МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

© С.Г. Горелик, Д.В. Волков, 2015

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

С.Г. Горелик, канд. мед. наук, **Д.В. Волков,** канд. мед. наук
Белгородский государственный национальный исследовательский университет
E-mail: dvd-dim@yandex.ru

Представлен обзор мероприятий по организации санитарно-гигиенического обеспечения паллиативной помощи. Показана потребность в паллиативной помощи населения Российской Федерации и Европы. Приведены данные о персонале учреждений паллиативной помощи, особенности этих учреждений.

Ключевые слова: паллиативная помощь, персонал, правила учреждений, санитарно-гигиеническое обеспечение, нормативно-правовая документация.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.11 определен новый для российского здравоохранения вид медицинской помощи – паллиативная медицинская помощь, представляющая собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания с целью улучшения качества жизни неизлечимо больных [1, 4].

Паллиативная медицинская помощь призвана повышать качество жизни пациента, несмотря на предполагаемую ограниченную продолжительность жизни. Главный ее принцип: всегда существуют способы облегчить страдания больного на протяжении оставшегося времени жизни вне зависимости от характера и тяжести заболевания, а также от препаратов, используемых для лечения [3].

Оказание паллиативной помощи должно гарантироваться всем нуждающимся в ней и осуществляться на принципах доступности, равноправия, высокого качества и бесплатности. Один из основных принципов паллиативной медицины – непрерывность ее оказания. Паллиативная помощь должна предоставляться на дому, в учреждениях по уходу, в стационарных отделениях паллиативной помощи и хосписах. Право выбора места оказания помощи – на дому или в стационаре – остается за пациентом [2].

Потребность в паллиативной помощи

Ранее было определено, что на 1 млн человек должно приходиться 50 коек паллиативной помощи. Оптимальным по размеру является отделение на 8–12 коек, следовательно требуется до 5 таких отделений на 1 млн населения. Проведенные недавно расчеты предоставили новые данные: 80–100 коек на 1 млн населения [1].

Когда была определена потребность в 50 койках на 1 млн человек, при расчете не приняли во внимание потребность в паллиативной помощи пациентов с неонкологическими заболеваниями, а также растущую распространенность хронических заболеваний, связанную с постарением населения. Реальная потребность в койках, вероятно, в 2 раза больше.

Число коек паллиативной помощи в конкретном регионе зависит от уровня его демографического и социально-экономического развития и наличия других специализированных служб паллиативной помощи, осуществляющих, например, помощь на дому или помощь «выходного дня». Так, для Австрии рекомендовано 60 коек на 1 млн населения, распределенных в соответствии с региональными условиями. В Отчете Национального комитета по развитию паллиативной помощи в Ирландии указан такой показатель: не менее 80–100 коек на 1 млн населения.

Персонал учреждений паллиативной помощи

В состав основной команды входят врачи и медсестры. При расширенном составе команды в нее входят также психологи, физиотерапевты, социальные работники и служители религиозных культов. Таким образом создается мультипрофессиональная команда специалистов, имеющих специальную подготовку; в состав команды входят и волонтеры [1, 3]. Все члены основной команды должны пройти специализацию по паллиативной помощи в учреждениях, аккредитованных национальными профессиональными ассоциациями.

Среди сотрудников должны быть консультанты, имеющие специальные знания и большой опыт работы в области паллиативной помощи. 1 медсестра должна приходиться на 1 койку или, что предпочтительнее – 1–2 медсестры на 1 койку, число врачей на 1 койку должно составлять, как минимум, 0,15 [1, 3, 7].

Медсестра должна иметь сертификат по педиатрии или в учреждении, предоставляющем помощь детям, в каждую смену должна работать, как минимум, 1 медсестра, имеющая специализацию по педиатрии.

Членов команды, оказывающей паллиативную помощь, следует привлекать к оказанию помощи и семье пациента [2, 5, 7].

Согласно Национальным докладам о нормативах по штатам сотрудников учреждений паллиативной помощи, в состав расширенной команды могут входить логопеды, психологи, священники, специалисты по трудотерапии, клинические диетологи, фармацевты, физиотерапевты, специалисты по лечению ран и лимфатических отеков, социальные работники, специалисты в области поддержки в период тяжелой утраты.

Волонтеры – неотъемлемая составная часть команд, оказывающих паллиативную помощь. Совет Европы подчеркивает важность волонтерской работы. Для эффективности выполнения их функций должны быть соблюдены следующие условия:

- наличие у них соответствующей подготовки, работа под руководством специалиста, признание их ассоциацией;
- обучение является обязательным, требуется тщательный отбор волонтеров;
- волонтеры работают в составе команды, координатор несет ответственность за их работу.

Координатор является связующим звеном между волонтерами и специалистами, между медицинским учреждением и ассоциацией.

Обустройство учреждений паллиативной помощи

Такие учреждения должны отличаться домашней атмосферой, иметь помещения для приватных бесед. 1 отделение должно быть рассчитано на 8–15 коек. Необходимы одноместные и двухместные палаты, помещения для родственников больных, где они могли бы переночевать, и бытовые помещения, такие как кухни или гостиные. Должны быть также выделены комнаты для оказания социальной и терапевтической помощи [6, 7].

В помещениях для пациентов должны быть приспособления для лиц с ограниченными возможностями, и каждая палата должна иметь ванную комнату. Следует также оборудовать помещение для прощания с умершими и медитации, помещение многофункционального назначения, желательно наличие часовни или молельной комнаты (для представителей всех конфессий).

Необходимо создать в учреждении атмосферу безопасности и комфорта, и, если возможно, оборудовать выход во двор.

Среди проблем, относящихся к уходу за больными в центрах паллиативной помощи, можно выделить следующие:

- у 70–80% больных возникают те или иные психические нарушения, в связи с чем необходимо обезопасить больничную среду;
- наличие лежачих больных с парезами и параличами (30–40%) создает дополнительные трудности, требует наличия особых навыков у медицинского персонала, а также специализированного оборудования (подъемники, функциональные кровати и т.д.);
- многие пациенты поступают в запущенном состоянии, с неоперабельными опухолями на стадии распада, с наружными свищами, нарушением функций тазовых органов, что обусловливает особенности ухода;
- для персонала психологически тяжело наблюдать процесс умирания пациента.

Успех и эффективность паллиативной помощи зависят от многих факторов, в том числе от санитарно-гигиенического обеспечения. При планировании службы паллиативной помощи необходимо учитывать, что важная ее задача – создать для пациентов благоприятные условия пребывания в учреждении.

Санитарно-гигиеническое обеспечение паллиативной помощи регулируется следующей нормативно-правовой документацией:

- СНиП 10-01-94 «Система нормативных документов в строительстве. Основные положения»;
- ВСН 62-91 «Проектирование среды жизнедеятельности с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения»;
- СанПиН 2.2.1/2.1.1.1076-01 «Гигиенические требования к инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий»;
- СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».
- СанПиН 2.1.1/2 1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».

Рекомендуемая мощность стационаров паллиативной помощи – 25–30 коек. При выборе участков для них рекомендуется учитывать их доступность для проезда больных и их родственников, близость к действующим больницам и культовым зданиям (храмы, мечети и т.д.). Здания учреждений паллиативной помощи должны быть не выше 2 этажей с размещением стационара на 1-м этаже, площадь вестибюля-гардеробной – не менее 0,5 м^2 на 1 посетителя. Предполагается, что число посетителей стационара хосписов составляет 240% от числа коек. На 1 койку в палате должно приходиться не менее 14 м^2, в палате на 2 койки и более – не менее 10 м^2 на 1 койку. Ширина однокоечных палат должна быть не менее 3,6 м, ширина коридоров – не менее 2,4 м, а других служб и помещений – не менее 1,8 м.

Палаты следует проектировать со шлюзом, встроенными шкафами и санитарным узлом (со входом из

шлюза), состоящим из уборной, умывальника и душа. Вместимость палат – не более 4 коек.

Посты дежурных медсестер следует проектировать из расчета не менее 6 м^2 каждый, на 1 пост должно приходиться не более 5 больных.

Службу приготовления пищи следует располагать в обособленных отсеках зданий хосписов с отдельными служебными и хозяйственными входами и технологической связью с палатами.

Ширина дверного проема в помещениях для больных должна быть не менее 1,1 м, в других помещениях – не менее 0,9 м. Размеры кабин уборных для больных: ширина – не менее 1,65 м, глубина – не менее 1,8 м.

Для внутренней отделки помещений следует использовать материалы, разрешенные органами и учреждениями санэпиднадзора, соответствующие функциональному назначению и способствующие созданию условий, максимально приближенных к домашним.

Санитарно-гигиенические качества внутренней отделки помещений должны соответствовать требованиям СанПиН 2.1.3.1375-03, установка вспомогательных средств и приспособлений для больных (поручни, ручки, рычаги, штанги и т.д.) – требованиям ВСН 62-91.

Вышеизложенное обусловлено тем, что при проектировании, строительстве, размещении учреждений, оказывающих паллиативную помощь, и осуществлении государственного санитарного надзора за их эксплуатацией в соответствии с требованиями отдельных пунктов СанПиН'ов допускается:

- пребывание в учреждении посетителей госпитализируемых из числа законных представителей больного для осуществления ухода за ним;
- в учреждениях, обеспечивающих оказание паллиативной помощи несовершеннолетним пациентам, должны быть предусмотрены дополнительные помещения для сна и приема пищи законных представителей больных.

Правила пребывания в учреждении посетителей, госпитализируемых и иных лиц, определяются правилами внутреннего распорядка, утверждаемыми руководителем организации, и предусматривают устройство палат для пациентов (в том числе пациентов в возрасте до 5 лет) вместимостью до 8 коек. В отделениях должны быть выделены палаты на 1 или 2 койки для пациентов с гнойно-септическими и инфекционными заболеваниями.

Число одно- и двухкоечных палат определяется заданием на проектирование или устанавливается администрацией организации здравоохранения в соответствии с существующей потребностью. Для отделки стен могут применяться краска, влагостойкие обои, панели и иные материалы, допущенные к применению в жилых и общественных зданиях в установленном законодательством порядке. Допускается использование для покрытия пола в палатах (за исключением палат для пациентов с инфекционными заболеваниями) ковров, поддающихся влажной уборке и дезинфекции при текущих и генеральных уборках помещений, камерной дезинфекции. Для ежедневного ухода за коврами следует иметь соответствующий уборочный инвентарь; в помещениях палат для несовершеннолетних пациентов можно использовать кровати со спинками и боковым ограждением из дерева, покрытого лакокрасочными материалами, устойчивыми к моющим средствам и дезинфекции.

Требованиями действующих СанПиН не запрещено приготовление блюд для пациентов их родственниками. Приготовление пищи может производиться в специально выделенном и оборудованном помещении, обеспечивающем нужные для этого условия, а также условия для мытья и хранения кухонной и столовой посуды, приборов. Следует отметить, что дезинфекция кухонной и столовой посуды, приборов и стаканов, используемых пациентами в строго индивидуальном порядке, необязательна.

Таким образом, паллиативная помощь, являющаяся неотъемлемой частью медицинской помощи, направлена на облегчение страданий больного на протяжении оставшегося времени жизни вне зависимости от характера и тяжести заболевания.

Литература

1. Новиков Г.А., Самойленко В.В., Рудой С.В., Вайсман М.А. Последипломное образование и паллиативная помощь: обзор Европейских рекомендаций / Паллиативная медицина и реабилитация. – 2011; 3: 5–8.
2. Онкология. Национальное руководство. / Гл. ред. акад. РАМН В.И. Чисов, акад. РАМН М.И. Давыдов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 459–483.
3. Организация паллиативной помощи на региональном уровне / Уч. пособие. Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Горбунов В.И. и др. – Ульяновск: изд-во Ульяновского гос. университета, 2009. – 7–23.
4. Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
5. Правительство РФ. Распоряжение №2511-р от 24.12.12. Государственная программа «Развитие здравоохранения».
6. Минздравсоцразвития РФ. Приказ №555н от 17.05.12 «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».
7. Минздравсоцразвития РФ. Приказ №1343н от 21.12.12 «Об утверждении порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению».

SANITATION PROVISION OF PALLIATIVE CARE

S.G. Gorelik, Cand. Med. Sci.; D.V. Volkov, Cand. Med. Sci.
Belgorod State National Research University

The paper reviews measures for the sanitation provision of palliative care and shows the need for palliative care in the population of the Russian Federation and Europe. It also gives detailed characterization of palliative care personnel's work.

Key words: palliative care, institutional regulations, sanitation provision, normative legal documents.