

ФДПО Кафедра общественного здоровья и здравоохранения



Принципы и философия паллиативной медицинской помощи. Опыт развития паллиативной помощи в России и за рубежом.



- **Паллиативная помощь** - это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития (ВОЗ 1990).
- **Паллиативная помощь** - всеобщая активная забота о пациентах и их семьях, обеспеченная группой профессионалов в то время, когда болезнь пациента более не поддается лечению.



ется каждого на
Мы все хотели
и наша жизнь и
ех, кого мы
завершалась
но и спокойно».

скоп Десмонд
2005

Цель паллиативной ПОМОЩИ



**- обеспечить
максимально
возможное высокое
качество жизни для
больного и его семьи,
достойную смерть.**



- Цели паллиативной помощи не должны ограничиваться лечением болевого синдрома и контролем показателей жизнедеятельности.
- Паллиативная помощь должна также охватывать психиатрические, психосоциальные, экзистенциальные и духовные аспекты жизни больного.
- Пациенты испытывают в той или иной мере, время от времени или постоянно чувства отчаяния и душевного страдания. Проявлениями чувства отчаяния может быть желание ускорить наступление смерти, потеря смысла и надежды в последние месяцы жизни. Мы должны быть рядом.

Задачи паллиативной помощи



- Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов
- Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников
- Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека
- Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких
- Решение социальных, юридических и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти

Паллиативная ПОМОЩЬ



30/06/2013

**отвечает физическим,
психологическим,
социальным и духовным
потребностям больного**

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

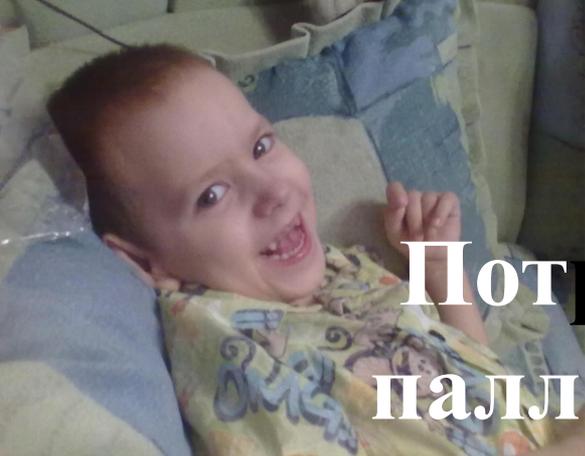


- объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы с тем, чтобы помочь неизлечимому больному примириться с ситуацией так полно, насколько это возможно
- представляет систему поддержки, помогающую пациентам жить настолько активно и творчески, как только это для них возможно, до самого конца жизни
- предлагает систему поддержки семьям в период болезни пациента и в период утраты

Основные требования ВОЗ:



- Должна существовать Государственная программа, гарантирующая интеграцию паллиативной помощи в существующую структуру здравоохранения и обеспечивающая её адекватное финансирование
- Должна быть разработана и принята Образовательная программа в области паллиативной помощи, направленная на профессиональную подготовку врачей, медицинских сестёр, социальных работников, на обучение волонтеров и повышение уровня грамотности общества в целом
- Лекарственная политика государства должна гарантировать доступность основных лекарств для купирования боли, в частности неинъекционных форм опиоидных анальгетиков, а также для лечения других тягостных симптомов



Потребители паллиативной ПОМОЩИ



- Взрослые и дети, страдающие прогрессирующими хроническими неизлечимыми заболеваниями
- Родственники пациентов
- Прочие лица, осуществляющие уход

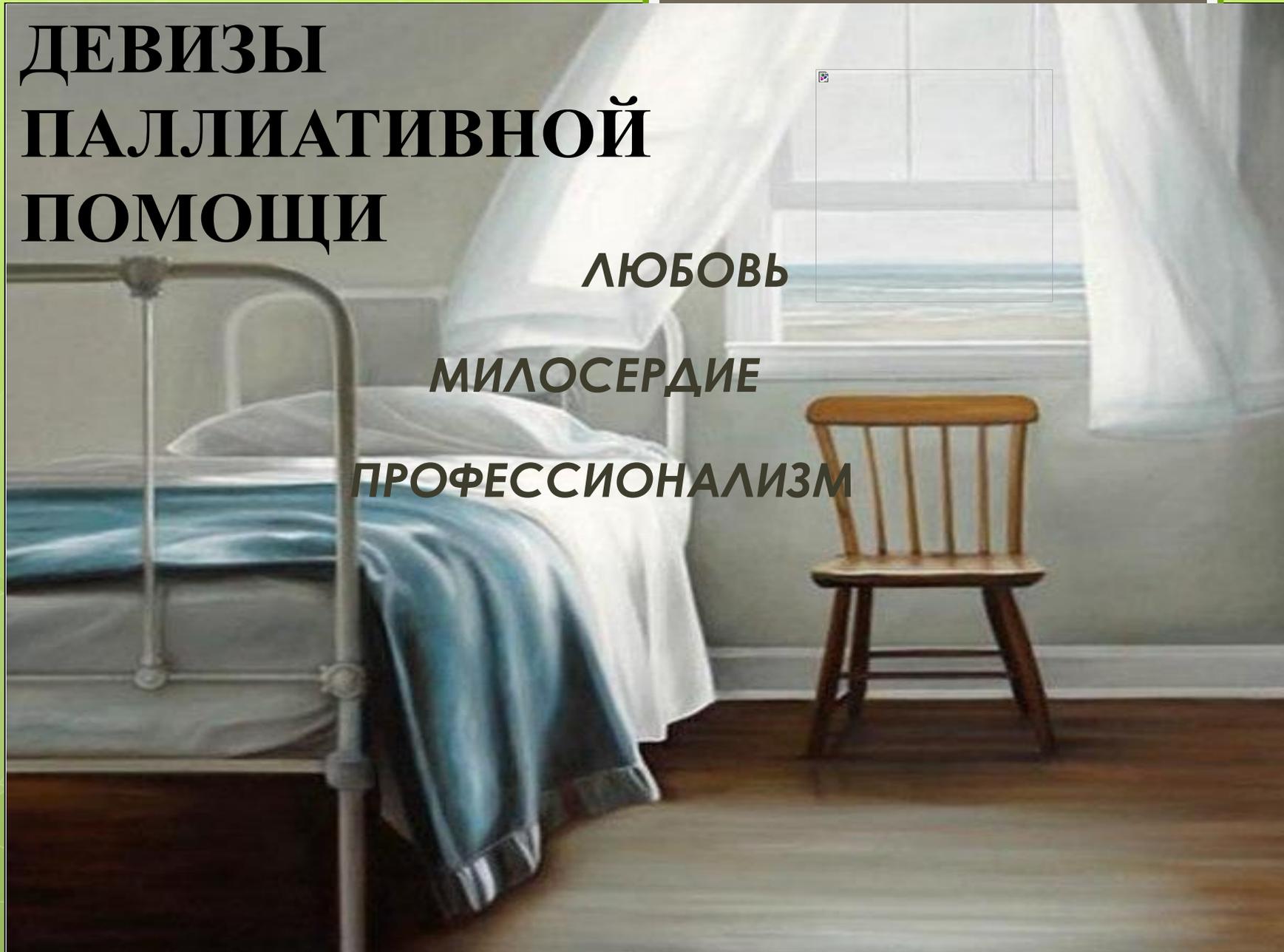


ДЕВИЗЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ЛЮБОВЬ

МИЛОСЕРДИЕ

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ



- Уважать жизнь
- Допускать возможность смерти
- Делать добро
- Сводить к минимуму вред



Постулаты паллиативной помощи



Паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и воспринимает умирание, если оно неизбежно, как нормальный процесс,
- не ускоряет и не оттягивает смерть,
- облегчает боль и устраняет иные тяжелые симптомы,
- объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы,
- помогает больным жить настолько активно и творчески, насколько это для них возможно,
- всячески поддерживает больного в течение болезни, а также помогает его близким пережить утрату.



Когда остается совсем мало надежды на
излечение, вполне реально рассчитывать на
улучшение качества жизни!



Концепция паллиативной помощи - борьба с симптомами, решение психологических, социальных и духовных проблем больного приобретает первостепенное значение.

Основное положение паллиативной помощи - каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.



Потребности семей



□ **Философия паллиативной помощи** - болезнь должна рассматриваться не только как отклонение от норм физиологии, но и с точки зрения страдания, которое она приносит, а также с точки зрения влияния болезни на семью больного.

□ **Паллиативная помощь предполагает решение возникающих проблем совместными усилиями.**

-Медработники и родственники больных должны действовать сообща, как одна команда.

-Самые лучшие рекомендации имеют смысл только тогда, когда кто-то может их выполнять.

-Невозможно ожидать, что семья сможет действовать профессионально, если она недостаточно информирована и подготовлена для этого.



Заповеди Хосписа



1. Хоспис - это комфортные условия и достойная жизнь до конца.
2. Мы работаем с живыми людьми. Только они скорее всего умрут раньше нас.
3. Нельзя торопить смерть, но и нельзя искусственно продлевать жизнь. Каждый живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на последнем этапе жизни пациента.
4. Брать деньги с уходящих из этого мира нельзя. Наша работа может быть только бескорыстной.
5. Мы не можем облегчить боль и душевные страдания пациента в одиночку, только вместе с ним и его близкими мы обретаем огромные силы.

Заповеди Хосписа



6. Пациент и его близкие - единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

7. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека - для пациента имеет огромный смысл.

8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

9. Принимай от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать - пойми человека, прежде чем понять - прими его.

10. Будь всегда готов к правде и искренности. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому... Но не спеши.

Заповеди Хосписа



11. "Незапланированный" визит - не менее ценен, чем визит "по графику". Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти - позвони; не можешь позвонить - вспомни и все-таки ... позвони.

12. Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом - посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

13. Хоспис - дом для пациентов. Мы - хозяйева этого дома, поэтому: переобуйся и вымой за собой чашку.

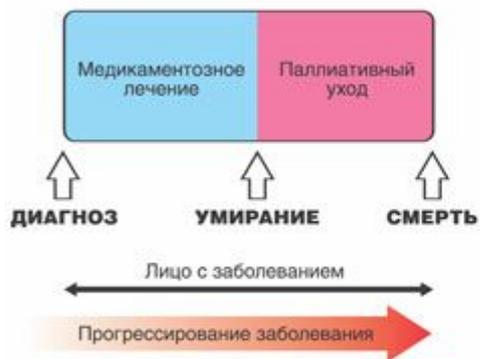
14. Репутация хосписа - это твоя репутация.

15. Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.

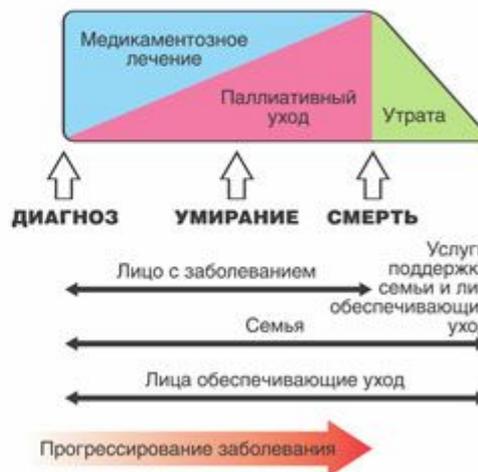
"ДОМ ДЛЯ ЖИЗНИ"



Традиционное разделение
медикаментозного лечения и
паллиативного ухода



Интегрированная модель
медикаментозного лечения и
паллиативного ухода



Опыт развития паллиативной помощи в России и за рубежом.



История добровольчества возвращает нас в домонгольский период, когда, как считают российские ученые, зародилась так называемая «общественная благотворительность».

Немалую роль играла церковь, которая призывала свою паству помогать друг другу в беде, учила милосердию, состраданию, давала кров нуждающимся.

А еще корни следует искать в народной традиции взаимопомощи: русские люди привыкли жить общиной и справляться со всеми невзгодами вместе.

Екатерина II основала целый ряд благотворительных заведений: Воспитательные дома в Москве и Санкт-Петербурге, Общество воспитания благородных девиц в Смольном монастыре.

Работы на ниве благотворительности стали основным общественным занятием придворных дам.

Расцвет добровольчества и благотворительности пришелся на рубеж 18-19 веков и связан в первую очередь с именем императрицы Марии Федоровны. Ее было создано 22 благотворительных заведения.

Марфо-

Мариинская

обитель милосердия была основана Великой Княгиней Елизаветой Федоровной в 1909 году.

Принцесса Дармштадская, внучка королевы Виктории, супруга Великого князя Сергея Александровича Романова, погибшего от руки террориста, приняла и всей душой полюбила Православие. Она

пронесла эту любовь через всю свою жизнь, показывая своим примером, как надо служить Отечеству.



Огромные средства и силы Елизавета Федоровна и ее обитель отдавали детям.



В годы Первой мировой войны здесь не только выхаживали воинов, но и заботились о детях, которых перевозили в Москву из тех мест, где велись военные действия.

Великой княгине удалось объединить московские общественные организации для целенаправленной благотворительной деятельности.

Марфо-Мариинская обитель обеспечивала бесплатным лечением, лекарствами, призреванием самых обездоленных. За короткое время она стала Центром всероссийского милосердия. В 1926 году Обитель закрыли. Ее возрождение началось в 1990 году.





В свое время Великая княгиня Елизавета Федоровна Романова создала кружок «Детская лепта», состоящих из богатых детей, которые помогали своим неимущим сверстникам. Ведь на Руси благотворительность была частью души каждого русского человека. И сейчас очень хочется, чтобы в каждом человеке нашлось место такому великому чувству как милосердие



Главная идея
благотворительной
деятельности – сделать
вместе много добрых,
полезных дел для тех, кто в
этом нуждается, привлечь
внимание общественности
к важной роли
добровольчества и

предложить участвовать в добровольческой помощи
как можно большему количеству людей.



**В России зачатки
паллиативной
помощи
закладывались уже в
начале XX века.**



В 1903 г. по инициативе проф. А. Л. Левшина на пожертвования фабриканта С. Морозова открыт Раковый институт при медицинском факультете Московского университета (ныне - Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова) , где организован уход за больными с распространенными формами злокачественных образований.





Савва Морозов

- персонаж уникальный в истории России. Выходец из старообрядческой купеческой семьи, один из самых влиятельных и продвинутых российских промышленников, миллионер, который экономил, если не на спичках, то на электричестве, выбрасывая при этом сотни тысяч на благотворительность.

Морозов изучал химию в Кембридже. Учебу в университете он совмещал с поездками по текстильным фабрикам Великобритании, активно изучал местный опыт.

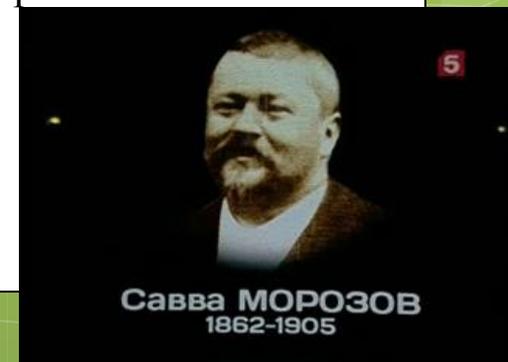
В 1886-м он возглавил Товарищество Никольской мануфактуры "Саввы Морозова сын и К", стал и директором Трехгорного пивоваренного товарищества в Москве.

В 1905 году учредил загадочное анонимное общество соединенных химических заводов "С. Т. Морозов, Крель и Оттман«(компания была связана с военными заказами русско-японской войны). Морозов первым ввел новаторский соцпакет для рабочих своих мануфактур (оплачивал работницам декретный отпуск). Финансово поддерживал революционеров и даже прятал подпольщиков от арестов у себя на фабрике.

Смерть Морозова окутана тайной: до сих пор не опровергнута версия, что его самоубийство в 1905 году в Каннах, куда он поехал лечить нервное расстройство, было инсценировано революционерами, которым он якобы перестал помогать.



obuk.ru



Савва МОРОЗОВ
1862-1905



В 1909 г. Александр Григорьевич и Елена Ивановна Елисеевы основали на свои средства Еленинскую бесплатную больницу в Лесном, передав ее в ведение Императорского Человеколюбивого общества.

В 1911 г. открыта **Еленинская больница** для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была построена в Санкт-Петербурге.

Здание больницы было выстроено арх. А. К. Гаммерштедтом.





Еленинская бесплатная больница работала «**для бедных женщин христианского вероисповедания, страдающих злокачественными опухолями**» была рассчитана на 90 коек.

Елисеевы взяли на себя обязанности пожизненных почетных попечителей. На содержание больницы шли проценты с положенных Елисеевым в банк трехсот тысяч рублей.

Им помогали Екатерина Ивановна Аверина, невестка Елены Ивановны, и Елизавета Александровна, дочь Александра Григорьевича.





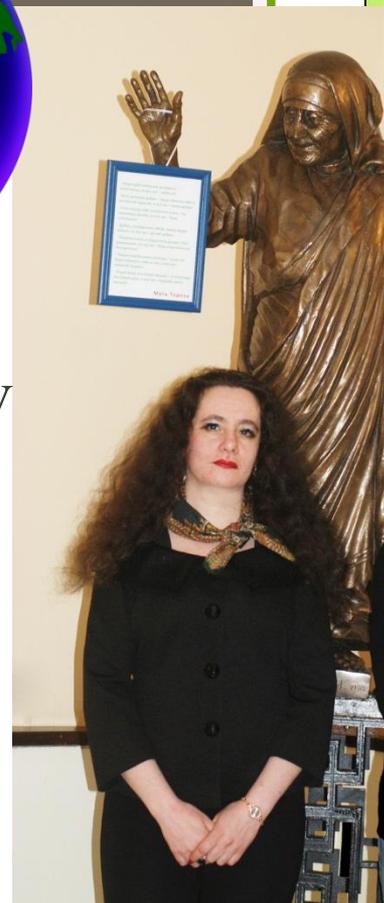
**В середине 80-х годов
прошлого века, на базе
Московской городской
больницы №64 молодым
главным врачом
Олегом
Всеволодовичем
Рутковским был создан
прообраз отечественной
хосписной помощи -
отделение по уходу за
умирающими
онкологическими
больными.**



Начало 90-х годов XX века
ознаменовалось
возникновением
специализированной,
медико-социальной,
психологической помощи
онкологическим больным
в условиях специальных
учреждений
здравоохранения —
ХОСПИСОВ.



Московский хоспис №1



Первый хоспис в Москве начал действовать в 1994 году. Сначала как выездная служба онкологическим больным IV клинической группы. В 1996 году был открыт стационар на 25 коек, вскоре стал действовать дневной стационар.





Помимо хосписов в России существуют и **другие организационные формы** оказания паллиативной медицинской помощи.

В 1991 году Минздрав РФ организовал Центр паллиативной помощи онкологическим больным, который в основном развивает паллиативную помощь нуждающимся в ней пациентам в рамках сложившейся службы специализированной помощи онкологическим больным **(онкологические диспансеры)**.





«Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирает в стационаре, это - "некачественная цифра", поскольку свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе свое последнее прибежище» - А.В. Гнездилов.

Андрей Владимирович Гнездилов - петербургский врач-психиатр, доктор медицинских наук, почетный доктор Эссекского университета в Англии, автор нескольких сборников сказок, основатель хосписа в Ленинграде.



Организация паллиативной помощи в России в настоящее время





Паллиативная помощь – комплексное оказание медицинской помощи, включающее в себя все виды вмешательств, направленных на избавление от боли и других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Ст.36 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Хосписная помощь – улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан, которые приближаются к концу жизни (включая помощь родным и близким пациента).

Однако основополагающая философия этих понятий имеет много общего и для их обозначения используется термин «паллиативная помощь»

Рекомендации Европейской Ассоциации паллиативной помощи, 2009

Федеральный Закон РФ 21.11.11. №323 – «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»



Паллиативная медицинская помощь – комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан (**статьи 32, 36**).

Паллиативная медицинская помощь – может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медработниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи (**статья 36**).

Финансирование осуществляется за счет :

- бюджетов субъектов РФ, в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- иных источников(**статьи 80, 86**).

Сейчас:

-в Москве работает 8 хосписов, которых хватает для онкологических больных IV клинической группы. Но хосписы нужны еще и пациентам, перенесшим тяжелые инсульты, пациентам, находящимся в глубокой коме, инвалидам детства, больным СПИДом и пациентам с другими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями.

-в Санкт-Петербурге насчитывается 212 хосписных коек, ведется строительство детского хосписа на 16 коек. В городе работают 8 хосписов и хосписных отделений больниц, 20 выездных бригад.

-В 1997 году на базе Детской городской клинической больницы №5 г. Ижевска по инициативе главного врача и городского Управления здравоохранения был открыт первый детский хоспис в России. В хосписе получают лечение и уход пациенты из Ижевска, в виде исключения принимаются также пациенты в возрасте до 18 лет со всей Удмуртии. Помощь оказывается детям с глубоким поражением центральной нервной системы (ЦНС), врожденными пороками развития, злокачественными новообразованиями, с хроническими заболеваниями в терминальной стадии и другими инкурабельными заболеваниями.

-В 2003 году по инициативе Русской Православной Церкви и по благословию Высокопреосвященнейшего Владимира, митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского, был создан Детский хоспис в Санкт-Петербурге. Программы хосписа нацелены на улучшение качества жизни детей, страдающих неизлечимыми заболеваниями. С семьями работают опытные врачи, медсестры, психологи и социальные педагоги. В настоящее время на хосписном попечении находятся более 150 детей в возрасте от полугода до 18 лет. Все услуги хосписа оказываются бесплатно.

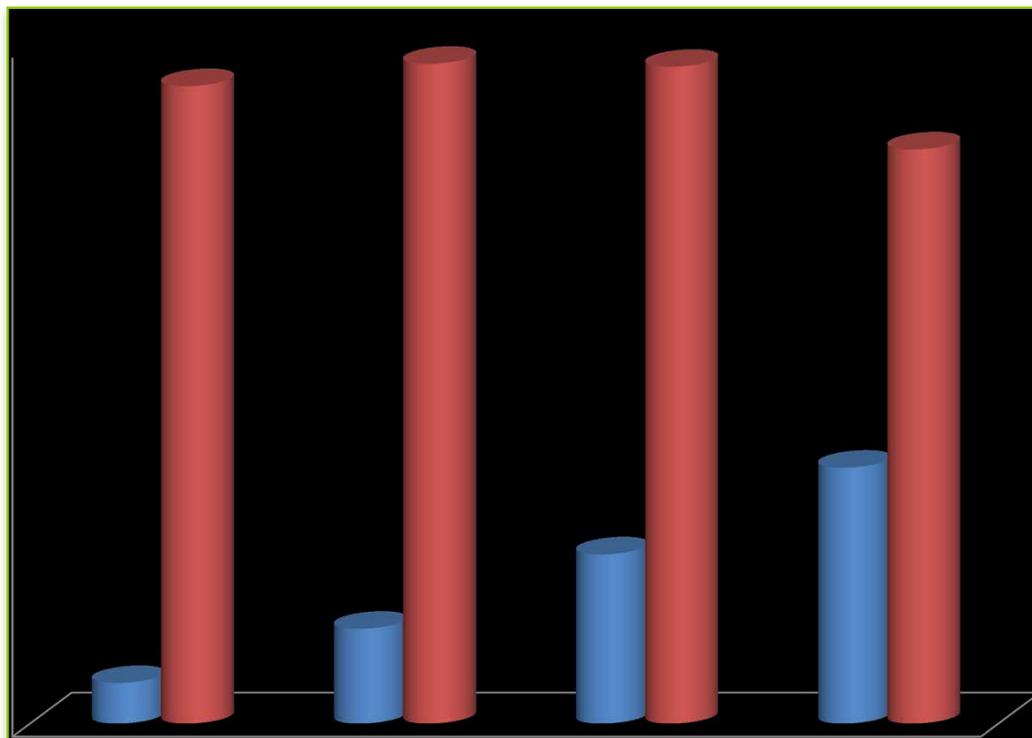
Организация службы паллиативной медицинской помощи в России



Маршрутизация с учетом диагностических, лечебных и манипуляционных возможностей

- 1-й уровень – амбулаторная помощь – кабинет ПМП
- 2-й уровень – ПМП на дому и в дневном стационаре
- 3-й уровень – в стационарах:
 - специализированных (отделение СПИД, онкодиспансер, хоспис)
 - многопрофильных (отделения ПМП)
 - центрах ПМП

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЗА 2012-2015 ГОДА (В 2015Г. 7930 И 17768).



Количество паллиативных коек

Количество коек сестринского ухода

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЗА 2014-2015 ГОДА

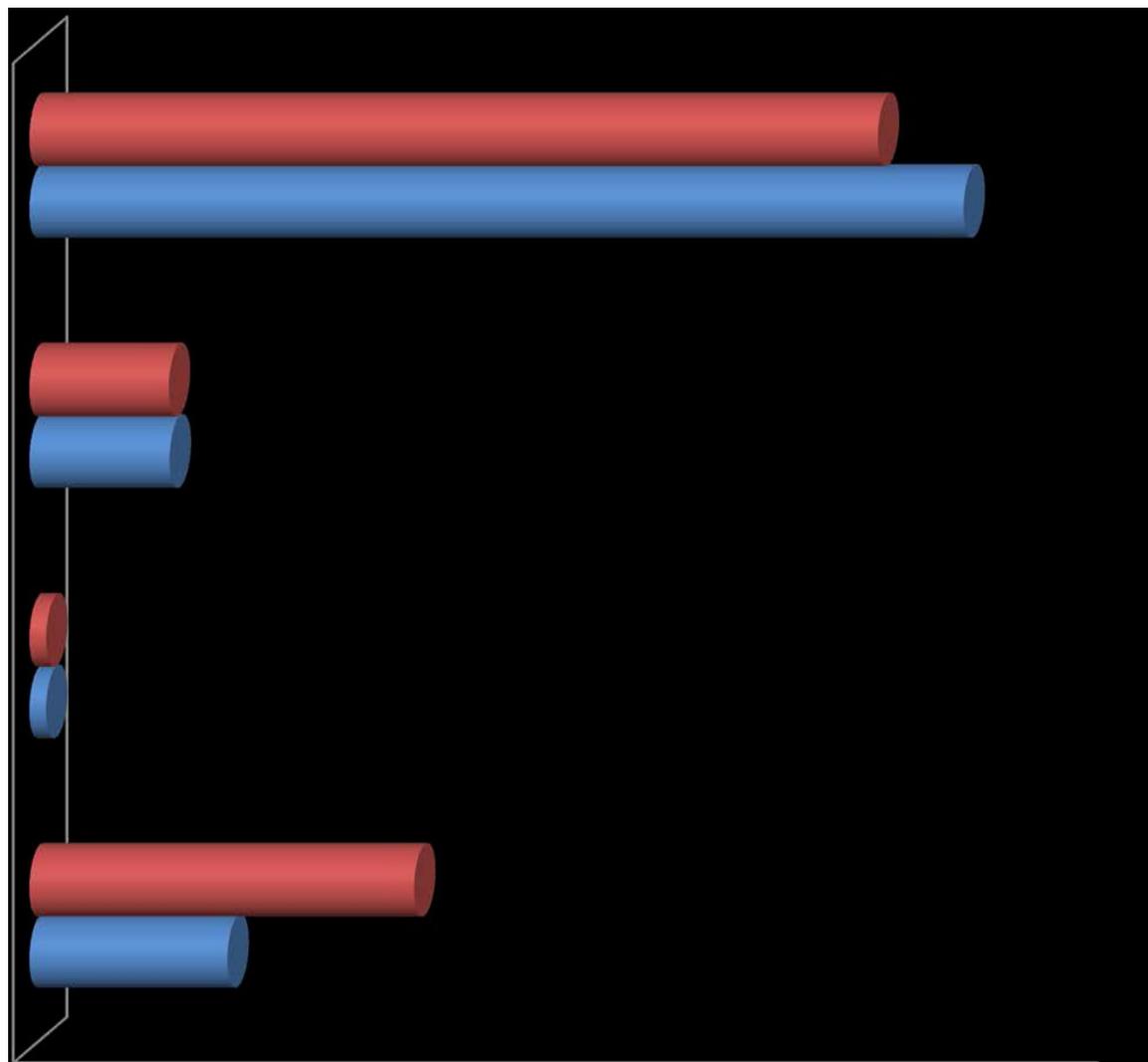
Койки сестринского
ухода

Хосписные
(онкологические) койки

Паллиативные детские
койки

Паллиативные
взрослые койки

2014 ГОД 2015ГОД



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ ЗА 2014-2015 ГОДА

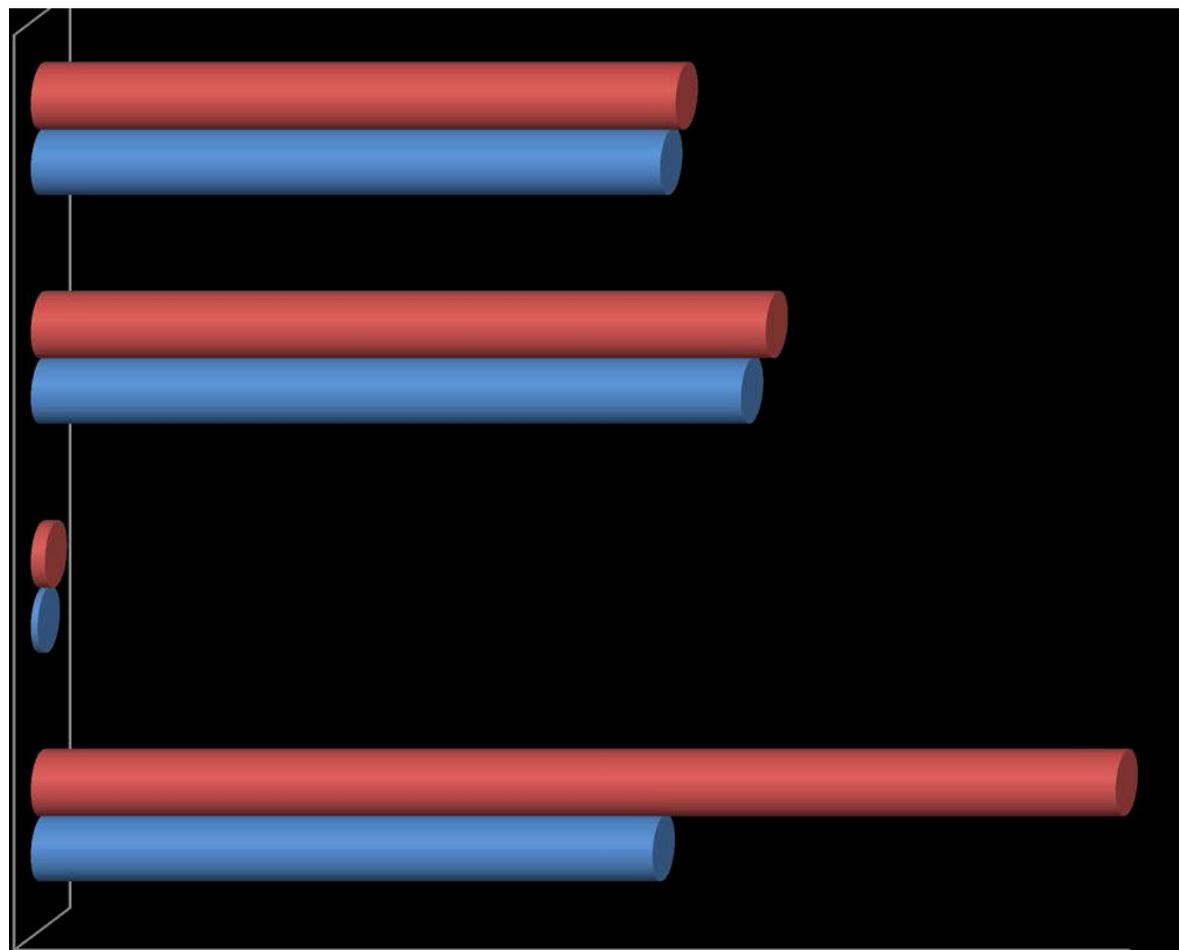
Койки сестринского ухода

Хосписные (онкологические) койки

Паллиативные детские койки

Паллиативные взрослые койки

2014 ГОД 2015 ГОД



**В 2015 году приняты порядки и
в 2018 правки**



- «Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению»
- «Порядок оказания паллиативной помощи детям»

Место паллиативной помощи в общей системе лечения и помощи больному и его родственникам



Опыт развития паллиативной помощи за рубежом



Универсальность групп поддержки и ухода на дому



Великобритания



- Первый детский хоспис Дом Хелен в Оксфорде
- Первый педиатрический паллиативный консультант по уходу за больными на Грейт Ормонт Стрит
- 23 500 детей нуждаются в паллиативном уходе при 5000 ежегодных смертей в среднем
- 40 детских хосписов
- Более 1000 медсестер работающих с паллиативными детьми.



США

- ❑ 50,000 педиатрических смертей в год. Только 5000 детей пользуются услугами хосписов.
- ❑ Термин “хоспис” в США означает скорее паллиативная помощь, нежели специализированное подразделение
- ❑ 400 хосписов для взрослых принимают детей.
- ❑ Существует лишь несколько комплексных паллиативных программ ухода за больными.
- ❑ Финансирование программой Медикэйд.



Австралия



Команды помощи при больницах
Больницы связаны с детскими хосписами.
Развитие детских хосписов в Мельбурне и Сиднее.
Сотрудничество между взрослыми и сообществами паллиативной помощи на дому.
Назначение врачей-специалистов по паллиативному уходу



Новая Зеландия



В детской больнице Starship в Окланде работает команда специалистов по паллиативной помощи- специальная группа заинтересованная в паллиативном педиатрическом уходе



Канада

- Первый в Канаде независимый хоспис открыт в Кануке в 1995.
- 3.1% детей, нуждающихся в паллиативной помощи получают ее.
- Руководимые консультантами сервисы запущены в большинстве городских центров.
 - Сложности в связи с большими территориями и низкой плотностью населения на этих территориях, использование новаторского подхода



Германия



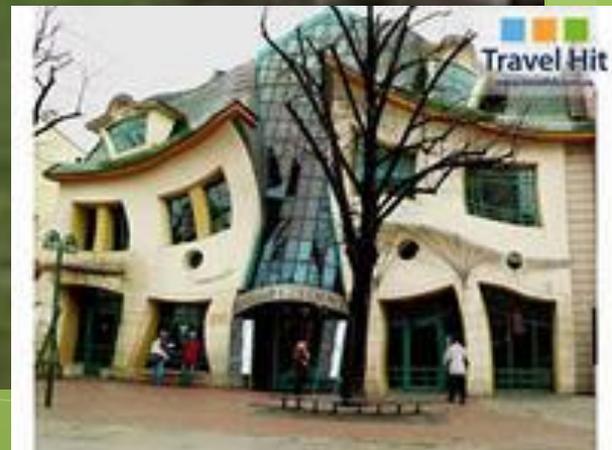
- 15,000 детей нуждающихся в педиатрической паллиативной помощи, 5000 детей умирающих от неизлечимых заболеваний.
- Девять детских хосписов. Семь хосписов планируется открыть в ближайшее время.
- 75 центров предлагающих услуги хосписа при уходе на дому.
- Хосписы, занимающиеся помощью на дому, не предлагают помощи медсестер.



Польша



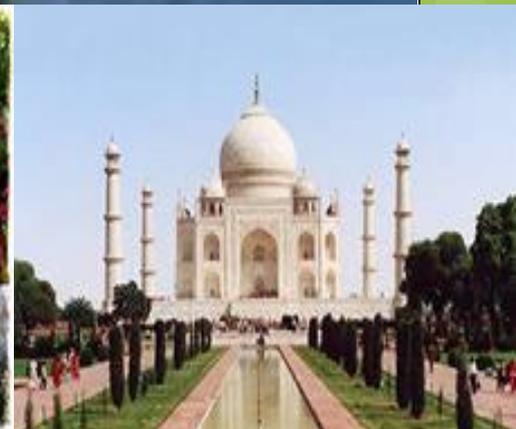
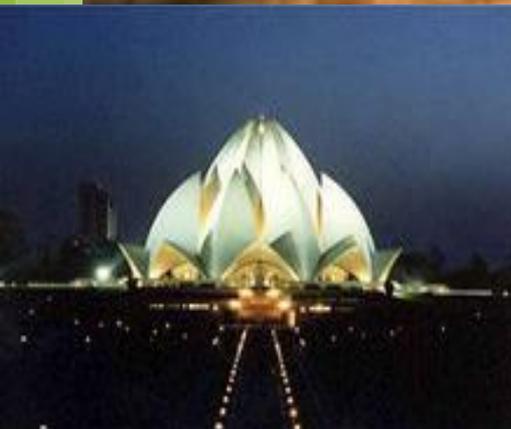
- ❑ **1200 паллиативных детей умирает ежегодно.**
- ❑ **Первый педиатрический центр открыт в Варшаве в 1994 году**
- ❑ **Пять специализированных педиатрических хосписов и 32 хосписа, объединённых с хосписами для взрослых.**



Индия



- Три центра предлагают паллиативную помощь детям.
- Развитая сеть сообществ и сформировавшаяся модель взаимодействия в штате Кералы
- Главный центр расположен в онкологическом центре Тата Мемориал в Мумбаи



Южная и Центральная Америка



- В Коста Рике детские паллиативные центры начали работать с 80-х годов.
- Минимальный набор услуг по паллиативной помощи в других странах



Африка



- 22.4 миллиона людей умирает от ВИЧ.
- 280 тыс. детских смертей от СПИДа ежегодно.
- Пионерские наработки в Уганде и Южной Африке.
- В Малави и Кении начинают улучшаться сервисы по оказанию паллиативных услуг



Трудности в развитии службы паллиативной помощи в разных странах



- Финансирование.
- Координация центров/услуг.
- Недостаточное развитие инфраструктуры.
- Сложность в признании профессионалами и родителями неизбежности смерти.
- Продолжение лечения любой ценой.
- Врачи: территориальные сложности, символы неудачи, самонадеянность.
- Междисциплинарных холистический подход.
- Лекарства

Пути решения

- Направление общественной поддержки для стимуляции государственного финансирования
- Поддержка и стимуляция сектора волонтеров.
- Начиная с малого, находите решения для именно ваших проблем а затем выстраивайте собственную инфраструктуру.
- Учитесь работать вместе, объединяйте паллиативный и взрослый уход, поддержка государства и добровольцев, больницы и сообщества, онкология и не онкологические случаи
- Работайте в команде, развивайте сеть





**До сих пор в России
паллиативная помощь
не вошла
в номенклатуру
медицинских специальностей**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



ПМП – востребованный этап медицинской помощи.

ПМП – способ улучшения качества жизни пациентов, членам их семей

Предлагаемая модель позволяет дифференцированно учитывать потребности жителей села и города в паллиативной медицинской помощи

Применение данной модели дает экономический эффект в сумме 60.000,0 тыс. рублей бюджетных средств

Данная модель позволяет экономить медицинские ресурсы

ПМП – востребованный этап медицинской помощи.

**ПМП – способ улучшения качества жизни пациентов,
членам их семей**

**Предлагаемая модель позволяет дифференцированно
учитывать потребности жителей села и города в
паллиативной медицинской помощи**

**Применение данной модели дает экономический эффект в
сумме 60.000,0 тыс. рублей бюджетных средств**

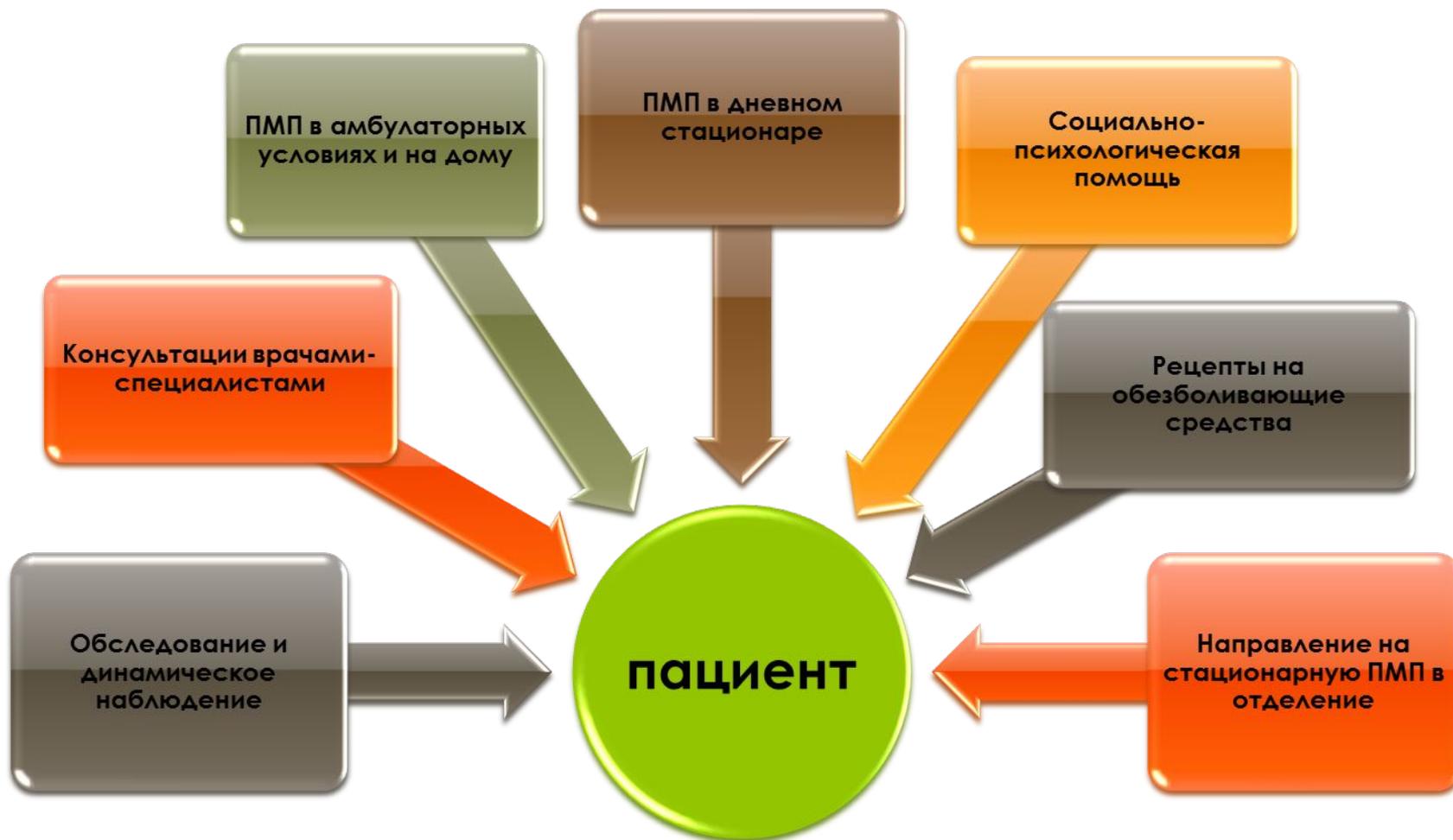
Данная модель позволяет экономить медицинские ресурсы

Кабинет ПМП ЛПУ, дневной
стационар и стационар на
дому

В стационаре ЛПУ

В Центре ПМП

Виды помощи, оказываемой пациенту на амбулаторном уровне:



Виды помощи, оказываемой пациенту на уровне отделения ПМП:





Поликлиниче
ское
отделение



Стационарн
ое
отделение



Отделение
выездной
патронажно
й службы
ПМП

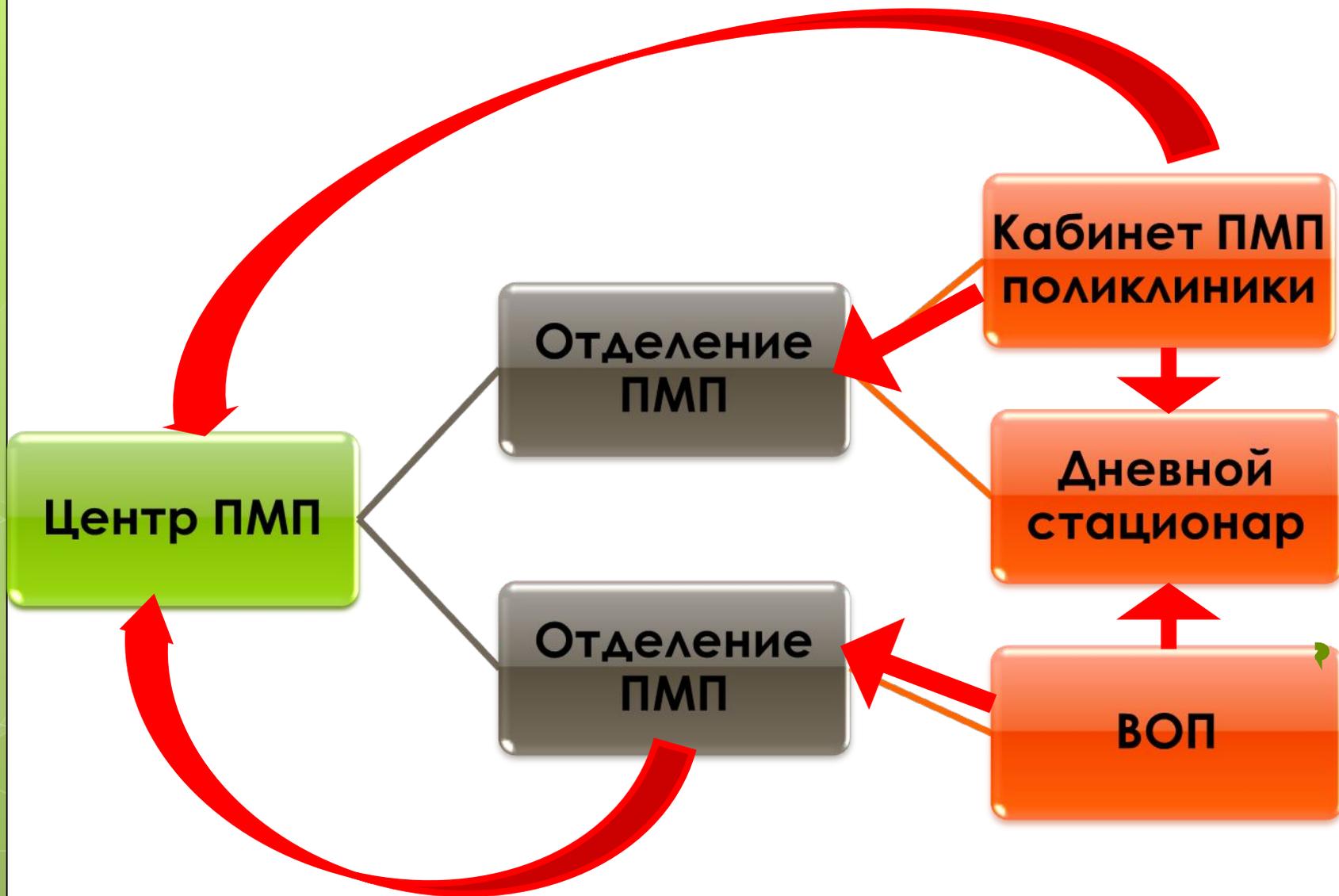


Диагностиче
ские
отделения
(патологана
томическо
е, лучевой
диагностики,
КДЛ)



Организацио
нно-
методическ
ий отдел

Этапы оказания ПМП:



Поликлиника ЛПУ

Кабинет ПМП

Дневной стационар ПМП

Межрайонный центр

Отделение ПМП

Выездные бригады

Центр ПМП

Поликлиника

Стационар

Выездные бригады

Поликлиника

Дневной стационар ПМП



Центр ПМП

Поликлиника

**Стационар
(отделение ПМП)**

**Выездные
бригады**

Минимизация затрат на обеспечение этапов оказания ПМП:

- организация оказания ПМП в имеющихся кабинетах врачей-терапевтов, врачей общей практики
- использование имеющегося кадрового ресурса: расширения функциональных обязанностей врачей-терапевтов, врачей общей практики с доплатой в виде стимулирующих надбавок
- использование машин скорой медицинской помощи для выезда патронажной службы
- перепрофилирование имеющегося коечного фонда и выделение 10 коек для оказания ПМП в межрайонных центрах
- привлечение общественных, религиозных, благотворительных организаций, волонтеров, Красного креста для оказания паллиативной и психологической помощи на дому, отделениях.
- организация регионального центра путём реорганизации одного из существующих лечебных учреждений г. Калининграда

Основные проблемы комплексной модели оказания ПМП:



Физические проблемы:

- Оказание помощи пациенту (больницы, клиники, реабилитационные и специализированные центры)



Психологические проблемы:

- Консультирование (социальные работники, волонтеры, защитники прав человека, специалисты по профилю заболевания)
- Группы поддержки (взаимопомощи, молодежные организации)
- Поддержка на дому: (волонтеры, члены семьи)



Духовные проблемы:

- Индивидуальные помощники (религиозные деятели, волонтеры, члены семьи, социальные работники)
- группы (общины при церкви, детские группы, выездная бригада)



Социальные проблемы:

- Религиозные организации, проекты материальной поддержки, программы помощи по открытию малого бизнеса);
- Отдельные профессионалы (социальный работник, юрист);
- Лидеры общин, местные школы и колледжи, общественные группы

- Отсутствие заинтересованности на различных уровнях власти в реализации данного проекта.
- Отсутствие заинтересованности руководителей ЛПУ «выкраивать» в рамках имеющегося финансирования дополнительных штатных единиц и помещений для работы кабинетов паллиативной помощи, стационаров на дому в поликлиниках и отделений паллиативной помощи в межрегиональных центрах.
- Отсутствие реального дополнительного финансирования для организации деятельности, оснащения кабинетов, отделений и ЦПП.
- Дефицит кадров врачей и среднего медицинского персонала.
- Необходимость открытия дополнительных коек сестринского ухода, домов-интернатов.