

В.М. ЛЕХАН, В.Г. ГІНЗБУРГ, Л.В. КРЯЧКОВА (Дніпропетровськ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЦІЛЬОВОЇ МОДЕЛІ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

У статті описано цільову модель хоспісної допомоги у Дніпропетровській області, розроблену на основі аналізу рішення основних задач, що покладені на паліативну/хоспісну допомогу, з урахуванням сучасних світових вимог та позитивного світового досвіду. Запропоновано дворівневу модель організації паліативної/хоспісної допомоги, що включає неспеціалізовану допомогу на первинному рівні та спеціалізований рівень, представлений допомогою, що надається у хоспісах у цілодобовому та денному стаціонарі. Визначено проблемні питання щодо організації хоспісної допомоги: потреби населення у хоспісній і паліативній допомозі, часові рамки надання спеціалізованої хоспісної допомоги, визначення команди паліативної допомоги тощо.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: паліативна допомога, хоспісна допомога, хоспіс, організація спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги.

Незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, не всі хвороби євиліковними (онкологічні захворювання в III і IV стадіях, СНІД тощо), прогресивно зростає число літніх людей зі станами, що не піддаються корекції. Все це призводить до збільшення потреб в паліативній допомозі людям з прогресуючими і невиліковними захворюваннями.

За визначенням ВООЗ, паліативна допомога – підхід, що реалізується на різних рівнях медичної та соціальної допомоги, метою якого є поліпшення якості життя хворих та членів їхніх сімей, які опинилися перед лицем загрозливого для життя захворювання. Ця мета досягається шляхом попередження і полегшення страждань, завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та купіруванню болю та інших тяжких фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки (ВООЗ, 2002) [11].

Складовою паліативної допомоги є хоспісна допомога – всебічна допомога хворому в кінці життя (найчастіше в останні 6 міс.) та людині, що вмирає. Хоспіс – медичний (медико-соціальний) заклад/відділення, де команда професіоналів надає комплексну допомогу хворому, який потребує полегшення страждання – фізичного, психосоціального і духовного, пов'язаного із захворюванням, вилікувати яке неможливо, і воно неминуче має призвести до смерті в найближчому майбутньому (3–6 міс.) [5].

Онкоепідемічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем за-

хворюваності, високою смертністю від раку, але й значною кількістю хворих, виявлених у занедбаних стадіях. Упродовж останніх років в Україні виявляється серед вперше захворілих біля 60% хворих із занедбаними станами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, 18,0% – раку шийки матки та близько 13% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США частка занедбаних стадій не перевищує 5–7%.

Щорічно в Україні помирає близько 700 тис. громадян, з них: 85% – вдома; 10% – в інших місцях; 5% – у лікарнях.

В Україні зареєстровано 160 тис. хворих на рак, помирає від злоякісних новоутворень понад 100 тис. осіб, у дискомфорті та страшних муках – 85 тис. невиліковних пацієнтів, і лише 5 тис. невиліковно хворих людей можуть знайти притулок у лікувальних закладах.

В Дніпропетровській області, як і в цілому по Україні, спостерігається збільшення захворюваності населення на злоякісні новоутворення, яка протягом 2011 р. збільшилась на 2,2% та становить 375,0 на 100 тис. жителів (366,8 у минулому році). За даними національного канцер-реєстру, з числа вперше виявлених захворювань у 2011 р. мали III та IV стадію (згідно TNM), 20,6% та 10,7% відповідно. Не прожили 1 року з встановлення діагнозу у 2010 р. 33,9% мешканців регіону. Серед первинних хворих у 2011 р. в Дніпропетровській області спеціальне лікування не отримали лише 38,4% хворих, що, безумовно, впливає на рівень виживання та летальності хворих, на потребу у паліативній та хоспісній допомозі [4].

Епідемічний процес ВІЛ-інфекції в області продовжує характеризуватися високою інтенсивністю: у 2011 р. серед громадян області клінічний діагноз ВІЛ-інфекція встановлено 3447 особам, а показник захворюваності дорівнює 103,4 проти 97,1 на 100 тис. населення (3258 осіб) у 2010 р. За даними офіційної статистики, кількість померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією, знаходиться на рівні минулого року – 1162 особи, а показник становить 34,9 на 100 тис. населення (2010 р. – 1168 померлих, при показнику 34,8) [5].

Велика поширеність невиліковних захворювань в країні та області вимагає розробки та впровадження дієвої системи хоспісної/паліативної допомоги, що має на меті надання найкращої можливої допомоги людям, які живуть з термінальними захворюваннями та помираючим від них, а також попередження і полегшення страждань і болю за допомогою надання практичної допомоги, емоційної і духовної підтримки.

В Україні система паліативної/хоспісної допомоги дотепер не створена. Є лише окремі організовані за ініціативи місцевих органів влади та/або громадських організацій спеціальні стаціонарні заклади – хоспіси. Без урахування відділень на базі закладів інших типів і благодійних організацій у 2011 р. в Україні функціонувало 6 лікарень «Хоспіс» з 260 ліжками. Адекватний обсяг паліативної допомоги в різних ЗОЗ України надається на 523 ліжках, тобто задовольняє лише 0,05% від реальної потреби [5].

Умови для радикальної зміни ситуації склалися лише після прийняття в 2011 р. змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, де спеціальна стаття присвячена паліативній допомозі та визначено, що одним із закладів охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу, є хоспіс.

Зроблено певні кроки в напрямку наукового обґрунтування організації паліативної та хоспісної медицини. Експерти Всеукраїнської Асоціації паліативної допомоги та Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів разом з фахівцями ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини» за підтримки МОЗ України розробили проєкт Концепції та Заходів Державної цільової соціальної програми розвитку хоспісної та паліативної допомоги в Україні на період до 2014 р. У рамках підготовки та розробки цієї програми досліджено стан розвитку паліативної допомоги в Україні з метою фінансових розрахунків та фінансово-економічного обґрунтування кошторису для втілення програми. Попередні результати дослідження засвідчили, що тільки 10% тих, хто її потребує, мають доступ до паліативної допомоги в Україні, існує нагальна потреба у збільшенні кількості стаціонарних ліжок [1;5].

Декілька наукових досліджень (Д.Д. Дячук, 2003; Є.Й. Москвяк, 2007) присвячені питанням опрацювання організації паліативної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії, основною ланкою якої є спеціалізований заклад для невиліковних хворих – хоспіс, основну увагу приділено роботі закладу паліативної медицини [2;3]. Водночас організації паліативної та хоспісної допомоги регіонального рівня присвячено недостатньо досліджень, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

З метою розробки цільової моделі хоспісної допомоги у Дніпропетровській області, проведено системний аналіз існуючих проблем та визначено шляхи їх розв'язання для забезпечення надання пацієнтам, які наближаються до кінця життя, та їхнім близьким доступної та якісної хоспісної допомоги з урахуванням задоволення індивідуальних потреб і вибору кожного пацієнта.

Матеріали і методи. Робота проведена на підставі аналізу виконання системою охорони здоров'я основних завдань, що покладаються на паліативну/хоспісну допомогу з урахуванням сучасних світових вимог та міжнародного досвіду.

Результати дослідження та їх обговорення. Цільова модель хоспісної допомоги у Дніпропетровській області передбачає реалізацію дворівневої хоспісної допомоги:

- перший – неспеціалізована допомога, яка надається переважно структурами первинної медико-санітарної допомоги і передбачає забезпечення за показаннями переважно пацієнтів з онкологічною патологією знеболюванням;
- другий – спеціалізована допомога, яка надається в хоспісах у цілодобовому або денному стаціонарі.

Визначення контингенту, що потребує спеціалізованої хоспісної/паліативної допомоги, традиційно передбачає, що спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги потребують переважно хворі з поширеними формами раку. Водночас у багатьох пацієнтів із загрозливими для життя захворюваннями (зокрема з хронічними неврологічними, серцевими, цереброваскулярними, легеневиими або нирковими захворюваннями, ВІЛ/СНІДом) у фінальній стадії перебіг захворювання характеризується такою симптоматикою, що вони також потребують спеціалізованої паліативної допомоги [8;9]. Переважна більшість цих пацієнтів страждають від болю, задухи та інших фізичних симптомів або в міру прогресування захворювання їм потрібна психосоціальна і духовна підтримка.

На першому етапі реалізації проєкту передбачається переважно надання хоспісної допомоги онкологічним хворим з подальшим розширенням за рахунок хворих неонкологічного профілю.

Хворих, що можуть отримувати допомогу у хоспісах, можна розділити на три групи:

- Перша – пацієнти з симптомами нестерпного болю, яким у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть великими дозами морфіну; пацієнти з важкими побічними явищами, пов'язаними з прийомом опіатів, – нудотою, блюванням, запорами; хворі з сильною задишкою при плевритах, асцитах при двосторонніх ураженнях легень.

- Друга група хворих госпіталізується за соціальними показаннями. Це приречені ракові хворі з верифікованим діагнозом, які з певних причин не можуть перебувати вдома: самотні, із неблагополучних сімей, із сімей з дуже низькими доходами тощо.

- Третя група (не більше 5%) – хворі, які госпіталізуються в хоспіс для того, щоб дати родичам або людям, що доглядають за ними, можливість перепочити або самим пройти лікування (міжнародний термін «допомога вихідного дня» – *respite care* [12]). Термін госпіталізації таких пацієнтів звичайно обговорюється заздалегідь.

Хоспісна допомога надається «наприкінці життя». Допомога в кінці життя в широкому сенсі має на увазі надання допомоги протягом від 1 до 2 років, коли пацієнт/члени його сім'ї та медичний персонал знають про те, що захворювання призведе до смертельного результату; у вузькому сенсі – надання всебічної допомоги помираючим пацієнтам в останні кілька годин або днів життя. В Україні доцільно обмежити часові рамки 6 місяцями.

Число пацієнтів, які потребують лікування на хоспісних ліжках, залежить від рівня захворюваності різними захворюваннями. Є розрахунки, що, як мінімум, 20% хворих на рак і 5% неонкологічних хворих в останній рік життя потребують спеціалізованої паліативної допомоги. За даними експертів, в Україні паліативної допомоги потребує близько 1,5 млн чоловік щорічно, у тому числі 480 тис. пацієнтів, решта – члени їхніх сімей, які беруть участь у догляді за термінальними хворими.

Відповідне число ліжок паліативної допомоги в регіоні залежить від рівня його демографічного і соціально-економічного розвитку. В Атласі паліативної допомоги в Європі, виданому Європейською асоціацією паліативної допомоги (ЄАПД) [7], зазначено, що число ліжок паліативної допомоги в країнах Західної Європи коливається від 10–20 (Португалія, Туреччина) до 50–75 на 1 млн населення (Швеція, Великобританія, Ірландія, Люксембург). У Казахстані встановлено нормативну кількість паліативних ліжок в кількості 30 ліжок на 400 тис. населення або 75 ліжок на 1 млн населення.

За розрахунками, проведеними в Європі, потреба в ліжках для паліативної та хоспісної

допомоги становить 80–100 ліжок на 1 млн населення з урахуванням потреби в допомозі пацієнтів з неонкологічними захворюваннями. Якщо враховувати лише потребу в ліжках для хворих онкологічного профілю, то необхідну кількість ліжок становить 50 на 1 млн населення.

В додатку до наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» наведено формулу розрахунку потреби населення у паліативній допомозі. При розрахунку потреби у паліативній допомозі визначаються категорії пацієнтів, які її потребують, та кількість померлих за цими категоріями: онкологічні хворі в термінальній стадії, особи старечого віку, пацієнти з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, СНІДом тощо. Враховуючи те, що подібна інформація відсутня у даних офіційної звітності, для проведення подібних розрахунків потрібно проведення спеціального дослідження. До отримання відповідних результатів проектом розбудови хоспісної допомоги, що реалізується на Дніпропетровщині, передбачається поступове нарощування кількості хоспісних ліжок з досягненням до 2014 р. забезпеченості ними 50 ліжок на 1 млн населення.

Основною формою організації служби спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги у Дніпропетровській області планується створення самостійних закладів – лікарень «Хоспіс». У разі неможливості відкриття лікарні «Хоспіс» у складі багатопрофільних лікарень або онкологічних диспансерів можуть створюватися відділення «Хоспіс».

Джерелами фінансування хоспісу можуть бути бюджетні кошти, кошти благодійних товариств, добровільні пожертвування громадян і організацій, а також інші джерела, не заборонені законодавчими актами України. Структура хоспісу будь-якої організаційної форми, як свідчать фактичні дані, отримані в інших країнах, повинна включати стаціонар (цілодобовий і денний) і виїзну службу.

На першому етапі створення системи хоспісної допомоги у Дніпропетровській області планується організація стаціонарної складової.

За даними ЄАПД оптимальним за розміром є стаціонарний хоспіс/підрозділ потужністю 8–12 ліжок, отже при цьому буде потрібно до 5 таких відділень на 1 млн населення [13;14]. В Росії оптимальною потужністю хоспісу вважається 30 ліжок, в Казахстані – 15–45 ліжок. Водночас є приклади організації значно потужніших структур. Так, хоспіс Святого Іоанна в Лейквуді, штат Колорадо, США, обслуговує до 200 осіб одночасно. Враховуючи міжнародний досвід та особливості регіонального контексту, у Дніпропет-

ровській області планується створення стаціонарних хоспісів різної організаційної форми потужністю 15–30 ліжок.

Приміщення стаціонару повинні бути організовані таким чином, щоб забезпечувати безпеку і комфорт, надавати можливість для приватних бесід і усамітнення [6]. По можливості стаціонар повинен мати вихід у двір, власну територію і окремих в'їзд /виїзд. У стаціонарі хоспісу має бути створена домашня атмосфера, всі приміщення повинні бути обладнані для людей з обмеженими можливостями.

Доцільно обладнання одномісних і двомісних палат із загальною чисельністю ліжок не менше восьми. У хоспісі також повинні бути обладнані кімнати для надання соціальної та терапевтичної допомоги. У кожній палаті має бути ванна кімната. Необхідно передбачити наявність приміщення, де могли б залишитися на ніч родичі пацієнтів. Бажано, щоб були створені кімнати для прощання з померлими і медитації та каплиця або молитовна кімната (для представників усіх конфесій).

Виходячи з таких вимог, розбудова стаціонарної хоспісної допомоги на Дніпропетровщині передбачає здійснення заходів, спрямованих на пристосування архітектурно-планувальних рішень будівель закладів охорони здоров'я та їх функціональної організації для забезпечення можливості надання ефективної хоспісної допомоги.

Наступний етап реалізації цільової моделі хоспісної допомоги в регіоні передбачає створення денних стаціонарів та виїзних служб.

Денний стаціонар або денний хоспіс – підрозділ в хоспісі будь-якої організаційної форми, де пацієнтам надається переважно соціальна допомога, а також можливість реалізувати свої творчі можливості за допомогою участі в різних заходах в денний час за межами їх звичної обстановки. Основна мета соціальної та терапевтичної допомоги, що надається в денному хоспісі, – позбавити пацієнта від соціальної ізоляції, а також зменшити навантаження на родичів і людей, що доглядають за пацієнтом.

Для організації обслуговування за показаннями пацієнтів вдома організовується виїзне відділення, що складається з виїзної бригади (виїзних бригад). Кількість бригад визначається наявними обсягом роботи.

Команда для надання паліативної допомоги вдома здійснює спеціалізовану паліативну допомогу пацієнтам вдома і підтримку членів їхніх сімей та осіб, які здійснюють догляд вдома у пацієнта. Члени команди також проводять консультування фахівців та лікарів загальної практики, сімейних лікарів та медсестер, які здійсню-

ють лікування та догляд за пацієнтом в домашніх умовах. Найчастіше команда паліативної допомоги вдома має консультативні функції і здійснює наставництво, використовує свій досвід в сфері терапії болю, купірування симптомів, паліативної допомоги та психосоціальної підтримки.

За даними ЄОПД, в основну команду паліативної допомоги повинні входити, як мінімум, лікарі та медичні сестри, які мають спеціальну підготовку. За можливості до складу команди включаються психологи, соціальні працівники та фізіотерапевти. У складі основної команди можуть бути й інші фахівці, але частіше вони залучаються по мірі необхідності.

У роботі служб спеціалізованої паліативної допомоги повинні брати участь волонтери. Для ефективного виконання своєї ролі партнера при наданні допомоги необхідно, щоб волонтери були підготовлені і здійснювали роботу під керівництвом фахівця. У міждисциплінарній команді волонтери не замінюють нікого з членів команди, але доповнюють їх роботу.

Штати хоспісів в різних країнах дуже відрізняються. Наприклад, в Казахстані, де нормативи увібрали в себе досвід аналогічних структур у країнах Європи та Північної Америки, посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку одна посада лікаря-терапевта на 15 ліжок; лікаря-онколога на 30 ліжок; лікаря-психотерапевта одна на заклад. Посади медичних сестер (палатних) устанавлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 5 ліжок та додатково 1 пост на 2–3 апалічних ліжка для коматозних хворих. Посади процедурної медсестри встановлюються з розрахунку 1 посада в кожному відділенні і 2 посади на виїзну бригаду (хоспіс вдома). Посада перев'язувальної медсестри встановлюється в кожному відділенні. Посади лікарів виїзного відділення (хоспіс вдома) встановлюються з розрахунку на бригаду: лікар-терапевт – 1 посада; лікар-онколог – 1 посада.

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної медицини, число медичних сестер має становити не менше 1,2 на одного пацієнта/ліжка. У хоспісі цілодобово повинен працювати лікар, який має спеціалізацію з паліативної допомоги. У забезпеченні допомоги повинні брати участь працівники служб психосоціальної і духовної підтримки, а також волонтери. У денному хоспісі в години відвідування хворими повинні працювати дві медсестри, з розрахунку не менше однієї медсестри зі спеціалізацією з паліативної допомоги на кожні сім щоденних відвідувачів.

В Україні затверджені настільки жорсткі нормативи, які не дозволяють приділити достатню увагу пацієнтам в термінальних станах: посади

лікарів-терапевтів установлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок; посади лікарів-психотерапевтів або психологів – 1 посада на 25 ліжок. Посади медичних сестер (палатних) установлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 15 ліжок. Посади медичних сестер з дієтичного харчування, процедурних та перев'язувальних встановлюються з розрахунку по 1 посаді на 50 ліжок. У приймальному відділенні встановлюється 1 посада медичної сестри. Тому для забезпечення функціонування регіональної цільової моделі хоспісної допомоги необхідна актуалізація існуючих штатних нормативів під завдання та функції, що покладаються на хоспіси на сучасному етапі розвитку хоспісної допомоги.

Висновки

Обґрунтовано, що в якості цільової моделі організації паліативної/хоспісної допомоги в Дніпропетровській області найбільш оптимальною є дворівнева модель, яка включає неспеціалізовану допомогу первинної ланки та спеціалізований рівень, представлений допомогою,

що надається в хоспісах у цілодобовому або денному стаціонарі. Хоспіс може бути самостійним закладом або структурним підрозділом загальнопрофільних чи спеціалізованих лікарень. Структура хоспісу на першому етапі буде включати цілодобовий стаціонар, на наступних етапах планується її розширення за рахунок денного стаціонару та виїзної служби.

Проведений аналіз показав, що для розбудови системи хоспісної допомоги у Дніпропетровській області необхідне вирішення низки проблемних питань, що стосуються часових рамок надання спеціалізованої хоспісної допомоги; визначення оптимальної кількості хоспісів, що задовольняють потреби населення у паліативній допомозі, їх потужності, навантаження, кадрового та фінансового забезпечення.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку передбачають проведення спеціальних досліджень щодо визначення потреби населення області у паліативній та хоспісній допомозі.

Список літератури

1. *Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні* / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.] // *Право на медичну допомогу в Україні* – 2008. Харківська правозахисна група. – Х. : Права людини, 2009. – С. 224–266.
2. *Дячук Д. Д.* Наукове обґрунтування організації паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Д. Д. Дячук. – К., 2003. – 18 с.
3. *Москвяк Є. Й.* Медико-соціальне обґрунтування створення закладів паліативної медицини: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Є. Й. Москвяк. – К., 2007. – 28 с.
4. *Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* / Федоренко З. П., Гайсенко А. В., Гулак Л. О. [та ін.]; за ред. І. Б. Щепотіна // *Бюл. нац. канцер-реєстру України № 13*. – К. : Національний інститут раку, 2012. – Попередня версія [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/PDF/titul.pdf>. – Назва з екрану.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік* / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 438 с.
6. *A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice* / F. D. Ferris, H. M. Balfour, K. Bowen [et al.] // *J. Pain Symptom Manage.* – 2002. – Vol. 24. – P. 106–123.
7. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe* / C. Centeno, D. Clark, T. Lynch [et al.]. – Houston : IAHPC Press, 2007 – 340 p.
8. *Illness trajectories and palliative care* / S. A. Murray, M. Kendall, K. Boyd, A. Sheikh // *BMJ*. – 2005. – Vol. 330. – P. 1007–1011.
9. *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age* / Lynn J., Adamson D. M. – Arlington, VA: Rand Health Cooperation, 2003. – 23 p.
10. *Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Kooperatives integriertes Versorgungskonzept, 2005.* [Electronic resource]. – Access mode : http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzeptpalliativ.pdf (last accessed 08/09/2009). – Title from screen.
11. *Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.* WHO Definition of Palliative Care. – WHO, 2007. [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. – Title from screen.
12. *Respite in palliative care: a review and discussion of the literature* / C. Ingleton, S. Payne, M. Nolan, I. Carey // *Palliat Med.* – 2003. – Vol. 17. – P. 567–575.
13. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2* // *EJPC*. – 2009. – Vol. 6. – P. 278–289.
14. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2* // *EJPC*. – 2010. – Vol. 1. – P. 22–33.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕВОЙ МОДЕЛИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Н. Лехан, В.Г. Гинзбург, Л.В. Крячкова (Днепропетровск)

В статье описана целевая модель хосписной помощи в Днепропетровской области, разработанная на основе анализа решения основных задач, возлагаемых на паллиативную/хосписную помощь, с учетом современных мировых требований и положительного международного опыта. Предложена двухуровневая модель организации паллиативной/хосписной помощи, включающая неспециализированную помощь на первичном уровне и специализированный уровень, представленный помощью, которая оказывается в хосписах в круглосуточном или дневном стационаре. Определены проблемные вопросы, касающиеся организации хосписной помощи: потребности населения в хосписной и паллиативной помощи, временные рамки оказания специализированной хосписной помощи, определение команды паллиативной помощи и др.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паллиативная помощь, хосписная помощь, хоспис, организация специализированной паллиативной/хосписной помощи.

MEDICAL AND SOCIAL SUBSTANTIATION OF THE TARGET MODEL HOSPICE CARE IN THE DNEPROPETROVSK REGION

V.M. Lekhan, V.G. Ginzburg, L.V. Kryachkova (Dnepropetrovsk)

The article describes the target model of hospice care in the Dnepropetrovsk region, developed on the basis of analysis to solve main tasks assigned to palliative/hospice care with current international requirements and good international experience. Proposed a two-level model of palliative / hospice care, which includes non-specialized care in primary care and specialized level presented assistance provided in hospices around the clock or day care. Identify problem questions concerning the organization of hospice care: the needs of the population in hospice and palliative care, the time frame for specialized hospice care, the definition of palliative care teams and others.

KEY WORDS: palliative care, hospice care, hospice, organization palliative/hospice care.

Рецензент: к.мед.н. М.В. Шевченко