



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 01.10.2018

г. Мурманск

№ 496

**Об организации оказания
паллиативной медицинской помощи**

В целях совершенствования организации оказания паллиативной медицинской помощи пациентам, в т.ч. на дому, медицинскими организациями Мурманской области **приказываю:**

1. Утвердить:
 - 1.1. Положение об организации паллиативной медицинской помощи.
 - 1.2. Анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.
 - 1.3. Шкалу PPS для оценки общей активности больных при паллиативном лечении.
 - 1.4. Шкалу боли.
 - 1.5. Форму «Сведения о пациенте, имеющем показания к оказанию паллиативной медицинской помощи».
 - 1.6. Положение об организации деятельности службы лечения боли.
 - 1.7. Показания для лечения болевого синдрома в условиях стационара круглосуточного пребывания.
2. Главному врачу ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница» (Корсаков А.Е.)
 - 2.1. Организовать на базе медицинской организации деятельность службы лечения боли с 01.04.2019 в соответствии с положением, утвержденным настоящим приказом.
 - 2.2. Проинформировать медицинские организации области о порядке записи пациентов с болевым синдромом на консультацию врача по паллиативной медицинской помощи ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница».
3. Руководителям медицинских организаций области при организации и осуществлении оказания паллиативной медицинской помощи руководствоваться настоящим приказом.
4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Мурманской области Ушакову Л.Г.

Министр


В.Г. Перетрухин

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

**Положение
об организации паллиативной медицинской помощи**

1. Общие положения

1.1. В медицинской организации, в которой пациент получает медицинскую помощь в стационарных или в амбулаторных условиях, принимается решение:

- о наличии/отсутствии у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи (с учетом п. 2 положения);

- об условиях оказания паллиативной медицинской помощи: стационарно, амбулаторно, в том числе в кабинете паллиативной медицинской помощи или на дому;

- о необходимости проведения обследования и/или лечения пациента в медицинской организации, не оказывающей паллиативную медицинскую помощь, в том числе с целью получения недостающей информации для признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

1.2. У пациента со злокачественным новообразованием решение о наличии или отсутствии показаний к паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания принимаются:

- врачами-онкологами при наличии гистологически верифицированного диагноза у инкурабельного больного;

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического лечения, в том числе хронического болевого синдрома.

1.3. У пациента со злокачественным новообразованием при отсутствии гистологически верифицированного диагноза и/или заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и у пациента неонкологического профиля решение о наличии или отсутствии показаний к паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания принимается врачебной комиссией медицинской организации.

1.4. Решение врачей-онкологов, врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых или протокол врачебной комиссии медицинской организации вносится в медицинскую документацию пациента.

2. Правила признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи

2.1. Для определения наличия или отсутствия у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи лечащий врач заполняет анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи, к которой прилагается оценка функционального состояния пациента по шкале PPS и оценка боли у пациента по шкале боли.

2.2. По результатам оценки состояния пациента лечащий врач самостоятельно принимает решение о наличии или отсутствии у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания (в соответствии с п.1.2. положения), при необходимости – после консультации врача по паллиативной медицинской помощи. Для принятия решения о наличии у пациента (в соответствии с п.1.3. положения) показаний к паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания лечащий врач представляет лицу, ответственному за организацию работы врачебной комиссии в медицинской организации, эпикриз направления на врачебную комиссию и медицинскую документацию пациента.

2.3. При принятии решения о наличии у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи лечащий врач, в т.ч. уполномоченный врачебной комиссией:

- в срок не позднее двух рабочих дней после принятия решения с учетом согласия пациента (законного представителя) в доступной для него форме с соблюдением этических и моральных норм информирует пациента (его законного представителя) о наличии (отсутствии) показаний к паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания, организует дальнейшую маршрутизацию пациента в целях оказания паллиативной медицинской помощи;

- оформляет и выдает пациенту (законному представителю) выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или из медицинской карты стационарного больного с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям, обоснованием показаний для паллиативной медицинской помощи и копию протокола (выписки) заседания врачебной комиссии в случаях, установленных п. 1.3 положения;

- направляет в организационно-методический центр паллиативной медицинской помощи ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница» по электронным каналам связи (palliative@kolacrb.ru), отвечающим требованиям защиты персональных данных, информацию о пациенте, в т.ч. отказавшегося

от оказания паллиативной медицинской помощи, по форме, утвержденной п. 1.4. настоящего приказа;

- при направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в условиях стационара, осуществляет взаимодействие с пациентом (законным представителем) и медицинской организацией по вопросам госпитализации;

- при отказе пациента (законного представителя) от получения паллиативной медицинской помощи разъясняет в доступной для него форме возможные последствия отказа, оформляет в письменном виде отказ от оказания паллиативной медицинской помощи с учетом особенностей оформления информированного добровольного согласия/отказа при оказании паллиативной медицинской помощи.

3. Организация работы врачебной комиссии для определения показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи

3.1. Проведение заседания врачебной комиссии для определения показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи организуется с привлечением лечащего врача по основному заболеванию пациента и врача по паллиативной медицинской помощи. В случае отсутствия в медицинской организации врача по паллиативной медицинской помощи допускается приглашение указанного врача-специалиста из другой медицинской организации, в том числе при содействии организационно-методического центра паллиативной медицинской помощи ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница».

3.2. Проведение врачебной комиссии для определения показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи осуществляется как в присутствии пациента (в медицинской организации или на дому), так и заочно по представлению лечащего врача.

3.3. При определении условий оказания паллиативной медицинской помощи врачебная комиссия учитывает наличие у пациента заболеваний и состояний, указанных в порядке оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, критерии признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, иные факторы (социальные, условия проживания, возможность организации ухода за пациентом на дому, желание пациента (законного представителя)).

3.4. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом.

В решении врачебной комиссии указываются:

- наличие или отсутствие показаний для оказания паллиативной

медицинской помощи;

- необходимость проведения обследования и/или лечения пациента в медицинской организации, не оказывающей паллиативную медицинскую помощь, в т.ч. с целью получения недостающей информации для признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи;

- при наличии показаний к паллиативной медицинской помощи - определение объемов и условий ее оказания, дальнейшей тактики ведения пациента;

- лицо, ответственное за организацию оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе за дальнейшую маршрутизацию пациента) и за информирование пациента (законного представителя) о нуждаемости или отсутствии необходимости в паллиативной медицинской помощи для эффективного и своевременного избавления от боли и/или облегчения других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни;

- решения по иным вопросам, связанным с оказанием паллиативной медицинской помощи;

- особое мнение членов комиссии, врача-эксперта (в случае несогласия с решением врачебной комиссии).

- рекомендации (при необходимости) сотрудникам медицинской организации для улучшения организации оказания паллиативной медицинской помощи.

4. Маршрутизация пациентов, имеющих показания к паллиативной медицинской помощи

4.1. Критерии принятия решения об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях.

4.1.1. В кабинетах паллиативной медицинской помощи:

- наличие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
- отсутствие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;
- возможность купирования симптомов в амбулаторных условиях;
- ориентировочная потребность в визитах, но не чаще одного раза в неделю;
- физический статус пациента по шкале PPS более 60% по шкале PPS

- наличие у пациента, утратившего способность к самообслуживанию, одного и более лиц, осуществляющих уход (родственников или иных лиц, имеющих возможность осуществлять уход за пациентом, в т.ч. сиделок, социальных работников).

4.1.2. Выездной патронажной службой:

- наличие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
- отсутствие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;
- возможность купирования симптомов в амбулаторных условиях;
- потребность в визитах чаще одного раза в неделю (но не чаще одного раза в сутки);
- низкий физический статус пациента по шкале PPS (менее 60%);
- наличие у пациента, утратившего способность к самообслуживанию, одного и более лиц, осуществляющих уход (родственников или иных лиц, имеющих возможность осуществлять уход за пациентом, в т.ч. сиделок, социальных работников).

4.1.3. В рамках оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях:

*кабинетом паллиативной медицинской помощи осуществляются следующие функции:

- определение условий и объема оказания паллиативной медицинской помощи;
- оформление информированного добровольного согласия на оказание паллиативной медицинской помощи в полном объеме или на проведение отдельных медицинских манипуляций или отказа от оказания паллиативной медицинской помощи, в т.ч. от отдельных медицинских манипуляций с учетом особенностей оформления информированного добровольного согласия/отказа на оказание паллиативной медицинской помощи;
- консультирование пациентов, их родственников и иных лиц, осуществляющих уход за пациентами, врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей-специалистов по вопросам особенностей оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП), в т.ч. по вопросам обезболивания с использованием сильнодействующих, наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ); выписка первичного рецепта на НС и ПВ при необходимости;

- ведение регистра лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

- взаимодействие с региональным организационно-методическим центром паллиативной медицинской помощи;

*участковой службой осуществляются следующие функции:

- динамическое наблюдение за состоянием пациента;

- дообследование пациента (при наличии показаний);

- коррекция назначений по основному заболеванию, его осложнениям и сопутствующему заболеванию с привлечением консультативной помощи врача кабинета ПМП;

- выписка рецептов на НС и ГВ.

4.2. Критерии принятия решения об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту в стационарных условиях.

4.2.1. В отделениях (на койках) паллиативной медицинской помощи:

- наличие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;

- необходимость снятия тягостных симптомов, включая хронический болевой синдром, при неэффективности амбулаторного лечения;

- необходимость круглосуточного врачебного наблюдения;

- предполагаемый прогноз жизни около 12 месяцев и менее;

- потребность в проведении инвазивных процедур и диагностических вмешательств для улучшения качества жизни, проведение которых невозможно в амбулаторных условиях;

4.2.2. В отделениях сестринского ухода:

- потребность в круглосуточном сестринском наблюдении и уходе;

- отсутствие потребности в проведении инвазивных процедур и диагностических вмешательств;

- предоставление «социальной передышки» родственникам.

* Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным регламентируется приказом Министерства здравоохранения Мурманской области.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

**Анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости
в оказании паллиативной медицинской помощи**

Раздел	Признак	Показатель (да/нет)	
I.	Наличие заболеваний (состояний)		
1.1.	Различные формы злокачественных новообразований	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.2.	Органная недостаточность в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.3.	Хроническое прогрессирующее заболевание терапевтического профиля в терминальной стадии развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.4.	Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, требующие симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.5.	Тяжелые необратимые последствия травм, в том числе черепно-мозговых, требующие симптоматической терапии и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи		
1.6.	Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы на поздних стадиях развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.7.	Различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в терминальной стадии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
II.	Общие критерии для оказания паллиативной медицинской помощи		
2.1.	Ожидаемая продолжительность жизни менее года	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.2.	Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.3.	Средний и высокий суицидальный риск	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
III.	Показатели тяжести заболевания		

3.1.	Концентрация альбумина в плазме крови < 2,5 г/л независимо от острых приступов декомпенсации	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.2.	Потеря веса более 10% в течение 6 месяцев, не связанная с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.3.	Показатели функциональных нарушений (количество баллов) по индексу PPS < 50	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.4.	Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев, несмотря на обеспечение соответствующей терапии	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.5.	Устойчивые пролежни (стадии 3-4)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.6.	Рецидивирующая инфекция (более одного раза в течение 6 месяцев)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.7.	Делирий	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.8.	Устойчивая дисфагия	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.9.	Наличие эмоционального расстройства с психологическими симптомами, не связанного с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.10.	Две или более экстренных (незапланированных) госпитализаций в связи с хроническим заболеванием за 12 месяцев	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.11.	Потребность в комплексной/интенсивной непрерывной помощи в условиях медучреждения либо на дому	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
3.12.	Наличие двух и более сопутствующих заболеваний	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
IV.	Критерии при отдельных заболеваниях				
4.1.	Злокачественное новообразование				
4.1.1.	Подтвержден метастатический процесс (стадия 3-4) при незначительном ответе на специфическое лечение или наличии противопоказаний к специфической терапии, выраженное прогрессирование заболевания при лечении или метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени, наличие серьезного заболевания легких)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.1.2.	Серьезные функциональные нарушения (общее состояние по шкале PPS < 50%)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет

4.1.3.	Стойкие беспокоящие симптомы, несмотря на оптимальное лечение вызывающих их заболеваний, в том числе наличие болевого синдрома (более пяти баллов по шкале боли)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.2.	Хронические заболевания легких и иные расстройства дыхания, осложненные тяжелой хронической дыхательной недостаточностью				
4.2.1.	Одышка в состоянии покоя или при минимальной нагрузке вне обострения заболевания	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.2.2.	Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.2.3.	По результатам исследования функции внешнего дыхания FEV1 < 30% или CVF < 40%, DLCO < 40%	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.2.4.	Необходимость контролировать газовый состав артериальной крови после завершения оксигенотерапии - клинические проявления сердечной недостаточности	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.2.5.	Повторные госпитализации (более трех госпитализаций в течение 12 месяцев в связи с обострениями ХОБЛ)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.	Заболевание органов кровообращения				
4.3.1.	Сердечная недостаточность класса 3 или 4 (NYHA), тяжелое заболевание клапанов или неоперабельная коронарная недостаточность	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.2.	Затруднение дыхания в покое или при минимальной нагрузке	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.3.	Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.4.	Результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракции выброса (менее 30%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии более 60 мм рт. ст.)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.5.	Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30 л/мин.)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.3.6.	Неоднократная госпитализация по причине сердечной недостаточности/ИБС (более трех раз за 12 месяцев)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.4.	Хронические неврологические диагнозы: инсульт				
4.4.1.	Во время острой и подострой фаз (более трех месяцев после инсульта): устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание более трех дней	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.4.2.	Во время хронической фазы (более трех месяцев после инсульта): неоднократные осложнения (аспирационная	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет

	пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (более одного раза), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (наличие повышенной температуры после лечения антибиотиками в течение одной недели), пролежни 3-4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.	Хронические неврологические диагнозы: БАС, рассеянный склероз и другие заболевания двигательных нейронов, дегенеративные заболевания экстрапирамидной моторной системы (болезнь Паркинсона)		
4.5.1.	Прогрессирующее ухудшение физиологических и психических функций, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.2.	Комплексные и тяжелые симптомы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.3.	Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.4.	Прогрессирующая дисфагия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.5.	Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.	Тяжелая хроническая болезнь печени		
4.6.1.	Прогрессирующий цирроз печени, стадия Child C (при отсутствии осложнений)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.2.	Наличие одного из следующих клинических осложнений: устойчивый к диуретической терапии асцит, гепаторенальный синдром или кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в связи с портальной гипертензией, не отвечающее на фармакологическое и эндоскопическое лечение и с противопоказанием к трансплантации и ТИПС	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.3.	Наличие злокачественной гепатомы в стадии C или D (по Барселонской классификации рака печени, BCLC)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7.	Тяжелая хроническая болезнь почек		
4.7.1.	Тяжелая почечная недостаточность (уровень креатинина > 120 мкмоль/л)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7.2.	Наличие противопоказаний к заместительной терапии и трансплантации	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.	Деменция		

4.8.1.	Критерии оценки степени тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи, недержание мочи и кала или неспособность к разумной коммуникации: 6 или меньше разборчивых слов	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.8.2.	Показатели прогрессирования: утрата способности к двум и более видам повседневной деятельности за последние 6 месяцев, несмотря на соответствующее лечение (исключением является острое состояние, связанное с другим заболеванием), затрудненное глотание, отказ от еды у пациентов, которые не могут получать питание энтерально или парентерально	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.8.3.	Повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев) в связи с сопутствующими патологиями, вызывающими функциональные или когнитивные ухудшения	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
4.9.	Иные признаки (при наличии - указать)	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
V.	Общее количество положительных ответов ("да")				

Инструкция по заполнению анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи

1. Для определения наличия или отсутствия у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи врач заполняет анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.

2. По результатам оценки состояния пациента в соответствии с признаками, указанными в столбце 2 анкеты, в столбцах 3 и 4 анкеты отмечается галочкой соответствующий показатель: "да" или "нет" в зависимости от наличия/отсутствия признака.

3. В строке V отмечается общее количество положительных ответов ("да").

4. Оценка результата: при наличии более 5 положительных ответов ("да") в анкете пациент признается нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

5. К анкете в обязательном порядке прилагается оценка функционального состояния пациента по шкале PPS и оценка боли у пациента по шкале боли.

6. В анкетах "Шкала PPS для оценки общей активности больных при паллиативном лечении", "Шкала боли" отмечается нужная строка.

7. Для целей принятия решения о признании пациента имеющим показания к паллиативной помощи по усмотрению врача и/или врачебной комиссии могут дополнительно использоваться иные шкалы оценки

состояния пациента.

8. При наличии от 3 до 5 положительных ответов ("да") в анкете и с учетом мнения лечащего врача о наличии у пациента показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи решение о наличии показаний к паллиативной медицинской помощи относится к компетенции врачебной комиссии медицинской организации, в которой пациенту оказывается первичная медико-санитарная (специализированная, в т.ч. высокотехнологичная) медицинская помощь.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

**ШКАЛА
PPS ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЩЕЙ АКТИВНОСТИ
БОЛЬНЫХ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Оценка в %	Способность к передвижению	Виды активности и проявления болезни	Самообслуживание	Питание/питание	Уровень сознания
100	Полная	Практически здоров: жалоб нет; признаков заболевания нет	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
90	Полная	Сохранена нормальная ежедневная активность; незначительная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
80	Полная	Нормальная ежедневная активность поддерживается с усилием; умеренная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
70	Сокращенная	Способен себя обслужить; не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
60	Сокращенная	Большей частью способен себя обслужить, однако в отдельных случаях нуждается в уходе	Иногда требуется помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
50	Главным образом сидит или лежит	Частично способен себя обслужить, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская помощь	Требуется значительная помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
40	Преимущественно в постели	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и	Как правило, не обходится без помощи	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо

		медицинская помощь			сонливость, либо спутанность
30	Полностью прикован к постели	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует	Тотальный уход	Сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
20	Полностью прикован к постели	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	Тотальный уход	Мелкие глотки	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
10	Полностью прикован к постели	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс	Тотальный уход	Только уход за полостью рта	Сонливость или кома
0	Смерть	Смерть	-	-	-

Инструкция по проведению оценки общей активности больных при паллиативном лечении по шкале PPS

1. Шкала PPS предполагает горизонтальное чтение по каждой строке для того, чтобы подобрать наиболее подходящее соответствие состоянию пациента. По указанной строке и определяется уровень общей активности больного (в %).

2. Оценку состояния пациента необходимо начать со столбца "Способность к передвижению", просматривая его сверху вниз до ячейки, в которой указан наиболее соответствующий состоянию данного пациента уровень мобильности. Затем от этой ячейки необходимо перейти направо к следующему столбцу "Виды активности и проявления болезни", просматривая его, начиная уже с этого уровня, передвигаться вниз столбца до ячейки, в которой будет указан наиболее соответствующий данному пациенту уровень активности и воздействия заболевания на пациента.

3. Т.о. необходимо просмотреть столбцы 2-6 таблицы в целях определения общего уровня состояния данного пациента.

4. Уровень по шкале PPS необходимо менять только на интервалы в 10%.

5. В случае, если некоторые показатели выстраиваются на одном уровне, а один или два показателя оказываются на более низком или высоком уровнях, необходимо определить, какой из этих уровней больше всего подходит пациенту. При этом не следует устанавливать среднее значение. Исходя из клинической оценки и приоритетности столбца слева необходимо

определить, какой уровень состояния по шкале PPS (например, 40% или 50%) больше всего соотносится с ситуацией пациента.

6. При оценке состояния пациента по критерию "Способность к передвижению" необходимо исходить из того, что разница между такими вариантами способности передвигаться, как "преимущественно сидит/лежит", "преимущественно лежит" и "прикован к постели" почти не заметна. Тонкая грань между этими уровнями связана с показателем "самообслуживание". Например, степень способности передвигаться "прикован к постели", относящаяся к уровню общего состояния 30%, связана либо с сильной слабостью, либо с параличом, при котором пациент не только не может встать с постели, но и не способен ухаживать за собой. Разница между "преимущественно сидит/лежит" и "преимущественно лежит" пропорциональна количеству времени, в течение которого пациент способен сидеть, а не лежать. Сниженная способность передвигаться соответствует уровню общего состояния 60-70%. Данные соседней ячейки показывают, что сниженная способность передвигаться связана с неспособностью к профессиональной деятельности или неспособностью заниматься некоторыми видами хобби и работы по дому. При этом больной все еще может самостоятельно передвигаться и ходить. Однако пациент с уровнем общего состояния 60% периодически уже нуждается в помощи посторонних лиц.

7. При оценке состояния пациента по критерию "Степень активности и выраженность заболевания" необходимо учитывать, что степень выраженности заболевания определяется по физическим проявлениям болезни и результатам обследований, характеризующим стадию развития заболевания. Например, в случае рака груди возникновение местного рецидива будет означать, что заметны некоторые признаки заболевания, один или два метастаза в легкие или кости приравниваются к серьезным признакам заболевания, а множественные метастазы в легкие, кости, печень и мозг, гиперкальцемия или другие серьезные осложнения являются показателями распространенного патологического процесса. Показателем распространенного патологического процесса также может быть прогрессирование заболевания, несмотря на радикальное лечение.

Кроме того, степень выраженности заболевания в описанных выше случаях определяется с учетом способности пациента продолжать работать, заниматься хобби или другими видами деятельности. Любители прогулок постепенно сокращают пройденное расстояние, хотя и могут продолжать гулять, даже вплоть до самой смерти (например, пытаться ходить по коридору больницы).

8. При оценке состояния пациента по критерию "Самообслуживание" необходимо учитывать, что:

- "периодически необходима помощь" - это означает, что большую часть времени пациент может самостоятельно вставать с кровати, ходить, мыться, посещать туалет и принимать пищу, но иногда (возможно, раз в день или несколько раз в неделю) ему требуется небольшая помощь;

- "необходима значительная помощь" - это значит, что каждый день пациенту регулярно требуется помощь (обычно ему хватает поддержки одного человека), чтобы осуществить указанные выше действия. Например, пациент может самостоятельно почистить зубы и умыться, однако, чтобы дойти до ванной, ему нужна поддержка. Пищу приходится измельчать на кусочки, которые пациенту будет легко разжевать, однако порезанную таким образом пищу он сможет съесть самостоятельно;

- "помощь необходима большую часть времени" - это показатель ухудшения состояния пациента, которому до этого нужна была регулярная помощь. Если взять предыдущий пример, то пациент на этой стадии уже нуждается в помощи не только, чтобы встать, но и чтобы умыться и побриться. При этом обычно он может есть самостоятельно или с минимальной помощью. Объем требуемой помощи зависит от степени его утомляемости в течение дня;

- "необходима постоянная помощь" - в этом случае пациент полностью не способен самостоятельно принимать пищу, ходить в туалет и осуществлять какой-либо уход за собой. В зависимости от клинических проявлений пациент может или уже не способен пережевывать и проглатывать приготовленную и подаваемую ему пищу.

9. При оценке состояния пациента по критерию "Прием пищи и питья" необходимо учитывать, что разница в уровнях данного показателя достаточно очевидна. Если пациент придерживается того же режима питания, к которому он привык, будучи в здоровом состоянии, это означает, что данный показатель в норме. Сокращенный прием пищи означает, что рацион пациента так или иначе сокращается, при этом степень сокращения может отличаться в зависимости от индивидуальных особенностей. "Только пьет маленькими глотками" - можно сказать о пациенте, который потребляет минимальное количество пищи обычно в виде пюре или жидкости и значительно ниже нормы, необходимой для поддержания жизнедеятельности.

10. При оценке состояния пациента по критерию "Уровень сознания" необходимо учитывать, что под ясным уровнем сознания подразумевается полная восприимчивость и хорошие когнитивные способности пациента, проявляющиеся в различных типах мышления, хорошей памяти и т.д. Показателем спутанности сознания может быть проявление делирия или деменции и снижение уровня осознанности. Эти проявления могут быть слабыми, умеренными или выраженными, их этиология возникновения может быть различная. Под вялостью может подразумеваться слабость, проявление побочных эффектов от приема лекарственных препаратов, делирий. Кома в данном контексте означает отсутствие реакции на вербальные или физические раздражители, при этом некоторые рефлексы могут сохраняться. Глубина комы может меняться в течение суток.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

Шкала боли

Характеристика боли	Количество баллов
Полное отсутствие боли	0
Боль очень слабая, едва заметная. Большую часть времени пациент о ней не думает	1
Несильная боль. Она может раздражать и время от времени приступообразно усиливаться	2
Боль заметна, она отвлекает, однако к ней можно привыкнуть и приспособиться	3
Умеренная боль. Если человек глубоко погружен в какое-то занятие, он может игнорировать ее, но только в течение какого-то времени, однако затем она обязательно отвлечет внимание на себя	4
Умеренно сильная боль. Ее нельзя игнорировать больше, чем несколько минут, но сделав над собой усилие, человек может выполнять какую-то работу или участвовать в каком-то мероприятии	5
Умеренно сильная боль, которая мешает выполнять нормальные ежедневные действия, так как сосредоточение на чем-то становится чрезвычайно сложной задачей	6
Тяжелая боль, подчиняющая себе все ощущения и существенно ограничивающая способность человека производить обычные действия и общаться с другими. Мешает спать	7
Интенсивная боль. Физическая активность сильно ограничена. Словесное общение требует огромного усилия	8
Мучительная боль. Человек не в состоянии разговаривать. Возможны неконтролируемые стоны или плач	9
Невыносимая боль. Человек привязан к постели и, возможно, в бреду. Болевые ощущения такой силы приходится испытывать в течение жизни очень малому количеству людей	10

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

**Сведения о пациенте, имеющем показания к оказанию
паллиативной медицинской помощи**

Наименование медицинской организации

ФИО пациента	
Дата рождения	
Адрес, телефон	
Диагноз	
Необходимость в респираторной поддержке (да/нет)	
Назначение НС и ПВ (да/нет, дозировка)	
Условия получения паллиативной помощи (амбулаторно, патронаж, стационарно)	
Согласие на получение паллиативной помощи (да/нет)	

Ф.И.О. и должность лица,
ответственного за составление формы

Подпись

Дата составления формы

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 01.10.2018 № 496

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности службы лечения боли

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности службы лечения боли (далее – Служба).

1.2. Служба организована на базе ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница» на функциональной основе.

1.3. Службу возглавляет руководитель, назначаемый на должность главным врачом ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница».

1.4. На должность руководителя Службы назначается врач, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения согласно действующим нормативным документам Министерства здравоохранения Российской Федерации и имеющий специальную подготовку по вопросам лечения болевых синдромов различной этиологии.

1.5. Структура и штатная численность персонала Службы устанавливается руководителем ГОБУЗ «Кольская центральная районная больница».

1.6. Для оптимальной работы Службы используются мощности лечебных и диагностических структурных подразделений больницы.

1.7. В своей практической деятельности Служба руководствуется настоящим положением, законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Мурманской области и главного врача, положением об организации структурного подразделения медицинской организации.

2. Цели функционирования Службы

2.1. Обеспечение своевременного и эффективного лечения пациентов с хроническим болевым синдромом.

3. Задачи Службы

3.1. Обеспечение круглосуточной рациональной анальгезии, в т.ч. с учетом регресса болевого синдрома.

3.2. Разработка протоколов послеоперационной аналгезии с учетом характера, вида и объема полученной травмы/оперативного вмешательства, а также терапия хронического болевого синдрома.

3.3. Формирование консультативной помощи амбулаторным пациентам с угрозой или развитием хронического болевого синдрома.

3.4. Оптимизация затрат на закупку препаратов аналгетического ряда путем формирования перечня и объема закупаемых обезболивающих препаратов, используемых в лечебной практике.

4. Функции Службы

4.1. Обследование и лечение пациентов с болевыми синдромами:

4.1.1. Выявление, оценка, диагностика, лечение, профилактика хронизации острых и послеоперационных болевых синдромов у госпитализированных пациентов.

4.1.2. Выявление, оценка, диагностика, лечение хронических болевых синдромов у амбулаторных и стационарных пациентов.

4.2. Проведение профилактики ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, провоцируемых болевым синдромом.

4.3. Формирование бережного отношения к пациенту при проведении послеоперационной аналгезии. Отказ от традиционного внутримышечного/подкожного применения инъекционных аналгетиков.

4.4. Разработка и внедрение в практику новых способов и технологий аналгезии, в том числе немедикаментозных методов лечения острой и хронической боли.

4.5. Мониторинг эффективности и коррекция обезболивания, анализ проводимой терапии лечения боли.

4.6. Участие в организации и проведении научно-практических конференций, семинаров, посвященных проблеме острой и хронической боли.

4.7. Ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено нормативными документами Российской Федерации (журнал регистрации больных с описанием особенностей и оценкой качества проведенной аналгезии).

4.8. Проведение просветительской работы среди врачебного и сестринского персонала, пациентов, родственников пациентов.

5. Структура Службы

5.1. В структуре отделения предусмотрены следующие зоны:

5.1.1. Зона пациентов: холл, раздевалка для пациентов (общая для хирургического стационара).

5.1.2. Кабинет для осмотра пациентов.

5.1.3. Рабочая зона: кабинет для проведения диагностических и лечебных манипуляций, операционная для проведения манипуляций и операций, в т.ч. под контролем УЗИ.

5.1.4. Палаты для круглосуточного пребывания пациентов.

5.1.5. Зона персонала: помещения для работы врачебного и сестринского персонала, служебный гардероб, служебные туалеты.

5.1.6. Вспомогательные помещения: помещения для хранения медицинской аппаратуры и расходного материала, чистого и грязного белья, использованного расходного материала.

5. Стандарт оснащения Службы

1.	Операционный стол рентгенпрозрачный	1
2.	Лампа бестеневая	1
3.	Интраоперационный мобильный рентгеновский аппарат – С-дуга	По потребности
4.	Средства защиты от ионизирующего излучения	По потребности
5.	Средства контроля ионизирующего излучения	По потребности
6.	Генератор для радиочастотной абляции невралных структур не менее 4 рабочих каналов, возможность проведения биполярной, импульсной и традиционной РЧА	1
7.	Портативный ультразвуковой аппарат с системой навигации для выполнения регионарной анестезии и других интервенционных методов лечения боли	1
8.	Система снабжения кислородом	1
9.	Аппарат наркозный	1
10.	Монитор пациента на 5 параметров (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиограмма, частота дыхания, температура)	2
11.	Дефибриллятор	1
12.	Дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции легких	1
13.	Набор для интубации трахеи	1
14.	Аспиратор электрический	1
15.	Стимулятор периферических нервов	По потребности
16.	Рабочее место врача	1
17.	Рабочее место медицинской сестры-анестезиста	1
18.	Рабочее место медицинской сестры операционной	1
19.	Шкаф для лекарственных средств и препаратов	1
20.	Расходные материалы для проведения периферических блокад, абляции, общей анестезии	По потребности

Показания для лечения болевого синдрома в условиях стационара круглосуточного пребывания

№ п/п	Патология	Медицинская помощь в условиях стационара круглосуточного пребывания
1.	Хронический болевой синдром онкологического генеза	в плановом порядке
2.	Хронический неврогенный болевой синдром (синдром неудачно оперированной спины, боли, связанные с инсультом, боль в спине, невралгии периферических нервов, рефлекторная симпатическая дистрофия, симпатически обусловленная боль, периферические нейропатии, посттравматические боли фантомные боли)	<ul style="list-style-type: none">• Профильное отделение стационара по месту жительства (при неэффективности амбулаторного лечения)• При неэффективности терапии более 5 дней - ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»• Неврологическое (терапевтическое) отделение стационара по месту жительства (при неэффективности амбулаторного лечения)• При неэффективности терапии более 10 дней - ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»
3.	Хронический соматогенный болевой синдром (плечелопаточный периартрит, сакроилеит, другие артриты и артрозы, прочие хронические соматогенные боли)	<ul style="list-style-type: none">• Профильное отделение стационара по месту жительства (при неэффективности амбулаторного лечения).• При неэффективности терапии более 10 дней - ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»