

УДК: 614.2:616-082:616-08.039.75:616-036.17

## ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ГЕРІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Царенко А. В., кандидат медичних наук, доцент

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

**Резюме:** В Україні і світі спостерігається швидке постаріння населення, поширення захворюваності і смертності від онкологічних і хронічних неінфекційних захворювань, низьку доступність паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) для населення. **Мета дослідження:** наукове обґрунтування розвитку оптимальної організаційної моделі залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ) до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю, що сприятиме розробці та запровадженню в Україні сучасної доступної та ефективної системи ПХД. **Матеріали,** що були використані для виконання роботи: медико-статистичні та демографічні дані Державного комітету статистики України і ВООЗ, звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, вітчизняна та закордонна наукова література, експертні заключення. **Методи дослідження:** інформаційно-аналітичний, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу. **Результати досліджень та їх обговорення.** Результати наших досліджень свідчать, що в Україні ще не забезпечена доступність ПХД для більшості населення. Досі навіть не в усіх обласних центрах і великих містах (не говорячи вже про сільську місцевість) створені хоспіси або центри ПХД, а більшість стаціонарних закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах. Обґрунтовується мультидисциплінарна та міжсекторальна модель ПХД і умови залучення лікарів ЗП-СЛ до надання якісної паліативної допомоги в амбулаторних умовах та вдома пацієнтам геріатричного профілю. **Висновки.** Запропонована організаційно-функціональна модель системи ПХД спрямована на підвищення доступності та якості медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим з злоякісними новоутвореннями та іншими важкими хронічними прогресуючими захворюваннями у термінальній стадії. Важливою умовою ефективності роботи лікарів ЗП-СЛ щодо надання ПХД вдома є спеціальна підготовка з питань ПХД студентів, інтернів та лікарів, які одержують спеціалізацію з сімейної медицини, у вищих медичних закладах освіти до- та післядипломного рівнів. Умовою ефективності надання ПХД інкурабельним хворим, зокрема людям похилого і старечого віку, в амбулаторних умовах і вдома є робота в складі мультидисциплінарної команди для поєднання зусиль, координації та співпраці лікарів ЗП-СЛ та лікарів-спеціалістів, працівників установ соціального захисту населення, волонтерів, представників приватного сектору та громадських організацій, священнослужителів тощо.

**Ключові слова:** паліативна та хоспісна допомога, лікар загальної практики-сімейний лікар, амбулаторна паліативна допомога, стаціонарна паліативна та хоспісна допомога, заклад паліативної та хоспісної допомоги, паліативна допомога вдома, мультидисциплінарна виїзна бригада паліативної та хоспісної допомоги, паліативні пацієнти.

**Резюме:** В Украине и мире наблюдается быстрое старение населения, распространение заболеваемости и смертности от онкологических и хронических неинфекционных заболеваний, низкую доступность паллиативной и хосписной помощи (ПХП) для населения. **Цель исследования:** научное обоснование развития оптимальной организационной модели вовлечения врачей общей практики семейных врачей (ОП-СВ) к оказанию паллиативной и хосписной помощи пациентам гериатрического профиля, что будет способствовать разработке и внедрению в Украине современной доступной и эффективной системы ПХП. **Материалы,** которые были использованы для выполнения работы: медико-статистические и демографические данные Государственного комитета статистики Украины и ВОЗ, отчеты МЗ Украины и региональных управлений здравоохранения, международные и отечественные нормативно-правовые документы, отечественная и зарубежная научная литература, экспертные заключения. **Методы исследования:** информационно-аналитический, сравнительный контент-анализ, статистический, системного подхода. **Результаты исследований и их обсуждение.** Результаты наших исследований свидетельствуют, что в Украине еще не обеспечена доступность ПХП для большинства населения. До сих пор даже не во всех областных центрах и крупных городах (не говоря уже о сельской местности) созданы хосписы или центры ПХП, а большинство стационарных учреждений ПХП крайне ограничены в ресурсах. Обосновывается мультидисциплинарная и межсекторальная модель ПХП и условия привлечения врачей ОП-СВ к оказанию качественной паллиативной помощи в амбулаторных условиях и на дому пациентам гериатрического профиля. **Выводы.** Представленная организационно-функциональная модель системы ПХП направлена на повышение доступности и качества медико-социальной помощи инкурабельным больным с злокачественными новообразованиями и другими тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии. Важным условием эффективности работы врачей ОП-СВ по оказанию ПХП на дому есть специальная подготовка по вопросам

ПХП студентов, интернов и врачей, которые получают специализацию по семейной медицине, в высших медицинских учебных заведениях до- и последипломного уровней. Условием эффективности оказания ПХП инкурабельным больным, в том числе пожилым и старческого возраста, в амбулаторных условиях и на дому, является работа в составе мультидисциплинарной команды для объединения усилий, координации и сотрудничества врачей ОП-СВ и врачей-специалистов, работников учреждений социальной защиты населения, волонтеров, представителей частного сектора и общественных организаций, священнослужителей и др..

**Ключевые слова:** паллиативная и хосписная помощь, врач общей практики-семейный врач, амбулаторная паллиативная помощь, стационарная паллиативная и хосписная помощь, учреждение паллиативной и хосписной помощи, паллиативная помощь на дому, мультидисциплинарная выездная бригада паллиативной и хосписной помощи, паллиативные пациенты.

**Summary:** There were faces a rapid population aging, the spread of illness and death from cancer and chronic non-communicable diseases, the low public availability of palliative and hospice care (PHC) in Ukraine and around the world. **Goal:** the scientific study of optimal organizational model to involve general practitioners and family physicians (GP-FP) to provide palliative and hospice care geriatric patient, that will contribute to modern available and efficient system PHC the development and introduction in Ukraine. The **materials** are used for the research: the State Statistics Committee of Ukraine and WHO medical-statistical and demographic data, the Ministry of Health of Ukraine and Regional Health Care Departments reports, the international and national legal documents, the national and foreign scientific literature, the expert conclusion. **Methods:** the information-analytical, the comparative content analysis, the statistical and systemic approach. **Results and discussion.** Our research results demonstrate that it is not ensured the availability of PHC for most people in Ukraine yet. There were not established the PHC Centers or Hospices even in all Regional and large cities (not to mention the rural areas) and majority of PHC facilities are extremely limited in resource. It is proved the multidisciplinary and multisectoral PHC model and conditions to involve GP-FP to provide quality palliative care geriatric patients on an outpatient basis and palliative homecare. **Conclusions.** The proposed organizational and functional PHC model aimed at increasing the availability and quality of health and social care incurable patients with malignant cancer and other severe chronic progressive disease in end-of-life. An important condition for the effectiveness of the GP-FP to provide palliative homecare is special training for students, interns and doctors who receive a specialization in family medicine on PHC issue in under- and postgraduate education medical institutions. The condition of efficiency of PHC incurable patients, particularly elderly and senile patients on an outpatient basis and at home, is to work in a multidisciplinary team to combine efforts, coordination and cooperation GP-FP and medical specialists, social staff, volunteers, representatives the private sector and NGOs, clerics and others.

**Keywords:** Palliative and Hospice Care, General Practitioners-Family Doctors, outpatient palliative care, inpatient palliative and hospice care, palliative and hospice care facility, palliative homecare, palliative and hospice care multidisciplinary mobile team, palliative patients.

*Вступ.* Впродовж останніх п'яти десятиліть медико-демографічна ситуація в Україні, країнах Європейського Союзу і розвинених країнах світу характеризується швидким постарінням населення, що зумовлює збільшення в популяції частки людей похилого (60–74 роки) і старечого (75–89 років) віку та високий рівень хронічних неінфекційних захворювань і смертності у зазначеної категорії населення. За даними Демографічного департаменту ООН та ВООЗ, люди похилого і старечого віку є частиною населення світу, що найшвидше зростає. Якщо у 2000 р. їх чисельність становила 590 млн. осіб, до 2025 р. їх кількість подвоїться і перевищить 1,12 млрд. осіб, а до 2050 р. чисельність літніх людей досягне 2 млрд. осіб. Серед населення світу частка людей віком 60 років і старше в найближчі 50 років збільшиться з 10 до 22 % [1–8].

У багатьох пацієнтів похилого і старечого віку відмічається значне зниження якості життя через зумовлені віком ураження опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та сполучної тканини, ендокринні, генетичні та алергічні захворювання, злоякісні новоутворення, тяжкі ускладнення захворювань серцево-судинної системи, нирок та органів дихання, нейродегенеративні захворювання головного мозку та когнітивні розлади, зокрема, хворобу Альцгеймера, цереброваскулярної патології та цукрового діабету тощо. Зазначена ситуація ставить перед сучасною галуззю охорони здоров'я та соціального захисту населення нові виклики, зокрема, створення і розвиток системи доступної і ефективної паліативної та хосписної допомоги (ПХД). Сьогодні проблема розвитку системи ПХД пацієнтам похилого та старечого віку є надзвичайно актуальною не тільки в Україні, але й у більшості країн Європи, США, Канади, Австралії та інших [1–3, 9–18].

Забезпечення відповідної, максимально доступної якості життя даної категорії пацієнтів є однією з найважливіших гуманітарних проблем сучасного суспільства, що відповідає базовим концепціям гуманізму та захисту прав людини, принципам реформування системи охорони здоров'я, кращим міжнародним стандартам та підходам. Зазначене вимагає оптимальної

організації міжсекторальної та міжвідомчої координації і співпраці для становлення і розвитку сучасної ефективної системи медико-соціальної допомоги та ПХД, оскільки паліативні пацієнти похилого та старечого віку перебувають одночасно як у сфері діяльності закладів охорони здоров'я, так і установ соціального захисту населення. Актуальність проблеми забезпечення ПХД літнім людям крім сучасних медико-демографічних особливостей також зумовлюється новими соціально-психологічними чинниками, зокрема, суттєвим зменшенням участі родичів у догляді за старшими членами родини внаслідок зменшення розмірів сім'ї, географічної та психологічної відокремленості поколінь, що вимагає додаткової уваги до цієї проблеми з боку державних інституцій, місцевих громад і всього суспільства [1–3, 9, 12, 16–18].

У зв'язку з зазначеним вище, виникла необхідність у пошуку нових шляхів міжвідомчої взаємодії та раціональних форм організації медичної та соціальної допомоги літнім людям з інкурабельними захворюваннями та обмеженим прогнозом тривалості життя, оптимізації залучення до надання ПХД лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ).

*Мета дослідження:* наукове обґрунтування розвитку оптимальної організаційної моделі залучення лікарів ЗП-СЛ до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю, що сприятиме розробці та запровадженню в Україні сучасної доступної та ефективної системи ПХД.

*Матеріали,* що були використані для виконання роботи: медико-статистичні та демографічні дані Державного комітету статистики України і ВООЗ, звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, вітчизняна та закордонна наукова література, експертні заключення.

*Методи дослідження:* інформаційно-аналітичний, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу.

*Результати досліджень та їх обговорення.* Аналіз літератури в контексті досліджуваної теми та наші попередні роботи дозволяють стверджувати, що головною метою ПХД є забезпечення якості життя та збереження людської гідності інкурабельних пацієнтів у термінальній стадії захворювання та членів їх родини, що визначає пацієнт-сім'я-орієнтовану концепцію цього інноваційного напрямку медико-соціальної допомоги населенню. Завдяки цілісному підходу до пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та національно-культурних особливостей, ПХД дозволяє найбільш ефективно забезпечити максимальне полегшення фізичних та моральних страждань інкурабельного пацієнта та його близьких. Тому важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я в сучасних умовах є створення і впровадження доступної і ефективної професійної системи ПХД [9–18].

Наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» визначено завдання, складові та принципи надання паліативної допомоги:

«2.1. Основним завданням паліативної допомоги є забезпечення максимально можливої якості життя Пацієнту і членам його родини шляхом вирішення фізичних, психологічних та духовних проблем, які мають місце у Пацієнта.

2.2. Основні складові паліативної допомоги: попередження та лікування хронічного больового синдрому; симптоматична терапія, догляд, психологічна і духовна підтримка Пацієнта та його родини.

2.3. Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, високої якості, безперервності та наступності з урахуванням етичного і гуманного ставлення до Пацієнта та членів його родини.»

За бажанням пацієнта та, враховуючи вікові особливості, стан хворого і динаміку перебігу захворювання, пацієнти можуть одержати стаціонарну ПХД у хоспісах/центрах ПХД або у відділеннях/палатах паліативної медицини багатопрофільних лікарень та спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), зокрема онкологічних, геріатричних, протитуберкульозних, психоневрологічних диспансерів, інфекційних лікарень, центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД, військових госпіталів тощо, а також у лікарнях та відділеннях сестринського догляду. Амбулаторна ПХД може надаватися в закладах первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ПМСД) та амбулаторних відділеннях спеціалізованих закладів охорони здоров'я,

зокрема у денних хоспісах, кабінетах контролю болю, кабінетах ПХД, в будинках-інтернатах для інвалідів та людей похилого віку або вдома, за участі медичних працівників ПМСД, працівників закладів соціальної опіки або мультидисциплінарних виїзних бригад ПХД.

Результати наших досліджень свідчать, що в Україні ще не забезпечена доступність ПХД для більшості населення. Досі навіть не в усіх обласних центрах і великих містах (не говорячи вже про сільську місцевість) створені хоспіси або центри ПХД, а більшість стаціонарних закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і, часом, не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: ефективними знеболюючими та лікарськими засобами для контролю симптомів у термінальних або декомпенсованих стадіях захворювань, функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, концентраторами кисню, відсмоктувачами мокротиння, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення [1, 9, 10, 17–20].

Також слід зазначити, що у більшості регіонів України досі є значні проблеми з доступністю паліативних пацієнтів до ефективних опіоїдних анальгетиків, зокрема морфіну в таблетках. Серед причин такого становища – недосконалість нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, у яких хворі можуть придбати необхідні знеболювальні лікарські засоби з групи наркотичних анальгетиків, недостатня професійна підготовка лікарів та інформованість населення, що нерідко зумовлює «морфінофобію» у багатьох лікарів, паліативних пацієнтів та їх родичів. Також в Україні – вкрай обмежений асортимент лікарських форм наркотичних анальгетиків, що доступні пацієнтам у розвинутих країнах світу (зокрема трансдермальні форми/пластирі, сиропи, краплі, свічки, аерозольні засоби тощо), а також відсутність зазначених лікарських форм у дозуванні для дітей.

Також поки що в Україні, практично, відсутня амбулаторна служба ПХД та виїзні бригади для надання паліативної допомоги вдома, хоча майже 500 тис. паліативних хворих і близько 1,5 млн. членів їхніх родин щороку потребують ПХД. Лише у деяких регіонах створені виїзні бригади паліативної та хоспісної допомоги вдома як у державних закладах охорони здоров'я, так і благодійними і громадськими організаціями. Це зумовлює ситуацію, що мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати кваліфіковану спеціалізовану ПХД, а основне навантаження з надання паліативної допомоги вдома лягає на медичних працівників закладів ПМСД, лікарів ЗП-СЛ та дільничних терапевтів.

Вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Словаччині, Німеччині, Польщі, Нідерландах, Бельгії, Угорщині, Республіці Білорусь, Молдові, Російській Федерації та інших країнах засвідчили про значне поширення цієї форми ПХД як найбільш доступної та економічно доцільної, що дозволяє забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ і установ соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД [1, 9–10, 14, 15, 20–22].

Надання ПХД вдома має цілий ряд переваг перед аналогічною допомогою в умовах стаціонарного ЗОЗ:

- по-перше, допомога надається пацієнтам у звичній для них домашній обстановці, в оточенні рідних і близьких людей;
- по-друге, вдома легше вирішити відразу комплекс проблем медичного, соціального, психологічного і духовного характеру, можна забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ та соціального захисту населення, що дозволить оптимізувати дотримання принципів та стандартів ПХД;
- по-третє, це більш економічно ефективна система медико-соціальної допомоги, порівняно із стаціонарними закладами ПХД.

Наказом МОЗ України від 04.11.2011 р. № 755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» визначено, що одними з основних завдань лікарів загальної практики-сімейних лікарів у центрах та амбулаторіях первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, є надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у тому числі, виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин».



З точки зору організації охорони здоров'я, в цілому, та медичної паліативної допомоги, зокрема, **паліативні пацієнти похилого та старечого віку потребують:**

- **адекватного знеболення і ефективного симптоматичного лікування**, яке забезпечують лікарі стаціонарних спеціалізованих закладів ПХД, лікарі-спеціалісти ЗОЗ другого і третього рівнів або лікарі ЗП-СЛ/дільничні терапевти вдома;
- **професійного догляду**, часто, досить тривалого, яке паліативні пацієнти одержують у стаціонарних спеціалізованих закладах ПХД, багатопрофільних лікарнях, будинках-інтернатах геріатричного профілю, лікарнях та відділеннях сестринського догляду або вдома за допомогою родичів разом з патронажними медичними сестрами закладів ПМСД, працівниками установ соціальної опіки, волонтерами за підтримки мультидисциплінарних виїзних бригад ПХД;
- **психологічної підтримки**, яку надають професійні психологи або психотерапевти як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах;
- **духовного супроводу**, який забезпечують священнослужителі різних конфесій і церков, але найкраще, медичні капелани, які одержали спеціальну підготовку;
- **моральної підтримки**, а часом, просто, **людського співчуття** з боку лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, соціальних працівників, рідних та близьких, сусідів та волонтерів.

Сьогодні, коли в багатьох регіонах України відкриваються заклади ПХД, важливо забезпечити відповідну якість надання паліативної допомоги населенню, що досягається дотриманням трьох базових умов:

- 1) забезпечення роботи мультидисциплінарної команди ПХД;
- 2) забезпечення відповідного рівня навичок комунікації/спілкування членів мультидисциплінарної команди ПХД;
- 3) забезпечення відповідного професійного рівня членів мультидисциплінарної команди.

Отже, як вже було зазначено вище, важливою умовою надання якісної ПХД є **забезпечення роботи мультидисциплінарної команди** у складі:

- лікарів ЗП-СЛ та лікарів-спеціалістів;
- медичних сестер, у тому числі, патронажних;
- молодшого медичного персоналу, у першу чергу, доглядальниць, які пройшли спеціальну професійну підготовку для роботи з паліативними пацієнтами;
- психологів, або психотерапевтів;
- соціальних працівників;
- юристів-фахівців з медичного права;
- священнослужителів різних конфесій і церков, але найкраще, медичних капеланів;
- самого пацієнта, його родичів, волонтерів, представників громади.

Саме мультидисциплінарна команда ПХД може забезпечити комплексний підхід до надання паліативної допомоги, який складається з чотирьох обов'язкових компонентів, а саме – медичного, психологічного, соціального і духовного, що відрізняє ПХД як інноваційний підхід до медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим, від традиційного симптоматичного (паліативного) лікування, який досі практикується у більшості ЗОЗ.

Також серед умов надання якісної ПХД можна зазначити **відповідний рівень навичок комунікації/спілкування членів мультидисциплінарної команди**, що передбачає:

- знання та розуміння проблеми процесу вмирання;
- знання фізіологічних, психологічних, емоційних та когнітивних особливостей паліативних пацієнтів різного віку;
- уміння конструктивно управляти конфліктами, встановлювати партнерські стосунки між пацієнтом, членами його родини та іншими фахівцями, які залучені до надання ПХД;
- уміння працювати в команді.

Третьою важливою умовою надання якісної ПХД є **забезпечення відповідного професійного рівня членів мультидисциплінарної команди**, у тому числі сімейних лікарів, які в межах своєї професійної компетенції надають амбулаторну ПХД:

- знання філософії і основних принципів ПХД;

- знання механізмів виникнення болю та інших симптомів у паліативних пацієнтів, у тому числі, особливостей у дітей та пацієнтів геріатричного профілю;
- вміння оцінювати біль за відповідними шкалами болю;
- навички застосування різних методів ефективного контролю болю і важких симптомів декомпенсації та термінальних стадій захворювань;
- вміння оцінювати стан хворого і ступінь важкості основних симптомів за відповідними цифровими шкалами;
- навички застосування лікарських засобів/фармакотерапії у паліативних пацієнтів дитячого і літнього віку;
- знання основ педіатрії, геріатрії, онкології, терапії, психології, кардіології, неврології тощо;
- навички співпраці з лікарями інших спеціальностей, які залучені до надання ПХД пацієнтам вдома, зокрема онкологами, хіміотерапевтами, радіологами, геріатрами, педіатрами, кардіологами, невропатологами тощо, а також забезпечення залучення до надання ПХД соціальних працівників, священнослужителів, представників неурядових організацій і громади;
- знання чинної нормативно-правової бази стосовно надання ПХД;
- знання і дотримання прав паліативних пацієнтів.

Забезпечуючи надання ПХД, лікар ЗП-СЛ повинен знати та враховувати **основні принципи та сучасні міжнародні підходи до надання ПХД**, що полягають у наступному:

- контроль больового синдрому або інших тяжких симптомів у паліативних пацієнтів, повинен бути доступним цілодобово, незалежно від місця проживання та соціального статусу пацієнта, а єдиним критерієм ефективності знеболення є суттєве зменшення інтенсивності або відсутність болю;
- ПХД передбачає право паліативних пацієнтів на вибір місця одержання допомоги і може надаватися стаціонарно у ЗОЗ будь-яких форм власності, у спеціалізованих закладах ПХД (зокрема, хоспісах/центрах ПХД), лікарнях/відділеннях сестринського догляду, у будинках-інтернатах для людей похилого віку, у денних стаціонарах та вдома;
- потреби паліативних пацієнтів та членів їхніх родин повинні максимально задовольнятися за принципом мультидисциплінарного підходу з урахуванням їхньої згоди, потреби та побажань;
- ПХД забезпечує право паліативних пацієнтів одержати повну та правдиву інформацію щодо діагнозу свого захворювання і прогнозу тривалості життя та, за їх згодою, надати цю інформацію членам родини;
- паліативні пацієнти та члени їхніх родин забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо лікування, догляду, психологічної та соціальної підтримки.

Виходячи з зазначеного вище, **основними завданнями ПХД, які повинен забезпечити лікар ЗП-СЛ**, є:

- паліативне/симптоматичне лікування, зокрема полегшення або повний контроль болю та інших важких симптомів захворювань, що погіршують якість життя паліативного пацієнта, а, у разі необхідності, забезпечити госпіталізацію до закладу ПХД;
- утвердження життя та ставлення до смерті як до природного процесу, забезпечення максимально досяжного повноцінного активного життя, працездатності і соціальної активності паліативних пацієнтів та належної якості життя пацієнтів та членів їхніх родин;
- забезпечення психологічної і соціальної підтримки родини під час хвороби паліативного пацієнта та в період тяжкої втрати/скорботи після смерті хворого;
- навчання членів родини паліативних пацієнтів навичкам догляду та полегшення страждань близької людини;
- встановлення партнерських стосунків між пацієнтом, членами його родини і лікарем ЗП-СЛ та іншими фахівцями, які залучені до надання ПХД;
- забезпечення права хворого на автономію і прийняття усвідомленого рішення.

Зазначене вище свідчить, що важливою умовою ефективності роботи лікарів ЗП-СЛ щодо надання ПХД вдома, що має свої особливості, є спеціальна підготовка з питань ПХД студентів, інтернів та лікарів, які одержують спеціалізацію з сімейної медицини, у вищих медичних закладах

освіти до- та післядипломного рівнів, що було наведено у наших попередніх роботах [1, 9, 10, 18, 20–24].

Організаційно-функціональна модель системи ПХД в Україні передбачає створення мережі спеціалізованих стаціонарних закладів ПХД (центрів ПХД, хоспісів, лікарень сестринського догляду тощо) в рамках адміністративно-територіальних формувань або госпітальних округів. У структурі територіальних спеціалізованих стаціонарних закладів ПХД повинні функціонувати:

- стаціонарні відділення, які можуть мати спеціалізацію відповідно до нозології хворих (онкологічного, геріатричного, неврологічного, фтизіатричного, інфекційного, педіатричного профілю тощо);
- патронажна служба або мультидисциплінарна виїзна бригада для надання ПХД вдома;
- консультативно-амбулаторне відділення (денний хоспіс, кабінет контролю болю або протибольової терапії, кабінет медико-психологічної та функціональної реабілітації, консультативний кабінет ПХД тощо);
- організаційно-методичний відділ;
- відділ підготовки медичних кадрів, навчання родичів та волонтерів;
- соціальний відділ, який забезпечує фандрейзинг, підбір, координацію і співпрацю з волонтерами, громадськими організаціями і місцевими громадами та інші підрозділи;
- каплиця або кімната для релігійних відправ та духовного супроводу.

На першому етапі ПХД відбувається виявлення паліативних хворих з прогресуючими інкурабельними захворюваннями в закладах ПМСД (лікарями ЗП-СЛ або дільничними терапевтами/педіатрами та фельдшерами ФАПів), діагностування/констанція паліативного статусу пацієнта в стаціонарних ЗОЗ другого і третього рівнів, зокрема в онкологічних диспансерах, в багатопрофільних лікарнях (лікарями відділень терапії, кардіології, неврології, хірургії, ендокринології, травматології тощо). На даному етапі здійснюється верифікація інкурабельності діагнозу основного захворювання, за потребою – контроль больового синдрому та симптоматична терапія, консультації лікарів-спеціалістів відповідного нозологічного профілю, вирішується питання про доцільність застосування та обсяги хірургічного втручання, спеціальних методів лікування (хіміо- і променевої терапії та інших). Далі інкурабельний пацієнт перебуває під контролем лікаря ЗП-СЛ або дільничного терапевта/педіатра чи фельдшера ФАПу, які забезпечують надання загальної ПХД, що визначено Наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»: «загальна паліативна допомога – паліативна допомога... надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації», а також: «Загальна паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу».

У разі погіршення стану паліативного пацієнта його можуть направити, за потреби, на другий або третій етапи надання ПХД.

На другому етапі ПХД інкурабельні хворі, якщо виникла необхідність, госпіталізуються у профільні спеціалізовані ЗОЗ відповідно до нозологічної форми основного захворювання (онкологічного, кардіологічного, геріатричного, пульмонологічного, неврологічного профілю, військових госпіталях тощо) для визначення відповідних лікарських засобів та методів адекватного знеболення (зокрема, при наявності неконтрольованого в амбулаторних умовах хронічного больового синдрому), корекції схем симптоматичного лікування. У разі необхідності, може призначатися спеціальне паліативне лікування (хірургічне, хіміо- або променева терапія) для сповільнення прогресування і зменшення розмірів пухлини, відновлення фізіологічних функцій, проведення психо-соціальної реабілітації тощо. Це також визначено Наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»: «Паліативна допомога передбачає моніторинг стану Пацієнта та застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів при зміні статусу Пацієнта».

Зазначене вимагає, щоб за основними нозологічними формами захворювань були розроблені доповнення до клінічних протоколів з конкретизацією клінічних станів пацієнтів та чітким визначенням динаміки перебігу захворювання, які дозволяють лікарям визначати паліативний статус інкурабельних хворих і припиняти етіологічне лікування.

На третьому етапі – «Спеціалізована паліативна допомога» – інкурабельні хворі у термінальній стадії або при декомпенсації симптомів захворювань можуть бути спрямовані у спеціалізовані стаціонарні заклади ПХД (хоспіси, центри ПХД, відділення паліативної медицини багатопрофільних або спеціалізованих лікарень, відділення паліативної медицини для хворих на СНІД і туберкульоз, відділення/лікарні сестринського догляду, заклади геріатричного профілю тощо) різних форм власності для здійснення професійного стаціонарного догляду, адекватного контролю больового синдрому, коли це неможливо забезпечити в амбулаторних умовах, та забезпечення симптоматичного/паліативного лікування. За бажанням пацієнта і його родини чи неможливістю госпіталізації до стаціонарних закладів ПХД, інкурабельні хворі можуть одержувати ПХД вдома, в установах соціального захисту населення (госпіталах для ветеранів та інвалідів війни, будинках-інтернатах геріатричного профілю тощо). Це також регламентовано Наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»: «Спеціалізована паліативна допомога надається мультидисциплінарною командою, до складу якої входять медичні працівники, які отримали спеціальну підготовку з надання паліативної допомоги, психологи, соціальні працівники, спеціалісти з надання духовної підтримки та інші фахівці за потребою, а також волонтери, найближчі родичі або законні представники Пацієнта. Спеціалізована паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги».

Слід зазначити, що Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, і зокрема МОЗ України та Міністерство соціальної політики України, приділяють певну увагу питанням розробки відповідної нормативно-правової бази, але сучасне життя, нагальна потреба створення і розвитку системи ПХД вимагає постійного удосконалення і затвердження нових нормативно-правових документів. Аналіз чинної нормативно-правової бази, що регулює порядок надання ПХД, свідчить, що сьогодні одним з нагальних умов створення та розвитку системи ПХД в Україні є термінове розроблення національних стандартів надання ПХД та вимог до закладів ПХД різного типу (зокрема хоспісів та центрів ПХД, лікарень та відділень сестринського догляду, виїзних мультидисциплінарних бригад ПХД, відділень/палат паліативної медицини у багатопрофільних лікарнях та спеціалізованих ЗОЗ, військових госпіталах, ЗОЗ педіатричного профілю, будинках-інтернатах і госпіталах для учасників воєн та людей похилого віку тощо), клінічних протоколів та настанов, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, спільних наказів МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства оборони України і НАМН України тощо.

#### *Висновки.*

1. Таким чином, представлена організаційно-функціональна модель системи ПХД спрямована на підвищення доступності та якості медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим з злоякісними новоутвореннями, важкими хронічними прогресуючими захворюваннями у термінальній стадії, які раніше перебували тільки під наглядом сімейних або дільничних лікарів, а необхідний догляд за якими здійснювався вдома силами родичів, що не мають спеціальних знань і навичок.

2. В цілому, організаційно-функціональна модель має на меті забезпечити оптимізацію ПХД інкурабельним хворим (в першу чергу - в амбулаторних умовах), визначити роль і взаємодію медичних працівників ПМСД, зокрема лікарів ЗП-СЛ, лікарів-спеціалістів та інших фахівців, які залучені до надання ПХД у складі мультидисциплінарної команди, що має на меті покращити якість життя як власне паліативних хворих, так і членів їх сімей.

3. Зазначене вище свідчить, що важливою умовою ефективності роботи лікарів ЗП-СЛ щодо надання ПХД вдома, що має свої особливості, є спеціальна підготовка з питань ПХД студентів, інтернів та лікарів, які одержують спеціалізацію з сімейної медицини, у вищих медичних закладах освіти до- та післядипломного рівнів.

4. Умовою ефективності надання ПХД інкурабельним хворим, зокрема людям похилого і старечого віку, в амбулаторних умовах і вдома вимагає роботи в складі мультидисциплінарної команди для поєднання зусиль, координації та співпраці лікарів ЗП-СЛ та лікарів-спеціалістів, зокрема, онкологів, геріатрів, психіатрів, кардіологів, медичних психологів і психотерапевтів та інших медичних фахівців, працівників установ соціального захисту, волонтерів, представників приватного сектору та громадських організацій, священнослужителів тощо.



## Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – 452 С.
  2. Чайковська В. В. Перспективи розвитку геріатричної допомоги населенню України. / В. В. Чайковська // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – Т. 25. – С. 130–131.
  3. Чайковська В. В. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискороеного старіння / В. В. Чайковська, Н. А. Хаджинова, Т. І. Вялих, Н. М. Величко // Пробл. старения и долголетия. – 2012. – Т.21. – №3. – С. 396–400.
  4. Населення України. Імперативи демографічного старіння. — К.: ВД «АДЕФ-Україна», 2014. — 288 с.
  5. Фойгт Н. А. Старіння населення в Україні та Європі: конвергенція чи дивергенція? / Н. А. Фойгт, Ю. О. Канатнікова // Проблемы старения и долголетия. – 2014. – № 2. – С. 199–210.
  6. ДКСУ. Державний комітет статистики України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
  7. World Population Ageing 2013. – New York: United Nations, 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-Russian.pdf>.
  8. Powell J. L. The power of global aging / J. L. Powell // Ageing Int. – 2010. – Vol. 35, N 1. – P. 1–14. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid>
  9. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.
  10. Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 62–67.
  11. ВОЗ. Паллиативная помощь. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 32 с.
  12. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 40 с.
- Повний список літератури знаходиться в редакції.*