

Современное состояние паллиативной помощи в Российской Федерации Нормативно-правовое регулирование

Главный врач ГКУЗ хоспис №1 им. В.В. Миллионщиковой ДЗМ
главный внештатный специалист по паллиативной помощи
Министерства здравоохранения РФ

Невзорова Диана Владимировна

Паллиативная медицинская помощь

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную медицинскую помощь, как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий - физических, психосоциальных и духовных.

(World Health Organization, 2002)

Паллиативная помощь детям

– это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения.

Работники здравоохранения должны провести оценку и облегчить физические, психологические и социальные страдания ребенка.

Для обеспечения эффективности паллиативной помощи необходим широкий мультидисциплинарный подход, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка, и используются общественные ресурсы; помощь может осуществляться успешно даже при условии ограничения ресурсов. Она может быть организована в учреждениях третичного звена медицинской помощи, в общественных центрах здоровья и на дому”.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»

Статья 32. Медицинская помощь

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.
2. К видам медицинской помощи относятся:
 - 1) первичная медико-санитарная помощь;
 - 2) специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь;
 - 3) скорая, в т.ч. скорая специализированная, медицинская помощь;
 - 4) паллиативная медицинская помощь.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

1. 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.
2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях в том числе на дому и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

5. Пациент имеет право на:

- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами»

**ЧЕЛОВЕК, СТРАДАЮЩИЙ ОТ БОЛИ ДОЛЖЕН
ПОЛУЧИТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НЕЗАВИСИМО ОТ
ДИАГНОЗА, ГРАЖДАНСТВА, ПОЛА, ВОЗРАСТА,
ФИНАНСОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ, ВРЕМЕНИ СУТОК
НА ВСЕЙ ТЕРРИТОРИИ РФ**

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. *В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:*

.....

4) *паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.*

4. *Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:*

1) *бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;*

2) *иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.*



Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам - участникам по организации паллиативной помощи (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 эту помощь в соответствии с его потребностями и предпочтением.
- Основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента.
- Паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.
- Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.
- Проведение всех манипуляций и вмешательств должно быть строго обосновано в соответствии с данными научных исследований.
- Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.
- Медицинские работники должны всегда уважать права пациентов, выполнять стандарты помощи и действовать только в интересах больного.

В соответствии с Резолюцией №1649 (2009) Совета Европы. ПМП, в том числе хосписная, является инновационным методом оказания помощи одновременно в сфере здравоохранения и социальной помощи

В начале 2013 года специальный наблюдатель ООН по вопросам истязаний предложил Комиссии по правам человека приравнять неоказание ПМП к пыткам и жестокому, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению.

В мае 2014 года на 67 сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения была принята резолюция по вопросам развития ПП

УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
1 июня 2012 года № 761

О НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ
ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ НА 2012 - 2017 ГОДЫ

IV. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ДРУЖЕСТВЕННОЕ К ДЕТЯМ, И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

3. Меры по созданию дружественного к ребенку здравоохранения

Обеспечение создания сети учреждений (отделений), служб, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- ПРОФИЛАКТИКА
- ДИАГНОСТИКА
- ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
- ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ

от 17 мая 2012 г. N 555н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОМЕНКЛАТУРЫ КОЕЧНОГО ФОНДА ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профиль медицинской помощи

Профиль койки

паллиативная медицинская помощь

паллиативные ,
сестринского ухода

**Постановление правительства Российской Федерации
от 15 апреля 2014 г. № 294**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ "РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"**

Подпрограмма 6. **«Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»**
К 2020 г:

**10 коек на 100 тыс. взрослого населения
(всего 14200 коек)**

**2,08 коек на 100 тыс. детского населения,
(всего 500 - 520 коек)**

Наименование показателя	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6.1 обеспеченность койками для взрослых на 100 тыс. взрослого населения	1,7	4,4	6,1	7	8,5	10
6.2 обеспеченность койками для детей на 100 тыс. детского населения	1,4	1,76	1,84	1,92	2	2,08

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ

от 28 НОЯБРЯ 2014 г. N 1273

VII. СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Финансовое обеспечение паллиативной медицинской помощи
осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов
субъектов РФ**

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ

На 1 койко-день в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов :

На 2015 год – 1708,2 рубля;

На 2016 год – 1785,1 рубль;

На 2017 год – 1861,8 рубля

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ от 28 НОЯБРЯ 2014 Г. N 1273

«О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО
ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2015 ГОД
И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ»

VI. Средние нормативы объема медицинской помощи

для паллиативной медицинской помощи в стационарных
условиях

2015 год	-	0,092 койко-дня на 1 жителя
2016 год	-	0,092
2017 год	-	0,092



УРОВНИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Паллиативный подход - это интеграция принципов и методик паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании паллиативной помощи.

Это касается не только фармакологических и нефармакологических методов купирования симптомов, но также принципов общения с пациентом и его родственниками, а также и с медицинскими работниками, принятия решений и постановки целей в соответствии с принципами паллиативной помощи.

Специализированная паллиативная помощь - осуществляется командой подготовленных специалистов, в состав которой входят врачи, медицинские сестры, социальные работники, священнослужители и другие специалисты, имеющие опыт предоставления помощи с целью улучшения качества жизни людей с угрожающими жизни/смертельными или изнурительными хроническими заболеваниями.

Профессиональное образование специалистов

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. №1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»

- Врач по паллиативной медицинской помощи



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

14 апреля 2015 г.

№ 187н

Москва

**Об утверждении
Порядка оказания паллиативной медицинской помощи
взрослому населению**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, 6928; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1425; № 14, ст. 2018) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 февраля 2013 г., регистрационный № 26973).

Министр

Сивериков

В.И. Скворцова



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

14 апреля 2015 г.



№ 193н

Москва

**Об утверждении
Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям**

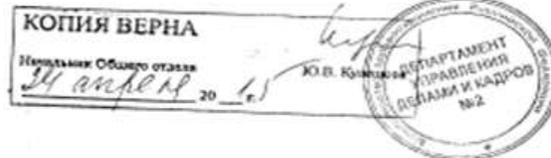
В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1425) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемый Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

Министр

Сивериков

В.И. Скворцова

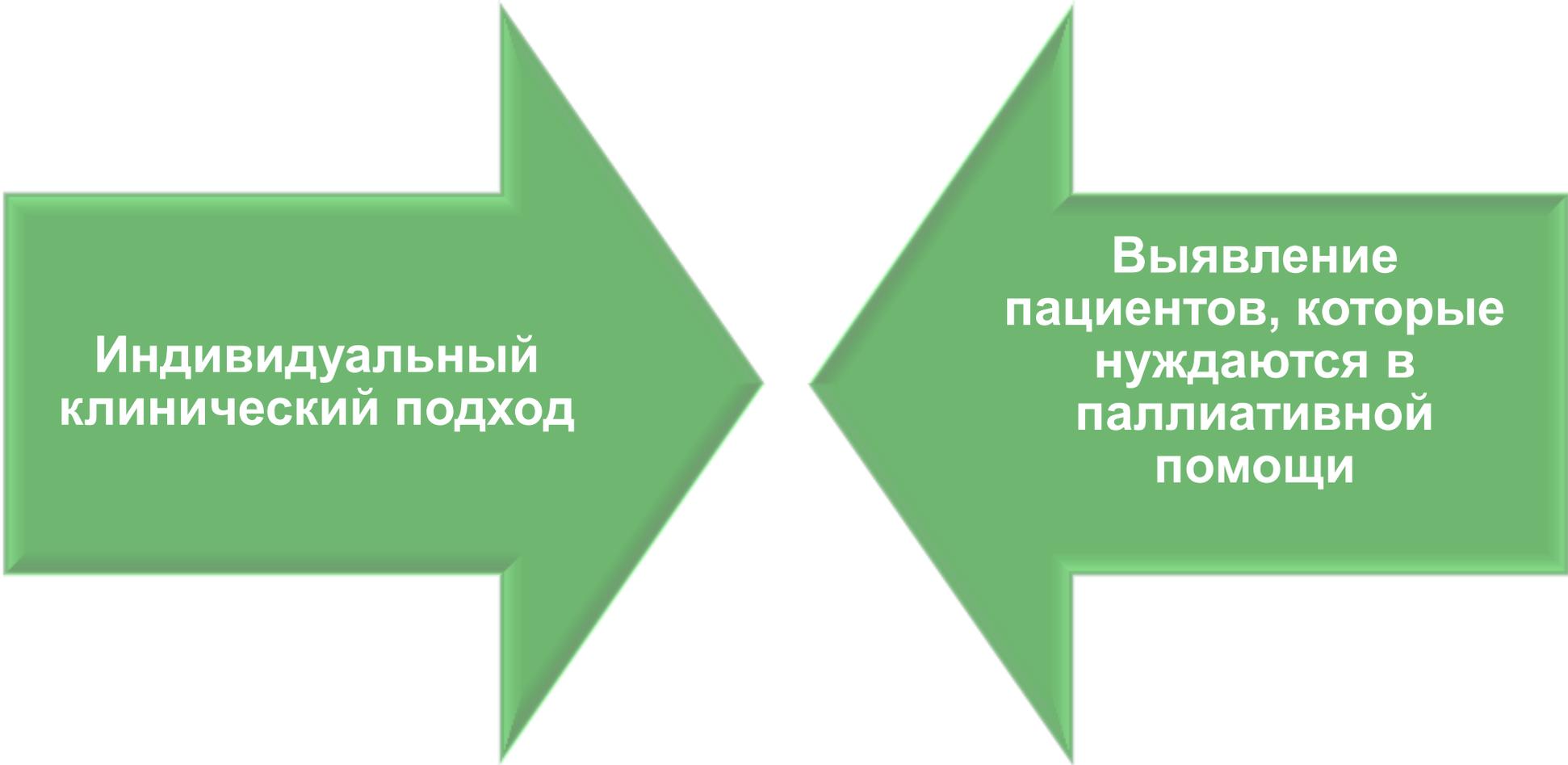


ПАЦИЕНТ, которому требуется паллиативная медицинская помощь —

это пациент 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.

Основные вопросы



Индивидуальный
клинический подход

Выявление
пациентов, которые
нуждаются в
паллиативной
помощи

Характеристики заболеваний в терминальной стадии

- Хронические заболевания на поздней стадии, прогрессирующие и неизлечимые;
- Ограниченная реакция на проводимое специфическое лечение;
- Ограниченный срок жизни;
- Множественные, многофакторные, меняющиеся и выраженные симптомы;
- Эмоциональная нагрузка на пациента, семью и врачей;
- Регулярные кризисы потребностей и требований;
- Регулярные этические дилеммы

Траектории умирания

Количество смертей в каждой траектории на 20 смертей на одного врача общей практики Великобритании из 20 000 пациентов

Рак - 5
Органная недостаточность - 6
Физич и умственная дряхлость - 7
Иное - 2 **



Время – часто несколько лет, но финальный отрезок обычно менее 2 месяцев.



Часто попадает в больницу, вызывает ОЗ, лечиться дома сложно.

Время – 2-5 лет, но смерть обычно наступает внезапно



Ограниченная способность к самообслуживанию, речи, передвижению

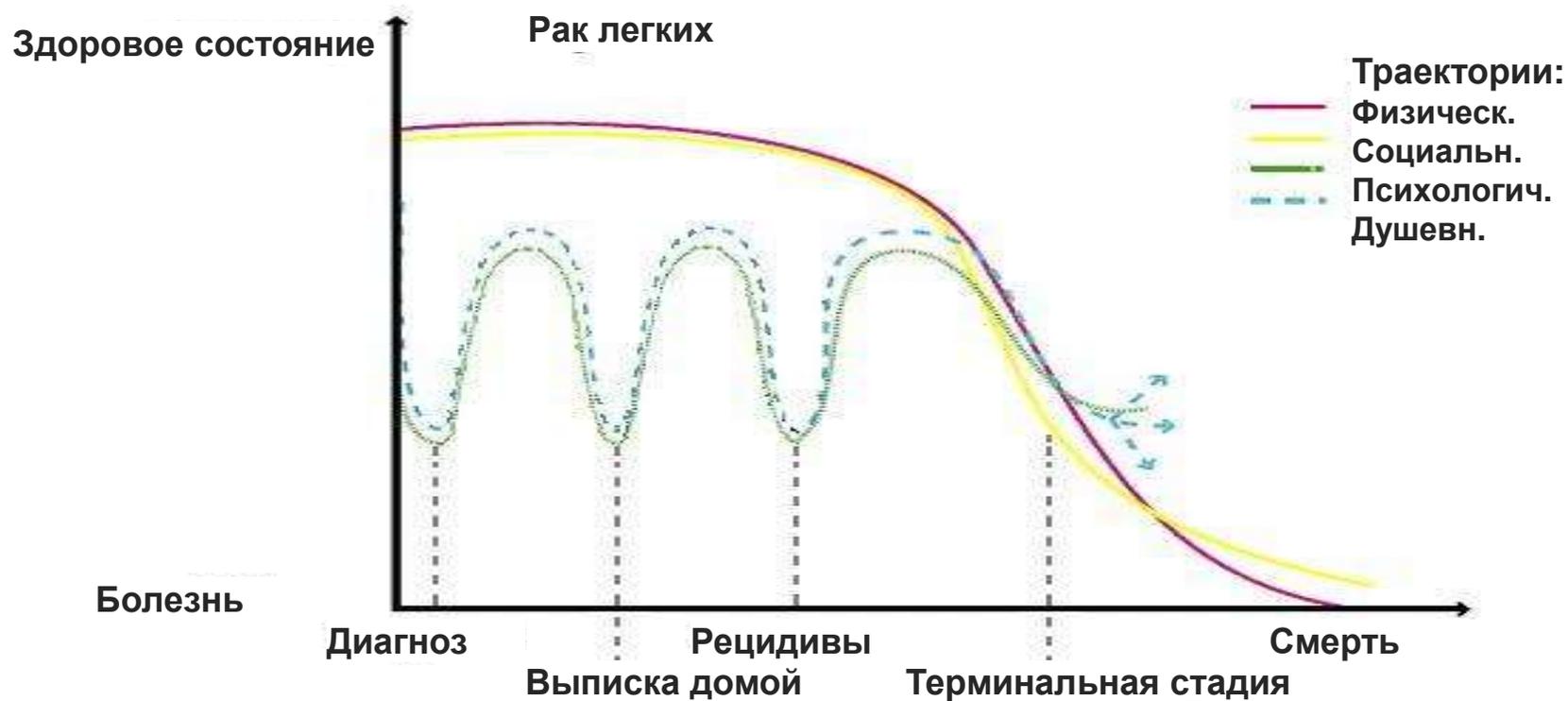
Время – до 6 - 8 лет

*

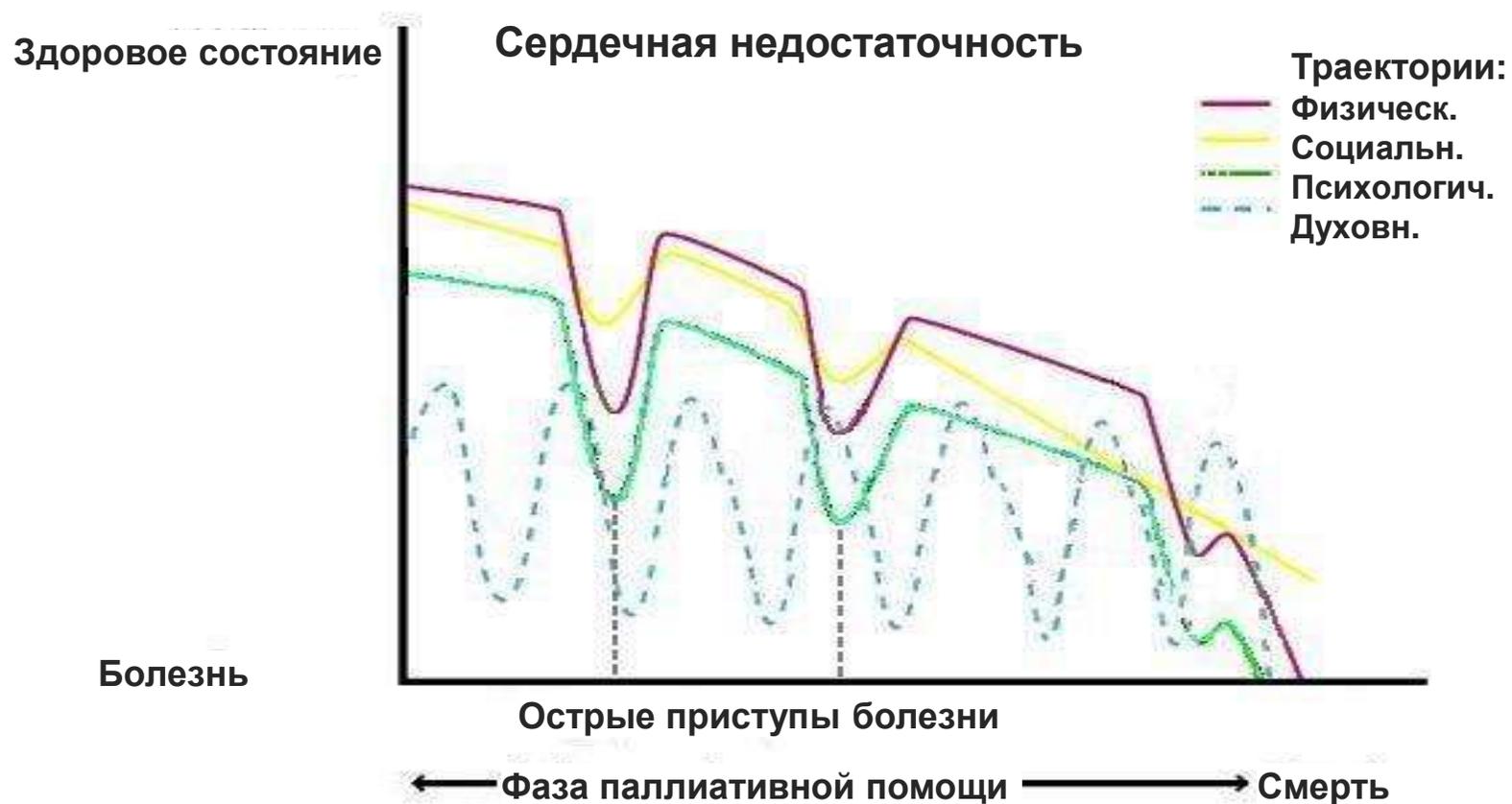
*Ланней (мл.), и др. Профили умерших пожилых пациентов, застрахованных по программе «Медикэр». Журнал Америк. герiatr. общ. 2002 г.

** Мюррей С. А. и др. ЖБМА, 2008 г.

Физическое, социальное, психологическое и душевное состояние в последний год жизни



Физическое, социальное, психологическое и душевное состояние в последний год жизни



Основные симптомы



СИМПТОМ	СИМПТОМЫ, ВЫДЕЛЕННЫЕ ПЕРСОНАЛОМ ХОСПИСА (%)
Повышенная возбудимость	45
Боль	40
Нехватка воздуха	34
Растерянность	33
Язвенные пролежни	27
Тошнота	26
Быстрая утомляемость	25
Запор	24
Депрессия	22
Беспокойство	21

Шкала Эдмонта

Пожалуйста, отметьте кружком ваше состояние во всех строчках

Не болит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно болит
Не устал	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно устал
Не тошнит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно тошнит
Нет депрессии	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасная депрессия
Не взволнован	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно взволнован
Не хочется спать	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно хочется спать
Отличный аппетит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Совершенно нет аппетита
Отличное самочувствие	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасное самочувствие
Нет затруднения дыхания	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно затруднено дыхание
Другое	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Определения больных, которым необходим минимальный, средний и максимальный уровень паллиативной помощи

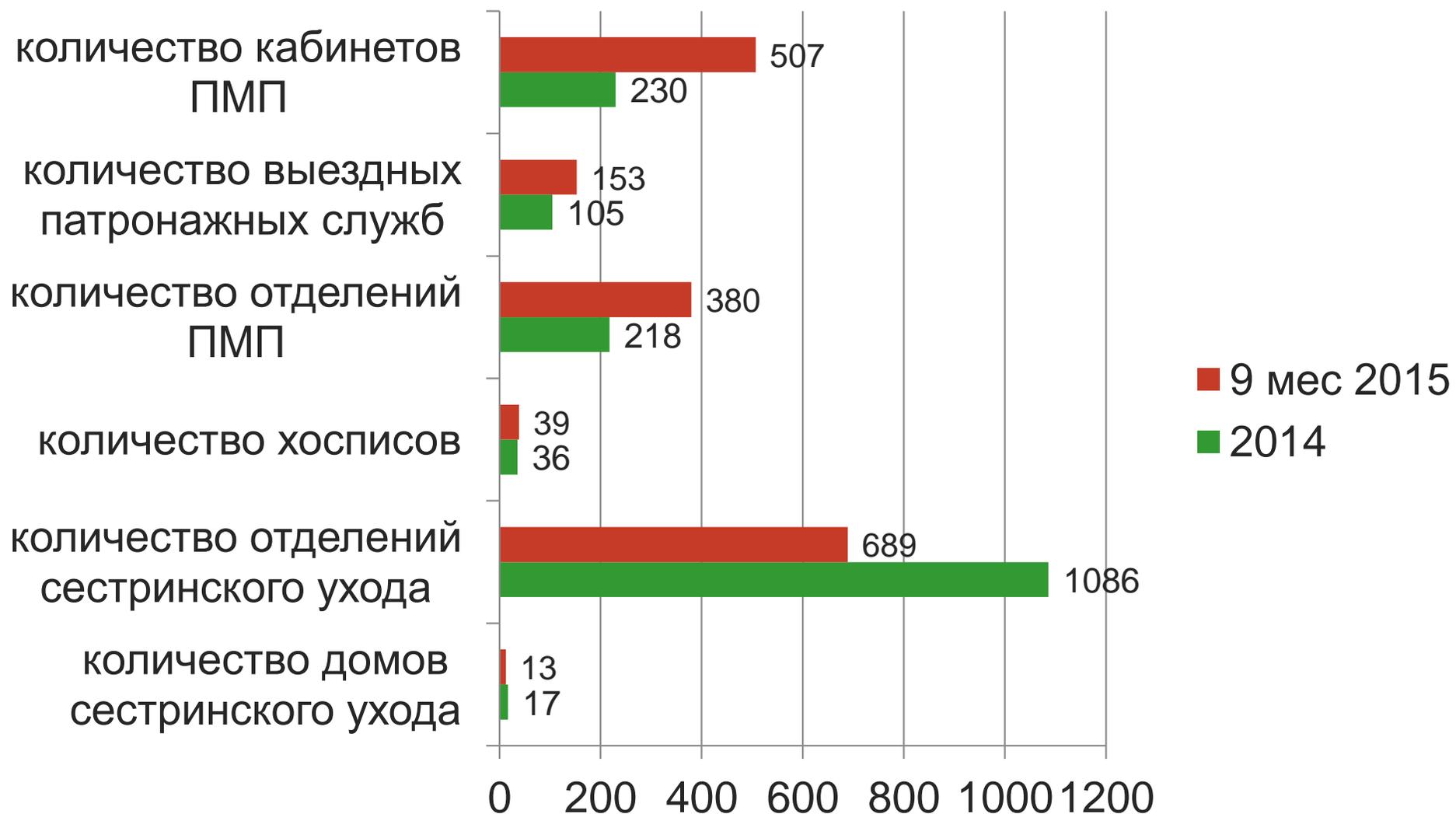
Оценка	Идентификация больных	Операционное определение (Коды ICD-10)
Минимальный уровень	Указание одного из 10 основных причин смерти в Части 1 свидетельства о смерти	Смерть наступила по следующим 10 причинам: <ul style="list-style-type: none"> •Неоплазм (C00-D48) •Сердечная недостаточность ((I500, I501, 509, I111, I130, I132)^a •Почечная недостаточность (N180, N188, N189; N102, N112, N132, N120, N131, N132) • Печеночная недостаточность (K704, K711, K721, 729)^b •Хроническое обструктивное заболевание легких (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449) •Заболевание двигательного нейрона ((G122) •Болезнь Паркинсона (G20) •Болезнь Хантингтона (G10) •Болезнь Альцгеймера (G300, G301, G308, G309) •ВИЧ/СПИД (B20-B24)
Средний уровень	Больной был помещен в больницу в течение последних 12 месяцев перед смертью с тем же диагнозом, который указан в Части 1 свидетельства о смерти	Основная причина смерти, указанная в свидетельстве о смерти, соответствует записи в строке основного или вторичного диагноза в госпитальной форме записи данных о болезни, если пациент поступил в течение последнего года своей жизни
Максимальный уровень	Все причины смерти, которые указаны в Части 1 свидетельства о смерти, кроме исключенных из этого перечня	Смерть наступила от любых причин, кроме следующих: <ul style="list-style-type: none"> •Во время беременности, родов, или в послеродовой период (O00-O99) •Заболевание началось во время перинатального периода (P00-P96) •Смерть наступила в результате получения раны, отравления и некоторых других внешних причин (S00-T98) •Смерть наступила по внешним причинам заболеваемости и смертности (V01 - Y98)

Расчет потребности в ПМП, произведенный на основании данных Росстата 2014 г

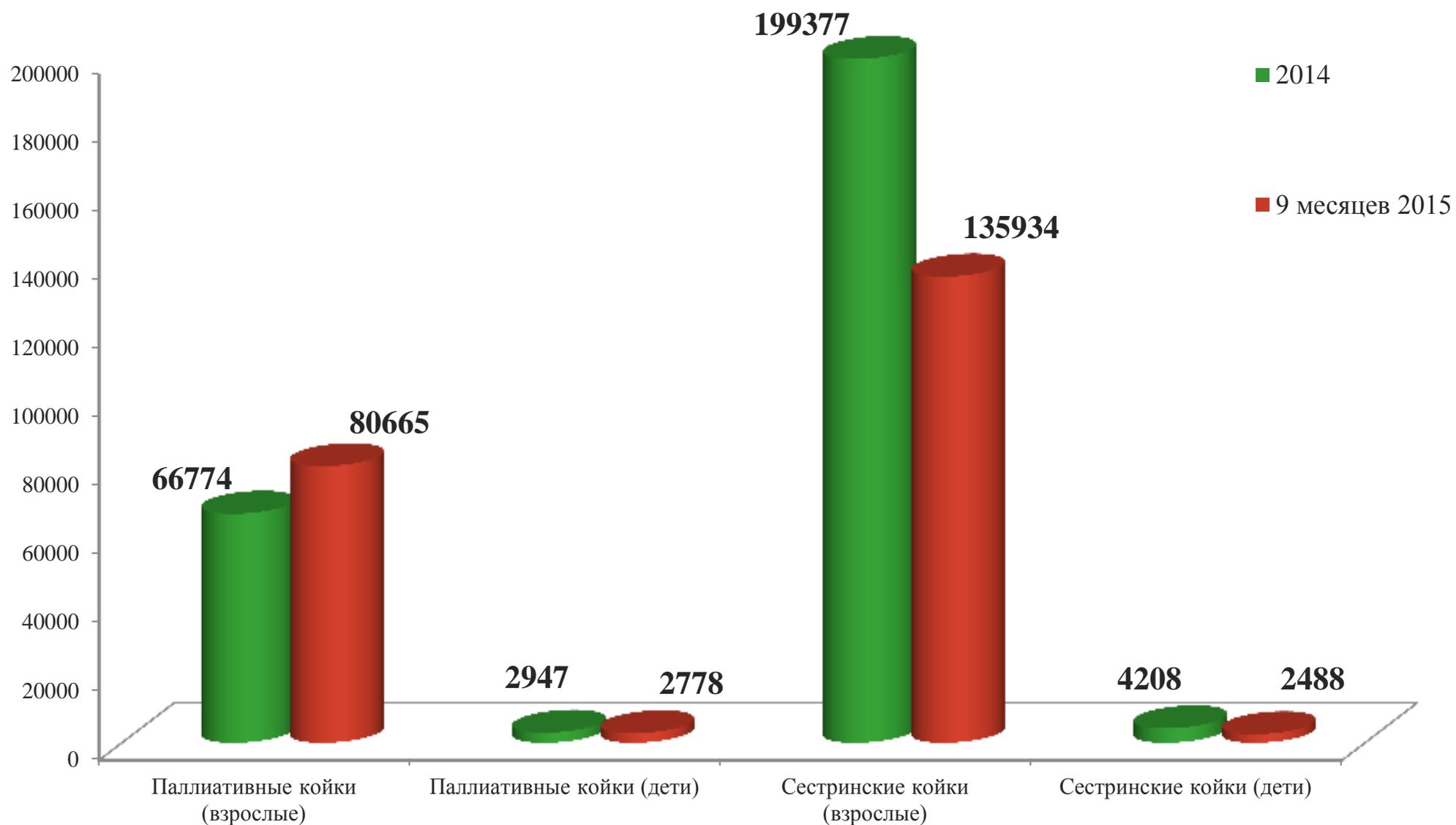
Минимальный уровень – 50%,
средний уровень – 55,5%,
высокий уровень - 89,4%

2014 год	низкий	средний	высокий
447 745	223 872	246 259	400 284

Паллиативная медицинская помощь в РФ



КОЛИЧЕСТВО ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ



Обеспеченность населения России в ПМП

Ни в одном ФО России потребность населения в паллиативной помощи не оказывается на высоком уровне



Население РФ 150 млн жителей

Руководство по прогностным показателям системы «золотых стандартов» врачей общей практики гос. здравоохранения Великобритании

Три повода для назначения паллиативной помощи – для выявления таких пациентов мы можем использовать любую комбинацию следующих методов:

- 1. **Неожиданный вопрос:** «Вы удивитесь, если этот пациент умрет в следующие 6-12 месяцев?»
- 2. **Потребность** - пациент на прогрессирующей стадии болезни делает выбор только комфортности помощи, а не «лекарственной» терапии, и не настаивает на лечении
- 3. **Клинические показатели** – специфические показатели прогрессирующей болезни для каждого из трех основных групп терминальных стадий пациента:
 - Рак, органная недостаточность, старческая дряхлость / слабоумие

Сопутствующие заболевания или другие общие симптомы терминальной стадии болезни

Сопутствующие заболевания все более выступают самым большим прогнозным показателем заболеваемости и смертности.

- Две или больше незапланированных госпитализации за последние 6 месяцев
- Новый диагноз прогрессирующей неизлечимой болезни

Потеря веса

- – Больше, чем 10% (за 6 месяцев)

Ухудшение

- Сывороточный альбумин < 25 г/л
- Ухудшение электрокортикограммы/ индекса общего состояния по шкале Карнофски (KPS) < 50 %.

Плохое общее самочувствие

- Зависимость в большинстве действий по самообслуживанию
- в кровати или стуле более чем 50% дня
- Общий упадок сил

Прогнозным показателям системы «золотых стандартов» врачей общей практики гос. здравоохранения Великобритании

1. Онкологические пациенты

Любой пациент, рак которого является метастатическим и не поддается лечению

«Единственным самым важным прогнозным фактором при раке является общее состояние и функциональные способности» - если пациенты проводят больше чем 50 % своего времени на кровати/лежа, то прогноз жизни примерно до 3 месяцев.

2. Пациенты с органной недостаточностью

2.1 Болезнь сердца

По крайней мере два из показателей:

- Одышка в покое или при минимальном движении
- Пациент по мнению врачей находится на последнем году жизни - вопрос «на удивление»
- Повторные госпитализации в течении года в терапевтическое или кардиологическое отделение
- Тяжелые физические или психологические признаки несмотря на оптимальную допускаемую терапию

2.2 Хроническая обструктивная болезнь легких - ХОБЛ

- Болезнь в серьезной стадии, например, (FEV1 <30%)
- Текущая госпитализация (> 3 случаев за 12 месяцев при усилении ХОБЛ)
- Отвечает критериям для длительной кислородотерапии
- Уровень одышки после 100 метров на уровне или привязан к дому из-за одышки
- Признаки нарушения ритма сердца
- Комбинация других факторов, например, анорексия, потеря веса, депрессия
- 6 недель систематически на стероидах при ХОБЛ за предшествующие 12 месяцев

2.3 Почечная недостаточность

➤ Пациенты, которые не получают или прекратили диализ. Это может быть связано с их выбором или тяжестью состояния

➤ Пациенты на 5-й стадии ХПН, состояние которых ухудшается и для которых полностью подходит вопрос «на удивление»?

➤ Клинические показатели:

Симптоматическая почечная недостаточность –

Тошнота и рвота, анорексия, зуд, ухудшение общего состояния, стойкая гиперволемиа),

➤ Прогрессирующие симптомы сопутствующих заболеваний, которые все труднее или невозможно устранить

!!!! Много людей на 5-й стадии ХПН имеют устойчиво ослабленную почечную функцию, и не прогрессируют и не нуждаются в скорой помощи

2.4 Неврологические заболевания

а) Болезнь мотонейрона

Пациенты с БМН должны быть исключены из неврологии, поскольку это – быстро прогрессирующее состояние.

Показатели быстрого ухудшения включают:

- Доказательства нарушенного сна из-за слабости дыхательного мускула в дополнение к признакам одышки в состоянии покоя
- Едва внятная речь
- Трудности при глотании, плохое состояние аппетита
- Потребность в помощи при самообслуживании
- Медицинские осложнения типа пневмонии, сепсиса
- Жороткий интервал между началом признаков и диагнозом

b) Болезнь Паркинсона

Наличие 2 или больше критериев в болезни Паркинсона должно повлечь за собой включение в Реестр

- Медикаментозное лечение больше не так эффективно / все более и более сложный режим медикаментозного лечения
- Уменьшенная независимость, потребность в помощи при самообслуживании
- Признание, что состояние стало менее управляемым и менее предсказуемым с периодами обострений
- Дискинезии, проблемы с подвижностью и падения
- Проблемы с глотанием
- Психиатрические симптомы (депрессия, беспокойство, галлюцинации, психоз)

с) Рассеянный склероз

Признаки ухудшения и включения в реестр:

- Существенные множественные признаки и медицинские осложнения
- Дисфагия (трудности с глотанием) является ключевым признаком, приводя к текущим пневмониям, стремления и текущим входным платам с сепсисом и плохим состоянием питания
- Коммуникационные трудности, например, дизартрия + усталость
- Нарушение когнитивных функций, начало слабоумия
- Одышка может быть в предельной фазе

3. Пациенты с общей дряхлостью и слабоумием

3.1 Дряхлость

- Множественные сопутствующие заболевания с признаками ухудшения в повседневной жизни
- Ухудшение индекса общего состояния по шкале Карнофски
- Комбинация по крайней мере 3 признаков:
 - слабость,
 - замедленность движений,
 - низкая физическая активность,
 - потеря веса,
 - самопризнание в слабости

Слабоумие

- Неспособность передвижения без помощи, и
- Непроизвольный стул и мочеиспускание, и
- Слабая вербальная коммуникация, и
- Неспособность одеться без посторонней помощи
- По шкале Бартела <3
- Уменьшение способности самообслуживания
- **Плюс любое из следующего:**
 - 10% потеря веса за предыдущие шесть месяцев, пиелонефрита или ИМП,
 - сывороточный альбумин 25 г/л, скачки АД на стадии III / IV, постоянная лихорадка,
 - снижение аппетита, аспирационная пневмония

Инсульт

- Постоянное вегетативное или минимальное сознательное состояние , паралич / недержание
- Медицинские осложнения
- Отсутствие улучшения в течение 3 месяцев после начала заболевания
- Нарушение когнитивных функций / слабоумие после инсульта

Что нужно сделать для качественной ПМП?

Понять на каком этапе угрожающего состояния пациент

Когда началось ухудшение?

Какие симптомы?



Максимально эффективно облегчить боль

Оценить уровень боли

Обеспечить доступ к
обезболивающим



Общаться с пациентом и семьей, чтобы понять все страхи и сомнения

Быть готовым оказать помощь
24/7 дома

Быть готовым
госпитализировать

Условия оказания качественной ПМП

Командная работа

- врачи
- Медицинские сестры
- Психологи, физиотерапевты
- Социальные работники
- юристы

Навыки общения

- Знание проблемы умирания
- Знания психологии людей с ограничивающими жизнь заболеваниями
- Умение управлять конфликтами
- Умение работать в команде

Профессиональный подход

- Знания философии и принципов ПМП
- Знания механизма возникновения боли и других симптомов
- Уметь оценивать боль по шкалам боли
- Уметь оценить состояние больного и основные симптомы по шкалам
- Быть экспертом по препаратам и различным методам лечения боли и тягостных симптомов
- Знать основ гериатрии и педиатрии
- Работать в сотрудничестве с онкологами, химиотерапевтами, радиологами

ХОСПИС

Тип медицинской организации, где пациенты в терминальной стадии заболевания получают достойный уход, паллиативное лечение, духовную, психологическую и социальную поддержку.

обозначение части системы паллиативной помощи, включающей концепцию ухода за умирающим больным и всесторонней поддержки, оказываемой как самому пациенту так и его близким.

•это предупреждение и устранение отрицательного воздействия на организм злокачественного онкологического заболевания и противоопухолевого лечения. Это касается физических симптомов и психосоциальных проблем, а также побочного действия лечения рака в течение всего периода болезни, в том числе проведение реабилитации и оказание поддержки людям, выжившим с этим диагнозом

Поддерживающая
помощь



- использовавшийся ранее термин для обозначения всесторонней помощи пациентам с распространенными формами рака и ограниченным сроком жизни

Терминальная
помощь -



- это предоставление кратковременного отдыха родственникам больного или лицам, осуществляющим уход за пациентом на дому. Может осуществляться в дневных стационарах, отделениях паллиативного профиля, хосписах или при участии специализированных выездных служб

Помощь
«ВЫХОДНОГО
ДНЯ»



- организации, которыми могут быть самые разнообразные учреждения, как стационарные, так и амбулаторные, оказывающие помощь пациентам на дому, и консультативные службы, которые занимаются проведением научных исследований и обучением специалистов.
- Центрами передового опыта паллиативной помощи могут стать центры, где осуществляется обучение, проводятся

Центры передового опыта

—



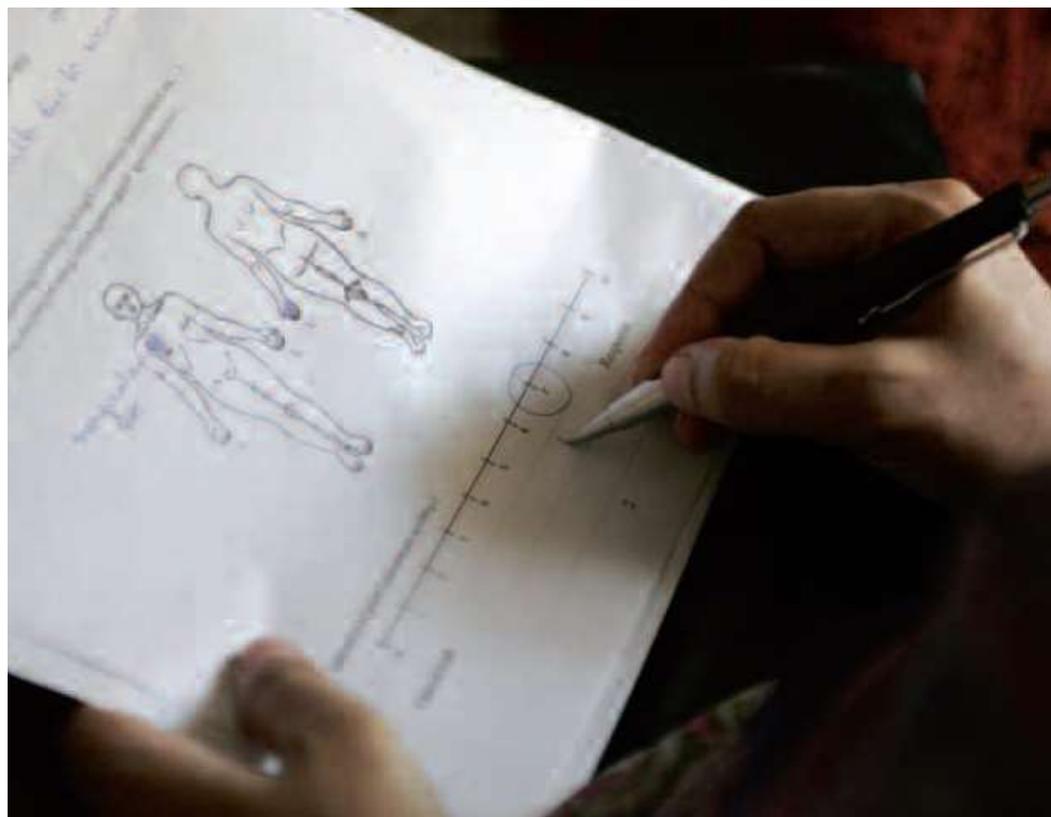
«Помощь в конце жизни»

синоним паллиативной или хосписной помощи при условии, если под «концом жизни» понимается «расширенный» период, составляющий от 1 до 2 лет, в течение которых пациент, члены его семьи и медики знают о том, что заболевание приведет к смертельному исходу.

может также трактоваться в более узком смысле как всесторонняя помощь умирающим пациентам в последние несколько часов или дней жизни, так называемый Ливерпульский алгоритм помощи умирающему пациенту (Liverpool Care Pathway for the Dying Patient)

***Начинайте с
малого,
продвигайтесь
медленно,
но все равно
делайте что-то!!!***





«Пожалуйста, не заставляйте нас больше страдать...»

Доступ к болеутоляющим средствам как право человека

HUMAN
RIGHTS
WATCH

Основные темы для образовательной программы

1. Принципы и практика паллиативной помощи

- Определения
- Часто задаваемые вопросы
- Потребность в паллиативной помощи
- Задачи паллиативной помощи
- Паллиативная помощь и страдание: участие в помощи различных специалистов
- Междисциплинарная команда ПП и команда специалистов различного профиля
- Принципы ПП
- Общение с пациентами
- Опережающий план медицинских вмешательств
- Модели помощи
- Интеграция ПП в систему медицинской помощи
- Препятствия на пути развития ПП

2. Этические вопросы в ПП

- Принципы медицинской этики
- Общение и раскрытие информации
- Отказ от терапии и прерывание медицинских вмешательств
- Искусственное питание
- Искусственная регидратация
- Эвтаназия и ассистированное врачом самоубийство
- Этика в проведении исследований
- Справедливое распределение ресурсов

3. Боль

- Введение
- Типы боли
- Причины боли
- Факторы, влияющие на восприятие боли
- Оценка боли
- Общие принципы лечения
- Принципы применения анальгетиков для хронического болевого синдрома
- Неопиоидные анальгетики
- Опиоидные анальгетики: слабые опиоиды, сильные опиоиды
- Адьювантное обезболивание
- Местное обезболивание и блокада нервов
- Физическая терапия как метод обезболивания
- Психологические аспекты обезболивания
- Противоопухолевая терапия как аспект обезболивания

4. Симптоматическая терапия

- Одышка
- Кашель
- Терминальное нарушение дренажа бронхо-легочного секрета
- Тошнота и рвота
- Противорвотные средства
- Кишечная непроходимость
- Запор
- Слабительные средства
- Кахексия
- Потеря веса
- Слабость и утомляемость
- Острое состояние спутанности сознания и возбуждения
- Речемоторное возбуждение на терминальной стадии

5. Психологическая помощь

- Дистресс
- Депрессия
- Тревожность
- Духовное и экзистенциальное страдание
- Помощь семьям и друзьям пациента

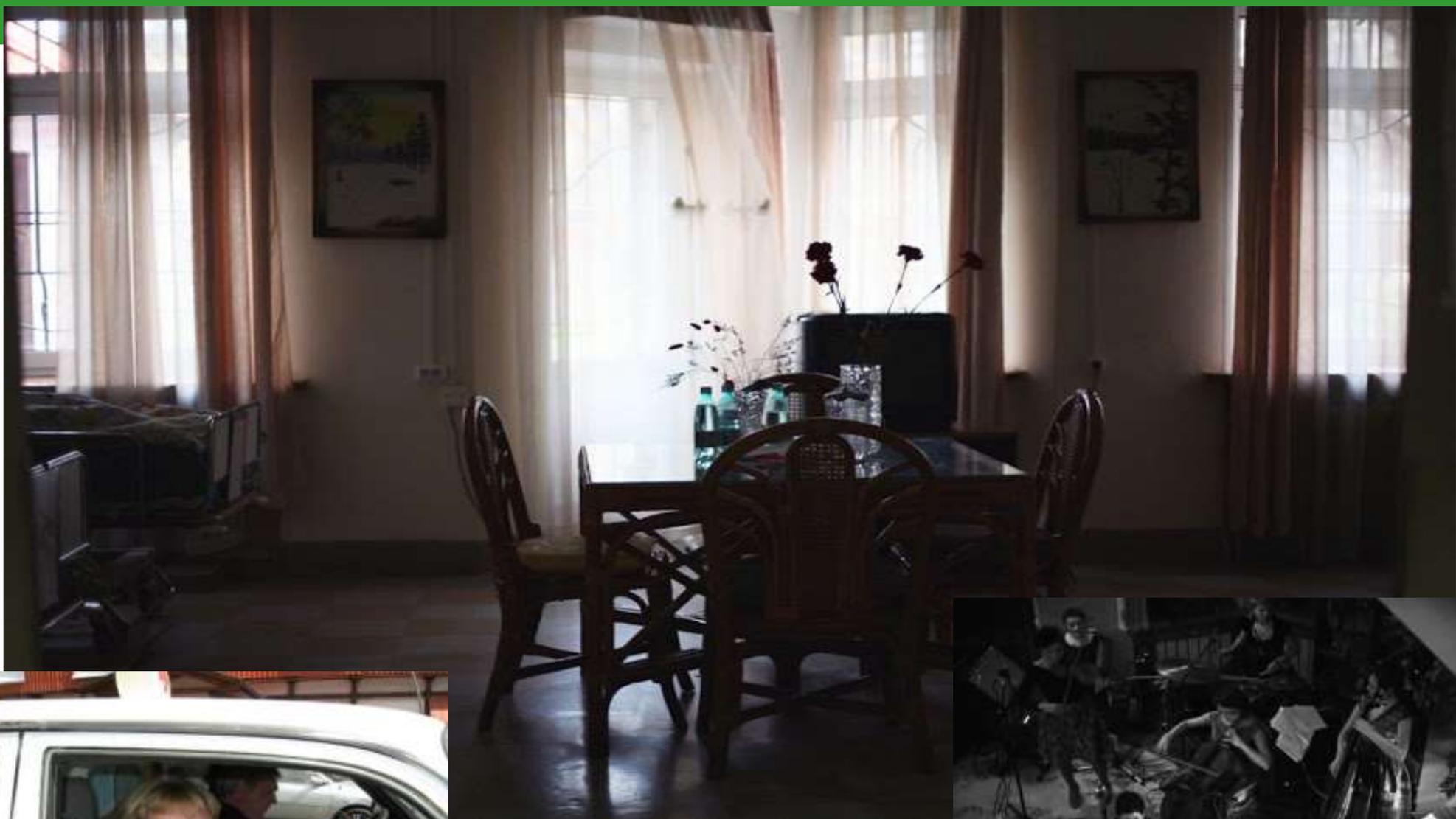
6. Вопросы организации паллиативной помощи

- С чего начать организацию паллиативной помощи
- Нормативное регулирование и получение аккредитации в ПП
- Образование и обучение для сотрудников службы ПП
- Образование и обучение более широкого медицинского сообщества
- Информирование широкой аудитории о ПП
- Стресс в ПП

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!



Помощь умирающему облагораживает и возвышает того, кто эту помощь оказывает, она нужна не только уходящим в мир иной, но и всем нам- живущим



В палате хосписа



Цветы в хосписе

