

С.А. Бухвалов, А.К. Мартусевич

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ**

ГБУЗ Нижегородской области Городская больница № 47, Нижний Новгород, Россия

Цель работы — создание единой региональной модели организации паллиативной помощи в крупном регионе, включающем мегаполис. Охарактеризована организационная структура системы организации хосписной помощи в комплексе мегаполис — область. Создана концепция оптимизации паллиативной помощи, включающая систему взаимодействий медицинских учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи. Показано, что в Нижегородском регионе хоспис способен выступать в качестве центрального звена системы оказания паллиативной помощи населению.

Ключевые слова: *хоспис, паллиативная помощь, организационная структура*

S.A. Bukhvalov, A.K. Martusevitch

THE MEDICAL SOCIAL VALUE AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE IN MEGALOPOLIS

The municipal hospital №47, Nizhniy Novgorod, Russia

The article deals with issues of development of comprehensive regional medical organization of palliative care in large region, megalopolis included. The organization structure of system of organization of hospice care in the complex "megalopolis-oblast" is characterized. The concept of optimization of palliative care is developed, including the system of interactions of medical institutions providing this type of care. It is demonstrated that in the Nizhniy Novgorod region the hospice can stand out in the capacity of central section of system of rendering palliative care to population.

Key words: *hospice, palliative care, organizational structure*

Стратегия развития паллиативной помощи в России в настоящее время становится одним из приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения [1—5]. Расширяется сеть учреждений, оказывающих данный вид медицинских услуг, а также увеличивается диапазон нозологий, подпадающих под соответствующую категорию [2, 5—8]. На территории Российской Федерации преобладает реализация данной формы медицинской помощи в специализированных учреждениях — хосписах [3, 9, 10].

Создание системы хосписов — значимый шаг к гуманизации и оптимизации эффективности российского здравоохранения [9, 11]. В мировой практике хосписы являются одним из наиболее важных звеньев в реализации паллиативной помощи населению уже на протяжении многих десятилетий [2, 3, 12—16]. В Российской Федерации работа по формированию хосписной службы проводится только около 30 лет, оставаясь на этапе становления [4, 8, 17]. На этом пути в настоящее время сохраняются многочисленные проблемы организационного, финансово-экономического и методического плана, в частности недостаточная проработка методологической базы паллиативной помощи, отсутствие полноценного финансирования прежде всего стационарной хосписной службы [1, 4, 5, 7, 18].

Значимой проблемой в создании эффективной системы хосписной помощи населению являются слабая разработка и минимальное внедрение рациональных механизмов организации потока пациентов соответствующего профиля между специализированными учреждениями здравоохранения (хоспис, областной онкологический диспансер, областные и городские больницы, центральные районные больницы и др.), что существенно затрудняет и замедляет миграцию, снижая эффективность оказываемой паллиативной помощи [1—5, 8, 18]. Это в том числе связано с от-

сутствием сформированной модели организации паллиативной помощи как в условиях мегаполиса, так и в районных и областных центрах [1, 9, 11, 18]. Взаимодействие указанных выше субъектов системы здравоохранения налажено в настоящее время практически только в Санкт-Петербурге и Москве, в которых уже в начале 1990-х годов были созданы первые российские хосписы. В других российских городах система оказания специализированной паллиативной помощи имеет значительно меньшую по продолжительности историю и реализована с учетом специфики и возможностей региона [4, 7]. Так, в некоторых субъектах Российской Федерации (например в Татарстане, Самарской области и др.) хосписная медицина представлена только выездной службой [1, 4, 7].

Согласно официальной статистике Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2012 г., общее число государственных хосписов в России 21, больниц (домов) сестринского ухода 15. С другой стороны, в соответствии с данными Е.С. Введенской и соавт. (2009) и стандартами ВОЗ, для полного удовлетворения потребности больных злокачественными новообразованиями в паллиативной помощи требуется 12,5 коек на 250 тыс. населения при уровне смертности 10 на 1000 населения [11]. Подобный подсчет указывает, что, в частности, в Нижегородской области с учетом численности населения, социально-экономических условий, уровня онкологической заболеваемости и смертности потребность в больничных койках для оказания паллиативной помощи этой категории пациентов составляет 330 коек, тогда как их реальная численность на начало 2013 г. составляет 15 единиц. Существующие на данный момент российские нормативы предусматривают иные, более низкие контрольные значения.

В этих условиях формирование четкой организационной структуры паллиативной помощи населению

является одной из первостепенных задач, решение которой способно не только улучшить качество и адресность оказания данного вида медицинских услуг, но и обеспечить максимальную эффективность использования имеющихся коечного фонда и материальных ресурсов [1—4, 8, 18]. Поэтому нами была произведена попытка создания единой региональной модели организации оказания паллиативной помощи в крупном регионе, включающем мегаполис [18].

Важно, что при составлении организационной структуры системы хосписной помощи необходимо учитывать интересы как жителей самого мегаполиса, так и пациентов остальной части региона. Поэтому данная система должна быть реализована в комплексе "мегаполис — область".

Первым компонентом, обеспечивающим адекватное функционирование указанного комплекса, является формирование работоспособной организационной модели внутри областного центра. В соответствии с предлагаемой нами концепцией ее центральным звеном является сам хоспис, оказывающий все виды паллиативной помощи населению. Его деятельность оперативно курируется Министерством здравоохранения области и другими вышестоящими организациями. Кроме того, хоспис осуществляет методическую и организационную работу по систематизации оказания рассматриваемого вида медицинских услуг в регионе.

В своей работе хоспис осуществляет постоянное взаимодействие с областным (при наличии и городским) онкологическим диспансером, причем последний может оказывать консультативную помощь особо тяжелым больным, а также обеспечивать выполнение высокотехнологичных, в том числе оперативных, медицинских манипуляций, проведение которых затруднительно в условиях и/или специалистами самого хосписа. С этой целью в онкологическом диспансере может быть организовано отделение паллиативной помощи, включающее мини-стационар мощностью 5—10 коек для временного размещения больных на период выполнения им указанных выше вмешательств или диагностических манипуляций.

На наш взгляд, требует определенной оптимизации и структура самого хосписа. Так, кроме существующего стационарного отделения, для которого также важно увеличение коечного фонда, и выездной службы, предлагается формирование отделов психологической помощи и профилактики. В структуре отдела психологической помощи должны быть предусмотрены непосредственно психологическая служба и сотрудники, отвечающие за взаимодействие хосписа с общественными и религиозными организациями. Задачами профилактико-пропагандистского отдела является проведение разъяснительной работы с пациентами, их родственниками и ухаживающими, а также распространение сведений о деятельности хосписа среди населения (СМИ и другие виды оповещений). В целях оптимизации деятельности выездной службы хосписа предлагается дополнительная организация специализированной бригады скорой медицинской помощи с соответствующим перераспределением вызовов на 2 категории: требующие немедленного реагирования в связи с угрозой жизни пациента (неотложные) и связанные с улучшением ухода и коррекцией лечения (коррекционно-терапевтические).

С учетом невозможности существенного увеличения коечного фонда стационара хосписа предлагает-

ся создание мини-отделений паллиативной помощи (мощность 5—7 коек) в наиболее крупных городских больницах мегаполиса с прикреплением к ним бригад паллиативной помощи и сестринского ухода, что согласуется с позицией Н.В. Эккерт и соавт. (2008) [8].

Несмотря на то что хоспису в предлагаемой схеме отводится роль учреждения, структурирующего систему паллиативной помощи населению в регионе, центральным звеном ее оказания для пациентов, проживающих вне областного центра, должны стать ЦРБ. Предлагается создание в наиболее крупных из них, выполняющих функции межрайонных, отделений паллиативной помощи. В структуру последних в оптимальном случае могут войти мини-стационары на 5—10 коек, организационно-методическая служба (возможно, на общественных началах) и выездная бригада сестринского ухода, возглавляемая опытной медицинской сестрой. К организационно-методической службе также могут относиться психолог, представители общественных и религиозных организаций, социальный работник. Обязательным штатным сотрудником данного подразделения является методист и/или медицинский статистик.

Наиболее тяжелые и/или требующие выполнения высокотехнологичных видов паллиативного лечения больные могут переводиться в хоспис областного центра либо в отделение паллиативной помощи областного онкологического диспансера (предпочтительно). Кроме того, обе указанные организации оказывают в соответствии с предлагаемой концепцией консультативное содействие отделению паллиативной помощи межрайонной ЦРБ. В целом указанное взаимодействие формируется, контролируется и корректируется Министерством здравоохранения области.

В общей структуре системы оказания паллиативной помощи в крупном регионе, по нашему мнению, логично выделить звено первичной паллиативной помощи, включающее учреждения, специализирующиеся на оказании данного вида медицинских услуг для населения (отделение паллиативной помощи ЦРБ, хоспис, областной онкологический диспансер), а также звено оказания квалифицированной паллиативной помощи, к которому, кроме областной клинической больницы региона, могут быть причислены профильные НИИ, обладающие возможностями для проведения высокотехнологичных паллиативных вмешательств. Четкое взаимодействие выделенных звеньев, с наших позиций, является залогом комплексности и преемственности в оказании медицинских услуг рассматриваемого профиля.

Таким образом, нами разработана и описана новая региональная модель оказания паллиативной помощи населению крупного региона, содержащего мегаполис. Ее реализация, по нашему мнению, способна оптимизировать изученный сегмент медицинской помощи на уровне региона. Реализация предлагаемой модели не предполагает значительного увеличения финансирования, а лишь предусматривает повышение эффективности использования имеющихся ресурсов и штата сотрудников существующих медицинских учреждений.

В центральном регионе Приволжского федерального округа — Нижегородской области — хоспис был организован на базе городской больницы № 47 Нижнего Новгорода только в сентябре 2009 г. С этого момента начался активный процесс формирования системы

оказания паллиативной помощи, ориентированный на данное специализированное учреждение [18, 19]. Учитывая высокую потребность населения в данном виде медицинских услуг, с момента открытия в хосписе одновременно функционируют выездная служба и стационар. В этом плане следует заметить, что нижегородский хоспис уже на начальном этапе развития представляет собой полноценное, функционирующее на оптимальной мощности учреждение здравоохранения, оказывающее значительный объем паллиативной помощи населению мегаполиса [4, 18—20]. К настоящему времени стационар хосписа вышел практически на максимальную (без потери качества лечебного процесса) мощность, увеличение которой невозможно на данном этапе без дополнительных кадровых и материальных ресурсов. В связи с этим нижегородский хоспис способен выступать в качестве центрального звена системы оказания паллиативной помощи населению обслуживаемого региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков Г.А. и др. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации. Паллиативная медицина и реабилитация. 2008; 3: 5—11.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев В.Н., ред. Организация онкологической службы в России. М.; 2007.
3. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ; 2003.
4. Эккерт Н.В., Бухвалов С.А., Разумовский А.В., Мартусевич А.К. Хоспис в системе паллиативной помощи / Под науч. ред. В.З. Кучеренко. Н. Новгород: Кварц; 2012.
5. Эккерт Н.В., Софиева З.А., Перова М.И. Отделение-хоспис (отделение паллиативной помощи) в структуре многопрофильной больницы. Проблемы управления здравоохранением. 2008; 6: 77—82.
6. Новиков Г.А., Чиссов В.И., Модников О.П., ред. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. М.; 2004; т. 1.
7. Лях К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе. М.: ИД "Русский врач"; 2008.
8. Эккерт Н.В. Организация внебольничной паллиативной помощи. Здравоохранение Российской Федерации. 2008; 5: 21—3.
9. Дементьева Н.Ф., Золоев Р.В. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников. Паллиативная медицина и реабилитация. 2005; 1: 13-5.
10. Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А. Хосписы. М.; 2003.
11. Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И. Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы. Паллиативная медицина и реабилитация. 2009; 4: 48—52.
12. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care. Nurs. Stand. 2010; 24 (52): 35—9.
13. Goździk J. The organization and functioning of Krakow's hospice for children the name of pr. Józef Tischner. Przegł Lek. 2010; 67 (1): 77—9.
14. Halamandaris V.J. Hospice: a coming of age when it's most needed. Caring. 2010; 29 (8): 40.
15. Mazanec P.M., Daly B.J., Townsend A. Hospice utilization and end-of-life care decision making of African Americans. Am. J. Hosp. Palliat. Care. 2010; 27 (8): 560—6.
16. Medicare program; home health prospective payment system rate update for calendar year 2011; changes in certification requirements for home health agencies and hospices. Final rule. Fed. Regist. 2010; 75 (221): 70 371—486.
17. Маныхас Г.М. и др. Выездная служба — хоспис и ее роль в организации помощи онкологическим больным. Паллиативная медицина и реабилитация. 2004; 2: 6.
18. Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А. Оптимизация организационной структуры системы оказания паллиативной помощи населению в блоке "мегаполис — область". Общественное здоровье и здравоохранение. 2011; 4: 75—8.
19. Бухвалов С.А., Мартусевич А.К. Анализ становления стационарной паллиативной помощи населению мегаполиса. Фундаментальные исследования. 2013; 5, ч. 2: 256—60.
20. Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А. Стационарная паллиативная помощь населению в Нижегородском регионе. Здравоохранение Российской Федерации. 2012; 2: 52—3.
21. Решетников А.В. Социология управления здравоохранением. Проблемы управления здравоохранением. 2002; 1: 50.

Поступила 16.09.13