Организация паллиативной помощи в Областном онкологическом диспансере



Пенза, 2019 г.

Зав. отделением паллиативной помощи
ГБУЗ «ООД» Перестань Г.Б.

Что такое паллиативная помощь?

По определению, данному Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г., паллиативная помощь – это…«…подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки».

Паллиативная помощь направлена на ослабление боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти, как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления.

Цели и задачи паллиативной помощи



Адекватное обезболивание и купирование других негативных симптомов

Выработка отношения к смерти как к нормальному этапу пути человека

Психологическая помощь и поддержка

Уход

Помощь семье больного

Решение социальных и юридических вопросов

Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких

Паллиативная помощь может оказываться на дому и в стационаре – отделении паллиативной помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР.

На конец 2018 года под наблюдением в онкодиспансере состоит 40 028 онкологических больных, из них 1553 человека в 4 стадии. В 2018 году впервые взято на на «Д» учет 6334 чел., из них – 1413 человек (20%) 4 стадии. У 718 человек установлено ПМО.

Каждый четвертый больной нуждается в соответствующем уходе и проведении паллиативной помощи.

С 30.08.2005 года на базе ГУЗ «Областной онкологический диспансер» открыто отделение сестринского ухода на 25 коек.

С 1 апреля 2014 года на базе отделения сестринского ухода открыто отделение паллиативной помощи на 25 коек (из них 2 детские).

Паллиативное отделение оказывает комплекс квалифицированных медицинских услуг пациентам с распространенными злокачественными новообразованиями на всех этапах специализированного противоопухолевого лечения.
Основная задача отделения – купирование симптомов, ухудшающих качество жизни пациента и подбор схем поддерживающей терапии для применения их в стационаре и на дому. В том числе, в отделении проводятся:
- курсы паллиативной лучевой терапии на фоне сопроводительной медикаментозной терапии;
- фармакотерапия болевого синдрома (купирование острой боли и подбор препаратов и схем обезболивания для применения в амбулаторных условиях);
- оперативные вмешательства при полисерозитах (лапароцентезы, плевральные пункции);
- детоксикация;
- лечебное питание;
- психопрофилактическая поддержка (в штате отделения работает психолог, проводящий сеансы психологической реабилитации и поддержки);
- консультирование пациентов и их родственников по поводу симптоматической терапии на дому.

Таким образом, основными задачами отделения являются:

- ***повышение доступности стационарной медицинской помощи больным, страдающим онкологическими заболеваниями в терминальной стадии;***

- ***подбор и проведение адекватной обезболивающей терапии и симптоматического лечения больных в терминальной стадии***

- ***организация квалифицированного медицинского ухода с применением традиционных методик;***

- ***своевременная диагностика осложнений;***

- ***оказание психологической поддержки родственникам больного в период и после утраты.***

Основными показаниями для госпитализации в отделение паллиативной помощи являются:

-Наличие распространенного опухолевого процесса и/или установленного прогрессирования онкологического заболевания на всех этапах специализированного противоопухолевого лечения.

-Прогностическая вероятность улучшения общего состояния и уровня качества жизни пациента в результате планируемых лечебных манипуляций.

Отделение расположено на II этаже пятиэтажного здания и имеет отдельный вход. Двух-, трехместные палаты повышенной комфортности, оборудованные системами кондиционирования, дистанционного видеонаблюдения, душевыми комнатами, отдельными санузлами; оснащены холодильниками и телевизорами. С учетом специфики больных в отделение приобретено 23 функциональных кровати, оснащенных оградительными решетками, штативами для внутривенных трансфузий и другими приспособлениями.





Качественные показатели работы отделения паллиативной помощи за 2016-2018 гг.

	2016	2017	2018
Поступило	672	715	714
Выписано	521	554	589
Умерло	151	165	125
Летальность	22,5%	22,95%	17,5%
К/дней по плану	7820	7544	7500
К/дней фактически	7736	7688	7263
Занятость койки	336,3	334,3	315,8
Среднее пребывание больного на койке	11,5	10,7	10,1
Оборот койки	29,2	31,2	31,2
Пролечено больных всего	672 чел.	719 чел.	714 чел.
Из них выписано	521	554	589
умерло	151(22,5%)	165 (23%)	125917,5%)
Количество пролеченных больных с онкопатологией	665 (99%)	718 (99,9%)	714 (100%)
Из них выписано	516 (77,6%)	554 (77%)	589 (82,5%)
умерло	149 (22,4%)	165 (23%)	125 (17,5%)
Количество пролеченных больных с хроническими соматическими заболеваниями	7 (1%)	1 (0,1%)	
Всего пролечено мужчин	279(41,5%)	302 (42%)	314 (44%)
женщин	393(58,5%)	417 (58%)	400 (56%)
Из них выписано мужчин	205(39,4%)	252 (45,3%)	218(43,8%)
женщин	316(60,6%)	302 (54,5%)	331 (56,2%)
Из них умерло мужчин	74(49%)	66 (40%)	55 (44%)
женщин	77(51%)	99 (60%)	70 (56%)

Лечение хронического болевого синдрома в отделении паллиативной помощи ГБУЗ ООД

Из всех симптомов, которые сопутствуют распространенным формам злокачественных заболеваний, наиболее тяжелым является боль, которая встречалась за отчетный период у 84% больных в 2018 году (у 80% - в 2017 г). В основном, имел место смешанный тип боли (ноцигенная, нейрогенная и психогенная), что предопределяло сложность лечения боли у данной категории пациентов.

В отделении с 2017 года ведется регистр пациентов, страдающих ХБС. За 2017 год в нем зарегистрировано 224 пациента, которым впервые назначены наркотические анальгетики; из них 72 чел. (32%) получали трамал; 70 чел (31,3%) – ТТС; 12 чел (5,4%) – Mst-continus; 70 человек – 31,3% - инъекции морфина, что связано с терминальной стадией ЗНО у данной категории пациентов.

За 2018 г. в регистре пациентов, страдающих ХБС, зарегистрировано 279 пациентов, принимавших опиоидные и наркотические анальгетики. Из них 41 чел. (14,6%) – получал трамал;

133 чел. (47,6%) – ТТС «Фендивиа» - это больные, страдающие печеночной недостаточностью; 6 из них умерли в отделении;

38 чел. (14,7%) – капсулы морфина сульфата;

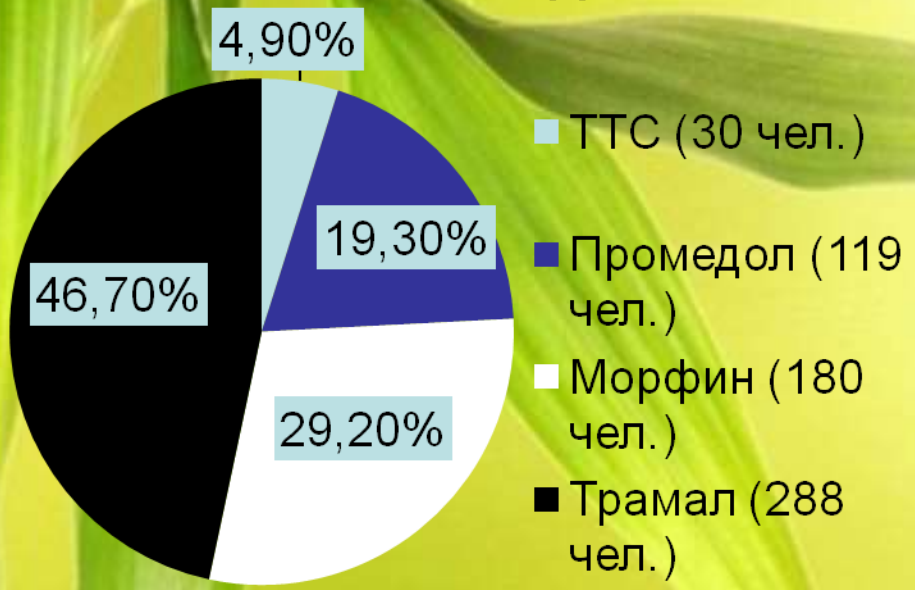
76 чел. (26%) – получали инъекции морфина, из них 45 человек (61%) умерли в отделении, что связано с терминальной стадией болезни.

В 2018 г. большее количество пациентов получили наркотические препараты в неинвазивной форме.

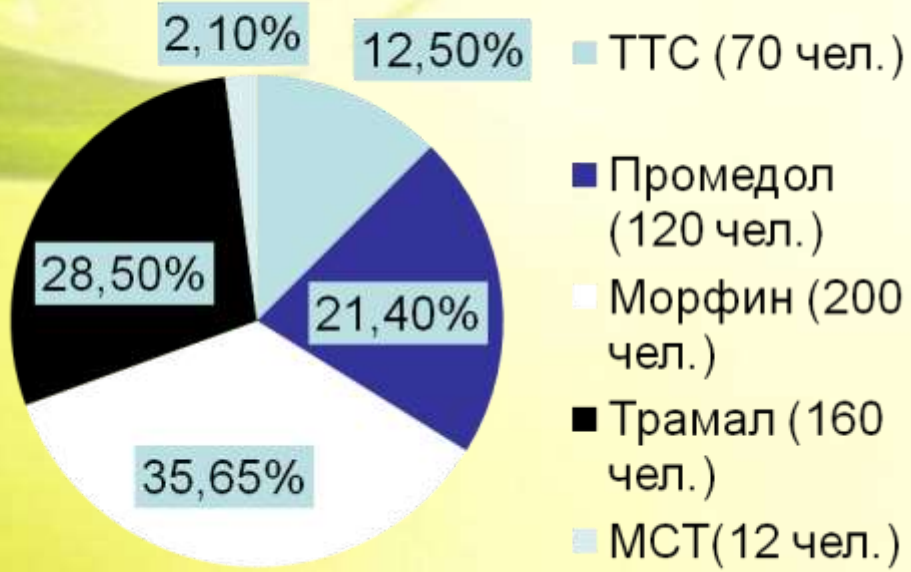
19.02.2018 г. принят Приказ «Порядок обеспечения наркотическими и психотропными лекарственными препаратами при выписывании пациентов из ООД».

В 2018 г. 49 больным, выписанным из отделения выданы наркотические препараты на руки.

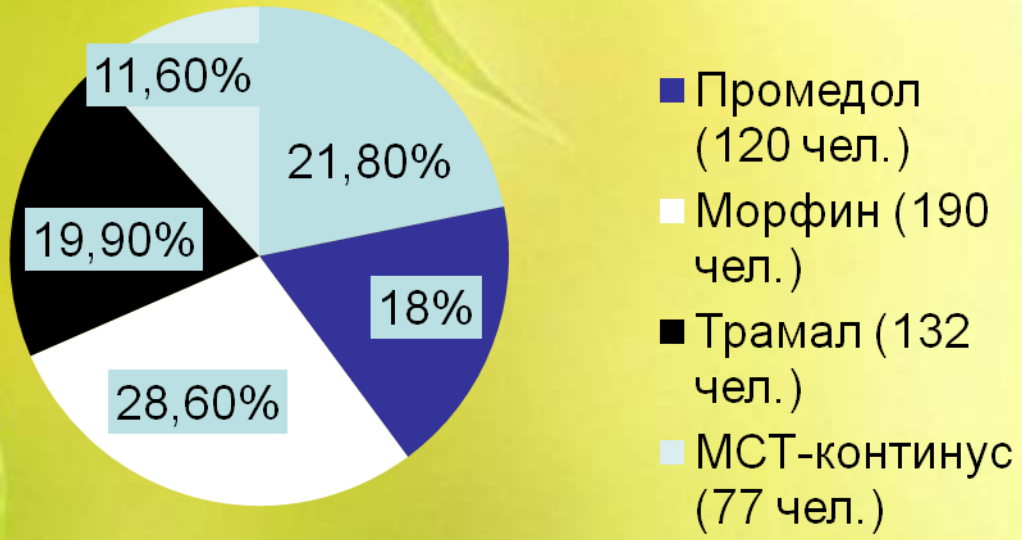
2016 год



2017 год



2018 год



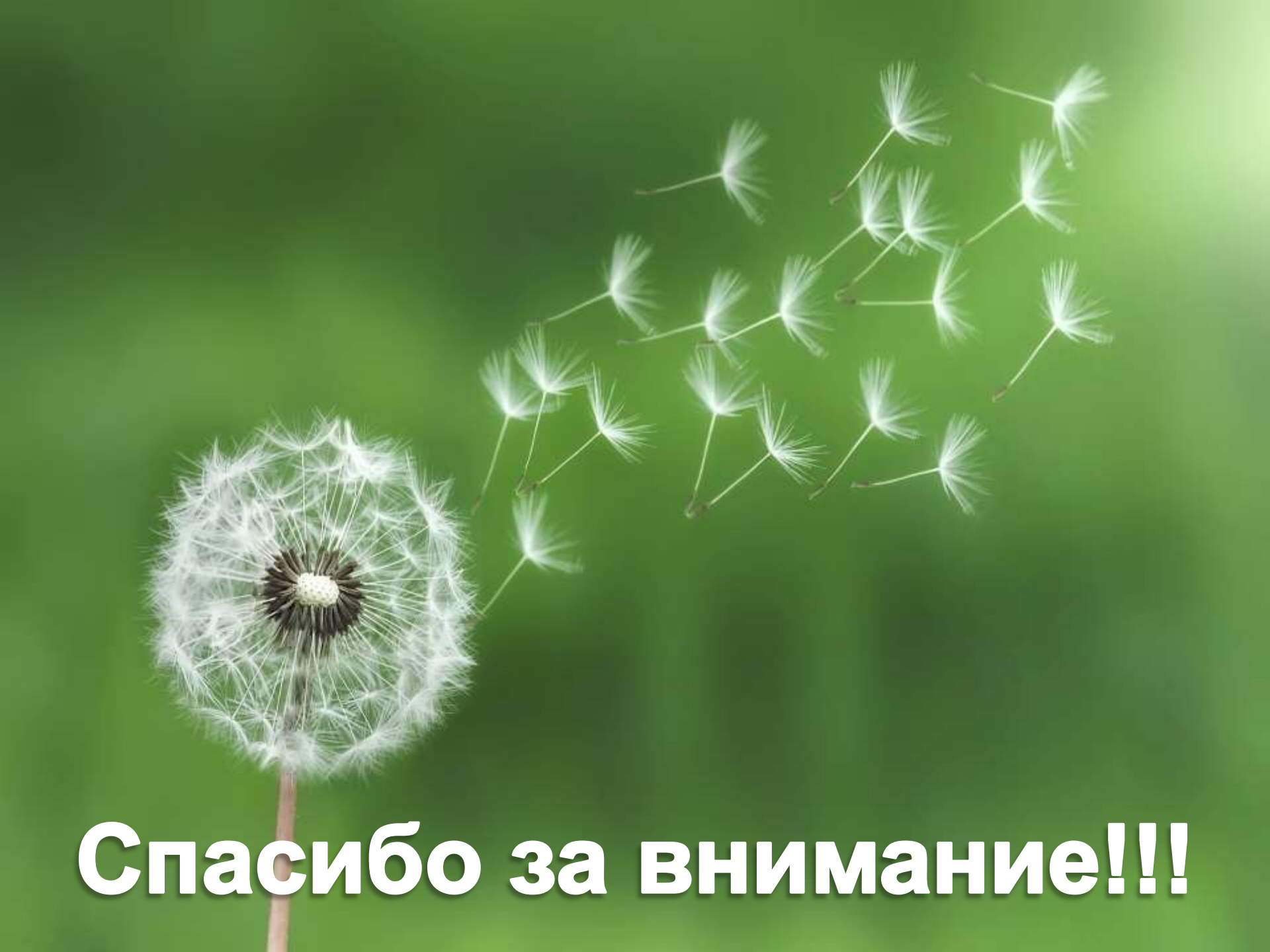
Оценка качества противоболевой терапии инкурабельных пациентов в учреждениях здравоохранения Пензенской области

В 2017 году процент пациентов, получающих препараты третьей ступени обезоболивания, составляет в среднем 15% от общего числа пациентов с ХБС, что свидетельствует о том, что адекватного купирования боли в Пензенской области нет, потому что, по рекомендациям ВОЗ,, около 80% инкурабельных онкологических больных должны получать сильные опиоиды 3 финальных месяца своей жизни.

В 2017-18 гг по приказу МЗ Пензенской области во всех лечебных учреждениях Пензы и Пензенской области проведены обучающие семинары «Клинические рекомендации по лечению ХБС в онкологии». Проанализированы истории болезней и амбулаторные карты. Проведенный анализ показал:

- количество «клинических ошибок», связанных с «неназначением» препаратов 3-ей ступени обезболивания, что в наибольшей степени влияет на доступность наркотических лекарственных средств, достаточно велико;
- в среднем 49% «не назначены обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль», 40% «не назначены неинвазивные формы препаратов 3 ступени», 22% «не переведены на 3 ступень обезболивания при наличии показаний».

Основная проблема в тактике ведения этой группы больных – неправильные комбинации и дозировки назначаемых наркотических препаратов («тактические ошибки»). Например, (76,0%) «препараты 2-й и 3-й ступени обезболивания назначались без учета их времени действия или на факт боли», у 66,5% – не регистрировался факт увеличения суточной дозы трамадола. В общей структуре зарегистрированных дефектов доля «тактических ошибок» составила 71,2%.


Спасибо за внимание!!!