

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ імені П. Л. Шупика
Кафедра паліативної та хоспісної медицини



Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, з цукровим діабетом та під час пандемії Ковід -19

Наталія Кожан, к.м.н., Заслужений лікар України,
асистент кафедри

У 2014 р перша в історії глобальна резолюція по паліативної допомоги, WHA67.19, закликала ВООЗ і держави-члени покращувати доступ до паліативної допомоги як одного з основних компонентів системи охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу первинній медико-санітарної допомоги та надання допомоги на рівні місцевих спільнот і на дому.

- ▶ Резолюція шістдесят сьомої сесії Всесвітньої Асамблеї Охорони Здоров'я, 2014 рік



Закон України

Основи законодавства України про охорону здоров'я
(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19)

- ▶ **Стаття 8. Державний захист права на охорону здоров'я**
- ▶ **Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист.**
- ▶ **Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:**
 - ▶ **паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я**



Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення (Відомості Верховної Ради (ВВР), № 5, ст.31

- ▶ Стаття 4. Програма медичних гарантій
- ▶ У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам...повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:
 - ▶ 1) екстреної медичної допомоги;
 - ▶ 2) первинної медичної допомоги;
 - ▶ 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
 - ▶ 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
 - ▶ 5) паліативної медичної допомоги;
 - ▶ 6) медичної реабілітації;
 - ▶ 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
 - ▶ 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

За даними ВООЗ більшість дорослих, які потребують паліативної допомоги, мають хронічні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання (38,5%), рак (34%), хронічні захворювання органів дихання (10,3%), СНІД (5,7%) і цукровий діабет (4,6%).

80% хворих на СНІД або рак і **67% пацієнтів**, які страждають від серцево-судинних захворювань або хронічних обструктивних хвороб легенів, **будуть відчувати в кінці життя больовий синдром середньої і високої інтенсивності**



Паліативна допомога ВІЛ-інфікованим

(Паліативна допомога при СНІДі. Технічний огляд. ЮНЕЙДС, ВООЗ та інші, 2001 р.)

- ▶ Особливості:
- ▶ У зв'язку із складним процесом розвитку захворювання з його широким діапазоном ускладнень, паліативна допомога повинна поєднувати інтенсивну терапію з симптоматичним лікуванням хронічних захворювань;
- ▶ Необхідність комбінованого лікування, яке може бути не під силу системі охорони здоров'я;
- ▶ Стигматизація і дискримінація, з якими стикається більшість людей, що живуть з ВІЛ / СНІДом;
- ▶ Ускладнення відносин в родині, наприклад, при інфікуванні обох партнерів;
- ▶ Зміна взаємовідносин в сім'ї, наприклад, коли маленькі діти повинні взяти на себе обов'язки по догляду за своїми батьками;
- ▶ Навантаження, що лягає на медичних працівників.



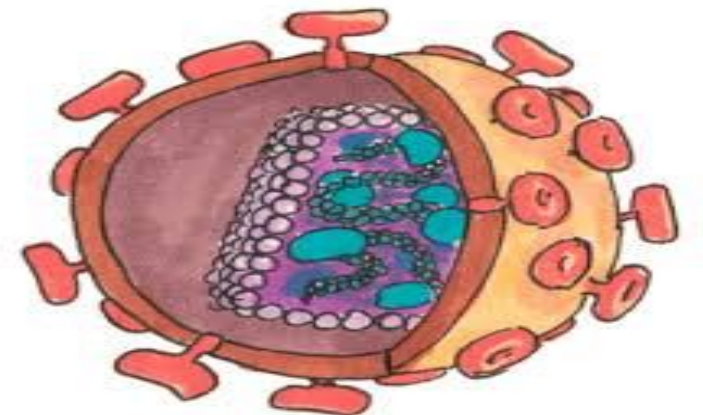
Завдання

- ▶ Знеболювання
 - ▶ Лікування інших симптомів, таких як нудота, слабкість і стомлюваність
 - ▶ Підтримка при вирішенні психологічних проблем
 - ▶ Духовна підтримка і допомога в підготовці до смерті
 - ▶ Підтримка членів сім'ї та людей, які здійснюють догляд
 - ▶ Надання допомоги по догляду
 - ▶ Попередження інфікування та психологічна підтримка
- (Паліативна допомога при СНІДі. Технічний огляд. ЮНЕЙДС, ВООЗ та інші, 2001 р.)



Основні факти

- ▶ ВІЛ залишається однією з основних проблем глобальної громадської охорони здоров'я.
- ▶ У 2020 р. у світі нараховувалося 37,7 млн. людей з ВІЛ-інфекцією. Померло 680 тисяч.
- ▶ 1,5 млн. людей інфікувалися у 2020 році.
- ▶ 25,4 млн. людей знаходяться в Африканському регіоні (кожний 25-й дорослий) та зареєстровано 60% нових випадків

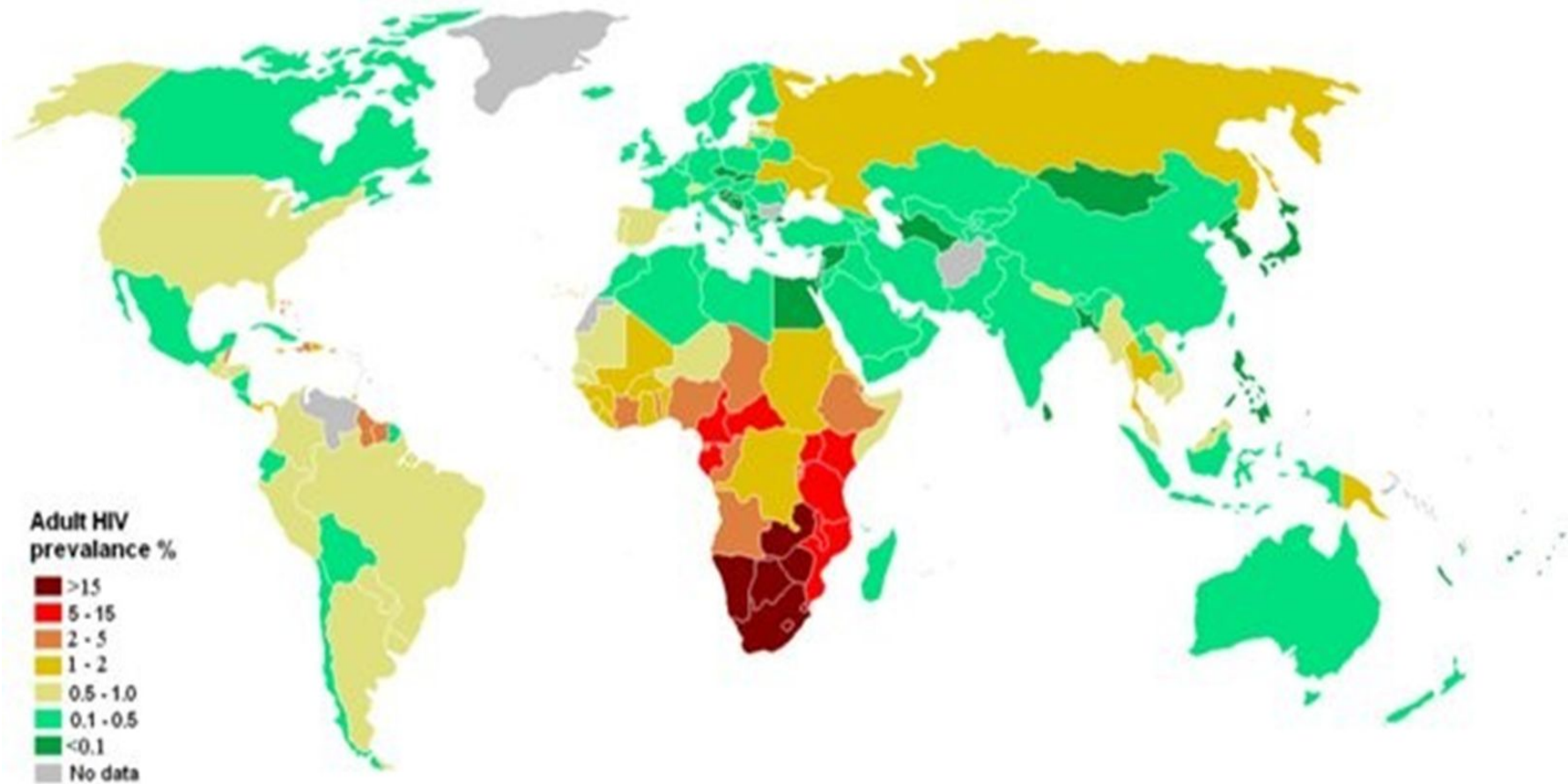


Цілі 90-90-90 (95-95-95)

Прогрес у досягненні цілей на початок 2021 р.



Поширеність ВІЛ-інфекції у світі



Кількість ВІЛ-інфікованих в Україні (1987-2021 рр.)

- ▶ Кількість ВІЛ-інфікованих за період 1987-2021 рр. - 381,9 тис. осіб, 126,8 тис. –СНІД, 55,4 тис. – померло

Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2021р.-15341 особа, СНІДу – 4151 особа, померло – 1923 - особи

За оціночними даними 2020 р. в Україні:

живуть з ВІЛ і не отримують АРТ – 100 тис. людей,

в т.ч. не знають про свій ВІЛ-статус – 80 тис. людей

Кожний другий пацієнт з ВІЛ виявляється через

7-12 років після інфікування

60% ЛЖВ стають на диспансерний облік с СД;

менше 350 кп

Генералізована стадія епідемії: Донецька, Одеська, Луганська,

Дніпропетровська, Кіровоградська, Чернігівська, Миколаївська

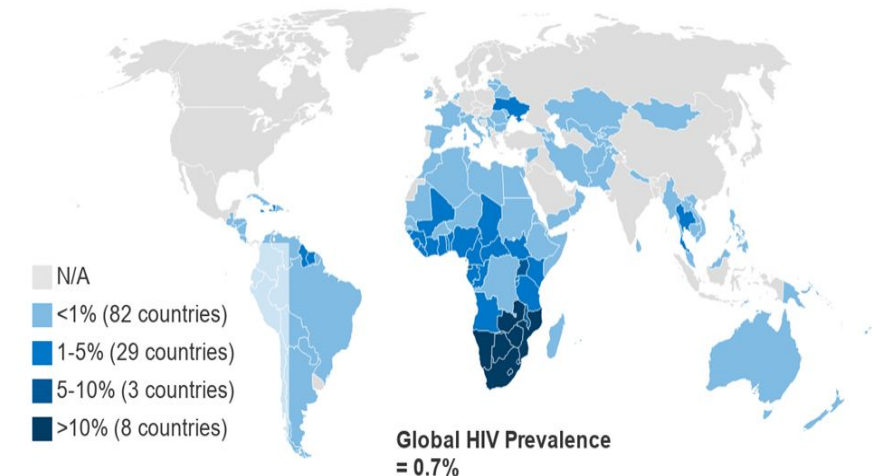
області.

Статевий шлях -61,2%

Парентеральний -38,1%

Figure 1

Adult HIV Prevalence, 2019



NOTE: Data are estimates. Prevalence includes adults ages 15-49
SOURCE: KFF, based on UNAIDS, AIDSInfo, Accessed December 2020.

KFF

Мультидисциплінарна команда

(Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»)

- ▶ **Мультидисциплінарна команда (МДК) є координуючим органом та основою надання ПД.**
- ▶ **МДК це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані:**
 - **спільною метою;**
 - **спільними цінностями;**
 - **спільним методами та підходами до виконання завдань;**
 - **комплементарністю навичок членів групи;**
 - **чітко визначеними ролями в середині групи;**
 - **взаємною відповідальністю та контролем.**



Склад мультидисциплінарної команди

(Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»)

► Склад МДК:

- лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник, близьке оточення хворого
- представники релігійних та громадських організацій
- інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність.



Роботу МДК координує лікар.

Представники неурядових та релігійних організацій, а також особи з близького оточення хворого, які залучаються до процесу надання допомоги, проходять обов'язкову спеціальну підготовку з основ паліативного догляду.

Прийняття рішень щодо плану паліативної допомоги

- ▶ Здійснюється членами МДК за участю хворого та його близького оточення.
- ▶ Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта.
- ▶ Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами МДК і родиною пацієнта.



Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД

(Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»)

- ▶ У хворих з ВІЛ-інфекцією спостерігається висока поширеність болювого та інших синдромів.
- ▶ **Причини:**
 - безпосередньо вірус імунодефіциту
 - специфічні опортуністичні інфекції або злоякісні новоутворення
 - медикаменти, які використовуються для лікування ВІЛ-інфекції або супутніх захворювань.



Ефективна терапія

- ▶ Лікування або усунення основної причини синдрому;
- ▶ Лікування самої ВІЛ-інфекції;
- ▶ Зміна етіотропної терапії для зменшення токсичності;
- ▶ Безпосередньо симптоматична терапія.



Паліативна допомога і цукровий діабет.

За оцінками, у всьому світі щорічно 40 мільйонів людей потребують паліативної допомоги, але лише 14% отримують її.

Захворюваність на цукровий діабет (ЦД) у пацієнтів, які отримують паліативну допомогу, вище, ніж у загальній популяції.

Причини:

- збільшення тягаря ЦД у всьому світі;
- старіння населення;
- збільшення тривалості життя при низці захворювань за останні кілька десятиліть.



Рекомендації щодо ведення ЦД у контексті паліативної допомоги здебільшого спираються на експертну думку, оскільки відсутня відповідна доказова база, а рандомізованих клінічних досліджень у галузі паліативної допомоги мало.



Паліативна допомога і цукровий діабет.

- ▶ Діабет та пов'язані з ним супутні захворювання впливають на якість життя, погіршують функціонування та самообслуговування, збільшують потребу у госпіталізації та повторній госпіталізації та в кінцевому підсумку призводять до смерті.
- ▶ Понад 50% людей віком 65-80 років страждають від помірної до тяжкої інвалідності та підвищеної залежності. У середньому вони потребують догляду 24 години на добу на протязі від 1,3 до 6,9 років.
- ▶ **Смертність, пов'язана з діабетом, часто є багатofакторною, що ускладнює прогнозування очікуваної тривалості життя.**

Лікування діабету в кінці життя



Мета лікування діабету в кінці життя полягає в тому, щоб забезпечити пацієнту якомога комфортніші умови, а не намагатися підтримувати рівень глюкози в межах цільового діапазону. Важливо наперед планувати паліативну допомогу при діабеті.

Фактори, пов'язані зі скороченням тривалості життя у людей з діабетом

Тривалий перебіг цукрового діабету.

Макро- та мікросудинні ускладнення. Діабет значно збільшує ризик смертності від усіх причин та серцево-судинних захворювань у чоловіків та жінок у два-чотири рази.

Варіабельність рівня глюкози (коливання між високим та низьким рівнем глюкози в крові) та швидке зниження рівня HbA1c.

Мультиморбідність: 80% людей віком 80 років і старше мають у середньому 3,6 захворювань.

Тяжка гіпоглікемія, особливо у людей похилого віку, які отримують препарати сульфонілсечовини або інсуліну, а також у пацієнтів з відсутністю відчуття гіпоглікемії, включаючи деменцію.

Хвороби нижніх кінцівок та стоп.

Поліпрагмазія.

Рак сприяє збільшенню смертності при ЦД2.

Коморбідна депресія.



КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

(наказ МОЗ від 04.06.2020 № 1308 Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні)

1. Захворювання та їх особливості		2. Стани, клінічні показники та функціональні розлади	
Новоутворення, в тому числі доброякісні	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Злоякісне новоутворення ▣ Доброякісне новоутворення з низьким результатом лікування та функціональними розладами 	Алїментарні маркери	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Втрата ваги > 10 % за три місяці ▣ Індекс маси тіла < 18,5 ▣ Альбумін у сироватці < 25 г/л
Хронічні обструктивні захворювання легень	<ul style="list-style-type: none"> ▣ FEV1 < 30 % ▣ CVF < 40 % ▣ DLCO < 40 % ▣ Серцева недостатність — порушення фракції викиду (40% або менше) 	Респіраторні маркери	<ul style="list-style-type: none"> ▣ SaO₂ < 85 % ▣ Необхідність застосування кисневої терапії або ШВЛ ▣ Вже застосовується киснева терапія або ШВЛ ▣ Кровохаркання ▣ Відчуття задихи у стані спокою або при мінімальних навантаженнях ▣ Множинні випадки задихи та дихальної недостатності
Хронічні серцево-судинні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Серцево-судинна недостатність III - IV функціонального класу (NYHA) ▣ Важкі вади серця 3 ступеню (за Стражеско-Василєнко) ▣ Порушення фракції викиду (40 % або менше) 	Біль	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Хронічний больовий синдром (в т. ч. нейропатичні болі) ▣ Фантомний біль
Неврологічні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Інсульт ▣ Запальні хвороби ЦНС ▣ Розсіяний склероз ▣ Хвороба Паркінсона ▣ Хвороба Альцгеймера ▣ Церебральний параліч, який потребує паліативної допомоги ▣ Епілепсія, стійка до лікування ▣ Захворювання рухових нейронів (у т. ч. бічний аміотрофічний склероз) 	Пролежні	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Пролежні виражені 3 - 4 ступеню (з жовтими смертничими / некротичними тканинами, суковичними / гнильовими виділеннями)
Хронічні захворювання печінки	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Прогресуючий цироз ▣ Протипокази до трансплантації або відсутність донора 	Функціональні розлади	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Шкала Бартел < 25 ▣ Індекс Карновського < 50 ▣ Шкала ECOG > 2 ▣ Шкала PPS < 50 % ▣ Прогресуюче погіршення фізичних функцій ▣ Прогресуюче погіршення когнітивних функцій (за шкалою MMSE) ▣ Неспроможність вдягатися, митися або приймати їжу без сторонньої допомоги ▣ Порушення ковтання, прогресуюче або стійке ▣ Годування через зонд або стому ▣ Відмова від їжі у пацієнтів, які не отримують ентерального або парентерального харчування ▣ Нетримання сечі та калу ▣ Неспроможність змістовно спілкуватися — шість або менше розбірливих слів
Хронічне захворювання нирок	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Важка ниркова недостатність (ШКФ < 30) при протипоказах до замісної терапії та трансплантації або відсутність донора 	Інші важкі стани	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Деменція (статті 6 - 7 за шкалами GDS/FAST) ▣ Апатичні/вегетативні стани, наявність м'язової дистрофії та контрактур (> 3 місяців) ▣ Інші ускладнення (аспіраційна пневмонія незважаючи на проти-дисфагічні заходи) ▣ Множинні випадки жару, незважаючи на симптоматичну терапію (постійно підвищена температура після > 1 тижня симптоматичної терапії) ▣ Асцит ▣ ШКФ < 30 ▣ Некроз тканин
Туберкульоз	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Мультирезистентна форма ▣ Інші форми туберкульозу з ускладненнями ▣ Коінфекція (ТБ-ВІЛ, ТБ-гепатит, ТБ-ВІЛ-гепатит) 		
Цукровий діабет	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Цукровий діабет з хронічними ускладненнями, що призвели до функціональних розладів 		
Хронічне психічне захворювання	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Розумова відсталість, яка потребує паліативної допомоги ▣ Важка форма шизофренії з хронічним перебігом ▣ Стійка до лікування депресія ▣ Важка довготривала, стійка до лікування нервова анорексія 		
Інші захворювання	<ul style="list-style-type: none"> ▣ ВІЛ/СНІД ▣ Ревматоїдний артрит ▣ Генетичні та метаболічні захворювання ▣ Важкі наслідки черепно-мозкових уражень, політравми ▣ Вроджені вади розвитку, що впливають на функцію органів ▣ Інші хвороби, симптоми та ознаки, що обмежують або загрожують життю пацієнта 		
<ul style="list-style-type: none"> ▣ В цій колонії (ліва частина сторінки) обрано хоча б один критерій. 		<ul style="list-style-type: none"> ▣ В цій колонії (права частина сторінки) обрано хоча б один критерій. 	
Якщо в обох колонках відзначено хоча б один критерій, то пацієнт потребує паліативної допомоги.		Підпис лікаря (що заповнив форму) _____ Дата _____	

Управління глікемією



- ▶ Профілактика гіперглікемії важлива для запобігання кетоацидозу та гіперосмолярним станам, які викликають значний дискомфорт і можуть призвести до летального результату.
- ▶ Вкрай важливо запобігти гіпоглікемії. Гіпоглікемія часто не береться до уваги через змінену симптоматику і може перейти в хронічну форму. Гіпоглікемія є фактором ризику слабкості і серцево-судинних захворювань і призводить до короточасних когнітивних змін та деменції у довгостроковій перспективі.
- ▶ Моніторинг рівня глюкози в крові у відповідному режимі, адаптованому до схеми лікування та профілю ризику гіпоглікемії, може надати важливу інформацію про варіабельність рівня глюкози, режим лікування та потреби у догляді.

Управління ліками: фармаконагляд



- ▶ Фармаконадзор важливий і включає:
- ▶ Регулярний перегляд ліків, припинення прийому ліків і використання немедикаментозних варіантів, де це можливо, а також вибір найнижчої ефективної дози, коли показані ліки.
- ▶ Інсулін може бути безпечнішим варіантом, ніж деякі інші цукрознижувальні препарати, і може використовуватися з паліативною метою, тобто для підвищення комфорту за рахунок усунення неприємних симптомів, пов'язаних з гіперглікемією.
- ▶ Деякі ліки є діабетогенними, тому важливо діагностувати гіперглікемію, спричинену такими ліками, як глюкокортикоїди, та вживати відповідних заходів.

Харчування та питний режим



- ▶ Недоїдання може сприяти слабкості, гіпоглікемії, повільному загоєнню ран, а також може спостерігатися у людей з надмірною вагою.
- ▶ Можуть бути розлади харчової поведінки, депресія, утруднене ковтання та інші причини.
- ▶ Рак, захворювання щитовидної залози та інші захворювання можуть викликати зміни ваги.
- ▶ Ці фактори підкреслюють цінність всебічної геріатричної оцінки та спільної міждисциплінарної допомоги.

Причини смерті від,

COVID-19

- ▶ Серцево-судинні захворювання - 13,2 %;
- ▶ Цукровий діабет - 9,2 %;
- ▶ Артеріальна гіпертензія - 8,4 %;
- ▶ Хронічні респіраторні захворювання - 8,0 %;
- ▶ Онкологічні захворювання - 7,6 %.
- ▶ **Більше 95 % усіх випадків смерті припадають на людей старше 60 років, і більше 50 % - старше 80 років**

Допомога в закладах довготривалого догляду в умовах пандемії COVID-19

(Тимчасове керівництво «Профілактика інфекцій і інфекційний контроль в установах довгострокового догляду в контексті спалаху COVID-19», ВООЗ, 21.03.20)

- ▶ Попередження заносу вірусу COVID-19 у заклад;
- ▶ Попередження розповсюдження вірусу COVID-19 у закладі;
- ▶ Попередження розповсюдження вірусу COVID-19 за межами закладу.
- ▶ Призначення посадової особи, відповідальної за організацію протиепідемічного режиму та контроль за виконанням заходів інфекційного контролю - координатора з інфекційного контролю



Функції координатора з інфекційного контролю

- ▶ 1. Проводити інструктаж усього персоналу щодо COVID-19, включаючи:
 - ▶ - загальну інформацію про COVID-19;
 - ▶ - гігієну рук і респіраторний етикет (респіраторну гігієну);
 - ▶ - стандартні запобіжні заходи;
 - ▶ - заходи профілактики зараження COVID-19.
- ▶ 2. Проводити присвячені COVID-19 інформаційні заходи для пацієнтів з метою підвищення їх обізнаності про вірус і профілактичні заходи.
- ▶ 3. Регулярно проводити перевірки практики інфекційного контролю (дотримання правил гігієни рук, респіраторної гігієни) з наданням рекомендацій персоналу.



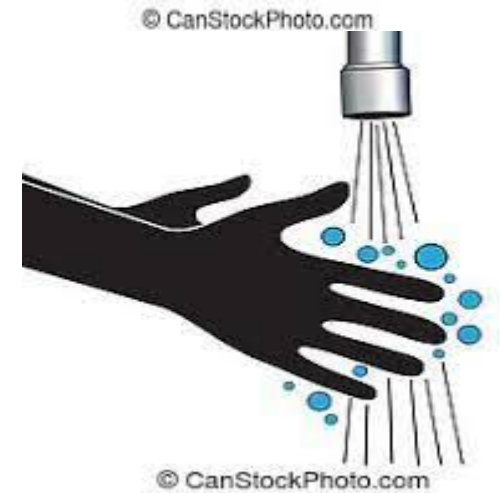
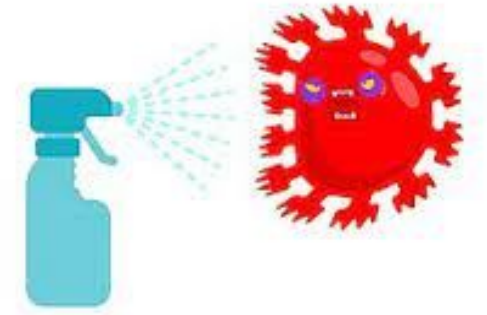
Попередження поширення COVID-19 в паліативному відділенні

Виконання правил дистанціювання:

- ▶ обмеження відвідувань;
- ▶ забезпечення фізичного дистанціювання під час групових занять та заходів, якщо їх скасування неможливо;
- ▶ закриття столових і обслуговування пацієнтів в палатах;
- ▶ забезпечення можливості підтримки між пацієнтами дистанції не менше 1 метра;
- ▶ заборона пацієнтам і персоналу торкатися один до одного без необхідності.

Попередження поширення COVID-19 в паліативному відділенні

- ▶ Використання миючих засобів і засобів дезінфекції для очищення і дезінфекції всіх горизонтальних поверхонь і поверхонь, до яких часто торкаються пацієнти і персонал (наприклад, вимикачів світла, дверних ручок, приліжкових поручнів, приліжкових столів/тумбочок, телефонів);
- ▶ Прибирання туалетів повинно проводитися не рідше двох разів на добу або частіше при наявності видимих забруднень.



Відвідування пацієнтів

- ▶ Доступ відвідувачів у ЗОЗ ПХД повинен бути обмежений і по можливості виключений.
- ▶ Вхід обмеженого числа відвідувачів, які пройшли скринінг, у відділення допускається тільки з міркувань гуманності, а саме тільки родичів або близьких паліативних пацієнтів для надання їм емоційної підтримки
- ▶ Усі відвідувачі повинні проходити скринінг на предмет виявлення ознак і симптомів гострої респіраторної інфекції або значного ризику захворювання на COVID-19.
- ▶ Осіб з ознаками або симптомами гострої респіраторної інфекції у ЗОЗ ПХД не допускають.

Відвідування пацієнтів

- ▶ Для дотримання вимог фізичного дистанціювання допускається одноразова присутність тільки одного відвідувача.
- ▶ Спілкування з пацієнтами організувати з використанням засобів телефонного або відеозв'язку, або ж встановлюються пластикові або скляні екрани між відвідувачами і пацієнтами.
- ▶ Відвідувачам необхідно дати інструкції з питань респіраторної гігієни (обов'язкове носіння медичної маски) та гігієни рук і рекомендувати триматися від пацієнта на відстані не менше 1 метра
- ▶ Прямі контакти відвідувачів з пацієнтами з підтвердженням захворювання COVID-19 або з підозрою на COVID-19 повинні бути виключені.

Як надягати, використовувати, знімати і утилізувати маску

1. Перед тим як надіти маску, вмийте руки із засобом на спиртовій основі або милом
2. Покрийте рот і ніс маскою і персоналізуйте, до між вашим обличчям і маскою не повинні проглядати
3. Не торкайтеся руками зовнішньої поверхні маски під час її використання; якщо зробили це, протріть руки засобом на основі спирту чи вмийте з милом
4. Зніміть маску новою, як тільки вона стала вологою, і не використовуйте повторно
5. Як знімати маску не торкайтеся до її зовнішньої поверхні – зніміть маску за гумки; негайно викиньте у закритий контейнер; протріть руки засобом на основі спирту чи вмийте з милом

**Заходи при виявленні хворих
(Профілактика інфекцій і інфекційний контроль в закладах
довгострокового догляду в контексті спалаху COVID-19. Тимчасові
рекомендації .ВООЗ, 8 січня 2021 р,**

- ▶ **Заходи інфекційного контролю:**
- ▶ використовувати засоби індивідуального захисту від інфекцій з повітряно-краплинним і повітряно-пиловим шляхами передачі (при наявності показань) в ході надання допомоги пацієнтам;
- ▶ забезпечити ізоляцію хворих з підозрою на захворювання або підтвердженим діагнозом COVID-19 в одномісних палатах або, при неможливості, спільно з іншими хворими;
- ▶ відокремити окремо пацієнтів з підозрою на захворювання і підтвердженим діагнозом перебувати;
- ▶ проводити ретельне клінічне обстеження пацієнтів медичним персоналом, особливо осіб, у яких є фактори ризику швидкого погіршення стану, і в разі потреби приступати до своєчасного лікування та розгляду питання про можливу екстрену госпіталізацію пацієнта до відповідної установи;
- ▶ поміщати всіх осіб, які контактували з пацієнтами з підтвердженим діагнозом COVID-19, на карантин в займаних ними палатах або окремо від інших пацієнтів, а також спостерігати за станом їх здоров'я протягом 14 днів від моменту останнього контакту;
- ▶ вживати необхідних заходів для попередження контактів з джерелом зараження і профілактики інфекції, викликані вірусом SARS-CoV-2, серед медичних працівників.
- ▶ У разі смерті пацієнта з COVID-19 необхідно забезпечити дотримання процедур безпечного поводження з тілом.

Стратегія розширення паліативної допомоги під час і після пандемії COVID-19

- ▶ забезпечити доступність і раціональне використання засобів індивідуального захисту персоналом, який надає паліативну допомогу;
- ▶ забезпечити адекватне і збалансоване постачання опіоїдними лікарськими засобами всіх пацієнтів для полегшення задишки і болю;
- ▶ провести швидке навчання всього медичного персоналу для задоволення додаткових потреб паліативної допомоги пацієнтів з COVID-19;

Стратегія розширення паліативної допомоги під час і після пандемії COVID-19

- ▶ забезпечити доступ паліативних пацієнтів, які інфіковані або захворіли на COVID-19, до адекватного знеболення, у тому числі із застосуванням наркотичних анальгетиків, та симптоматичного лікування;
- ▶ забезпечити паліативних пацієнтів і персонал ЗОЗ ПХД та виїзних бригад ПХД засобами індивідуального захисту;
- ▶ забезпечити оптимальну професійну підготовку медичних і соціальних працівників, родичів та волонтерів з питань організації та надання ПХД в умовах пандемії COVID-19.
- ▶ організувати мультидисциплінарну співпрацю між лікарями, медичними сестрами, клінічними фармацевтами тощо; велике значення має залучення членів родини, опікунів і доглядальників літнього пацієнта до процесу прийняття рішень та визначення цілей під час лікування COVID-19 та надання ПХД.

Стратегія розширення паліативної допомоги під час і після пандемії COVID-19

- ▶ залучати технологічних партнерів для надання працівникам охорони здоров'я можливостей телемедицини для практичного проведення заходів з паліативної допомоги на дому;
- ▶ дозволити сім'ям віртуально відвідувати і брати участь в ухваленні рішень про здоров'я разом з близькими, особливо в кінці життя, щоб подолати майже повсюдний страх смерті на самоті.

- ▶ Заходи інфекційного контролю, особливо застосування засобів індивідуального захисту, а також обмеження відвідувань і групових заходів, можуть позначатися на психічному і фізичному здоров'ї і відповідно благополуччі пацієнтів і співробітників паліативних і хоспісних відділень.
- ▶ Поряд з організацією належного захисту пацієнтів, відвідувачів і персоналу від COVID-19 необхідно забезпечити постійну відповідність наданої допомоги принципам гуманності, поваги і задоволення потреб людей

Дякую за увагу! Будьте здорові!

