

*О. Н. Протопопова, Е. Д. Позигун*

## **ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ХОСПИСОВ В УКРАИНЕ И ЗА РУБЕЖОМ**

С повышением средней продолжительности жизни населения европейских и других развитых стран постоянно растет число людей, преодолевающих рубеж 65-летнего возраста. Процесс старения населения влечет за собой изменение картины заболеваемости и смертности. Теперь все чаще люди умирают в преклонном возрасте от хронических болезней, характеризующихся разнообразными физическими и психологическими расстройствами и нередко несущих с собой социальные проблемы. Больные и их родственники нуждаются в поддержке по преодолению трудностей, связанных с окончанием жизни.

Во всем мире для таких больных развита система хосписов — учреждений здравоохранения для оказания медицинской, социальной и психологической помощи преимущественно онкологическим больным в терминальной стадии болезни и психологической поддержки их родственников [1].

Первое употребление слова хоспис в применении к уходу за умирающими появилось в XIX веке, а к середине XX века сформировалась концепция современного хосписного движения. Появился термин “паллиативная медицина” (от латинского — “дающий временное облегчение”). По определению, данному Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г., паллиативная помощь — это “подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки” [2].

Паллиативная медицина базируется на ряде принципов. Она:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс;
- не ускоряет и не замедляет смерть;
- обеспечивает облегчение боли и других беспокоящих симптомов;
- объединяет психологические и духовные аспекты ухода за больными;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь больным жить активной жизнью до конца;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семьям справиться с трудностями во время болезни родственника, а также после его смерти.

В настоящий момент нормативная база для проектирования хосписов в Украине отсутствует. На сегодняшний день, несмотря на повышенное внимание к вопросам смерти и умирания во всем мире, в Украине только зарождаются принципы паллиативной помощи населению. До сих пор на государственном уровне нет единой программы развития хосписов, однако предпосылки к созданию норм проектирования таких учреждений уже есть, например, вскоре вступит в действие концепция реформирования системы здравоохранения Украины.

По мере реформирования изменится назначение стационарной медицинской помощи. Произойдет, прежде всего, дифференциация действующих стационаров. Первый уровень — больницы для лечения острых форм заболеваний — основной тип учреждений в реформированной системе стационарной помощи с необходимым диагностическим и лечебным оборудованием, интенсивными технологиями и круглосуточным врачебным уходом.

Второй уровень — отделения и больницы для лечения и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями (в том числе для длительного пребывания пациентов).

Третий уровень — больницы сестринского ухода и хосписы. Изменение функций существующих стационаров не является приоритетной задачей и может происходить по мере реформирования [3].

В Украине история хосписного движения не насчитывает и десяти лет. Первый хоспис открылся во Львове пять лет назад. Годом позже заработал Ивано-Франковский хоспис, а совсем недавно, менее двух лет назад, начал работать хоспис в Харькове [4]. Специализированных хосписных центров в Украине всего семь, шесть из них располагаются в приспособленных зданиях.

В мировой практике на 15000 чел. приходится как минимум одна хосписная койка, в Украине — одна на 111000 человек [5], т. е. в семь раз меньше. По расчетам специалистов из Санкт-Петербурга, на 500 тыс. человек нужен один хоспис с 25-30 койко-местами в стационаре, т. е. — одна койка на 16667 — 20000 чел., что приблизительно соответствует мировой практике.

Одной из особенностей отечественных хосписов является их относительно большая вместимость. К примеру, Берлинский хоспис рассчитан всего на 12 коек. Но поскольку уровень жизни там значительно выше, немцы при необходимости могут “организовать реанимационную палату с высококвалифицированным медперсоналом на дому”. Многие украинцы по вполне понятным причинам такой возможности не имеют.

Отсутствие специальной программы, отмечают специалисты, причиняет государству убытки. Ведь большинство людей, которые должны ухаживать за безнадежно больными, часто вынуждены бросать работу. Вместе с тем, любому государству, будь то США или Украина, хосписы приносят экономическую выгоду. Американцы экономическую целесообразность хосписов оценивают по величине валового национального продукта, произведенного родственниками, освобожденными от ухода за безнадежно больным. У нас ее (т. е. экономическую целесообразность) определяют иначе — по количеству невостребованных в больнице койко-мест, числу несостоявшихся вызовов участковых врачей и скорой помощи.

К примеру, Львовский хоспис, рассчитанный на 30 коек, сэкономил городско-

му бюджету 1 млн гривень. Простой расчет показывает, что за полтора года существования медико-социального центра Харьковская казна сэкономила не менее 3 млн гривень. Вполне понятно, что открытие “дочерних” хосписов в районных центрах и участковых сельских больницах не только поможет разрешить проблему инкурабельных больных, но и принесет значительную экономическую выгоду государству. Кстати говоря, в г. Балаклея Харьковской области уже появился первый “дочерний” хоспис на 15 коек. В ближайшее время планируется открытие хосписа в Ольшанах. Еще несколько райцентров “стоят на очереди”.

Обычно, источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций.

По всем показателям хосписы относятся к медицинским учреждениям и, следовательно, попадают под действие принятых в Украине норм ДБН в. 2. 2-10-2001 “Учреждения здравоохранения” [6]. Следует отметить, что эти нормы не могут в полной мере отразить специфику и потребности хосписа. Сегодня одна из основных задач Министерства здравоохранения — разработка и утверждение специализированных нормативных документов для строительства хосписов. Такие процессы уже стимулируются всеукраинскими общественными и благотворительными организациями. С другой стороны, в Украине уже появляются новые здания хосписов. Это стало возможно благодаря частичному использованию нормативного документа МГСН 4. 01-94 “Хосписы”, разработанного для Москвы в 1994 г. [1], в котором представлены специфические требования касательно градостроительных аспектов размещения, организации генплана, функциональных и архитектурно-планировочных особенностей этих объектов.

Согласно МГСН 4. 01-94, хосписы следует размещать в селитебной, зеленой или пригородной зонах на земельных участках, наиболее благоприятных по санитарно-гигиеническим условиям.

Хосписы рекомендуется предусматривать для жилых районов с населением 250000 чел. и более. При соответствующем обосновании допускается предусматривать хосписы в жилых районах с меньшей численностью населения. Мощность стационаров хосписов рекомендуется в пределах от 25 до 30 коек.

При выборе участков рекомендуется предусматривать доступность проезда к хосписам больных и их родственников, близость к действующим больницам и зданиям для богослужения.

Размеры земельных участков рекомендуется принимать из расчета не менее 0,05 га на одну койку стационара хосписов без учета площади гаража и летней стоянки автомашин.

Здания хосписов следует размещать не ближе 30 м от красных линий застройки, а также от жилых и общественных зданий. На земельных участках хосписов следует предусматривать подъездные пути к главному входу, выездной службе, службе приготовления пищи, помещению для хранения трупов и другим службам и помещениям, требующим транспортного обеспечения. Подъездные пути не следует проектировать перед окнами палат стационара хосписов. Проезд к наружному выходу помещения для хранения трупов должен быть отделен от подъездных путей к другим службам и помещениям хосписов.

Территория хосписов должна быть озеленена. Площадь зеленых насаждений и

газонов должна составлять не менее 60% площади участка хосписа. По периметру ограждения с внутренней стороны рекомендуется полоса зеленых насаждений шириной не менее 5 м и высотой не менее 2 м. При проектировании садово-парковой зоны территорий хосписов следует стремиться к достижению эффектов естественного и живописного ландшафта [1].

Таким образом, можно сделать вывод, что МГСН 4. 01-94 “Хосписы” не противоречат принятым на Украине ДБН в. 2. 2-10-2001 “Учреждения здравоохранения”. Вместе с тем, следует учитывать, что они разработаны для города с очень высокой плотностью населения, и следовательно, подлежат уточнению.

В частности, в практике строительства хосписов за рубежом можно проследить тенденцию их размещения у кромки воды и даже с выносом отдельных элементов генплана на пирсы, намывные острова и отмели (см. рис. 1).

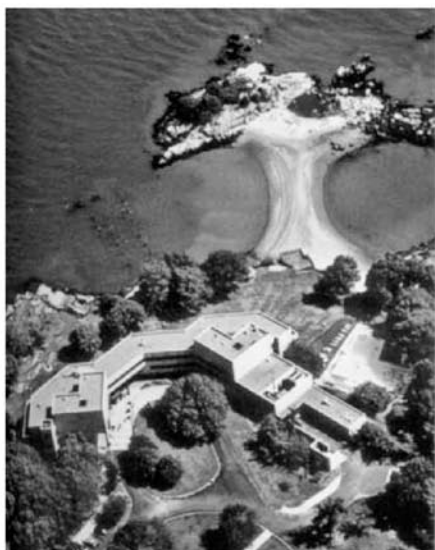


Рис. 1. Хоспис в штате Коннектикут, США

Пляжи, солярии и азарии можно отнести к средствам архитектурной выразительности генплана хосписа и использовать как доминанту композиционного решения.

Изучив историю формирования и тенденции развития хосписов в Украине и за рубежом, можно выделить три основных типа таких объектов:

- при культовом сооружении;
- при медицинском центре;
- в отдельно стоящем здании.

Каждый из перечисленных типов хосписов имеет определенную функционально-планировочную структуру (см. рис. 2-4).

Архитектурно-планировочное решение хосписа зависит, прежде всего, от количества и состава палат, наличия рекреаций и зимних садов, состава лечебно-профилактических кабинетов.





Рис. 2



Рис. 3

В зависимости от типа хосписа в структуре функциональных групп предусматривается определенный состав помещений. Для ориентации в настоящее время могут быть использованы МГСН 4. 01-94 “Хосписы”, разработанные для Москвы с учетом предложенных функциональных групп в трех типах хосписов.

## ТИП 3. В ОТДЕЛЬНО СТОЯЩЕМ ЗДАНИИ



Рис. 4

Количество палат определяется заданием на проектирование и обычно составляет 15-30 одноместных комнат, часто применяется двухместное размещение, при этом количество палат сокращается на 20-30%.

С другой стороны состав палат определяется исходя из типологии хосписов. В процессе исследования было выявлено, что существует три основные группы хосписов по возрасту пациентов (см. рис. 5).

В мировой практике преобладают хосписы смешанного типа, при этом 5-10% палат составляют детские, а 90-95% — палаты для взрослых.

Решение палат, игровых для детей, психологи рекомендуют решать приближенно к домашней обстановке, предусматривая помещение для родственников, желающих остаться на ночь. Площади палат с санузлом не должны быть менее 22 м<sup>2</sup> при одноместном размещении и 28 м<sup>2</sup> при двухместном размещении.

Таким образом, в Украине ощущается потребность в создании специализированных учреждений для невыздоровливающих людей — в хосписах. При этом необходимо разработать нормативную базу для таких объектов с учетом украинской специфики, а также функциональные схемы хосписов трех предлагаемых типов и принципы архитектурно-планировочной организации.



Рис. 5

## ЛИТЕРАТУРА

1. МГСН 4. 01-94. “Система нормативных документов в строительстве московские городские строительные нормы. Хосписы”. — М., 1994.
2. МГСН 4. 12-97. “Система нормативных документов в строительстве московские городские строительные нормы. Лечебно-профилактические учреждения”. — М., 1997.
3. <http://www.kraina.org.ua/ua/module/health/conception/117/alternative/>
4. <http://1k.com.ua/116/details/8/1>
5. <http://www.investor.net.ua/ru/news/info-18585.html?SID>
6. ДБН В. 2. 2-10-2001. “Здания и сооружения. Учреждения здравоохранения”. — Киев, 2001 г.