

Світова та вітчизняна практика впровадження паліативної допомоги на дому особам похилого віку

Н. ГЕРАСИМОВА

Комунальна Установа

«Луганський міський територіальний центр
соціального обслуговування (надання соціальних послуг)»

Автор розглядає міжнародний та вітчизняний досвід щодо надання паліативної допомоги на дому невеличково хворим особам похилого віку у зв'язку з аналізом демографічної ситуації в найбільш розвинутих країнах світу та Україні. Обґрунтовані принципи узгодженої, системної політики держави та органів місцевого самоврядування, щодо використання різних джерел фінансування для забезпечення доступності паліативної допомоги.

Автор рассматривает международный и отечественный опыт по предоставлению паллиативной помощи на дому неизлечимо больным людям преклонного возраста в связи с анализом демографической ситуации в наиболее развитых странах мира и Украине. Обоснованы принципы согласованной, системной политики государства и органов местного самоуправления, для использования различных источников финансирования и обеспечения доступности паллиативной помощи.

The author examines international and national experience regarding palliative care in-home for terminally ill elderly. The demographic situation in the most developed countries of world and in the Ukraine is analyzed. It was made a conclusion that only concerted system policy of the state and self-governing authorities using different sources of financing can lead to positive results regarding development and provision of availability of palliative care.

Ключові слова: паліативна допомога, особа похилого віку, інноваційна соціальна послуга, невеличкові хвороби, територіальний центр, служба паліативної допомоги, органи місцевого самоврядування.

Постановка проблеми. Однією із головних соціально-демографічних проблем сучасного світу є старіння населення. У той час коли в найбідніших країнах відбувається стрімке зростання чисельності населення, що посилює навантаження на економічну систему, в розвинутих країнах спостерігають феномен «постаріння» суспільства. Загалом, у розвинутих країнах люди похилого віку становлять 14,0% усього населення, а до 2025 р. їхня кількість зросте до 25,0%.

Наприклад, за прогнозами до 2030 р. чисельність людей, старших від 65 років, у США (це пенсійний вік і для чоловіків, і для жінок в цій країні), має зрости удвічі¹.

Отже, у більшості розвинутих країн світу збільшується чисельність осіб похилого віку. Крім того, зростає смертність населення від важких хронічних захворювань, таких як серцево- та церебросудинні захворювання, злоякісні пухлини, цукровий діабет, хвороба Альцгеймера тощо².

В Україні означена вище проблема посилюється високим рівнем смертності населення, зокрема, працездатного віку. Так, за даними Державного комітету статистики України, впродовж 2003–2013 рр. кількість померлих в Україні становила близько 800 тисяч осіб на рік³.

Кількість людей пенсійного віку на сьогодні становить 11,5 млн. осіб, або 22,0% загальної чисельності населення⁴. При цьому близько 3 млн. осіб віком 75 років та старше⁵.

¹ Семігіна Т. В. Порівняльна соціальна політика: Навч. посіб. – К.: МАУП, 2005. – 276 с.

² Губський Ю. І., Царенко А. В., Вольф О. О., Бабійчук О. М. Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невеличково хворих» (15–16 березня 2012р.) – К.: Університет «Україна», 2012. – 233 с.

³ Державний комітет статистики України. – Режим доступу до статті: http://www.ukrcensus.gov.ua/news/select_news?year=2009.

⁴ Чайківська Д. Р. Модель послуг хоспісного догляду // Інноваційні моделі соціальних послуг. Проекти Українського фонду соціальних інвестицій. Том 3 [Авт. кол.: Бондарчук Л. В., Дума Л. П., Кабаченко Н. В. та ін.: За ред. Шкуратової Н. М.] – К.: ТОВ «ЛДЛ» – 2007. – 320 с.

⁵ Режим доступу до статті: <http://www.lir.lg.ua/docs/publikacii/hd.pdf>

За результатами досліджень Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України⁶, накопиченню осіб похилого віку в популяції України значною мірою сприяє висока смертність населення, особливо осіб чоловічої статі, у працездатному віці.

Варто зазначити, що, за даними Демографічного Департаменту ООН, вже до 2050 р. в Україні очікується збільшення відсотка людей, старших за 60 років, до 38,1%, а частка осіб 80 років і старших збільшиться у 3,5 рази. Згідно з прогнозом відділу народонаселення Економічного і соціального департаменту ООН, у 2050 р. за загальної чисельності населення України у 38,4 млн. осіб частка населення віком 60 років і старше досягне 35,0%, а 80 років і старше – 21,0%⁷.

Таким чином, в Україні спостерігається невпинна депопуляція, при збільшенні кількості самотніх людей похилого віку, які страждають на онкологічні захворювання, потерпають від наслідків інфаркту міокарду та інсультів, мають виражені сенільні дегенеративні захворювання головного мозку з важкими ураженнями психічної діяльності.

У більшості країн світу разом з постарінням населення збільшуються важкість та тривалість хвороб, на які страждають особи похилого віку. Цей процес ускладнюється змінами в нозології захворюваності та причин смертності, що вже сьогодні накладає нові складні організаційні та фінансові проблеми на усі національні системи охорони здоров'я та соціального захисту населення⁸. Справа в тому, що особи похилого віку все більше вмирають від хронічних невиліковних хвороб, що тривають роки та супроводжуються як тяжкими фізичними і психологічними стражданнями самих пацієнтів, так і, в багатьох випадках, психологічними порушеннями членів їх родин, які трансформуються у виражені депресивні стани, а також потребами соціальної та моральної підтримки.

Часто-густо особи похилого віку залишаються сам на сам зі своїми проблемами, а це біль, страждання через розлади органів та систем життєдіяльності, відсутність необхідного догляду і

психологічної підтримки, самотність та соціальна ізоляція. Для догляду за такими пацієнтами потрібен не тільки спеціальний медичний персонал, а, значною мірою, фахівці із надання соціальної, психологічної та духовної підтримки. Категорія безнадійно хворих перебуває на межі між сферою діяльності органів охорони здоров'я та органів соціального захисту населення і залишається без гарантованої специфічної допомоги.

Отже, вікові зміни в організмі зумовлюють погіршення фізичного та психічного стану людей літнього віку, збільшення серед них кількості інвалідів та самотніх, які потребують сторонньої допомоги.

При цьому прогресуюче старіння населення України та зміна структури захворювань у бік хронічної патології призводить до того, що збільшується кількість поліморбідних пацієнтів з важкою патологією, які поступово втрачають здатність до самообслуговування та потребують сторонньої опіки. Такі хворі потребують паліативної допомоги, симптоматичного лікування та тимчасового полегшення страждань⁹.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), паліативна допомога (від лат. Pallium – покривало, плащ, фр. Palliatif, англ. palliative care) – це напрямок медичної допомоги та соціальної опіки пацієнтів з важкими невиліковними хворобами та обмеженою тривалістю (прогнозом) життя¹⁰. Головною метою паліативної допомоги є покращання якості життя людини в її фінальному періоді, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, збереження людської гідності пацієнта в кінці життя.

Слід враховувати, що паліативна допомога – це новий вид комплексної допомоги, за методологією мультидисциплінарного (багатофахового) підходу, який об'єднує медико-соціальну роботу, духовне наставлення та волонтерську службу для того, щоб підтримати безнадійно хвору людину та членів її родини.

Основними складовими паліативної допомоги є:

- зняття больових синдромів;

⁶ Либанова Э. М. Концепция демографических приоритетов развития Украины в послечернобыльский период // Научно-практические подходы к согласованному решению социально-экономических проблем Чернобыльской катастрофы. Материалы научно-практической конференции. – Киев: СОПС Украины, НАН Украины. – 1995. – С. 29–31.

⁷ Режим доступу до статті: <http://www.un.org/ru/>

⁸ Губський Ю. І., Царенко А. В., Вольф О. О., Бабійчук О. М. Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» (15–16 березня 2012р.) – К.: Університет «Україна», 2012. – 233 с.

⁹ Чайківська Д. Р. Модель послуг хоспісного догляду // Інноваційні моделі соціальних послуг. Проекти Українського фонду соціальних інвестицій. Том 3 [Авт. кол.: Бондарчук Л. В., Дума Л. П., Кабаченко Н. В. та ін.: За ред. Шкуратової Н. М.] – К.: ТОВ «ЛДЛ» – 2007. – 320 с.

¹⁰ ВООЗ. Паліативна допомога. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 32 с.

- психологічна, духовна та емоційна підтримка;
- підтримка сім'ї пацієнта;
- допомога родині в період важкої втрати.

Відповідно до ст. 35-4 Розділу V Медична допомога Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. №3611-VI¹¹, на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

При цьому паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високо-спеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Зазначимо, що порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються Міністерством охорони здоров'я України.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ стосовно кількості потребуючих паліативної допомоги, то різного ступеню інтенсивності підтримуючої допомоги в Україні щороку потребують не менше 500 000 осіб в кінці життя, а також майже 2 млн. членів їхніх родин. Як і в більшості країн світу, переважно, потребу в паліативній допомозі мають хворі на серцево-судинні та онкологічні хвороби.

Однак, як зазначають фахівці¹², в Україні паліативна допомога надається переважно в закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, які можуть забезпечити допомогу лише 10,0% хворих, які потребують цього виду медико-соціальної допомоги. При цьому принцип комплексності у практиці таких закладів не застосовується, тому що надається тільки медична допомога, за нехтування її соціальним аспектом.

Зауважимо, що розвиток паліативної допомоги передбачає різні організаційні форми її надання залежно від потреб населення та особливостей країни і регіону. Але, за думкою фахівців з ВООЗ, майбутнє за наданням паліативної допомоги вдома, тобто переорієнтація сучасних систем надання

медично-соціальної допомоги населенню літнього віку на позалікарняні форми обслуговування, які не тільки набагато ефективніші за традиційного стаціонарне лікування, а й економічно вигідніше.

Як з'ясували іспанські науковці (дослідження проводилось у Каталонії в 1998 р.), вартість надання стаціонарної паліативної допомоги хворим на рак була на 71,0% вища, аніж вартість надання паліативної допомоги на дому¹³. Їх колеги з Ізраїлю підтвердили цей висновок, встановивши, що вартість надання паліативної допомоги на дому у 2,6 рази нижча, ніж у загальних медичних закладах. При цьому, як зазначили ізраїльські дослідники, в середньому вартість догляду осіб літнього віку була ще нижчою¹⁴.

До речі, за результатами досліджень в Україні, 75,0% осіб, що зіткнулися з проблемою невиліковного захворювання, хотіли б зустріти смерть вдома.

Таким чином, економічна доцільність надання такої послуги на дому не викликає сумнівів. Саме тому у більшості європейських країн визнано пріоритетом розвиток паліативної допомоги вдома.

Нині в Україні більшість осіб похилого віку з важкими невиліковними хворобами не мають доступу до адекватної комплексної паліативної допомоги. Тобто, на державному та місцевому рівні відсутня дієва система паліативної допомоги. При цьому організація паліативної допомоги на дому особам похилого віку взагалі-то тільки народжується (єдиний виняток – це трьохрічний досвід організації паліативної допомоги на дому на базі Територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі – терцентр) Печерського району м. Києва).

Слід врахувати, що в Україні немає чіткої сформованої державної політики щодо паліативної допомоги цій категорії громадян, недосконала міжвідомча співпраця, інтеграція і координація діяльності установ і закладів в системі Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, органів місцевого самоврядування, терцентрів, недержавних організацій, приватних структур, громадських об'єднань з питань медико-соціальної опіки.

На нашу думку рішення цієї проблеми можливе лише на основі системного підходу, за участі державних інституцій (тобто профільних відомств),

¹¹ Режим доступу до статті: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>

¹² Вольф О. О. Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Печерському районі Києва. // Фахова збірка наукових праць з соціології «Вісник НТУУ «КПІ. Політологія. Соціологія. Право». – 2011. – №1 (9). – Режим доступу до статті: <http://visnyk-psp.kpi.ua/>

¹³ Serra-Prat M., Picaza J. M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia // Palliative Medicine. – 2001. – Vol. 15.

¹⁴ Shnoor Y., Szlaifer M., Aoberman A. S., Bentur N. The Cost of Home Hospice Care for Terminal Patients in Israel // American Journal of Hospice & Palliative Medicine. – 2007. – Vol. 24. – N. 4.

органів місцевого самоврядування (маються на увазі перш за все підпорядковані їм регіональні терцентри), неурядових громадянських організацій (які, до речі, роблять дуже багато в цьому напрямі, наприклад, – Всеукраїнська благодійна організація «Асоціація паліативної допомоги» (далі – Асоціація)) та всього українського суспільства.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Вивченню проблем паліативної допомоги присвячені роботи таких авторів, як Г. Барановська, О. Вольф, Ю. Губський, Е. Девіз, Є. Москвяк, І. Хайгінсон, М. Хобзей, А. Царенко, В. Чайковська та інших науковців. Але більшість досліджень з цієї тематики направленні на медичну складову, а питання характеру та змісту такої послуги особам похилого віку на дому, тобто соціальний, духовний та психологічний супровід, – залишаються невирішеними. Особливо це стосується питання впровадження такої соціальної послуги означеній соціальній страті на державному та місцевому рівні і системної розробки таких важливих складових означеної проблематики, як теоретико-методологічна, практико-методична, організаційно-структурна та нормативно-правова.

Системна розробка цього вкрай актуального для українського соціуму питання може відбуватися на базі: рекомендацій ВООЗ, міжнародних стандартів та досвіду найбільш розвинутих у цій царині країн світу (перш за все держав Європейського Союзу (далі – ЄС)), а також досвіду надання паліативної допомоги на дому особам похилого віку терцентром Печерського району м. Києва.

Мета статті – аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду надання паліативної допомоги на дому особам похилого віку для подальшого впровадження його найбільш дієвих елементів в українські реалії.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для вирішення означених проблем вважаємо за першочергове – вивчення міжнародного досвіду з цієї важливої проблематики, подальше впровадження його найбільш дієвих елементів у діяльність вітчизняних медичних і соціальних установ. Крім того, це важливий аспект проголошеного офіційно урядом України курсу на інтеграцію до Європейського співтовариства.

Нормативно-правовою базою для розвитку паліативної допомоги у більшості країн сучасного світу є положення та норми наступних міжнародних документів, а саме:

➤ ст. 25 Загальної Декларації Прав Людини (ООН, 1948 р.);

➤ ст. 12.1. Міжнародного Пакту про економічні, соціальні і культурні права (ООН, 1966 р.);

➤ Рекомендації Ради Європи Rec 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи державам-учасникам по паліативній допомозі;

➤ Декларації ВООЗ (1990 р.);

➤ Барселонської декларації (1996 р.);

Два останні документа закликають усі держави світу включити паліативну допомогу в структуру національних систем охорони здоров'я¹⁵

➤ Європейської хартії про права пацієнтів (м. Рим, 2002 р.);

➤ Резолюції Парламентської асамблеї Ради Європи «Про права хворих і помираючих людей» (1999 р.);

➤ Резолюції 1649 (2009) Парламентської асамблеї Ради Європи «Паліативна допомога. Модель інноваційної політики в соціальній галузі та сфері охорони здоров'я».

Перелічені вище акти міжнародного права обов'язкові в Україні, однак це найбільш загальні документи, що містять лише окремі загальні принципи дотримання прав і свобод, які повинні гарантуватися людині.

Зазначимо, що вітчизняне законодавство так чи інакше зазнає впливу міжнародних правових норм, тому потребує подальшого реформування і приведення у відповідність з європейськими та міжнародними стандартами, у тому числі й щодо надання паліативної допомоги безнадійно хворим особам похилого віку.

Варто відзначити, що у більшості документів, які визначають національну та регіональну політику щодо паліативної допомоги, значна увага приділяється суспільній думці та ролі держави й недержавних організацій стосовно паліативної допомоги, пояснюється необхідність надання допомоги хворим у термінальній стадії інкурабельного захворювання.

Організація паліативної допомоги, у більшості розвинутих країн світу, відбувається на державному рівні.

При цьому ресурси для надання допомоги невиліковним хворим розподіляються приблизно однаково, як на радикальне, так і на паліативне лікування.

Крім того, розвивається та удосконалюється паліативна допомога відповідно до специфічних потреб суспільства або залежно від особливостей регіональної ситуації, зокрема соціально-економічної.

¹⁵ World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). – Geneva: WHO, 1990.

На законодавчому рівні в багатьох країнах визначена обов'язковість медико-соціальної допомоги для окремих категорій споживачів – безнадійно хворих, відповідно до їх нозології.

Ефективна служба паліативної та хоспісної допомоги, в першу чергу, пацієнтам вдома, створена в Нідерландах, Данії, Польщі. Також допомога у хоспісах є у Швеції, Словаччині, Австрії, Румунії, Росії, Молдові.

У більшості розвинутих країн світу паліативна допомога надається в різноманітних формах: вдома, в лікарнях, у хоспісах, у геріатричних закладах.

У США фінансування паліативної допомоги багатоканальне. По-перше, за рахунок державної програми медичного страхування для осіб похилого віку – Медікер, яка почала покривати хоспісну допомогу для термінальних хворих до 80,0% з 1982 р. По-друге, за рахунок приватних страхових компаній та за рахунок програми Медікейд, яка передбачає страхування бідних, за рахунок власних коштів хворих та з різноманітних благодійних фондів.

Зазначимо, що паліативна допомога у США передбачає чотири основних рівня допомоги:

1) звичайна допомога вдома (95,6%);

2) безперервна допомога вдома. Припускає в основному медсестринську допомогу. Надається тільки в період кризового стану хворого або в тому випадку, коли термінальному хворому необхідно перебувати вдома (0,9%);

3) стаціонарна допомога в хоспісі. Проводиться для контролю больового синдрому та інших гострих і хронічних симптомів (3,3%);

4) тимчасова госпіталізація до хоспісу. Проводиться для того, щоб дати «перепочинок» родичам пацієнта.

Зауважимо, що в Австралії, незважаючи на те, що паліативна допомога не визначена самостійною спеціальністю, питання з цього напрямку включено в програму навчання медичних сестер, студентів-медиків та лікарів-спеціалістів.

У більшості країн-членів ЄС за останнє десятиріччя були розроблені національні плани розвитку паліативної допомоги як складової частини системи охорони здоров'я.

Паліативна допомога у Великобританії протягом багатьох років є визнаною медичною спеціальністю і має академічний статус, але основна частина її фінансування все ще надходить із приватного сектора. У цій країні значного поширення набули відділення денного перебування, які надають допомогу в денний час один або більше разів на

тиждень для хворих, що знаходяться вдома. Функції і методи діяльності працівників таких відділень різноманітні. Організація денних відділень проводиться з метою оцінки симптомів, здійснення різних форм лікування в сприятливій обстановці, надання можливості відпочити самим пацієнтам, їх родичам, які постійно доглядають хворого. Все це дозволяє полегшити перебування хворого вдома і уникнути госпіталізації, надати психологічну підтримку, крім того – провести й інші заходи, спрямовані на поліпшення якості життя хворого та його родичів.

Національна Рада спеціалізованої хоспісної та паліативної допомоги Великобританії рекомендує включати до складу служб паліативної допомоги, крім фахівців з паліативної та хоспісної медицини, спеціалістів, які можуть працювати як повний, так і неповний робочий час, але на регулярній основі, наприклад: фізіотерапевт, соціальний працівник, консультант з духовних питань і т. д.

Звісна річ, що не всі організації спеціалізованої паліативної допомоги можуть дозволити собі виконувати цю рекомендацію. Тому що, як і в більшості англосаксонських країн (США, Австралія і т. д.), за класифікацією Лейбфріда та Еспінг-Андерса, у Великобританії розвивається залишкова модель. Основними її ознаками є те, що вона використовує цінності вільного ринку (основним із елементів якого є конкуренція), й переважна роль недержавних організацій, які виконують функцію догляду. Мета соціальної політики в межах такої моделі – це забезпечення рівності можливостей, рівних шансів для самореалізації. Роль держави в наданні соціального захисту полягає у створенні відповідних умов, обсяг соціального захисту скорочується, а держава бере на себе тільки ті функції, які не здатна виконати самотужки особа чи родина.

У Великобританії особам віку 65 років і вище грошова допомога платиться автоматично, якщо людина визнана термінально хворою без вимоги відповідності критерію «6-х місяців».

При цьому така людина може отримати різне обладнання, наприклад, підіймачі по сходах, підіймачі з кріпленням до стелі, електричні або ручні багатофункціональні ліжка тощо. Але за це все обладнання треба заплатити. У випадку обмеженої платоспроможності хвора людина може отримати «грант»¹⁶.

На відміну від Великобританії в Ірландії паліативна допомога виділена в самостійну галузь охорони здоров'я і повністю фінансується державою.

¹⁶ Standards of Medical Care for Older People Expectations and Recommendations – Режим доступу до статті: http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-8.htm

Звернемо увагу на те, що у більшості країн ЄС існує підготовка спеціалізованих кадрів з паліативної допомоги.

У Нідерландах паліативна допомога надається переважно на дому силами місцевих медичних закладів. При цьому у рамках реалізації програми інтеграції хоспісів в систему охорони здоров'я розроблюються програми післядипломної підготовки кадрів і підвищення кваліфікації лікарів загальної практики, які надають паліативну допомогу на дому. Крім того, існує державна програма підтримки волонтерів, яка спрямована на координацію їх діяльності та навчання.

Завдяки королівським декретам у кожній лікарні Бельгії та в кожному домі для людей похилого віку створюються мультипрофесійні команди професійної паліативної допомоги. Особлива увага і в цій країні звертається на розвиток паліативної допомоги на дому¹⁷.

У Франції головним пріоритетом цієї галузі є розвиток паліативної допомоги вдома. Згідно зі ст. 38 Деонтологічного кодексу Франції, присутність лікаря поряд з пацієнтом, який вмирає, є обов'язковою¹⁸. При цьому у Франції існують служби «госпіталізації на дому» або «стаціонар вдома». Вони замінують госпіталізацію хворого до стаціонару і забезпечують проведення більшості заходів, які звичайно проводяться в стаціонарі. Існують різні моделі такого виду послуг: від створення вдома усіх умов, які зазвичай має у своєму розпорядженні стаціонар, до постійного спостереження хворого спеціалізованою бригадою. Слід зазначити, що така саме практика надання паліативної допомоги існує і у Фінляндії.

На цей час Франція розвиває так звані мобільні групи паліативної допомоги, які допомагають хворим, що знаходяться як вдома, так і в лікарнях. Зараз налічується 350 таких мобільних груп, а також 70 стаціонарів паліативної допомоги, куди госпіталізують хворих, які вже помирають.

У Швейцарії підготовка спеціалістів з паліативної допомоги здійснюється тільки в одному навчальному закладі, в якому викладається фаховий курс паліативної допомоги, розрахований на 8 годин, але іспити з цього курсу не проводяться.

В Іспанії відповідно до плану паліативної допомоги передбачається її надання, а фінансування – переважно за рахунок держави. У плані вказується на необхідність взаємозв'язку медичних та немедичних відомств, а найбільш

вигідною формою паліативної допомоги вважається паліативна допомога на дому. Щодо проблеми кадрів план виділяє базовий, проміжний та вищий рівень підготовки фахівців з паліативної допомоги.

Необхідно зазначити, що у країнах Східної Європи паліативну допомогу хворим у термінальній стадії на цей час не зведено до системи належним чином, як це зроблено у країнах Західної Європи. Але цей напрям більш-менш розвинутий в таких країнах, як Польща, Угорщина, Росія.

В акті про охорону здоров'я населення в Угорщині є розділ щодо паліативної допомоги, в якому прописується право хворому жити з родичами й отримувати допомогу на дому. При цьому паліативна служба повинна забезпечувати допомогу родичам хворого, а також духовну підтримку йому та його сім'ї. В Угорщині функціонують понад 20 паліативних центрів.

Акцентуємо увагу на тому, що до програми вищої медичної освіти Угорщини включено 10 годин з питань знеболювання і контролю симптомів у інкурабельних хворих, близько 30 годин присвячено вивченню психосоціальних питань паліативних пацієнтів та членів їхніх родин. Вивченню питань паліативної допомоги відводиться 80 годин в програмі післядипломного навчання медичних сестер. Існує і післядипломна підготовка лікарів цього профілю.

Чеська республіка за показниками розвитку паліативної допомоги сьогодні займає 19 місце в ЄС (наприклад, Польща знаходиться на 15 місці, Естонія – на останньому 27 місці). У цій країні функціонують 10 центрів паліативного догляду.

Крім того, у Чехії функціонує неурядова організація Cesta Domu з надання паліативної допомоги хворим в домашніх умовах. На одного хворого вдома на день витрачається близько 50 євро, в той час як у хоспісі витрати на ці цілі вдвічі вищі. Бюджет Cesta Domu має декілька складових – це пожертви фізичних та юридичних осіб, грантові кошти, вклад місцевого бюджету, оплата послуг самими клієнтами (десята частина), надходження від продажу сувенірів і товарів у крамницях організації тощо. Не менше року триває підготовка за спеціальною програмою волонтерів для надання паліативної допомоги.

У нашої західної сусідки – Польщі – створено понад 220 центрів паліативного догляду, і серед них – дитячий хоспіс у Кракові.

У країнах Східної Європи найбільш поширеним типом є організація паліативної допомоги в

¹⁷ Режим доступу до статті: <http://www.lir.lg.ua/docs/publikacii/hd.pdf>

¹⁸ Губський Ю. І., Царенко А. В., Вольф О. О., Бабійчук О. М. Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» (15–16 березня 2012 р.) – К. : Університет «Україна», 2012. – 233 с.

домашніх умовах, тому що, за результатами досліджень науковців цих держав, 50,0% важко хворих пацієнтів бажають залишатися вдома. На другому місці – стаціонарна паліативна допомога. Рідше зустрічаються команди паліативної допомоги у лікарнях, денні стаціонари та відділення паліативної допомоги в будинках для людей похилого віку.

Як зазначають фахівці, розвитку паліативної допомоги в країнах Східної Європи заважає низка проблем, серед яких виділимо такі, як:

- недостатнє визнання, оцінка і підтримка з боку держави;
- брак персоналу;
- відсутність спеціалізації медперсоналу;
- недостатнє поширення інформації серед громадян та координація зусиль з розвитку служби;
- обмеження фінансування з бюджету¹⁹.

Для сучасної України є характерним організація паліативних відділень на базі стаціонарних медичних закладів. Як зазначають міжнародні експерти, основними проблемами паліативної допомоги у нашій державі є мала увага до проблем болю та інших симптомів (фізичних, емоційних, духовних) у пацієнтів. Не надається і підтримка родині. Крім того, є табування тем, пов'язаних зі смертю (і, як наслідок, слабка поінформованість пацієнта про діагноз), і негнучка структура, в котрій лікар є головною діючою особою, що приймає рішення²⁰.

За визначенням вітчизняних науковців, розвиток паліативної допомоги особам похилого віку на дому може відбуватись двома шляхами:

- організація відділень та служб паліативної допомоги у різних соціальних закладах, зокрема у територіальних центрах;
- налагодження взаємодії та залучення служб та закладів системи соціального захисту населення, громадських та релігійних організацій до надання соціальної, психологічної, духовної підтримки особам, які потребують паліативної допомоги, та їхнім рідним.

Відповідно до п. 16 Переліку соціальних послуг, умови та порядок їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг), затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 29.12.2009 р. №1417 (далі –

Постанова КМУ №1417), у випадку виявлення не менш як 50 непрацездатних громадян з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, з психічними розладами (соціально-безпечні, які не перебувають на спеціальному диспансерному обліку), інших категорій громадян, які не здатні до самообслуговування та які потребують соціального обслуговування (надання соціальних послуг) вдома (до яких ми можемо сміливо віднести осіб похилого віку, які страждають невиліковними хворобами), місцеві органи виконавчої влади або органи місцевого самоврядування можуть утворювати спеціалізовані відділення.

Відповідно до нової редакції Типового положення про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) та Переліку соціальних послуг, умов та порядку їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг), затверджених Постановою КМУ №1417, розширено категорії осіб, які мають право на соціальне обслуговування в терцентрі.

Слід враховувати, що знято обмеження щодо прийняття на обслуговування до терцентру інвалідів з психічними захворюваннями, осіб, які мають онкологічні захворювання IV клінічної групи, СНІД²¹.

Отже, правовою базою для створення при терцентрах спеціалізованих служб із надання соціальної допомоги на дому паліативним хворим похилого віку є Постанова КМУ №1417 та Наказ Міністерство праці та соціальної політики України «Про затвердження Типових штатних нормативів чисельності працівників територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 10.06.2010 р. №134.

Нагадаємо, що в Україні діє близько 740 територіальних центрів, але надання паліативної допомоги на дому особам похилого віку зовсім новий напрям у діяльності терцентрів, для його реалізації потрібна розробка відповідної методології, методичних програм та конкретних нормативних документів.

За ініціатииви Асоціації Печерська районна державна адміністрація м. Києва вперше в історії України за підтримки Міністерства соціальної політики України у 2010 р. розпочала пілотний (інноваційний) проект з впровадження служби

¹⁹ Режим доступу до статті: <http://www.lir.lg.ua/docs/publikacii/hd.pdf>

²⁰ Wright M. Models of hospice and palliative care in resource poor countries: issues and opportunities. – London: Help the Hospices, 2003. – Режим доступу до статті:

http://www.hawaii.edu/hivandaids/Models_of_Hospice_and_Palliative_Care_in_Resource_Poor_Countries_Issues_and_Opportunities.pdf

²¹ Режим доступу до статті:

http://www.mlsp.gov.uk/control/uk/publish/article;jsessionid=98484DC8FEBFC83CB07634E62424E28?art_id=117406&cat_id=117425

паліативної допомоги на дому для людей похилого віку. До речі, з 1 березня 2012 р. при Печерському терцентрі м. Києва почало працювати перше в Україні відділення паліативної допомоги вдома²².

Відповідно до міжнародних стандартів, у цьому проекті відпрацьовується модель співпраці соціальних та медичних служб, релігійних, громадських і волонтерських організацій задля допомоги тяжко хворим і членам їх родин.

Паліативна допомога на дому, що надається на базі терцентру, включає: надання соціально-побутової допомоги вдома соціальним робітником, консультації психолога, надання медичних консультацій і допомоги (лікарем і медичною сестрою) із залученням, за необхідності, лікарів-спеціалістів з районної поліклініки, а також духівника.

У рамках експериментального проекту директором терцентру було видано наказ «Про створення служби паліативної допомоги в терцентрі». Реалізуючи цей наказ, лікар терцентру здійснює регулярні виїзди додому до клієнтів з обмеженим (до одного року) прогнозом життя з метою первинного оцінювання їх потреб. Крім того, лікар терцентру координує співпрацю з медичними працівниками районної поліклініки, що також надають медичну допомогу паліативним хворим. Таким чином, саме цей фахівець, як координатор служби паліативної допомоги терцентру, проводить первинне оцінювання потреб клієнта.

Таке оцінювання здійснюється за допомогою «Карти оцінки стану потреб» (далі – Карта). Цей документ складений на основі рекомендацій виконавців проекту ТАСІС «Посилення регіональних соціальних служб», до виконання якого було залучено фахівців Школи соціальної роботи НАУКМА.

До основних недоліків Карти належить те, що перелік медичного та реабілітаційного обладнання не досить деталізований, і вона має досить значний обсяг (10 сторінок), через який заповнення Карты потребує, у деяких випадках, до 2-х годин.

Після доопрацювання та виправлення недоліків означена Карта може бути використана в інших терцентрах, де буде відбуватися запровадження служби паліативної допомоги на дому невиліковно хворим особам похилого віку.

Відзначимо основні недоліки та труднощі пілотного (інноваційного) проекту з впровадження служби паліативної допомоги на дому для людей похилого віку на базі Печерського терцентру.

1) невідпрацьована взаємодія між державними та недержавними організаціями, а також невирішена

низка організаційних питань за відсутності відповідних нормативних актів, які повинні на державному рівні регулювати діяльність із надання паліативної допомоги особам похилого віку на дому;

2) брак внутрішньої нормативно-правової бази та неналежне фінансування проекту на місцевому рівні;

3) брак теоретичної та практичної підготовки працівників на рівні терцентру;

4) недостатня кваліфікаційна підготовка як медичних, так і соціальних працівників для роботи з особами похилого віку з важкими хронічними захворюваннями. Цей недолік пов'язаний з попереднім, але його вирішення можливе лише на державному рівні.

Тому що на соціального працівника, який надає такі специфічні послуги, покладено всі функції із соціальної роботи: правозахисна, організаційна, діагностична, профілактична, соціально-педагогічна, комунікативна тощо. Таке навантаження потребує особливої підготовки фахівців.

Незважаючи на зазначені недоліки та труднощі, діяльність служби паліативної допомоги на дому для людей похилого віку на базі Печерського терцентру може бути визнана задовільною.

Нагадаємо, що активна робота щодо розвитку паліативної допомоги у Печерському районі сприяла виданню Наказу Міністерства праці та соціальної політики України «Про визначення територіального центру Печерського району пілотною установою для апробації нової моделі організації надання соціальних послуг» від 28.10.2010 р. №342.

Тому вважаємо, що досвід Печерського терцентру може бути поширений і використаний органами місцевого самоврядування в інших регіонах України для створення при терцентрах спеціалізованих служб із надання соціальної допомоги на дому паліативним хворим похилого віку.

Висновки. За результатами проведеного аналізу можна зробити низку висновків та пропозицій:

➤ у більшості розвинутих країн світу, як і в Україні, збільшується чисельність осіб похилого віку, які страждають на різні невиліковні захворювання;

➤ паліативна допомога – це новий вид комплексної допомоги, за методологією мультидисциплінарного (багатофахового) підходу, який об'єднує медико-соціальну роботу, духовне наставлення та волонтерську службу для того, щоб підтримати безнадійно хвору людину;

²² Режим доступу до статті: http://www.pechersk.kiev-city.gov.ua/ukr/?mode=news&need_id=1325

➤ за думкою фахівців з ВООЗ, майбутнє щодо соціального обслуговування безнадійно хворих осіб похилого віку за наданням паліативної допомоги вдома;

➤ на цей час в Україні немає дієвої системи паліативної допомоги на державному та місцевому рівні;

➤ у розвитку паліативної допомоги в Україні існує дисбаланс, між більш-менш вивченою медичною складовою та соціальним аспектом надання цієї послуги, який лишається майже не досліджений;

➤ як свідчить міжнародна практика, тільки узгоджена, системна політика держави, за використання різних джерел фінансування – як за рахунок бюджетних коштів, так і залучення благодійних фондів та приватного сектору, за тісної співпраці держави і громадськості, призводить до позитивних результатів щодо розвитку та забезпечення доступності паліативної допомоги, зокрема і надання цієї послуги вдома особам похилого віку;

➤ у місцевих терцентрах відсутні професійні кадри, які пройшли би спеціалізацію у відповідних закладах і одержали документи встановленого зразка з присвоєнням кваліфікації «Соціальний працівник з догляду за паліативними хворими»;

➤ досвід Печерського терцентру може бути поширений і використаний органами місцевого самоврядування в інших регіонах України для створення при терцентрах спеціалізованих служб із надання соціальної допомоги на дому паліативним хворим похилого віку.

Подальші наукові дослідження можуть стосуватися:

➤ системної розробки усіх важливих елементів паліативної допомоги на державному та місцевому рівні;

➤ запровадженню місцевою владою практики соціального замовлення з чіткою орієнтацією послуг на потреби клієнта;

➤ методичної підтримки утворення при терцентрах, які будуть надавати паліативну допомогу, груп само- та взаємопідтримки.

Передплачуйте, читайте науково-економічний та суспільно-політичний журнал

Часопис розрахований на тих, хто цікавиться проблемами праці, соціально-трудових відносин, ринкових перетворень тощо.

Журнал включено до переліку наукових фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт.

Періодичність виходу — 8 номерів на рік.

Повідомляємо, що оформити передплату можна в будь-якому поштовому відділенні або пункті передплати

Україна:
Аспекти праці
Індекс — 74541

Вартість передплати на журнал «Україна: аспекти праці» на 2014 р.:
на рік — 116 грн 76 коп.
на півроку — 58 грн 38 коп.
на квартал — 29 грн 19 коп.