

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА

1.1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Деятельность и направление развития паллиативной помощи на международном уровне определены следующими документами.

- ▶ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1982; 1990).
- ▶ Барселонской (1996), Корейской (2005) и Венецианской (2006) декларациями.
- ▶ Международной программой развития паллиативной помощи Европейского противоракового общества (2004).
- ▶ Будапештскими обязательствами Европейской ассоциации паллиативной помощи (2007).

Принципы паллиативной помощи (рекомендации Кабинета министров Совета Европы, 2003).

- ▶ Паллиативная помощь — необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Необходимо создать условия для ее развития и функциональной интеграции в стратегии развития национальных систем здравоохранения.
- ▶ Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить ее без промедления в соответствующей организации, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением.
- ▶ Основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента.
- ▶ Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Поэтому паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и

соответственно оснащенной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.

- ▶ Больной должен получать паллиативную помощь в полном объеме. Активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет — лечение следует прекратить.
- ▶ Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе или других подобных факторах.
- ▶ Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.
- ▶ С целью улучшения качества помощи все манипуляции и вмешательства должны проводиться в строгом соответствии с рекомендациями научных исследований.
- ▶ Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.
- ▶ Медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять профессиональные обязательства и стандарты помощи и действовать только в интересах больного.

Основные нормативные правовые акты, регламентирующие оказание паллиативной помощи в РФ.

- ▶ Конституция РФ.
- ▶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ▶ Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы».
- ▶ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Подпрограмма 6. Оказание паллиативной помощи, в том числе детям. (Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р.)
- ▶ Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
- ▶ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

- ▶ Приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
- ▶ Приказ Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией».
- ▶ Приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».
- ▶ ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования».
- ▶ ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия».
- ▶ ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода».
- ▶ ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств».

Паллиативная медицинская помощь

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан (Федеральный закон № 323-ФЗ, ст. 36). Паллиативная помощь призвана сопровождать пациента до конца его дней.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как *«подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем — физических, психосоциальных и духовных»*.

Цели и задачи паллиативной помощи.

- ▶ Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
- ▶ Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
- ▶ Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.
- ▶ Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.



Рис. 1.1. Необходимость в паллиативной помощи

- Решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека.

Ежегодно в паллиативной медицинской помощи нуждаются 40 млн человек, 78% из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Паллиативную медицинскую помощь получают лишь около 14% из них. Глобальная потребность в паллиативной медицинской помощи в связи со старением населения будет и далее возрастать.

Паллиативная медицинская помощь предоставляется в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ. Финансирование паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Федеральный закон № 323-ФЗ, ст. 83 п. 4). Паллиативная медицинская помощь включает специализированную и общую паллиативную медицинскую помощь, а также паллиативный подход к оказанию медицинской помощи (рис. 1.2).

При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Больным с онкологическими и гематологическими заболеваниями, не имеющим



Рис. 1.2. Структура паллиативной медицинской помощи

группы инвалидности, с муковисцидозом, детским церебральным параличом, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и другими заболеваниями бесплатные рецепты на необходимое лекарство должны выписывать на основании постановления Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» согласно региональному перечню лекарств, содержащемуся в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, определены приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Извлечение из приказа Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»

Номенклатура медицинских организаций по виду деятельности

- Специализированные больницы (в том числе по профилю медицинской помощи).
- Дом (больница) сестринского ухода.
- Хоспис.
- Диспансер онкологический.
- Центр паллиативной медицинской помощи.
- Центр профилактики и борьбы со СПИДом.
- Специализированные центры (по профилям медицинской помощи).
- Центры специализированных видов медицинской помощи

*Окончание табл. 1.1***Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения по территориальному признаку**

- Федеральные.
- Краевые, республиканские, областные, окружные.
- Муниципальные.
- Районные.
- Городские

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению регламентирован приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187н (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Извлечение из приказа Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)

3. Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача

6. Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания

Окончание табл. 1.2

<p>7. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях (в том числе в хосписах), на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников</p>
<p>8. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, отделениях сестринского ухода медицинских организаций, хосписах и домах (больницах) сестринского ухода</p>
<p>9. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза; • врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения
<p>10. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи, врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза; • врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения
<p>12. Направление пациентов, за исключением больных злокачественными новообразованиями, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента</p>
<p>13. При направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь, оформляется выписка из медицинской карты пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям</p>

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией регламентирован приказом Минздрава России от 17.09.2007 № 610 (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Извлечение из приказа Минздрава России от 17.09.2007 № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией»

4. Основные задачи медицинских учреждений при оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией:

- проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также клинически выраженных побочных эффектов назначаемых лекарственных средств, включая антиретровирусные препараты;
- оказание медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией и членам их семей;
- оказание медико-психологической помощи больным ВИЧ-инфекцией на стадии прогрессирования заболевания;
- обеспечение ухода за больными ВИЧ-инфекцией, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена;
- медико-психологическая помощь медицинским и социальным работникам, волонтерам, оказывающим паллиативную помощь больным ВИЧ-инфекцией

8. Паллиативная помощь больным ВИЧ-инфекцией может осуществляться:

- отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи, клиничко-диагностическим отделением;
- отделением территориального центра СПИД;
- кабинетом инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений;
- палатами паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы;
- отделением паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы;
- наркологическим реабилитационным центром;
- центром общей врачебной (семейной) практики;
- медико-социальным отделением центров и комплексных центров социального обслуживания;
- хосписом;
- больницей сестринского ухода;
- учреждениями здравоохранения, обеспечивающими лечение хронического болевого синдрома и паллиативную помощь больным с наличием морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного новообразования

Правила организации деятельности центра профилактики и борьбы со СПИДом, отделения паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией, рекомендуемые штатные нормативы, стандарты оснащения регламентирует приказ Минздрава России от 08.11.2012 № 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Штатная численность структурных подразделений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, устанавливается руководителем

медицинской организации, в составе которой они созданы, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 8 к приказу Минздрава России от 14.04.2015 № 187н. В табл. 1.4 представлены требования к численности медицинских сестер палатных (постовых), процедурных и перевязочных; младших медицинских сестер и санитаров; врачей-психотерапевтов и медицинских психологов.

Таблица 1.4. Рекомендуемые штатные нормативы

Структурное подразделение	Штатные нормативы
Кабинет паллиативной медицинской помощи	1 врач на 100 тыс. взрослого населения. Медицинская сестра — 2 на 1 должность врача
Отделение паллиативной помощи	1 врач на 10 коек. Медицинская сестра палатная (постовая) — 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек). Медицинская сестра процедурной — 1. Медицинская сестра перевязочной — 1. Младшая медицинская сестра по уходу — 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек). Врач-психотерапевт или медицинский психолог — 1 должность
Дневной стационар паллиативной медицинской помощи	1 врач на 10 пациенто-мест. Старшая медицинская сестра — при наличии не менее 15 пациенто-мест, вместо 0,5 должности медицинской сестры. Медицинская сестра палатная (постовая) — 1 на 5 пациенто-мест. Медицинская сестра процедурной — 1 на 10 пациенто-мест
Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи	1 врач на 100 тыс. взрослого населения. Старшая медицинская сестра — 1. Медицинская сестра — 2 на 1 должность врача. Младшая медицинская сестра по уходу — 1 на 1 должность врача. Врач-психотерапевт — 1 должность в случае отсутствия врача-психотерапевта в медицинской организации, в структуре которой создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи

Продолжение табл. 1.4

Структурное подразделение	Штатные нормативы
	<p>Медицинский психолог — 1 должность в случае отсутствия медицинского психолога в медицинской организации, в структуре которой создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи.</p> <p>Санитар — 1 должность на 30 коек (для работы в процедурной и перевязочной)</p>
Хоспис	<p>Главная медицинская сестра — 1 должность.</p> <p>Старшая медицинская сестра — 1 должность на отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.</p> <p>Медицинская сестра палатная (постовая) — 31 должность на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 5 коек).</p> <p>Медицинская сестра процедурной — 1 на 15 коек.</p> <p>Медицинская сестра перевязочной — 1 на 15 коек.</p> <p>Младшая медицинская сестра по уходу — 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек).</p> <p>Врач-психотерапевт — 1 должность на отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.</p> <p>Медицинский психолог — 1 должность на отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.</p> <p>Санитар — 1 должность на 30 коек отделения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения (для работы в процедурной и перевязочной)</p>
Отделение сестринского ухода	<p>Старшая медицинская сестра — 1 должность.</p> <p>Медицинская сестра палатная (постовая) — 1 должность на 10 коек; 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек).</p> <p>Медицинская сестра процедурной — 1 должность. 1 должность на 10 коек; 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек).</p> <p>Санитар — 1 должность</p>
Дом (больница) сестринского ухода	<p>Главная медицинская сестра — 1 должность.</p> <p>Старшая медицинская сестра — 1 должность на отделение.</p> <p>Медицинская сестра — 1 должность на приемное отделение.</p> <p>Медицинская сестра палатная (постовая) — 1 должность на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 5 коек)</p>

Окончание табл. 1.4

Структурное подразделение	Штатные нормативы
	Медицинская сестра процедурной — 1 на 30 коек. Младшая медицинская сестра по уходу — 15,6 должности на 30 коек (в целях организации работы 1 круглосуточного поста на 10 коек). Врач-психотерапевт или медицинский психолог — 1 должность на отделение. Санитар — 1 должность на 30 коек отделения сестринского ухода; 1 должность на приемное отделение

Хоспис

Паллиативная помощь направлена на обеспечение спокойного ухода из жизни умирающим больным. Первый в России хоспис, который возглавил А.В. Гнездилов, был открыт в 1990 г. в Санкт-Петербурге. В 1994 г. открыт Первый московский хоспис, возглавляемый главным врачом Верой Васильевной Миллионщиковой. В 2006 г. в честь Веры Миллионщиковой был назван Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», созданный дочерью В.В. Миллионщиковой Нютой Федермессер.

Хоспис предназначен для оказания медицинской, социальной, психологической, юридической помощи инкурабельным больным с целью обеспечения необходимой обезболивающей терапии, ухода, психосоциальной реабилитации, психологической и социальной поддержки (рис. 1.3).

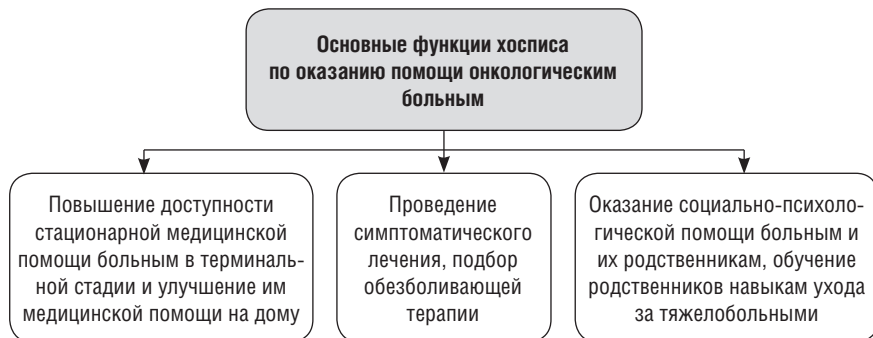


Рис. 1.3. Основные функции хосписа по оказанию помощи онкологическим больным

Хоспис осуществляет обслуживание населения прикрепленного района численностью до 500 тыс. человек. При этом в каждом субъекте РФ должно функционировать не менее одного хосписа. Мощность хосписа составляет не менее 20 коек.

Отбор больных в хоспис осуществляется врачами хосписа на основании:

- ▶ наличия онкологического заболевания в терминальной стадии, подтвержденного медицинскими документами направившей лечебно-профилактической организации;
- ▶ наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома;
- ▶ нарастания тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому, требующих симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;
- ▶ необходимости подбора схемы терапии для продолжения лечения на дому;
- ▶ наличия социально-психологических показаний (депрессия, реактивные состояния, конфликтные ситуации дома, невозможность ухода за больным).

В структуре стационарного отделения хосписа предусматриваются:

- ▶ процедурный кабинет;
- ▶ перевязочная;
- ▶ жилые комнаты для больных и их родственников;
- ▶ гостиная;
- ▶ кабинет психотерапии;
- ▶ помещения для приготовления пищи больным;
- ▶ бытовые помещения для персонала;
- ▶ ваннные комнаты.

Поликлиническое отделение хосписа с дневным стационаром осуществляет функции хосписа в амбулаторных условиях: прием, регистрацию, осмотр, санитарную обработку поступающих больных, консультирование, проведение поддерживающего лечения. Выездная служба хосписа («хоспис на дому») предназначена для осуществления постоянного наблюдения и проведения поддерживающего лечения инкурабельным больным в домашних условиях, оказания социально-психологической помощи больным и их родственникам. Служба включает врачебно-сестринские бригады и осуществляет первое знакомство с инкурабельными больными и их родственниками, госпитализацию, а также патронаж выписанных больных.

Показания для размещения больных ВИЧ-инфекцией в палатах паллиативной помощи:

- ▶ интенсивный болевой синдром;
- ▶ выраженные трофические расстройства;
- ▶ нарушения двигательных и высших психических функций при поражении центральной нервной системы;
- ▶ другие синдромы, приводящие к временным выраженным нарушениям физического или психического состояния и необходимости сестринского ухода за больным.

Госпитализация больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы осуществляется по медицинским показаниям на основании заключения комиссии по вопросу направления больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи. Комиссия создается в отделении медико-социальной реабилитации и правовой помощи в центре СПИД, возглавляется заведующим отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи. В состав комиссии рекомендуется включать врача-инфекциониста, специалиста по социальной работе, врача-психотерапевта, юриста и других специалистов.

Патронажная бригада в составе врача-инфекциониста (врача-терапевта) и медицинской сестры организуется в отделении медико-социальной реабилитации или клинико-диагностическом отделении центра СПИД. В ее функции входит осуществление патронажа больных ВИЧ-инфекцией и консультирование сотрудников лечебно-профилактических организаций, оказывающих помощь больным ВИЧ-инфекцией.

Основные функции хосписа по оказанию помощи больным ВИЧ-инфекцией представлены на рис. 1.4.

1.2. ОСНОВЫ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

На должность медицинской сестры назначается специалист, имеющий среднее профессиональное образование по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Сестринское дело», прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.



Рис. 1.4. Основные функции хосписа по оказанию помощи больным ВИЧ-инфекцией

Директором больницы (дома) сестринского ухода может быть медицинская сестра с высшим сестринским образованием или с повышенным уровнем среднего профессионального образования (табл. 1.5).

Постановлением Правительства РФ от 06.08.1998 № 892 утверждены «Правила допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ». Допуск лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами осуществляется:

- ▶ по достижении 18-летнего возраста;
- ▶ после обязательного ознакомления этих лиц с законодательством РФ;
- ▶ на основании полученных из МВД России сведений;
- ▶ на основании результатов обязательного освидетельствования в психоневрологическом и наркологическом диспансерах.

Со стороны администрации организации и лиц, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, оформляется дополнительное соглашение, которое включается в трудовой договор. Срок действия допуска лица к работе с наркотическими средствами

Таблица 1.5. Квалификационные требования к должности

Должность	Уровень образования	Стаж работы в медицинских организациях	Правовой нормативный акт
Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа	ВПО по специальности «Сестринское дело», сертификат по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или «Управление сестринской деятельностью»	Не менее 5 лет	Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
	СПО (повышенный уровень) по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат «Организация сестринского дела»	Не менее 10 лет	
Главная медицинская сестра	ВПО по специальности «Сестринское дело» и сертификат «Управление сестринской деятельностью». СПО (повышенный уровень) по специальности «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Лечебное дело» и сертификат «Организация сестринского дела»	Стаж работы по специальности не менее 5 лет. Стаж работы по направлению профессиональной деятельности не менее 10 лет	
Старшая медицинская сестра	СПО (повышенный уровень) по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат по специальности «Сестринское дело», «Общая практика»	Без предъявления требований к стажу работы	

Окончание табл. 1.5

Должность	Уровень образования	Стаж работы в медицинских организациях	Правовой нормативный акт
Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа, заведующий молочной кухней, главная медицинская сестра, главный фельдшер, главная акушерка	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Профессиональная переподготовка по специальности «Организация сестринского дела» при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело»	–	Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»

Примечание. ВПО — высшее профессиональное образование; СПО — среднее профессиональное образование.

ми, психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, ограничивается сроком действия трудового договора.

Законодательство в области оборота наркотических средств и психотропных веществ.

1. Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
2. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
3. Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».
4. Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 № 1148 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
5. Постановление Правительства РФ от 26.07.2010 № 558 «О порядке распределения, отпуска и реализации наркотических средств и психотропных веществ, а также отпуска и реализации их прекурсоров».

6. Постановление Правительства РФ от 29.03.2014 № 249 «О внесении изменений в Правила хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
7. Постановление Правительства РФ от 04.11.2006 № 644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ».
8. Постановление Правительства РФ от 09.06.2010 № 419 «О представлении сведений о деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с их оборотом».
9. Постановление Правительства РФ от 06.08.2015 № 807 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, и признании утратившим силу п. 3 Положения об использовании наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии».
10. Постановление Правительства РФ от 18.06.1999 № 647 «О порядке дальнейшего использования или уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества либо их прекурсоры, или их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества либо их прекурсоры, а также предметов и оборудования, которые были конфискованы или изъяты из незаконного оборота либо дальнейшее использование которых признано нецелесообразным».
11. Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ».
12. Постановление Правительства РФ от 18.08.2010 № 640 «Об утверждении правил производства, переработки, хранения, реализации, приобретения, использования, перевозки и уничтожения прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ».
13. Распоряжение Правительства РФ от 01.07.2016 № 1403 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях».
14. Приказ Минздрава России от 28.03.2003 № 127 «Об утверждении инструкции по уничтожению наркотических средств и психотроп-

- ных веществ, входящих в Списки II, III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным».
15. Приказ Минздрава России от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ».
 16. Приказ Минздрава России от 22.04.2014 № 183н «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету».
 17. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
 18. Приказ Минздрава России от 30.06.2015 № 386н «О внесении изменений в приложения к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
 19. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».
 20. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».
 21. Приказ Минздрава России от 01.08.2012 № 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».
 22. Приказ Минздрава России от 15.01.2016 № 23н «Об утверждении порядка приема неиспользованных наркотических средств от родственников умерших больных».

23. Приказ Минздрава России от 01.12.2016 № 917н «Об утверждении нормативов для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения».
24. Приказ Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков от 12.01.2012 № 9 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по предоставлению государственной услуги по выдаче заключений о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и/или культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны».
25. Приказ Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков от 29.12.2011 № 580 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по предоставлению государственной услуги по выдаче заключений об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации».
26. Письмо Минздравсоцразвития России от 02.11.2005 № 5268-ВС (по основным разделам сферы оборота наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ).
27. Письмо Минздравсоцразвития России от 01.12.2010 № 25-1/10/2-11295 (о нормативах для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения).

Трудовое законодательство устанавливает для медицинских работников (ст. 350 Трудового кодекса РФ) **сокращенную продолжительность рабочего времени** не более 39 ч в неделю.

Продолжительность рабочего времени **36 ч в неделю** устанавливается для среднего медицинского персонала лечебно-профилактических организаций (больниц, центров, отделений, палат) по профилактике и борьбе со СПИДом, а также структурных подразделений лечебно-профилактических организаций, в том числе специализированных, осуществляющих диагностику, лечение и другую работу с больными [постановление Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 с изм. в приложении 1 (постановление Правительства РФ от 24.12.2014 № 1469)].

Продолжительность работы (смены) для медицинского персонала не должна превышать 12 ч подряд, включая и работу в ночное время с 22.00 до 6.00 [письмо Минздрава СССР от 11.12.1954 № 02—19/21 «Об упорядочении организации труда медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях» (документ по состоянию на август 2012 г.)]. Работа в ночное время для врачей и среднего медицинского персонала может устанавливаться с возможностью сна. В правилах внутреннего распорядка медицинской организации должны быть установлены продолжительность смены и междусменного перерыва, а также перечень отделений (палат) и должностей медицинских работников, имеющих право сна в ночные часы работы, его начало и продолжительность.

Ежегодный основной оплачиваемый отпуск установлен трудовым законодательством (ст. 115 Трудового кодекса РФ) продолжительностью 28 календарных дней. Он может быть поделен на части, причем одна из них должна быть не менее 14 календарных дней.

Право на дополнительный ежегодный оплачиваемый отпуск регламентировано:

- ▶ среднему медперсоналу, осуществляющему диагностику, лечение ВИЧ-инфицированных — 14 календарных дней (постановление Правительства РФ от 06.06.2013 № 482);
- ▶ медицинским сестрам врача общей практики (семейного врача) — 3 дня за непрерывную работу на этих должностях в течение 3 лет. Засчитывается время непосредственно предшествующей непрерывной работы в должностях медицинских сестер терапевтических и педиатрических территориальных участков (постановление Правительства РФ от 30.12.1998 № 1588);
- ▶ среднему медперсоналу расположенных в сельской местности домов-интернатов для престарелых и инвалидов; домов (отделений) сестринского ухода; хосписов — 3-дневный отпуск за непрерывную работу свыше 3 лет (постановление Совета Министров РСФСР от 01.03.1991 № 166; приказ Минздрава РСФСР от 15.03.1991 № 42).

1.3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Ответственность — обязанность отвечать за действия (или бездействие), а также их последствия. Законодательством предусмотрена дисциплинарная, материальная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность медицинских работников.

Дисциплинарная ответственность — обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Регулируется Трудовым кодексом РФ — гл. 30 «Дисциплина труда».

Дисциплина труда — обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором. Дисциплинарная ответственность возникает при нарушении требований законодательства, обязательств по трудовому договору, правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов работодателя.

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить одно из дисциплинарных взысканий: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям. В случае увольнения за нарушение трудовой дисциплины причина увольнения отражается в точном соответствии с формулировками действующего законодательства и со ссылкой на соответствующую статью, пункт закона.

По вопросу деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, к дисциплинарному проступку можно отнести ненадлежащее ведение медицинским работником документации по учету наркотических средств и психотропных веществ (специальных, утвержденных постановлением Правительства РФ от 09.06.2010 № 419 журналов регистрации операций, связанных с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ).

Материальная ответственность — это 1) обязанность работника возместить ущерб, причиненный работодателю (организации) или индивидууму; 2) обязанность работодателя возместить ущерб, причиненный работнику (в результате незаконного лишения возможности трудиться, за задержку выплаты заработной платы).

Материальная ответственность регулируется Трудовым кодексом РФ, гл. 39 «Материальная ответственность работника».

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат. Возмещение ущерба производится в пределах среднего месячного заработка работника. Полная материальная ответственность устанавливается в случаях:

- ▶ причинения ущерба преступными действиями работника по приговору суда;
- ▶ наличия договора о полной материальной ответственности работника;
- ▶ причинения ущерба не при исполнении трудовых обязанностей как в рабочее, так и вне рабочее время;
- ▶ получения имущества работником по разовой доверенности;
- ▶ наличия умысла в действиях работника;
- ▶ состояния алкогольного или наркотического опьянения у работника при причинении ущерба.

Административная ответственность предусмотрена:

- ▶ за нарушение законодательства о труде и правил по охране труда;
- ▶ нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм;
- ▶ незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах;
- ▶ потребление наркотических средств без назначения врача.

Предусмотрены следующие виды административных взысканий: предупреждение, штраф, исправительные работы, административный арест, лишение специального права, лишение права заниматься определенной деятельностью, конфискация, депортация, взыскание стоимости предмета административного правонарушения. Регулируется Кодексом РФ об административных правонарушениях.

- ▶ Глава 5. Административные правонарушения, посягающие на права граждан.
- ▶ Глава 6. Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность.
 - 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
 - 6.6. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения.

- 6.8. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ.
- 6.15. Нарушение правил оборота веществ, инструментов, используемых для изготовления наркотических и психотропных веществ.

Гражданско-правовая ответственность предусматривает:

- ▶ обязанность правонарушителя совершить определенное имущественное действие (возместить убытки, уплатить неустойку), удовлетворяющее законный интерес лица, чье право нарушено;
- ▶ лишение определенных гражданских прав правонарушителя;
- ▶ понуждение совершить определенные действия (опровержение порочащей информации).

Регулируется Гражданским кодексом РФ, гл. 59 «Обязательства вследствие причинения вреда». Ответственность возлагается на правонарушителя судом. Ответственность возникает, когда работник лечебно-профилактической организации допускает виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей, повлекших наступление неблагоприятных последствий в виде причинения вреда жизни и здоровью пациента. Ответчиком при осуществлении гражданско-правовой ответственности является лечебно-профилактическая организация. Материальная ответственность за вред, причиненный здоровью гражданина вследствие любых недостатков медицинской услуги, устанавливается независимо от наличия вины исполнителя.

Уголовная ответственность — форма юридической ответственности, проявляющаяся в применении к лицу, совершившему преступление, физических, имущественных и моральных лишений, призванных предотвратить совершение новых преступлений. Уголовная ответственность всегда строго индивидуальна, наступает только в случаях, предусмотренных законом, за те преступления, которые прямо перечислены в статьях Уголовного кодекса (УК РФ). Медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности за нарушение правил оборота наркотических средств и психотропных веществ по следующим статьям.

- ▶ Ст. 228 УК РФ. *Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка либо сбыт наркотических средств и психотропных веществ.* Наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества или без таковой. Субъектами данного преступления могут быть медицинские работники, осуществляющие хранение с целью сбыта либо сбыт в тайне от официального контроля наркотических препаратов и психотропных веществ.

- ▶ Ст. 229 УК РФ. *Хищение и вымогательство наркотических средств и психотропных веществ.* Наказывается лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет с конфискацией имущества.
- ▶ Ст. 233 УК РФ. *Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ.* Наказывается лишением свободы на срок от двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

1.4. ПРАВОВАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Право на бесплатную медицинскую помощь **гарантировано ст. 41 Конституции РФ**, ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ. Паллиативная медицинская помощь оказывается в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи бесплатно за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ.

Пациент признается равноправным участником лечебного процесса и **имеет право:**

- ▶ на *выбор врача и выбор медицинской организации* (в утвержденном порядке);
- ▶ *профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;*
- ▶ *получение консультаций врачей-специалистов;*
- ▶ *облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.* Пациентам, страдающим от острой и хронической боли, гарантируется доступность обезболивающих лекарственных средств, обеспечивающих в количественном и качественном отношении адекватное ведение болевого синдрома. Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии;
- ▶ *получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.* Информация о состоянии здоровья должна предоставляться в доступной форме,

лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. Информация включает сведения о результатах медицинских обследований, установленном диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, возможных медицинских вмешательствах, последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

- Информация о состоянии здоровья лиц, не достигших 16-летнего возраста и недееспособных, предоставляется их законным представителям. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация может быть сообщена иным лицам по согласованию с пациентом.
- Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. На основании письменного заявления имеет право получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов;
- ▶ *получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;*
- ▶ *защиту сведений, составляющих врачебную тайну;*
- ▶ *отказ от медицинского вмешательства.* Информированное добровольное согласие пациента или отказ — необходимое предварительное условие медицинского вмешательства (ст. 20). Дается на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации (о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи). Оформляется в письменной форме, подписывается пациентом и медицинским работником. Если пациент не достиг 16-летнего возраста или признан в установленном законом порядке недееспособным, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель. Содержится в медицинской документации пациента.

При отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни несовершеннолетнего или недееспособного лица, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

Медицинское вмешательство без согласия пациента, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, его состояние не позволяет выразить свою волю, а законные представители отсутствуют;
- 2) в отношении лиц:
 - с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
 - с тяжелыми психическими расстройствами;
 - совершивших общественно опасные деяния;
- 3) при проведении судебно-медицинской экспертизы и/или судебно-психиатрической экспертизы:
 - *возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.* Вред, причиненный жизни и/или здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинской организацией в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. Материальная ответственность за вред, причиненный здоровью гражданина вследствие любых недостатков услуги, устанавливается независимо от наличия вины исполнителя (ст. 1095 Гражданского кодекса РФ);
 - *допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;*
 - *допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.*

В Кодексе онкологического больного пациент рассматривается как полноценный участник в принятии программы лечения на основе его полной информированности о характере заболевания, известных методах лечения, предполагаемой эффективности и возможных осложнениях. Пациент имеет право знать, как болезнь и проводимое лечение повлияют на качество жизни, даже если он неизлечимо болен, право решать, какое именно качество жизни он предпочитает, и право определять баланс между продолжительностью и качеством своей жизни. При этом по решению больного право на выбор метода лечения может быть делегировано врачу.

Ответственность за реализацию прав больного на сохранение человеческого достоинства и поддержку (медицинскую, психологическую,

духовную и социальную) выходит за пределы компетенции врача и распространяется на многие институты общества.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Охарактеризуйте право медицинской сестры:
 - а) на допуск к профессиональной деятельности и предоставление работы, обусловленной трудовым договором;
 - б) сокращенную продолжительность рабочего времени и совместительство;
 - в) ежегодный оплачиваемый отпуск и ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск;
 - г) профессиональную подготовку и повышение квалификации.
2. Охарактеризуйте право граждан на паллиативную медицинскую помощь.
3. Охарактеризуйте порядок оказания паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями.
4. Охарактеризуйте порядок оказания паллиативной помощи больным с ВИЧ-инфекцией.
5. Охарактеризуйте порядок оказания паллиативной помощи престарелым больным.
6. Перечислите виды ответственности и условия привлечения лица к юридической ответственности.
7. Организуйте работу по составлению портфолио. Первый этап поиска и отбора фактического материала — заполнение табл. 1.6.
 - 7.1. Заполните графы табл. 1.6. На основании анализа заполнения таблицы спланируйте мероприятия, направленные на продолжение работы по составлению портфолио; на совершенствование профессионального мастерства; на достижение профессиональных успехов и карьерный рост; на оптимизацию профессиональной среды и т.д.
 - 7.2. Запланируйте мероприятия, направленные:
 - на продолжение работы по составлению портфолио;
 - профессиональное совершенствование;
 - личностное совершенствование;
 - достижение профессиональных успехов и карьерный рост;
 - оптимизацию профессиональной среды.
 - 7.3. Составьте перечень профессиональных тематических конференций, в которых вы бы хотели принять участие, на текущий год по результатам интернет-поиска.

Таблица 1.6. Первый этап работы по составлению портфолио

№	Параметры	Содержание. Выводы
1	Образование	Копия документа
2	Специальность (по диплому)	
3	Занимаемая должность. Соответствие требованиям законодательных актов	Выписка из трудовой книжки
4	Медицинский стаж работы	Выписка из трудовой книжки
5	Наличие перерыва в медицинском стаже	Выписка из трудовой книжки при наличии перерыва
6	Предыдущее повышение квалификации	Копия документа
7	Наличие сертификата специалиста. Соответствие требованиям законодательных актов	Копия документа
8	Наличие квалификационной категории	Копия документа
9	Последнее (настоящее) повышение квалификации. Соответствие требованиям законодательных актов	Вид, название и продолжительность повышения квалификации
10	Дополнительное обучение по профессионально значимой тематике (психология профессионального общения, инфекционная безопасность, оказание экстренной доврачебной помощи, паллиативная медицинская помощь, инновационные технологии в сестринском деле, медицинская эргономика, информационные технологии в медицине и т.д.)	Наличие документов, подтверждающих обучение
11	Участие в конференциях, семинарах (в качестве организатора, докладчика, участника)	Наличие документов, подтверждающих участие
12	Участие в работе региональной или федеральной общественной профессиональной организации	Наличие документов, подтверждающих участие
13	Издательская деятельность	Ксерокопии статей. Выходные данные учебных пособий, учебников
14	Направления деятельности. 1. Организация паллиативной помощи. 2. Участие в обеспечении инфекционной безопасности. 3. Оказание первой помощи пострадавшим. 4. Участие в оказании экстренной доврачебной помощи.	Перечислите действующие нормативные правовые акты, регламентирующие каждое из направлений деятельности

Окончание табл. 1.6

№	Параметры	Содержание. Выводы
	5. Проведение профилактических мероприятий. 6. Участие в приеме пациентов. 7. Сестринский уход за пациентами. 8. Применение инновационных технологий. 9. Участие в реабилитации пациентов	
15	Самоанализ профессиональных знаний	Выводы. Обоснования. Рекомендации
16	Самоанализ практических умений	Выводы. Обоснования. Рекомендации
17	Самоанализ профилактической деятельности	Выводы. Обоснования. Рекомендации