

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ НЕИЗЛЕЧИМЫМ ПАЦИЕНТАМ
В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ

Наталья КАРАФИЗИ,
Медико-социальный благотворительный
фонд Анжелус Молдова

Rezumat

Organizarea serviciului de îngrijiri paliative pentru pacienții incurabili în diferite țări

Îngrijirea paliativă este o abordare medico-socială relativ nouă care, fiind implementată cu succes în mai multe țări ale lumii, și-a demonstrat viabilitatea pe parcursul anilor. R. Moldova este una dintre țările europene care fac primii pași în dezvoltarea îngrijirii paliative. Fiecare țară trebuie să-și aleagă calea proprie de implementare a îngrijirilor paliative, folosind resursele interne. Articolul descrie diferite forme de organizare a acestor servicii și modelele posibile de implementare a lor, reieșind din evaluarea necesităților țării în domeniul dat. Conform datelor oficiale, în jur de 23 567 de pacienți din Moldova necesită îngrijiri paliative (a. 2004), care actualmente se acordă la nivel neguvernamental.

Cuvinte-cheie: îngrijire paliativă, îngrijiri paliative specializate/nespécializate, hospice de zi.

Summary

Organisation of palliative care service for incurable patients in different countries (review of literature)

Palliative care is a relatively new medico-social approach, which, being successfully implemented in a number of countries across the world, has proved its sustainability through the years. Moldova is one of European countries that takes its first steps in palliative care development. Each country should find its own way of palliative care development based on internal resources. The article describes different types of palliative care service organisation and possible models of their implementation derived from the palliative care needs assessment for the country. The estimated data show there are about 23,567 of patients in Moldova, who require palliative care (y. 2004), which actually is provided by non-governmental organisations.

Key words: palliative care, specialized / non-specialized palliative care, day care hospice

Паллиативная помощь (ПП) – это направление, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с трудностями уносящего жизнь заболевания, посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других проблем – физических, психосоциальных и духовных (ВОЗ, 2002).

В соответствии с определением ПП [1]:

- утверждает жизнь и рассматривает умирание как естественный закономерный процесс;
- не имеет намерения ни ускорить и ни отсрочить наступление смерти;
- предоставляет контроль боли и других беспокоящих симптомов;
- включает психологические и духовные аспекты ухода за пациентом;
- предоставляет систему поддержки, которая позволяет пациенту насколько возможно активно прожить последние дни;
- предлагает систему поддержки семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;
- использует командный подход (КП) с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и психологическое консультирование в период тяжелой утраты, если это необходимо;
- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение заболевания;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь пациента;
- включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Как видно из определения, ПП является всеобъемлющей областью, которая, кроме медицинских, включает в себя психологические, социальные, культурные и духовные аспекты. Это связано с тем, что неизлечимые заболевания по мере их прогрессирования, выходят за рамки чисто медицинских проблем, затрагивая остальные – немедицинские стороны жизни пациента.

В связи с этим, ПП не является помощью больным каким-то определенным заболеванием и охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней [2]. Тем не менее, общепринято, что в ПП больше всего нуждаются пациенты, страдающие следующими заболеваниями или находящиеся в следующих медицинских состояниях: рак, ВИЧ/СПИД, застойная сердечная недостаточность, цере-

броваскулярные заболевания, нейродегенеративные нарушения, хроническая дыхательная недостаточность и заболевания пожилых людей [3].

Несмотря на то, что во многих странах большая часть бюджетов здравоохранения расходуется на оказание медицинской помощи людям в последние годы их жизни, они не всегда получают помощь, которая наилучшим образом соответствует их потребностям [2].

ПП не следует рассматривать как что-то существенно отличное от других форм медицинской помощи или областей здравоохранения. Многие из основополагающих аспектов ПП берут свое начало в лечебной медицине [2].

Современная паллиативная медицина (ПМ) должна быть интегрирована с официальной клинической медициной, поскольку она обеспечивает действенный и целостный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания. Приёмы ПМ могут использоваться другими медицинскими специалистами при терапии боли, других симптомов заболевания и особенно при учёте психологических аспектов лечения [4].

Успех и эффективность ПП в конечном счёте зависит от того, насколько хорошо она организована. При планировании службы ПП наиболее важными оказываются местные факторы. В разных странах, и даже внутри одной страны ситуация может сильно различаться. Международная Ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНРС) считает, что каждой стране необходимо разработать собственную модель ПП, взяв на вооружение опыт и знания, накопленные в развитых странах. Не существует единственно верной модели ПП. Её организация определяется потребностями, ресурсами, мнением руководителей здравоохранения и имеющимися местными учреждениями здравоохранения. Следует разрабатывать собственную модель, а не копировать схемы, пригодные для стран с развитой экономикой [4].

Наибольшее число служб паллиативной помощи имеется в Польше и России [2]. В Восточной Европе наиболее распространённым типом является организация ПП *на дому*; затем следует *стационарная* ПП; гораздо реже встречаются *команды в больницах, дневные стационары и отделения* ПП в домах для престарелых.

ПП может быть оказана в следующих формах [2]:

- на дому;
- в доме для престарелых и инвалидов;
- в доме для пожилых;
- в больнице;
- в хосписе.

До сих пор ПП оказывается преимущественно на дому. Даже те пациенты, которые в конечном счёте умирают в лечебных учреждениях, обычно находятся в течение длительного периода

времени дома, где и получают ПП. Считается, что некоторые учреждения, в задачи которых не входит оказание ПП, также будут обслуживать большее число неизлечимых больных [2].

Различают следующие виды организации ПП:

- специализированная;
 - неспециализированная (всеобщая).
- Службы *специализированной* ПП занимаются оказанием только этого вида помощи и обычно предоставляют помощь пациентам с более сложными и требующими больших затрат проблемами, и, соответственно, требуют большего уровня подготовки персонала, большего числа специалистов и других ресурсов [2].

Неспециализированная ПП описывает деятельность всех специалистов здравоохранения, которые не вовлечены непосредственно в процесс оказания ПП, но должны быть знакомы с её основными принципами и применять их в своей практике.

Специализированными службами ПП считаются учреждения, основным видом деятельности которых является оказание помощи неизлечимым и умирающим больным, располагающие специалистами с более высоким уровнем профессиональной подготовки и большим числом персонала в расчёте на одного больного. Такие службы должны быть доступны для всех медицинских и социальных учреждений. Они должны оказывать помощь пациентам вне зависимости от их места нахождения. Службы специализированной ПП должны оказывать консультативную помощь представителям других специальностей в оказании ПП в стационарных и амбулаторных учреждениях. Консультации, совет и поддержка специалистов ПП должны быть доступны при возникновении необходимости для всех работников здравоохранения [2].

Специализированная ПП может предоставляться как в стационаре, так и на дому [5]:

I. Стационарные учреждения (отделения) специализированной ПП:

1. Специализированные отделения:
 - палата (отделение в профильной больнице) общего профиля;
 - отдельно стоящее отделение ПП в составе больничного комплекса;
 - отдельно стоящее отделение, отдалённое от стационара (хоспис).

2. Команда ПП стационарного типа

II. Специализированные службы ПП на дому:

1. Команда, состоящая из специально обученного врача и медицинской сестры.
2. Команда, состоящая только из специально обученных медицинских сестёр.
3. Команда «быстрого реагирования», предоставляющая услуги неотложной ПП.
4. Команда «выходного дня», опосредованно предоставляющая услуги отдыха для членов семьи пациента, беря на себя уход за пациентом

в дневное или ночное время.

Такие команды могут быть прикреплены к специализированным отделениям ПП с койками или к самостоятельным – без коек. Многие команды предоставляют услуги ПП 24 часа в сутки или же 5 дней в неделю с 9:00 до 17:00.

III. Дневной центр (дневной хоспис) в основном предоставляет услуги психосоциального плана пациентам, которые получают ПП на дому.

IV. Амбулаторная консультативная служба ПП, которая обслуживает пациентов, получающих ПП на дому.

Термин «хоспис» имеет двойной смысл. Первый относится к философии хосписной помощи, которая, в сущности, представляет собой философию и принципы ПП. Второй относится к хосписной единице, которая обычно представляет собой отдельно расположенное отделение со стационарными условиями, предоставляющее ПП, придавая особое значение медицинским и психосоциальным аспектам ухода. Обычно врачи и медицинские сестры хосписа специально обучены в оказании ПП и купировании симптомов. От других учреждений хоспис отличается более высоким пропорциональным соотношением медицинских сестёр на одного пациента. Многие хосписы также предоставляют услуги дневного центра и службы ухода на дому. Некоторые – не предоставляют услуги стационарного ухода вообще.

Источниками финансирования хосписов могут быть как частные пожертвования, так и бюджет национальной системы здравоохранения, или сочетание этих двух вариантов [6].

Специализированные команды ПП могут быть нескольких видов:

- команда ПП стационарного типа;
- команда, предоставляющая ПП на дому;
- смешанная команда ПП.

Эти команды обычно имеют дело с узкой группой пациентов, направленных из других лечебных подразделений, для которых характерны наиболее сложные проблемы в плане контроля симптоматики, общения и координации помощи [7].

Команды ПП стационарного типа обычно работают в больницах общего профиля, руководствуясь принципами ПП, обычно предоставляя консультативную помощь в купировании симптомов и обеспечивая психологическую поддержку пациентам и медицинскому штату сотрудников, где находится консультируемый пациент. Кроме того, команда данного типа играет важную роль в обучении и консультировании всего стационара. Большинство команд состоит из двух и более специально обученных медицинских сестёр, врача, социального работника, священника и др [6].

Команды, предоставляющие ПП на дому, включают в себя специально обученный штат сотрудников, который предоставляет консульти-

рование и поддержку медицинским работникам первичного сектора здравоохранения. Основу команды обычно составляет специально обученная медицинская сестра, предоставляющая медицинскую и другую профессиональную помощь. Команда может быть прикреплена к профильной больнице (онкологический институт), больнице общего профиля со специализированным отделением, стационарному хоспису (отделению) ПП или учреждению амбулаторного профиля (поликлиника) [6].

Команды ПП, которые сочетают в себе элементы стационарного типа и элементы предоставляемой ПП на дому. Некоторые сотрудники таких команд могут работать в поликлинике, другие – в стационаре, либо, работая с некоторыми пациентами индивидуально, следовать за ними по месту его нахождения [6].

Наиболее распространенными являются специализированные стационарные подразделения, команды паллиативной помощи, расположенные на базе больниц и поликлиник, и стационары на дому [2].

Неспециализированные службы [2]:

- лица, обеспечивающие непосредственный уход, чаще всего родственники;
- добровольцы;
- участковые медицинские сестры;
- врачи общей практики или семейные врачи;
- медицинские специалисты, не имеющие специальной подготовки в ПП.

Все вышеизложенные виды служб и их взаимодействие могут быть схематично представлены следующим образом:

В соответствии с проведенной в 2006 году оценкой потребностей в ПП для Республики Молдова количество неизлечимых пациентов, нуждающихся в ПП, по предварительным оценкам за 2004 год составляет 23 567 человек в год, из которых 9 109 проживают в городах республики, а 14 457 – в сельской местности, что составляет 38,65 % и 61,35 % соответственно [7].

Принимая во внимание основные причины смертности в республике по данным 2004 года, пациенты, нуждающиеся в ПП, относятся к следующим нозологическим группам: сердечная и легочная недостаточность, рак, прогрессирующий цирроз печени, ВИЧ/СПИД [7].

Анализ данных 2004 года относительно места смерти пациентов, показывает: 83,9% случаев относятся к смертям на дому и 16,1% – в больнице. В республике не существует условий/учреждений для неизлечимых пациентов, находящихся в терминальной стадии заболевания. Эта категория пациентов не госпитализируется [7].

Услуги ПП в республике предоставляются на уровне неправительственного сектора. Государ-



Адаптировано из Руководства для Эффективных Программ по Паллиативной Помощи, ВОЗ, 2007.

ственные учреждения, предоставляющие услуги подобного рода, не отмечаются.

Исходя из рекомендаций ВОЗ для планирования организации службы ПП в условиях стационара и на дому, а также, принимая во внимание нормы и стандарты ПП, принятые в Румынии, для Молдовы за основу планирования могут быть взяты следующие нормативы [7].

Служба ПП на дому:

- 3 врача на 100 000 населения
- 12 медицинских сестёр на 100 000 населения
- 6 других штатных единиц

Служба хосписа:

- 8 коек на 100 000 населения
- 1,5 врача на 10 коек
- 13–18 медицинских сестёр и санитарок на 10 коек
- 4 другие штатные единицы на 10 коек.

По предварительным подсчётам, для покрытия услуг специализированной ПП по всей республике необходимо 143 врача и 684 медицинские сестры. Количество коек для специализированной службы ПП для покрытия республиканских нужд составляет 271 [7].

Выводы

1. Паллиативная помощь является новым видом медико-социальных услуг, которые долж-

ны быть неотъемлемой частью государственных программ здравоохранения.

2. Учитывая тот факт, что Молдова относится к странам с развивающейся экономикой, а развитие ПП на начальном этапе требует значительных денежных вложений, при организации данной службы необходимо в первую очередь уделить внимание поддержке служб на дому, которые считаются наиболее экономически выгодными формами предоставления услуг.

3. Для успешного внедрения и дальнейшего развития службы ПП в республике необходима слаженная координация работы существующих государственных структур и поставщиков услуг неправительственного сектора.

Библиография

1. World Health Organisation, *Cancer control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Palliative care*, 2007.
2. *Рекомендации (2003) Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи*, 2004.
3. Elizabeth Davies and Irene J Higginson, *The solid facts. Palliative care*, WHO Europe, 2004.
4. Новиков Г. А. и соавторы, *Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным*, Москва, 2004.
5. Derek Doyle, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd edition, Oxford University Press, 1998.
6. Andrew Stevens, James Raftery, *Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment*, Radcliffe Publishing, 1996.
7. Elizabeth Davies and Irene J. Higginson, *Better palliative care for older people*, WHO Europe, 2005.
8. Daniela Moşoiu, *Evaluarea necesităţilor de îngrijiri palliative în Republica Moldova*, 2006.

Представлена 17.12.2008