Случай желудочно-кишечных симптомов
  - Обсуждение в небольших группах или в большой группе

## День 4

- 4.1 Психологические расстройства у больных в терминальной стадии заболевания: депрессия и тревожность
  - Показ слайдов
- 4.2 Изменение психического состояния: бред и деменция
  - Показ слайдов
- 4.3 Утрата, горе, скорбь
  - Показ слайдов
- 4.4 Психосоциальная поддержка при паллиативной помощи
  - Показ слайдов
- 4.5 Психосоциальная оценка
  - Ролевая игра
- 4.6 Социальные и духовные страдания
  - Групповое обсуждение
- 4.7 Обучение практикующих врачей профессиональной поддержке лиц, понесших тяжелую утрату/поминальная церемония
  - Работа в группе

## День 5

5.1. Интегрирование паллиативной помощи в систему здравоохранения: глобальные модели и местные потребности

Показ слайдов

5.2 Бригада паллиативной помощи

Показ слайдов

5.3 Стратегическое планирование паллиативной помощи: Что вы можете сделать в медицинском учреждении, где вы работаете?

Работа в группе и обсуждение

## Заключительный экзамен

## Приложение 6: Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA67.19 «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла»

ШЕСТЬДЕСЯТ СЕДЬМАЯ СЕССИЯ  
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

WHA67.19

Пункт 15.5 повестки дня

24 мая 2014 г.

### **Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла**

Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад об укреплении паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла<sup>1</sup>;

ссылаясь на резолюцию WHA58.22 о профилактике рака и борьбе с ним, особенно в отношении упоминаемой в ней паллиативной помощи;

принимая во внимание резолюции Комиссии по наркотическим средствам Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций 53/4 и 54/6, соответственно, о содействии обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждения их утечки и злоупотребления ими и о содействии обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждения их утечки и злоупотребления ими;

принимая к сведению специальный доклад Международного комитета по контролю за наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей<sup>2</sup>, и руководство ВОЗ об обеспечении сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств<sup>3</sup>;

<sup>1</sup> Документ 67/31.

<sup>2</sup> Документ E/INCB/2010/1/Supp.1.

<sup>3</sup> Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств. Женева: Всемирная организация здравоохранения: 2011 г.

принимая во внимание также резолюцию 2005/25 Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций «Обезболивание при помощи опиоидных анальгетиков»;

памятуя о том, что паллиативная помощь является подходом, позволяющим улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке и лечению боли и других проблем – физических, психосоциальных или духовных;

признавая, что паллиативная помощь, если она показана, имеет исключительно важное значение для улучшения качества жизни, ощущения благополучия, комфорта и человеческого достоинства отдельных людей, являясь эффективной социально ориентированной услугой здравоохранения, которая придает высокую значимость удовлетворению потребности пациентов в получении адекватной информации о состоянии своего здоровья с учетом личностных и культурных факторов, а также их центральной роли в принятии решений о получаемом лечении;

подтверждая, что доступ к паллиативной помощи и основным лекарственным средствам для медицинских и научных целей, изготовленным из контролируемых веществ, включая опиоидные анальгетики, такие как морфин, в соответствии с тремя конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками<sup>1</sup>, способствует реализации права на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и благополучия;

признавая, что оказание паллиативной помощи является одной из этических обязанностей систем здравоохранения и что нравственным долгом работников здравоохранения является облегчение боли и страданий – физических, психосоциальных или душевных – независимо от того, поддается ли заболевание или патологическое состояние излечению, и что помощь отдельным лицам в конце жизни является одним из важнейших компонентов паллиативной помощи;

признавая, что в настоящее время более 40 миллионов человек ежегодно нуждаются в паллиативной помощи, прогнозируя возрастание потребности в паллиативной помощи в условиях старения населения и роста распространенности неинфекционных и других хронических заболеваний во всем мире, принимая во внимание важное значение паллиативной помощи детям и в этой связи отмечая, что государства-члены должны располагать оценками количества требуемых лекарственных средств, находящихся под международным контролем, включая педиатрические формы лекарственных средств;

осознавая неотложную необходимость включения паллиативной помощи в процесс непрерывного оказания помощи, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, признавая, что неадекватная интеграция паллиативной помощи в системы здравоохранения и социального обеспечения является одним из основных факторов, являющихся причиной отсутствия справедливого доступа к такой помощи;

отмечая, что наличие и надлежащее использование лекарственных средств, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей, особенно для облегчения боли и страданий, остается на недостаточно высоком уровне во многих странах, и подчеркивая необходимость в том, чтобы государства-члены, при поддержке со стороны Секретариата ВОЗ, Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Международного комитета по контролю за наркотиками, обеспечивали, чтобы усилия, направленные на предупреждение утечки наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем в соответствии с конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками, не приводили к возникновению ненадлежащих регулятивных барьеров для доступа к таким лекарственным средствам в медицинских целях;

принимая во внимание, что страдания от симптомов, поддающихся лечению, которых можно избежать, усугубляются в связи с отсутствием знаний о паллиативной помощи, и подчеркивая необходимость непрерывного образования и адекватной подготовки для всех провайдеров медицинской помощи в стационарных и амбулаторных учреждениях и других лиц, осуществляющих уход, включая работников неправительственных организаций и членов семьи;

признавая наличие различных эффективных с точки зрения затрат и действенных моделей

---

<sup>1</sup> Единая конвенция Организации Объединенных Наций о наркотических средствах, 1961 г., с поправками, внесенными в соответствии с Протоколом 1972 г.; Конвенция Организации Объединенных Наций о психотропных веществах, 1971 г.; Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г.

оказания паллиативной помощи, принимая во внимание, что при оказании паллиативной помощи применяется междисциплинарный подход к удовлетворению потребностей пациентов и их семей, и отмечая, что предоставление качественной паллиативной помощи вероятнее всего может быть реализовано при наличии сильных структур взаимодействия между профессиональными провайдерами паллиативной помощи, провайдерами поддерживающей помощи (включая духовную поддержку и консультирование), добровольцами и затронутыми семьями, а также между местным сообществом и провайдерами помощи в случае острых заболеваний и помощи пожилым людям;

признавая необходимость оказания паллиативной помощи при различных группах заболеваний (неинфекционные заболевания и инфекционные болезни, включая ВИЧ и туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью) и во всех возрастных группах;

приветствуя включение паллиативной помощи в определение всеобщего охвата услугами здравоохранения и подчеркивая необходимость того, чтобы службы здравоохранения предоставляли комплексную паллиативную помощь на справедливой основе в целях удовлетворения потребностей пациентов в условиях всеобщего охвата услугами здравоохранения;

признавая необходимость адекватных механизмов финансирования программ паллиативной помощи, в том числе в отношении лекарственных средств и продукции медицинского назначения, особенно в развивающихся странах;

приветствуя включение действий и показателей, касающихся паллиативной помощи, в комплексную глобальную систему мониторинга ВОЗ для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.;

отмечая с удовлетворением включение лекарственных средств, необходимых для устранения боли и симптомов при оказании паллиативной помощи, в 18-й Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств и 4-й Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств для детей, и высоко оценивая усилия Сотрудничающих центров ВОЗ по проблеме боли и паллиативной помощи для расширения доступа к паллиативной помощи;

отмечая с удовлетворением усилия неправительственных организаций и гражданского общества, которые продолжают подчеркивать важное значение паллиативной помощи, включая адекватное наличие и надлежащее использование веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей, как предусмотрено конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками;

признавая факт наличия ограниченного объема услуг паллиативной помощи во многих районах мира и широких масштабов страданий миллионов пациентов и их семей, которых можно было бы избежать, и подчеркивая необходимость создания или усиления, в соответствующих случаях, систем здравоохранения, включающих паллиативную помощь как неотъемлемый компонент лечения людей в процессе непрерывного оказания помощи,

#### 1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>1</sup>:

(1) разрабатывать, усиливать и осуществлять, в соответствующих случаях, меры политики в отношении паллиативной помощи в целях содействия всестороннему укреплению систем здравоохранения для интеграции основанных на фактических данных, эффективных с точки зрения затрат и предоставляемых на справедливой основе услуг по оказанию паллиативной помощи в процесс непрерывного оказания помощи на всех уровнях, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи, оказанию помощи на уровне местных сообществ и на дому, а также программам обеспечения всеобщего охвата;

(2) обеспечить адекватное внутреннее финансирование и распределение кадровых ресурсов, в соответствующих случаях, для осуществления инициатив в области паллиативной помощи, включая разработку и осуществление мер политики в отношении паллиативной помощи, обучение и подготовку кадров и инициативы по повышению качества, а также способствовать обеспечению наличия и надлежащего использования основных лекарственных средств, включая контролируемые лекарственные средства для симптоматической терапии;

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

(3) предоставлять основную поддержку, в том числе с помощью многосекторальных партнерств, семьям, местным сообществам, добровольцам и другим лицам, осуществляющим уход, под наблюдением квалифицированных специалистов, в соответствующих случаях;

(4) стремиться к включению паллиативной помощи в качестве неотъемлемого компонента в программы непрерывного обучения и подготовки, предлагаемые лицам, осуществляющим уход, в соответствии с их функциями и обязанностями, согласно следующим принципам:

(а) основная подготовка и непрерывное обучение в области паллиативной помощи должны быть интегрированы в качестве обязательного элемента во все программы профессиональной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала, а также программы повышения квалификации лиц, осуществляющих уход, по месту работы на уровне первичной медико-санитарной помощи, включая работников здравоохранения, лиц, осуществляющих уход, удовлетворяя духовные потребности пациентов, и социальных работников;

(б) программы подготовки промежуточного уровня должны предлагаться всем работникам здравоохранения, которые на регулярной основе работают с пациентами, страдающими опасными для жизни заболеваниями, включая лиц, работающих в области онкологии, инфекционных болезней, педиатрии, гериатрии и внутренних болезней;

(с) должны иметься программы специализированной подготовки в области паллиативной помощи для обучения работников здравоохранения, которые будут оказывать комплексную помощь пациентам, нуждающимся в получении помощи более высокого уровня, чем обычная симптоматическая терапия;

(5) оценивать потребности в оказании паллиативной помощи в стране, включая потребности в лекарственных средствах для устранения боли, и предпринимать совместные усилия для обеспечения адекватного запаса основных лекарственных средств, не допуская их дефицита;

(6) изучать и, при необходимости, пересматривать национальное и местное законодательство и меры политики в отношении контролируемых лекарственных средств на основе методического руководства ВОЗ<sup>1</sup> о расширении доступа и рационального использования обезболивающих лекарственных средств в соответствии с конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками;

(7) обновлять, при необходимости, национальные перечни основных лекарственных средств с учетом недавнего добавления разделов, касающихся лекарственных средств в отношении боли и паллиативной помощи, в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств и Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств для детей;

(8) способствовать развитию партнерских связей между органами государственного управления и гражданским обществом, включая организации пациентов, для поддержки, в соответствующих случаях, предоставления услуг пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи;

(9) осуществлять действия, предусмотренные глобальным планом действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг., и проводить мониторинг;

## 2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) обеспечить, чтобы паллиативная помощь являлась неотъемлемым компонентом всех соответствующих глобальных планов по борьбе с болезнями и укреплению систем здравоохранения, в том числе касающихся неинфекционных заболеваний и всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также ее включение в планы сотрудничества на страновом и региональном уровнях;

(2) обновить или разработать, в соответствующих случаях, научно обоснованные рекомендации и средства в отношении паллиативной помощи, в том числе возможные средства устранения боли у взрослых и детей, включая разработку рекомендаций ВОЗ по

<sup>1</sup> Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

фармакологическому лечению боли, и обеспечить их адекватное распространение;

(3) обновить и усилить, в соответствующих случаях, научно обоснованные рекомендации по интеграции паллиативной помощи в национальные системы здравоохранения в отношении разных групп заболеваний и уровней помощи, обеспечивающие адекватное соблюдение этических принципов, касающихся оказания всесторонней паллиативной помощи, таких как справедливый доступ, помощь, ориентированная на пациента и обеспечивающая его уважение, и участие местного сообщества, а также обеспечить информационную основу для обучения методам устранения боли и симптомов и психосоциальной поддержки;

(4) продолжать, в рамках Программы ВОЗ по обеспечению доступа к контролируемым лекарственным средствам, оказывать поддержку государствам-членам в изучении и совершенствовании национального законодательства и мер политики в целях обеспечения баланса между предупреждением неправильного использования, утечки и незаконного распространения контролируемых веществ и надлежащим доступом к контролируемым лекарственным средствам в соответствии с конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками;

(5) изыскивать возможные пути расширения наличия и доступности лекарственных средств, используемых для оказания паллиативной помощи, путем консультаций с государствами-членами и соответствующими сетями и гражданским обществом, а также с другими международными заинтересованными сторонами, в соответствующих случаях;

(6) сотрудничать с Международным комитетом по контролю за наркотиками, Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, министерствами здравоохранения и другими соответствующими органами для расширения наличия и обеспечения сбалансированного контроля за контролируруемыми лекарственными средствами для устранения боли и симптомов;

(7) продолжать сотрудничество с Международным комитетом по контролю за наркотиками для оказания содействия государствам-членам в проведении точных оценок, с тем чтобы обеспечить наличие лекарственных средств для устранения боли и оказания паллиативной помощи, в том числе путем более эффективного выполнения рекомендаций Руководства по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем<sup>1</sup>;

(8) сотрудничать с ЮНИСЕФ и другими соответствующими партнерами в расширении и оказании паллиативной помощи для детей;

(9) осуществлять мониторинг ситуации в отношении паллиативной помощи в мире, оценивая прогресс, достигнутый в рамках различных инициатив и программ в сотрудничестве с государствами-членами и международными партнерами;

(10) работать с государствами-членами в целях содействия адекватному финансированию и улучшению сотрудничества для программ и научных инициатив в области паллиативной помощи, в частности в странах с ограниченными ресурсами, в соответствии с Программным бюджетом на 2014-2015 гг., в котором затрагиваются вопросы паллиативной помощи;

(11) оказывать содействие проведению научных исследований в отношении эффективных моделей оказания паллиативной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов, принимая во внимание примеры передового опыта;

(12) представить доклад на Шестидесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 г. в отношении хода работы по выполнению этой резолюции.

Девятое пленарное заседание, 24 мая 2014 г.

A67/VR/9

= = =

<sup>1</sup> Международный комитет по контролю над наркотиками, Всемирная организация здравоохранения, Руководство по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций; 2012 г.

**Всемирная организация здравоохранения  
европейское региональное бюро**

Департамент предупреждения неинфекционных  
заболеваний, инвалидности, насилия и травматизма  
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +41 22 791 2881 Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eucontact@who.int](mailto:eucontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

ISBN 9789289053570



9 789289 053570 >