Паллиативная помощь

— это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи.

Программы

- Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи
- Оказание паллиативной помощи

Постановление правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»

Статистика

Несмотря на помощь, все же…

- Большинство прогнозов – неблагоприятные
- Увеличение инвалидов 1 и 2 групп, хроников (>1 года), необходимость интернатов
- Всего 10% от необходимого объема паллиативной помощи
- Из 260 директоров центров паллиативной помощи – 71% надеются на более активное участие психиатров в междисциплинарных бригадах паллиативной помощи (в США)

Статистика

- Всего 15% затрат - амбулаторное лечение
- Госпитализация на 82% больше, чем в Европе
- 65% - нуждается в лечении
- 10% - числятся лишь на бумаге
- 15% - «валежник»
- Примерно каждый пятый – не в остром состоянии

Предложения

Обучение паллиативной помощи + самостоятельное обезболивание

Увеличение стационарных услуг + специальных выездных бригад

Информирование пациентах

Координация здравоохранения и социальной защиты с семьей

Увеличение количества психотерапевтов

Защита прав и интересов пациентов и семьи

Введение новых форм обезболивания + их доступность

Преодоление стигматизации пациентов (-ами)

В мире

- В Японии в 70% при оказании паллиативной помощь психиатр используется как член команды.
- В США в услуги хосписа включается уход за членами семьи до и после смерти пациента. Уход доступен для пациентов с прогнозом жизни 6 месяцев или меньше, а продлить срок можно более чем на 2,5 месяца.

Примеры

В **Швеции** успешная подготовка в этой области позволила заметно снизить число госпитализаций, а также показатели самоубийств среди населения, обслуживаемого подготовленными врачами общей практики.

Однако через три года эти показатели вернулись к прежнему уровню, что, по-видимому, свидетельствует о необходимости непрерывной подготовки врачей, организации контроля и оказания им соответствующей поддержки.

Изменения

С 2000 по 2015 (тыс. человек)

Врачей-психиатров+наркологов в РФ: 24->20

Коек всего: Крым 16,3->14,8; Севастополь 2,8->2,7

Взято **под наблюдение** пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом: 74 -> 63

Обратилось пациентов **за** консультативно-лечебной **помощью**: 424 -> 377

Численность пациентов, **состоящих на учете** в лечебно-профилактических организациях: 1637->1536

Численность пациентов, которым **оказывается** консультативно-лечебная **помощь**: 2151->2136

Изменения

В 2014 году

- Количество коек в психиатрии сократилось на 50 тысяч
- Не приняты меры по созданию амубатория -> переполненность оставшихся стационаров, учащение рецедивов, однако уменьшение количество больных
- Среднее время в стационаре – 76,7 суток
- С 318 до 277 уменьшилось количество диспансеров
- Преимущества децентрализации игнорируются -> государство контролирует психиатрическую помощь и средства сэкономленные на сокращении стационаров направляются не на внебольничную помощь, а в общий бюджет Министерства Здравоохранения

Сейчас

В настоящее время лица, находящиеся на постельном режиме или передвигающиеся с посторонней помощью, могут находиться на государственном обеспечении в Отделении (доме-интернате) милосердия для лиц старческого возраста с нерезко выраженными изменениями психической деятельности и без расстройств поведения, а так же так же для детей и инвалидов молодого возраста с нерезко выраженным снижением интеллекта, для детей от 4 до 16 лет с средней\тяжелой степени умственной отсталости, для хронически психически больных лиц 16 лет и старше

постоянно\временно (2-6мес.)\5 дней в неделю.

Минусы

- Нет определения показаний для паллиативной помощи в области психиатрии, что способствовало бы более рациональной организации труда
- Недостаточное внимание к проблемам психически больных
- Отсутвуют критерии неизлечимости (долгосрочного неблагоприятного клинического и социального прогноза)