

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАСНОЯРСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4»**

П Р И К А З

14.01.2022 г.

№ 29

Об организации паллиативной помощи в КГБУЗ «КГП №4»

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом МЗ РФ и МТ и СЗ РФ №345н/372н от 31.05.2019 года «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», приказом МЗ Красноярского края № 701-орг от 30.05.2019г. о дополнении к штатному расписанию КГБУЗ «КГП №4» - выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи, руководствуясь методическими рекомендациями по диспансерному наблюдению за паллиативными пациентами

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Заместителю главного врача по МЧ И.В.Гурулевой организовать оказание паллиативной помощи в КГБУЗ «КГП №4» в соответствии с приказом МЗ РФ и МТ и СЗ РФ №345н/372н от 31.05.2019 года «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» и приказом МЗ Красноярского края № 701-орг от 30.05.2019г.
2. Утвердить порядок оказания паллиативной помощи в КГБУЗ «КГП №4» и порядок отбора пациентов для оказания паллиативной помощи в соответствии с приложением 1.
3. Врача по паллиативной медицинской помощи Ахметова М.Р. назначить ответственным по соблюдению порядков оказания паллиативной помощи прикрепленному населению в рамках согласованных объемов государственного задания, ведение медицинской документации и регистра паллиативных пациентов.
4. Заведующую информационно-аналитического отдела Е.И.Корнейчук назначить ответственной за подачу реестров по государственному заданию по паллиативной помощи, оказанной в КГБУЗ «КГП №4».
5. Руководителя отдела АСУ назначить ответственным по осуществлению контроля за корректной работой регистра КМИАЦ.
6. Заведующих терапевтическими отделениями Е.В.Юрьеву, Е.В.Чирцову, Т.В.Черкаеву, О.С.Чопчиц назначить ответственными за своевременную организацию ВК по признанию пациента паллиативным и передачи сведений врачу по паллиативной помощи.

7. Зам. главного врача по АХЧ В.Г.Давлятшина назначить ответственным за предоставления транспорта врачу и медицинской сестре по паллиативной помощи для выезда на дом к пациентам.
8. Зам. главного врача по КЭР Н.П.Марченко назначить ответственным за организацию проведения внутреннего контроля качества оказания паллиативной помощи нуждающимся пациентам.
9. Контроль по исполнению приказа возложить на заместителя главного врача по МЧ И.В.Гурулеву.

Главный врач

А.А.Любченко

Хабирова Анжелика Анатольевна

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи в КГБУЗ «КГП № 4»**Отбор пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи**

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» (Приложение 1), к которой прилагаются заполненная

«Шкала PPS для оценки общей активности больных» (Приложение 2),

«Шкала боли для паллиативных пациентов» (Приложение 3),

«Шкала оценки суицидального риска» (Приложение 4).

На основании результатов анкетирования лечащий врач, по согласованию с заведующим отделением, принимает решение о передаче пациента на обслуживание выездной бригаде паллиативной помощи КГБУЗ «ГП №4» .

Решение оформляется записью в медицинской карте и протоколом ВК (Приложение 5).

Подписанный протокол ВК, результаты анкетирования и подписанное пациентом (законным представителем пациента) информированное добровольное согласие на оказание ПМП передаётся специалисту выездной бригады, оказывающей паллиативную помощь.

В случае невозможности согласия пациента по тяжести состояния и отсутствия родственников или иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, решение о необходимости оказания ПМП может быть принято консилиумом.

Приложение 1**Анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи****1. Наличие заболеваний (состояний)**

1.1. Различные формы злокачественных новообразований да нет

1.2. Органная недостаточность в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента да нет

1.3 Хроническое прогрессирующее заболевание терапевтического профиля в терминальной стадии развития да нет

1.4 Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, требующие симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи да нет

1.5 Тяжелые необратимые последствия травм, в том числе черепномозговых, требующие симптоматической терапии и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи да нет

1.6 Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы на поздних стадиях развития да нет

1.7. Различные формы деменции да нет

2. Общие критерии для оказания паллиативной медицинской помощи

2.1 Ожидаемая продолжительность жизни менее года да нет

2.2 Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи да нет

2.3 Средний и высокий суицидальный риск да нет

3. Показатели тяжести заболевания

3.1 Концентрация альбумина в плазме крови < 2,5 г/л, да нет

3.2 Потеря веса более 10% в течение 6 мес., не связанное с сопутствующими заболеваниями да нет

3.3 Показатели функциональных нарушений (количество баллов) по индексу PPS<50 да нет

3.4 Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев, несмотря на обеспечение соответствующей терапии да нет

3.5 Устойчивые пролежни (стадия 3-4) да нет

3.6 Устойчивая дисфагия да нет

3.7 Наличие эмоционального расстройства с психологическими симптомами, не связанного с сопутствующими заболеваниями да нет

3.8 Две или более экстренные (незапланированные) госпитализации в связи с хроническим заболеванием за 12 мес. да нет

3.9 Потребность в комплексной /интенсивной непрерывной помощи в условиях медучреждения, либо на дому да нет

3.10 Наличие 2 и более сопутствующих заболеваний, ухудшающих состояние пациента и требующих медикаментозной коррекции да нет

4. Критерии при отдельных заболеваниях

4.1 Злокачественные новообразования да нет

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) да нет

4.1.2 Серьезные функциональные нарушения (общее состояние по шкале PPS < 50%) да нет

4.1.3. Стойкие беспокоящие симптомы, несмотря на оптимальное лечение, вызывающих их заболеваний, в том числе наличие болевого синдрома (более 5 баллов по шкале боли) да 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 -ДН 3 ст. да нет

4.2.2. Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания да нет

4.2.3 По результатам исследования функции внешнего дыхания FEV<30% или CVF<40%, DLCO< 40% да нет

4.2.4 Необходимость контролировать газовый состав крови после завершения оксигенотерапии - клинические проявления сердечной недостаточности да нет

4.2.5 Повторные госпитализации (более трех госпитализаций в течение 12 месяцев в связи с обострением ХОБЛ) да нет

4.3 Заболевания органов кровообращения

4.3.1 Сердечная недостаточность класса 3 или 4 (NYHA), тяжелое заболевание клапанов или неоперабельная коронарная недостаточность да нет

4.3.2 Затруднение дыхания в покое или при минимальной физической нагрузке да нет

- 4.3.3. Тяжелые соматические или психологические симптомы , несмотря на лечение основного заболевания да нет
- 4.3.4 Результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракции выброса (менее 25%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии более 70 мм.рт ст.) да нет
- 4.3.5 Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30л/мин да нет
- 4.3.6 Неоднократная госпитализация по причине сердечной недостаточности /ИБС (более 3 раз за 12 месяцев) да нет

4.4 Неврологические заболевания: ОНМК

- 4.4.1 Во время острой и подострой фаз (более трех месяцев после ОНМК): устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание более 3 дней да нет
- 4.4.2 Во время хронической фазы (более 6 месяцев после ОНМК):неоднократные осложнения (аспирационная пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (более 1 раза), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (наличие повышенной температуры после лечения антибиотиками в течение 1 недели), пролежни 3 -4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами да нет

4.5 Хронические неврологические заболевания: 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 да нет
- 4.5.2 Наличие комплекса тяжелых симптомов и синдромов да нет
- 4.5.3 Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению и социальному взаимодействию да нет
- 4.5.4. Прогрессирующая дисфагия да нет
- 4.5.5. Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность да нет
- 4.5.6. Нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности да нет

4.6. Болезни печени

- 4.6.1.Прогрессирующий цирроз печени, стадия ChildC не менее 10 б (при отсутствии осложнений) да нет
- 4.6.2 Наличие одного из следующих клинических осложнений: устойчивый к диуретической терапии, асцит, гепаторенальный синдром или кровотечение из верхних отделов желудочнокишечного тракта в связи с портальной гипертензией, не отвечающее на фармакологическое и эндоскопическое лечение и с противопоказанием к трансплантации и ТИПС да нет

4.7 Хроническая болезнь почек

- 4.7.1 Тяжелая почечная недостаточность (уровень креатинина > 120 мкмоль/л с прогрессивным ухудшением да нет
- 4.7.2 Наличие противопоказаний к заместительной терапии и трансплантации да 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 да 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 да нет

4.8.3 Повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев) в связи с сопутствующими патологиями, вызывающими функциональные или когнитивные ухудшения да нет

4.9 Иные признаки (при наличии – указать) да нет

5 Общее количество положительных ответов «да»

Приложение 2

Шкала PPS для оценки общей активности больных

Оценка в %	Способность к передвижению	Виды активности и проявления болезни	Самообслуживание	Питание /питье	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	сокращённая	Способен себя обслуживать, не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
60	сокращённая	Большой 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 обслуживать, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская	Требуется значительная помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность

		помощь			ость
40	Преимущественно в постели	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и медицинская помощь Как, правило не обходится без помощи	Как, правило не обходится без помощи	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
30	Полностью прикован в постели	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует Тотальный уход	Тотальный уход Нормальное или сокращенное	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
20	Полностью прикован в постели	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	Тотальный уход	Мелкие глотки	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
10	Полностью прикован в постели	Терминальный период: быстропрогрессирующий фатальный процесс	Тотальный уход	Только уход за полостью рта	Сонливость или кома
0	смерть	-	-	-	-

Приложение 3

Шкала боли для паллиативных пациентов

Количество баллов Характеристика боли

0 Полное отсутствие боли.

1 Боль очень слабая, едва заметная. Большую часть времени пациент о ней не думает.

2 Несильная боль. Она может раздражать и время от времени приступообразно усиливаться.

3 Боль заметна, она отвлекает, однако к ней можно привыкнуть и приспособиться.

4 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 привлечет внимание на себя.

- 5 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.
- 6 Умеренно сильная боль, которая мешает выполнять нормальные ежедневные действия, так как сосредоточение на чем-то становится чрезвычайно сложной задачей.
- 7 Тяжелая боль, подчиняющая себе все ощущения и существенно ограничивающая способность человека производить обычные действия и общаться с другими. Мешает спать.
- 8 Интенсивная боль. Физическая активность сильно ограничена. Словесное общение требует огромного усилия.
- 9 Мучительная боль. Человек не в состоянии разговаривать. Возможны неконтролируемые стоны или плач.
- 10 Невыносимая боль. Человек привязан к постели и, возможно, в бреду. Болевые ощущения такой силы приходится испытывать в течение жизни очень малому количеству людей.

Приложение 4

Шкала риска суицида (ШОРС, TheSadPersons Scale) для экспресс-диагностики суицидального риска

Пол		мужской
Возраст		12-24, 45 и выше
Депрессия		Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
		Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО		Оценка по количеству отмеченных пунктов
УРОВЕНЬ I	0-2	Невысокая степень суицидального риска
УРОВЕНЬ II	3-4	Средний уровень суицидального риска – необходимы психотерапевтическая коррекция, возможна таблетированная терапия

УРОВЕНЬ III	5-6	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная терапия, возможна госпитализация
-------------	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------

УРОВЕНЬ IV 7-10 Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная госпитализация

Приложение 5

Протокол ВК для отбора пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи

Дата

ФИО пациента	
Дата рождения	
Адрес	
Телефон	
Диагноз	
Дата постановки диагноза	
Инвалидность	
Обезболивание - наименование и дата назначения препарата	
ФИО, дата рождения родственника/законного представителя	
Адрес и телефон родственника/законного представителя	

Участковый врач _____

Заведующий отделением _____

Председатель комиссии _____

Дата «__» 202__г.

Приложение 6

Информированное согласие на оказание паллиативной медицинской помощи на дому для пациента, родственника, либо законного представителя

Я, _____,

ФИО пациента/ родственника, законного представителя пациента

ознакомлен с решением консилиума о необходимости оказания паллиативной медицинской помощи **мне, моему родственнику**

ФИО, дата рождения пациента

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что в устной форме я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения специализированной медицинской помощи в связи с её неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких либо способов вылечить **меня / моего родственника**.

Я согласен (на) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных мероприятий.

В связи с этим я подтверждаю своё желание и даю своё согласие на оказание паллиативной медицинской помощи **мне / моему родственнику** в домашних условиях. Я осознаю, что несу всю юридическую ответственность за осуществление манипуляций на дому, включая санацию трахеобронхиального дерева, обработку трахеостомы/ гастростомы/ назогастрального зонда/ колостомы/ пролежней/ трофических язв, инъекции обезболивающих препаратов.

Мне разъяснили, что на дому **я / мой родственник** будет наблюдаться сотрудниками выездной патронажной службы КГБУЗ «ГП №4»: участковым терапевтом, медицинской сестрой, врачом по паллиативной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что мне разъяснили алгоритм действий на случай развития кризисных ситуаций на дому.

На все вопросы, касающиеся здоровья моего родственника, я получил(а) ответы, которые были мне полностью понятны.

Моё согласие даётся добровольно и может быть отозвано мной в любое время.

Дата «__» _____ 202__ г

Ф.И.О. пациента/родственника (законного представителя)

контактный телефон _____

Особенности оформления информированного добровольного согласия (отказа) при оказании паллиативной медицинской помощи

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее - информированное добровольное согласие) или отказ от медицинского вмешательства при оказании паллиативной медицинской помощи оформляется в соответствии с действующим законодательством.

При оформлении информированного добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства пациент (законный представитель пациента) должен быть ознакомлен с принципами оказания паллиативной медицинской помощи, целями, методами, условиями оказания паллиативной медицинской помощи, возможными вариантами медицинских вмешательств, в том числе с возможностью применения наркотических средств и психотропных веществ, с возможными последствиями медицинских вмешательств, с вероятностью развития осложнений и предполагаемыми результатами паллиативной медицинской помощи. Пациенту (законному представителю пациента) даются разъяснения относительно отсутствия гарантий исхода медицинского вмешательства. Пациенту разъясняется право отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».