

Дані

для паліативної допомоги

міжнародний досвід
українська практика
стандарти, індикатори, оцінки

український
центр
суспільних
даних



Дані для паліативної допомоги:

міжнародний досвід, українська практика, стандарти, індикатори, оцінки

Зміст

Паліативна допомога	3
- Покращення якості життя	3
- Допомога наприкінці життя	4
Індекс якості смерті	7
Керівництво ВООЗ для програмних менеджерів	12
Забезпечення якості надання паліативної допомоги у Великій Британії	14
- Організаційна структура охорони здоров'я	14
- Настанови	15
- Стандарти якості	15
- Вимірювання. Індикатори. Аудит.	16
- Рутинний збір даних	17
- Інші джерела інформації: програми збору даних	18
- Особливості відповідального використання даних для оцінки якості	18
Визначення потреби пацієнта у паліативній допомозі	19
- Шкала БАРТЕЛ	21
- Індекс Карновського, ECOG	23
- Шкала Palliative Performance Scale	24
- Класифікація NYHA	25
- Система стадій BCLC і класифікація Чайлд-П'ю	26
- Шкала GDS (деменція)	27
- FAST — функціональна оцінка хвороби Альцгеймера	28
- Ступені (стадії) важкості пролежнів	29
- Шкали для оцінки інтенсивності болю	30
Оцінка потреби населення у паліативній допомозі	31
- Потреба у паліативній допомозі — дані регіонів України	34
Джерела	60

Над виданням працювали:

Андрій Горбаль
Євгеній Горох
Ренат Насрідінов
Андрій Процюк

Автори висловлюють глибоку подяку за допомогу у підготовці цього видання:

Людмилі Андріїшин, Ксенії Шаповал, Яні Терлеєвій, Ларисі Корінчук, Ользі Зайцевій, Валентині Заболотько, Андрію Славуцькому, Наталії Рингач, Тетяні Нікелсен, Юлії Гудино.

Для оцінки потреби у паліативній допомозі використано дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Національного канцер-реєстру, ТБ-реєстру.

Видання підготовано в Українському центрі суспільних даних за підтримки Міжнародного фонду "Відродження"

socialdata.org.ua
Серпень 2018

український
центр
суспільних
даних



Паліативна допомога

Здавалося б, уже скільки сказано про паліативну допомогу — що це, навіщо вона потрібна, але, на нашу думку, надати визначення паліативної допомоги ще у цій публікації не буде зайвим аж ніяк. Це важливо з двох причин. По-перше, паліативна допомога визначена як така, що надається державою безоплатно — відповідно до Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [1]. По-друге, досвід комунікації з лікарями, досвід пацієнтів та їх близьких, свідчать про досі, на жаль, глибоке незрозуміння суті паліативної допомоги в Україні — представниками медичної системи.

Паліативна допомога — це спеціалізована медична допомога для людей із серйозними хворобами. Завданням цього типу допомоги є полегшити симптоми і зменшити страждання від серйозної хвороби. Мета — покращити якість життя як пацієнта, так і сім'ї, рідних та близьких.

Паліативна допомога — це додатковий рівень, або ж шар медичної допомоги, може надаватися у будь-якому віці, на будь-якому етапі серйозної хвороби, і може надаватися ОДНОЧАСНО, паралельно із радикальною (куративною) терапією. Її має надавати спеціально підготовлена команда лікарів, медсестер та інших фахівців, що працюють разом з іншими лікарями пацієнта.

Покращення якості життя

Як зазначає провідна американська організація Центр розвитку паліативної допомоги [2], команди фахівців з паліативної допомоги мають на меті підвищити якість життя, полегшити симптоми та страждання, спричинені серйозними хворобами, такими як:

- злоякісні новоутворення;
- хронічна серцева недостатність;
- хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ)
- хвороби нирок
- діабет
- хвороби Альцгеймера та Паркінсона
- багато інших

Паліативна допомога полегшує, зокрема, такі симптоми, від яких страждає пацієнт:

- біль (гострий та хронічний)
- депресія
- задишка, проблеми з диханням
- втома
- закрепи, нудота, втрата апетиту
- безсоння, тривожність
- а також інші симптоми, від яких страждає пацієнт.

Паліативна допомога — часто асоціюється лише з термінальними хворими, з допомогою в останній період життя невиліковно хворого (що включає, в першу чергу знеболення). Так,

паліативна допомога включає це (те, що називається end-of-life care, допомога наприкінці життя). Але саме поняття значно ширше.

ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) дає таке визначення паліативної допомоги:

“Паліативна допомога — це підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, що стоять перед проблемами, пов'язаними з хворобою, що загрожує життю, через запобігання і полегшення страждань шляхом ранньої ідентифікації та бездоганної оцінки та лікування болю та інших проблем, фізичних, психосоціальних і духовних. Паліативна допомога:

- забезпечує полегшення болю та інших неприємних симптомів;
- є життєствердною та вважає смерть нормальним природним процесом;
- не має наміру ані прискорити, ані відкласти смерть;
- інтегрує психологічні та духовні аспекти догляду за пацієнтами;
- пропонує систему, яка допомагає пацієнтам якнайактивніше жити до смерті;
- пропонує систему підтримки, яка допомагає сім'ї впоратися з хворобою пацієнта та власним горем втрати;
- використовує командний підхід до задоволення потреб пацієнтів та їх сімей, у тому числі консультування щодо втрати здоров'я, якщо це вказано;
- підвищує якість життя і може також позитивно вплинути на хід захворювання;
- застосовується на початку хвороби, у поєднанні з іншими методами лікування, призначеними для продовження життя, такими як хіміотерапія або променева терапія, а також включає в себе дослідження, необхідні для кращого розуміння та лікування складних клінічних ускладнень" [3].

Як зазначає Національна служба здоров'я Великої Британії (National Health Service, NHS), паліативна допомога — це не лише для "кінця життя", пацієнт може отримувати паліативну допомогу й раніше у ході хвороби, отримуючи інше лікування тяжкого захворювання. Паліативна допомога може полегшити біль та інші важкі симптоми, але також включає психологічну, соціальну та духовну підтримку для пацієнта, його рідних чи доглядальників [4].

Тому, надзвичайно важливо мислити у парадигмі "паліативного підходу", холістичного (цілісного) підходу — що розглядає пацієнта як "цілісну" людину, усю людину, а не лише якусь її хворобу чи окремі симптоми.

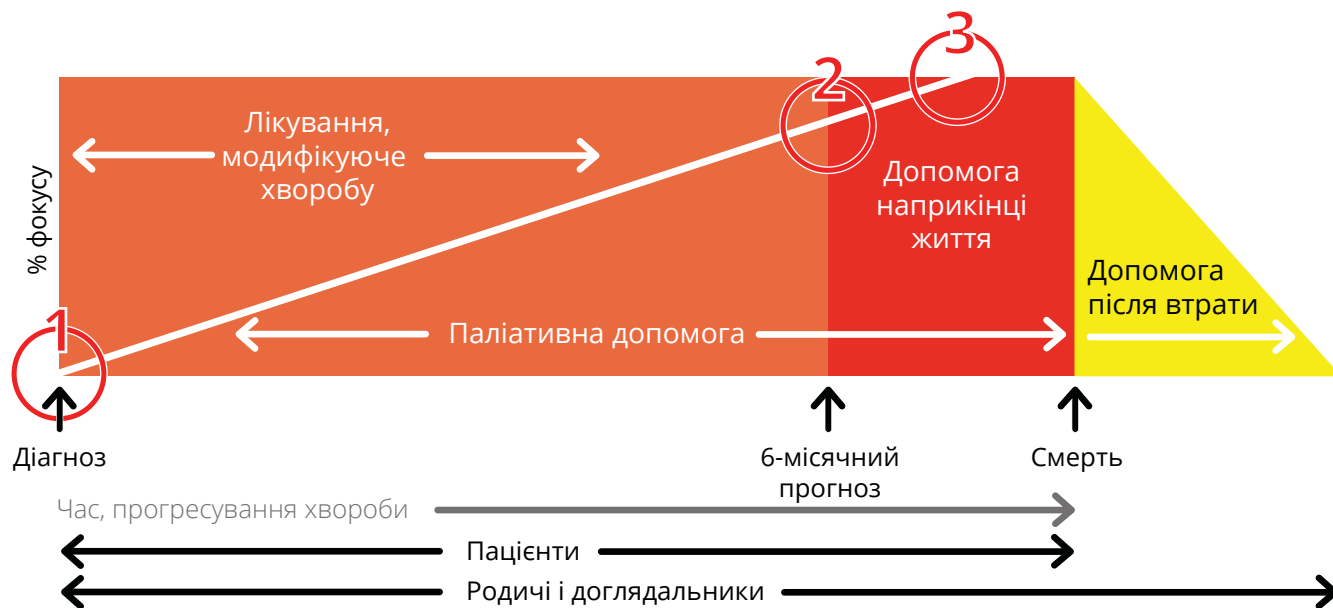
Допомога наприкінці життя

Допомога наприкінці життя (end of life care) має початися тоді, коли пацієнт її потребує, і може тривати кілька днів, кілька місяців, або ж років. Вважається, що людина входить у період кінця життя, коли вона з високою ймовірністю може померти протягом наступних 12 місяців (хоча, очевидно, це не завжди можна передбачити). Тому, як зазначають фахівці NHS, до людей, що потребують допомоги наприкінці життя, відносять тих, чия скоро смерть є очевидною, а також тих, хто:

- Має серйозну невиліковну хворобу, таку як рак, деменцію, або хворобу рухового нейрону;
- Загалом дуже немічний, і має супутні стани, що можуть призвести до смерті протягом 12 місяців;
- Має високий ризик померти від раптової кризи у наявному стані;
- Має гострий стан, що загрожує життю, спричинений катастрофічною подією - такою як аварія або інсульт [4].

Рання ідентифікація, максимально точно поставлений діагноз щодо захворювання чи станів, що загрожують життю — надзвичайно важливі як для лікування хвороби, так і для

грамотного планування супутньої паліативної допомоги. При цьому співвідношення куративної (радикальної) терапії, паліативної допомоги, та допомоги наприкінці життя можна описати за допомогою діаграми:



На жаль, в Україні часто побутує розуміння, що паліативна допомога — це виключно допомога наприкінці життя, і причому така, що виключає надання радикальної терапії (наприклад, протиракової хіміотерапії). На наведеній вище діаграмі видно три ключові моменти, коли мають бути прийняті рішення:

1. Момент постановки діагноза, що загрожує життю — початок паліативної допомоги.
2. Момент, коли лікування, що спрямоване навилікування (радикальне, куративне), переходить у фазу такого, що підтримує життя (може продовжити життя, може зменшити набряк, сповільнити метастазування), або в паліативних цілях.
3. Момент, коли будь-яке етіотропне лікування (наприклад, протиракове) завершується, оскільки шкода від нього починає переважати над користю, і для блага пацієнта (для кращого самопочуття), таке лікування треба припиняти.

Хоча бюрократичні бар'єри доступу до опіоїдних анальгетиків в Україні подолано (зокрема, прийнято постанову КМУ №333, яка суттєво спрощує процес призначення та виконання призначень опіоїдних анальгетиків), призначення опіоїдів для пацієнтів, що їх потребують, залишається незадовільним. Так, як свідчать результати вибіркового дослідження, проведеного правозахисними організаціями, не досягнуто очікуваного рівня успішного знеболення у 80-90% осіб, що цього потребують, умовно успішне знеболення досягнуто у 5-14% пацієнтів [6]. Тобто, в Україні величезні проблеми із наданням допомоги наприкінці життя (ефективне знеболення — ключовий її компонент), не кажучи вже про паліативну допомогу в ширшому розумінні.

У той же час, відповідно до Закону “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [1], паліативна допомога входить до “зеленого списку” видів медичної допомоги, витрати на які мають покриватися державою.

Втім, відшкодовувати витрати на медичну допомогу, в тому числі на паліативну, новостворена Національна служба здоров'я України, зможе лише на підставі точних даних. Так, як зазначив голова НСЗУ Олег Петренко, “Основним принципом реформи фінансування є: немає даних — немає фінансування. Установи і лікарі звикнуть до того, що

вони повинні звітувати. Ми будемо бачити інформацію: скільки звернень, з якого приводу, скільки направлень виписано, скільки діагностики” [7].

Даними, про які йдеться, є задокументована медична інформація про:

- Пацієнта, який потребував паліативної допомоги;
- Послуги, які були фактично надані пацієнту;
- Надавача цих послуг.

“ Основним принципом реформи фінансування є: немає даних – немає фінансування ”

Олег Петренко, голова НСЗУ

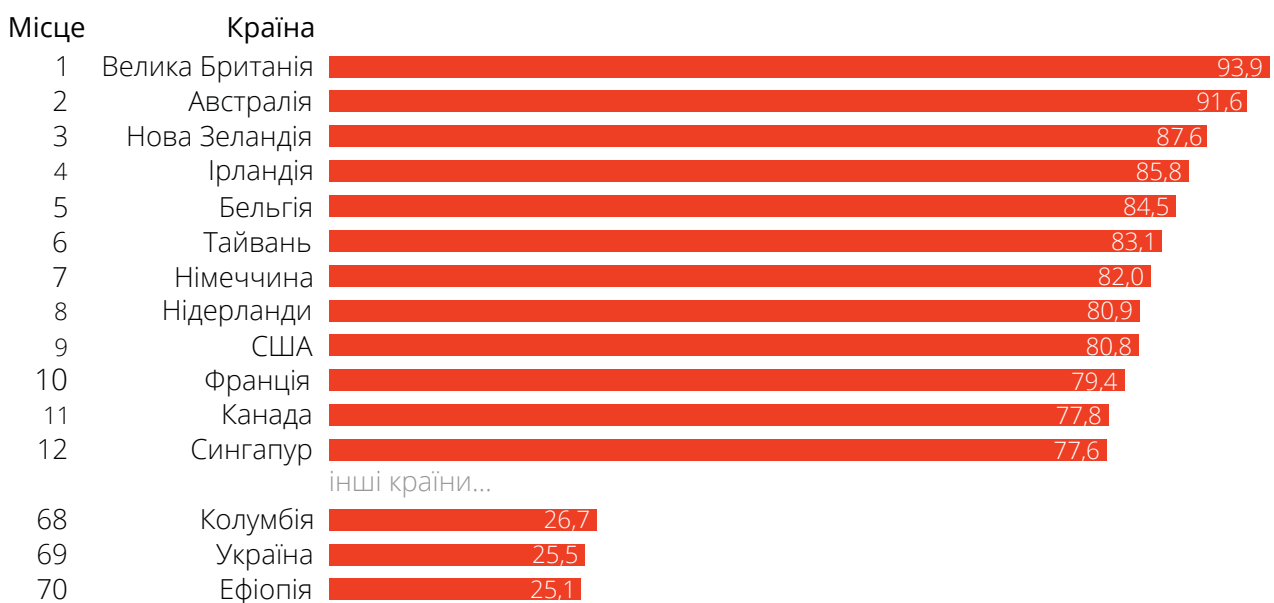
Для того, щоб здійснювати свої функції з фінансування, НСЗУ має отримати такі дані, мати можливість для верифікації (перевірки достовірності) отриманої інформації, контролю (аудиту) якості та відповідності наданих послуг. Особливістю нинішньої реформи є те, що ці дані збиратимуться в електронному вигляді. Зазвичай електронні системи збору та обробки медичної інформації базуються на чинних облікових формах первинної медичної документації, але для паліативної допомоги в Україні такі форми наразі відсутні. Тому визначення форми та обсягу даних, які збиратимуться НСЗУ та слугуватимуть основою розрахунків, є актуальним. В наступних розділах ми зупинимося на тому, якими складовими визначається сучасна якісна паліативна допомога; яким чином це можна вимірювати; які механізми для забезпечення якісної паліативної допомоги та збору інформації щодо неї впроваджуються в розвинених країнах.

Індекс якості смерті

Зростання потреби в паліативній допомозі, забезпечення гідного догляду невиліковним пацієнтам наприкінці їхнього життя, спричинене загальним старінням населення та поширенням тяжких хронічних захворювань, є викликом для систем охорони здоров'я багатьох країн. Напевно єдиним комплексним інструментом, що дозволяє порівняти стан надання паліативної допомоги в різних країнах світу, є т. зв. "Індекс якості смерті", розроблений і впроваджений міжнародною експертною групою The Economist Intelligence Unit (далі — EIU).

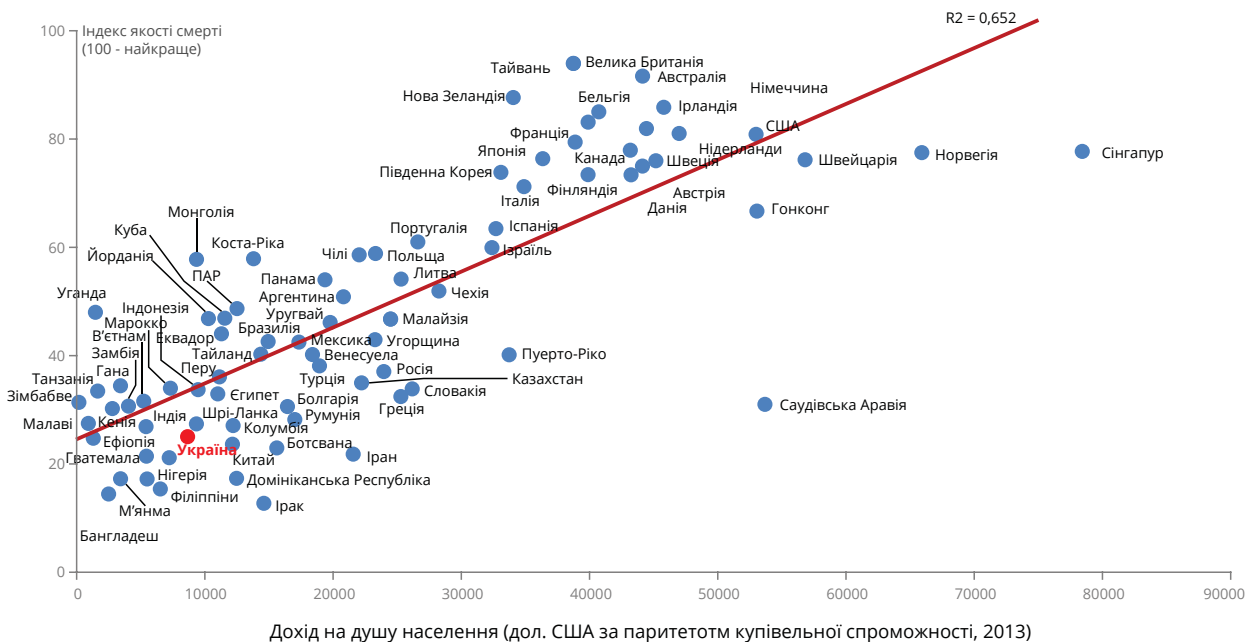
Вперше результати було представлено в 2010 р., в 2015 р. опубліковано вже другу редакцію Індекса [8], яка порівнює між собою дані 80 країн світу із використанням 20 окремих індикаторів, групованих в п'яти категоріях: середовище паліативної допомоги та охорони здоров'я; людські ресурси; доступність допомоги; якість допомоги; та рівень залучення громади.

Перше місце в рейтингу 2015 р. (найвища "якість смерті") займає Велика Британія. Україна ж посідає 69 місце серед усіх 80 країн, включених до рейтингу, а також останнє місце серед європейських країн.



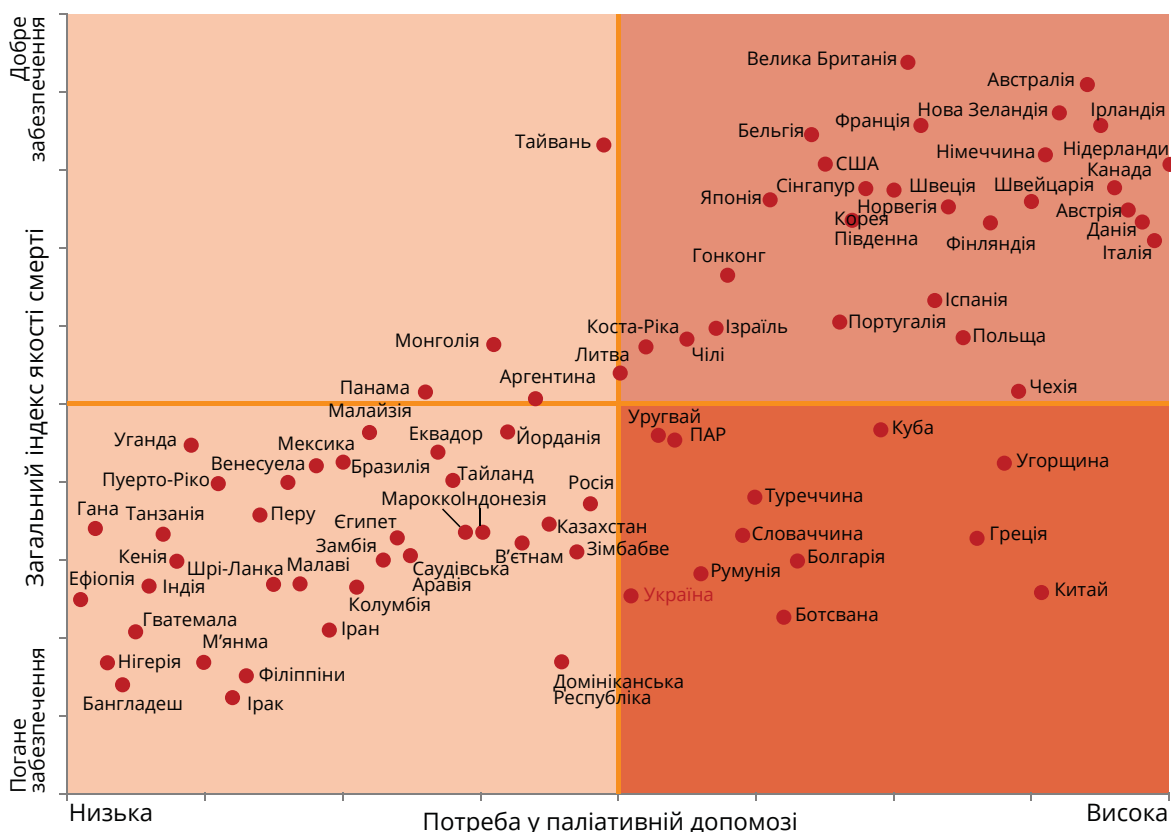
Діаграма 2. Загальний індекс "якості смерті", 2015

Загалом існує тенденція щодо більшого значення Індекса для країн із порівняно високим рівнем доходів (діаграма 3). Але менш багаті країни також можуть швидко покращити стандарти паліативної допомоги. Про це свідчать результати, досягнуті в останні роки такими країнами, як Панама, Монголія, Уганда.



Діаграма 3. Зв'язок Індексу якості смерті з ВВП на душу населення (2013 рік, за паритетом купівельної спроможності у доларах США)

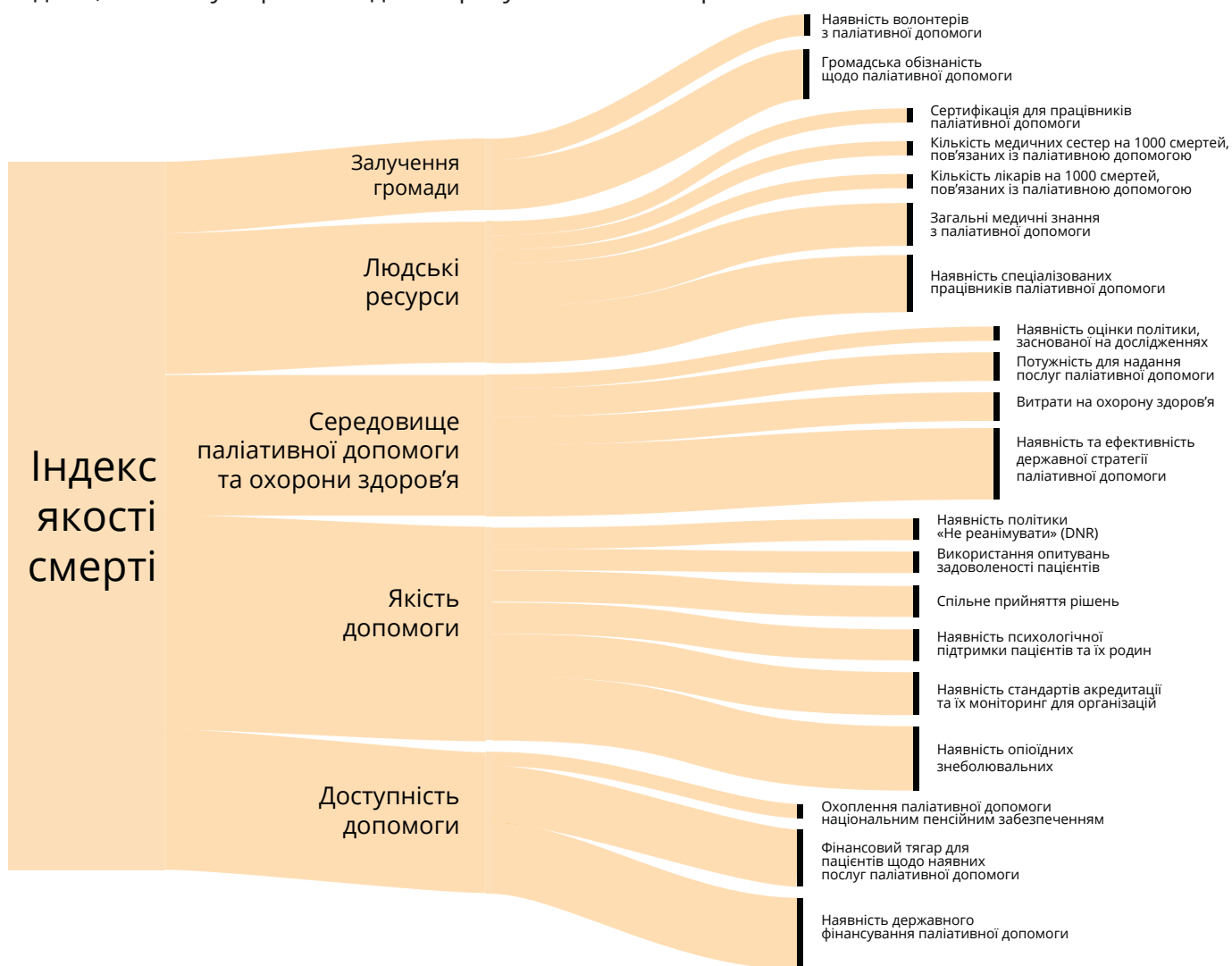
Цікавим є співставлення індексів потреби та можливості забезпечення якісної паліативної допомоги. Україна (хто б міг подумати!) віднесена до квадранта з високою потребою, але низькою можливістю надання паліативної допомоги.



Діаграма 4. Потреба та забезпечення паліативної допомоги

Індекс складається з 20 окремих індикаторів, групованих по 5 категоріям. Кожен із індикаторів має власну визначену вагу в своїй категорії, а категорія — в загальному Індексі. Це дає можливість аналізувати якість смерті як у вигляді інтегрованого показника, так і

кожну із категорій окремо. Діаграма нижче відображає вагу різних категорій у загальному Індексі, так і вагу окремих індикаторів у кожній категорії.



Діаграма 5. Структура категорій та індикаторів Індексу якості смерті

Категорія 1. **Середовище паліативної допомоги та охорони здоров'я.** Внесок до Індексу: 20%

Індикатор 1. Витрати на охорону здоров'я. Внесок до категорії: 20%. Державні витрати на охорону здоров'я як % ВВП, взятє значення 2012 р. Вимірюється у % ВВП, визначених ВООЗ.

2. **Наявність та ефективність державної стратегії паліативної допомоги.** Внесок: 50%. Комплексність стратегії з точки зору бачення, цілей і завдань; ефективність стратегії з точки зору механізмів реалізації, наявності конкретних визначених результатів окремих етапів та забезпечення регулярного перегляду. 5 = Існує всебічна стратегія щодо розвитку та сприяння розвитку національної паліативної допомоги. 1 = Не існує стратегії розвитку та просування паліативної допомоги під керівництвом держави.

3. **Наявність оцінки політики, заснованої на дослідженнях.** Внесок: 10%. Наявність досліджень та фінансування під керівництвом / підтримкою уряду для вивчення та вдосконалення паліативної допомоги. Оцінка за шкалою. 5 = Є дослідницька установа, що керується або підтримується урядом, яка регулярно збирає всебічні дані для моніторингу якості системи паліативної допомоги в країні. Дослідження включають опитування працівників охорони здоров'я, лікарень / хоспісів та пацієнтів. Висновки впливають на стратегію та розвиток паліативної допомоги в країні. 1 = Немає даних, зібраних щодо системи паліативної допомоги в країні. Немає доступних коштів для таких

досліджень. Немає змін на основі доказів.

4. Потужність для надання послуг паліативної допомоги. Внесок: 20%. Оцінка потенціалу доступних послуг паліативної допомоги (наприклад, спеціалізованих постачальників паліативної допомоги, у тому числі тих, які приймають пацієнтів та надають послуги вдома та в закладах), поділена на кількість смертей у певний рік. Вимірюється у відсотках.

Категорія 2. **Людські ресурси.** Внесок до Індексу: 20%

5. Наявність фахівців з паліативної допомоги. Внесок до категорії: 40%. Наявність фахівців із спеціалізованою підготовкою в області паліативної допомоги. Оцінка за шкалою від 5 до 1. 5 = Є достатньо спеціалізованих фахівців з паліативної допомоги, включно з лікарями, медсестрами, психологами, соціальними працівниками тощо. Волонтери повинні брати участь у навчанні для добровільних працівників хоспісів. Спеціалізація за профілем паліативної допомоги акредитована національними професійними радами. 1 = Лікарі та медсестри, які працюють за межами паліативної допомоги, не мають знань з паліативної допомоги. В медичних школах не існує обов'язкового курсу з паліативної допомоги.

6. Загальні медичні знання з паліативної допомоги. Внесок: 30%. Якість базової та спеціалізованої медичної підготовки паліативної допомоги лікарям та медсестрам. 5 = Всі лікарі та медичні сестри, які працюють в паліативній допомозі або поза нею, добре розуміють паліативну допомогу. Паліативна допомога — обов'язковий курс під час підготовки лікарів та медсестер у школах. Лікарі та медсестри також регулярно отримують професійну підготовку протягом всієї своєї кар'єри. 1 = Лікарі та медсестри, які працюють за межами паліативної допомоги, не мають знань з паліативної допомоги. В медичних школах не існує обов'язкового курсу з паліативної допомоги.

7. Сертифікація для працівників паліативної допомоги. Внесок: 10%. Наявність професійного органу для сертифікації працівників паліативної допомоги (лікарів та медсестер). 1 = Існує професійний орган національного рівня, який акредитує працівників паліативної допомоги. 0 = Немає такого органу.

8. Кількість лікарів на 1000 смертей, пов'язаних із паліативною допомогою. Вага - 10%. Вимірювання наявності людських ресурсів (лікарів) у лікарнях / хоспісах як ознака наявності служби паліативної допомоги, на основі розрахунків ВООЗ.

9. Кількість медичних сестер на 1000 смертей, пов'язаних із паліативною допомогою. Внесок: 10%. Вимірювання наявності людських ресурсів (медичні сестри) у лікарнях / хоспісах як ознака наявності служби паліативної допомоги, на основі розрахунків ВООЗ та EIU.

Категорія 3. **Доступність допомоги.** Внесок до Індексу: 20%

10. Наявність державного фінансування. Внесок до категорії: 50%. Наявність та ефективність державних субсидій / програм надання паліативної допомоги. 5 = існує велика кількість державних субсидій або програм для осіб, які користуються послугами паліативної допомоги. Кваліфікаційні критерії є чіткими, і процес доступу до такого фінансування в основному простий. Інформація про те, як отримати доступ до такого фінансування, є широко доступною. Ефективність програм регулярно і адекватно контролюється. 1 = Немає державних субсидій для осіб, які користуються послугами паліативної допомоги.

11. Фінансовий тягар для пацієнтів щодо наявних послуг паліативної допомоги. Внесок: 40%. 5 = медична допомога наприкінці життя в лікарнях, хоспісах, на дому та ін., фінансуються на 80-100% з джерел інших, аніж кошти пацієнта. 1 = 0-20% від медичної допомоги наприкінці життя фінансуються іншими джерелами, ніж пацієнта.

12. **Охоплення паліативної допомоги національним пенсійним забезпеченням / пенсійним страхуванням.** Внесок: 10%. 3 = Національна система пенсійного забезпечення / страхування адекватно охоплює послуги паліативної допомоги. 1 = Національна пенсійна / страхова схема не охоплює послуги паліативної допомоги.

Категорія 4. **Якість допомоги.** Внесок до індексу: 30%

13. **Наявність та обсяг моніторингу стандартів** для організацій, що надають паліативну допомогу; механізми забезпечення їх виконання та перегляду. Внесок до категорії: 20%. 1 = Національні стандарти паліативної допомоги існують. 0 = Національних стандартів паліативної допомоги не існує.

14. **Наявність опіоїдних знеболювальних.** Внесок до категорії: 30%. Наявність морфіну та морфінових еквівалентів. 5 = вільно доступний і наявний, 1 = незаконний.

15. **Наявність психологічної підтримки пацієнтів та їх родин.** Внесок: 15%. 3 = Психосоціальна підтримка широко доступна і використовується в паліативній допомозі як для сімей, так і для пацієнтів. 1 = Психосоціальна підтримка практично не доступна для сімей та пацієнтів.

16. **Наявність політики «Не реанімувати» (DNR).** Внесок: 10%. Чи політика «Не реанімувати» (DNR) має офіційний статус? 2= Так; 1= Ні.

17. **Спільне прийняття рішень.** Внесок: 15%. Обсяг діагностичної та прогностичної інформації, якою діляться з пацієнтами. 5 = Лікарі та пацієнти є партнерами по догляду. Пацієнти повністю поінформовані діагноз та прогноз. 1 = Лікарі рідко діляться з пацієнтами прогнозами.

18. **Використання опитувань результатів та задоволення пацієнтів у покращенні надання послуг.** Внесок: 10%. 5 = Широке застосування опитувань задоволеності пацієнтів та їх сімей засновано на урядових настановах. Опитування є всеосяжними та охоплюють управління болем, координацію догляду та інших послуг, наданих фахівцями охорони здоров'я. Ці висновки регулярно використовуються для поліпшення якості обслуговування та догляду. 1 = Не використовуються опитування задоволення пацієнтів.

Категорія 5. **Залучення громади.** Внесок до Індексу: 10%.

19. **Громадська поінформованість про паліативну допомогу.** Внесок до категорії: 70%. Оцінка за шкалою: 5 = Громадськість має добре розуміння та обізнаність щодо послуг паліативної допомоги. Проста і зрозуміла інформація про паліативну допомогу доступна через урядові портали та місцеві ініціативи. 1 = Громадськість не має розуміння та усвідомлення щодо послуг паліативної допомоги. Немає інформації щодо паліативної допомоги на державних порталах та громадських ресурсах.

20. **Наявність волонтерів з паліативної допомоги.** Внесок до категорії: 30%. 5 = Для задоволення потреб системи паліативної допомоги в країні є достатня кількість волонтерів; Працівники-волонтери в основному займаються доглядом за пацієнтами та регулярно проходять тренінги для догляду за пацієнтами. 1 = У паліативній допомозі дуже мало працівників-добровольців, і вони в основному не підготовлені для догляду за пацієнтами.

Таким чином, Індекс якості смерті є сьогодні найбільш системним інструментом для порівняння стану справ в паліативній допомозі серед різних країн світу. Особливістю Індексу є те, що він своїми категоріями та індикаторами охоплює всі основні складові якості в паліативній допомозі.

Керівництво ВООЗ для програмних менеджерів

У 2016 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) видала **Керівництво для програмних менеджерів “Планування та впровадження послуг паліативної допомоги”** — документ для управлінців усіх рівнів, від державного до районного, які мають планувати впровадження сервісів паліативної допомоги та їх інтеграцію в систему охорони здоров'я [9]. Основні компоненти та заходи, яким має приділятися увага згідно з цим Керівництвом, відповідають компонентам Індексу якості смерті.

Для того, щоб ефективно планувати та управляти процесами, а не рухатися навамання — звичайно ж, необхідно мати для цього об'єктивну інформацію. Індекс надає таку інформацію на стратегічному рівні, даючи змогу порівняти країни та визначити слабкі місця в системі охорони здоров'я. Отримання такої інформації — результат кількарічної роботи потужної групи експертів.

На тактичному, операційному рівні інформація щодо паліативної допомоги складається з інформації щодо населення, закладів охорони здоров'я, структури захворюваності, причин та місця смерті, фактів звернення та надання паліативної допомоги, призначень знеболювальних лікарських засобів та ін. Така інформація має збиратися рутинно, на її основі має здійснюватися планування, фінансування та забезпечення належної якості послуг.

Так, Керівництво ВООЗ для програмних менеджерів “Планування та впровадження послуг паліативної допомоги” наводить такі приклади індикаторів для оцінки загального розвитку паліативної допомоги, поділяючи їх на кілька категорій:

Індикатори політики:

- Наявність поточного національного Плану дій або Програми з паліативної допомоги (так або ні);
- Паліативна допомога включена до базового пакету для універсального покриття витрат на охорону здоров'я;
- Наявні закони та регуляції для безпечного та ефективного призначення опіоїдів, відповідно до міжнародних конвенцій з обігу наркотичних речовин;

Індикатори освіти:

- Частка медичних навчальних закладів, які включають навчання паліативній допомозі в навчальні програми, від загальної кількості медичних навчальних закладів;
- Частка навчальних закладів для медичних сестер, які включають навчання паліативній допомозі в навчальні програми, від загальної кількості таких навчальних закладів;
- Кількість спеціалізованих навчальних програм для паліативної допомоги для лікарів, акредитованих відповідальним органом влади, зі спеціалізованою освітою в області паліативної допомоги, яка визначається як спеціальність, спеціалізація, диплом і т.ін., як визначено відповідним компетентним органом;

Індикатори надання послуг:

- Включення паліативної допомоги до переліку послуг, що надаються на рівні первинної допомоги;
- Кількість послуг паліативної допомоги на мільйон жителів;
- Кількість акредитованих спеціалістів лікарів, що працюють в паліативній допомозі, на мільйон жителів;
- Кількість громад, які володіють та надають послуги з паліативної допомоги;

Медикаментозні індикатори:

- Споживання сильних опіоїдів на одну смерть від раку (мг. на число смертей)
- Лікарські засоби із Переліку ВООЗ основних лікарських засобів для паліативної допомоги включені до Національного переліку основних лікарських засобів;
- Відсоток регіонів, де форми морфіну для орального вживання доступні на рівні первинної медичної допомоги.

Індикатори результату:

- Відсоток смертей із доступом до паліативної допомоги;
- Кількість пацієнтів паліативної допомоги на 100 тис. жителів.

Керівництво зазначає, що кожен сервіс з надання паліативної допомоги має включати, від самого початку, механізми обліку та оцінки, щоб забезпечити підтримку ефективних програм та запобігти марнуванню ресурсів на неефективні програми. Такі механізми є запорукою створення механізмів безперервного покращення якості паліативної допомоги, та надають технічний базис політичним рішенням щодо подальшого розвитку паліативної допомоги.

В Україні рушійною силою цих процесів є реформа фінансування. Поглянемо, яким чином ці процеси відбуваються в країні, що є лідером Індексу якості смерті — Великій Британії.

Забезпечення якості паліативної допомоги у Великій Британії

Країною з найбільш високим значенням Індексу якості смерті, як сумарного, так і в більшості окремих категорій, визначено Велику Британію [8]. У доповіді Фонду Співдружності, присвяченому системам охорони здоров'я у розвинутих країнах, у 2014 році Великобританія була визнана найефективнішою системою охорони здоров'я в усьому світі, не тільки за розглянутим вище Індексом якості смерті, але й в таких категоріях, як: якість допомоги (тобто ефективна, безпечна, узгоджена, орієнтована на пацієнта); Доступ до догляду; Ефективність та Справедливість [11]. При цьому Велика Британія не є лідером серед розвинутих країн за витратами на охорону здоров'я на душу населення, ані за абсолютними значеннями, ані за відсотками ВВП. Варто зазначити, що Велика Британія має державну систему охорони здоров'я, і саме ця система в значній мірі береться за основу при реформуванні системи охорони здоров'я України. Тому досвід організації паліативної допомоги в цій країні особливо важливий для нас.

Організаційна структура охорони здоров'я

Основою системи охорони здоров'я в кожній з частин Великої Британії є Національна Служба Здоров'я (National Health Service, NHS). NHS централізовано фінансується з податків громадян, та забезпечує надання всіх видів медичної допомоги шляхом укладання контрактів з безпосередніми надавачами медичних послуг — закладами охорони здоров'я, лікарями, аптеками. За виключенням деяких специфічних втручань, всі послуги охорони здоров'я для громадян Великої Британії є по факту безоплатними в момент надання.

Основою системи NHS є лікарі загальної практики (General Practitioners), які надають первинну медичну допомогу та спрямовують своїх пацієнтів в разі необхідності до спеціалізованих закладів охорони здоров'я та інших сервісів (за виключенням екстреної медичної допомоги).

Не так давно система охорони здоров'я Великої Британії зазнала реформування, значною мірою поєднавши в собі надання як медичних, так і соціальних послуг. На урядовому рівні створено Департамент охорони здоров'я та соціального захисту. Закон про охорону здоров'я та соціальну допомогу 2012 року (The Health and Social Care Act 2012) набрав чинності в квітні 2013 року, надавши групам, що керуються лікарями загальної практики, відповідальність за надання більшості послуг NHS на місцях. Це сприяло більш ефективній координації різних учасників в питаннях охорони здоров'я та соціального захисту, що, звичайно ж, особливо актуально для організації паліативної допомоги.

Для впровадження кращих практик в охороні здоров'я NHS було створено в 1999 році Національний інститут досконалості в охороні здоров'я та догляді (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE). В момент створення ця організація називалася National Institute for Clinical Excellence. Свою нинішню назву, статус та функції NICE отримав у квітні 2013 року, ставши недержавним громадським органом (NDPB), як це передбачено Законом

про охорону здоров'я та соціальний захист 2012. У цей час NICE взяв на себе відповідальність за розробку не тільки клінічних настанов та стандартів якості медичної допомоги, але й соціальної допомоги, що й було відображено в назві.

NICE юридично підпорядкований та фінансується Департаментом охорони здоров'я та соціального захисту Англії, але операційно незалежний від уряду. Інші частини Великої Британії користуються напрацюваннями та сервісами NICE на основі відповідних угод. NICE використовує найкращі наявні докази для розробки рекомендацій, які спрямовують рішення у сфері охорони здоров'я, громадського здоров'я та соціальної допомоги.

Основними типами керівних документів, які розробляються NICE, є:

- Настанови (Guidelines) — рекомендації з широкого спектру тем, які ґрунтуються на доказах та розробляються систематизовано; поділяються на клінічні, настанови громадського здоров'я, соціальної допомоги, та ін.;
- Стандарти якості (Quality standards) — набори критеріїв щодо якості, а також засобів вимірювання ступеня відповідності цим критеріям;
- Оцінки технологій;
- Допоміжні документи, маршрути пацієнтів тощо.

Настанови

Настанови визначають, яка медична (соціальна) допомога вважається якісною з точки зору NICE. Приймаючи свої професійні рішення, фахівці та практики повинні враховувати ці настанови в повній мірі, разом з індивідуальними потребами, перевагами та цінностями своїх пацієнтів чи людей, що користуються їх послугами (на основі даних про стан чи потреби пацієнтів).

В той же час, зазначається, що застосування настанов не є обов'язковим (настанова не перевищує відповідальності професіонала за прийняття рішень, що відповідають обставинам, в консультації з пацієнтами, їх сім'ями або опікунами). Але кожна настанова містить розділ щодо відповідальності надавачів послуг щодо втілення настанови в разі, якщо лікар та пацієнт дійшли згоди щодо її використання: *«Місцеві уповноважені та надавачі послуг охорони здоров'я несуть відповідальність за те, щоб настанову було застосовано у випадку, коли професіонали та люди, що користуються послугами, хочуть її використовувати. Вони повинні це робити в контексті місцевих та національних пріоритетів щодо фінансування та розвитку послуг, а також з огляду на їх обов'язки враховувати необхідність усунення незаконної дискримінації, сприяти рівності можливостей та зменшити нерівність у сфері здоров'я».*

Питання паліативної допомоги розглядаються в настановах, розроблених за тими клінічними темами, де це зумовлено потребами пацієнтів (зокрема, відповідну інформацію містить більшість клінічних настанов зі злоякісних захворювань та інших станів, які потребують паліативної допомоги). Крім того, окремі настанови розглядають питання призначення знеболювальних (клінічна настанова CG140 настанова «Паліативна допомога дорослим: сильні опіоїди для полегшення болю»), а також загальні питання паліативної допомоги онкологічним пацієнтам (настанова ракової служби CSG4 «Покращення підтримуючої та паліативної допомоги дорослим, хворим на рак»). Враховуючи важливість інтеграції медичних та соціальних аспектів, настанови NICE щодо організації допомоги наприкінці життя охоплюють весь комплекс медико-соціальних питань щодо організації допомоги, турботи про пацієнтів та членів їх родин.

Стандарти якості

Стандарти якості розробляються на основі відповідних **настанов**, для забезпечення втілення їх положень в практику. Вони не є обов'язковими інструментами прямої дії (тобто,

не визначаються жорсткі значення формальних критеріїв, та не відбувається автоматичного закриття закладів охорони здоров'я, які їх не досягли), але широко використовуються всіма учасниками процесів та відтворюють бачення уряду на те, якою має бути якісна медична допомога, що забезпечується NHS. Замовники послуг (NHS) застосовують стандарти якості для засвідчення того, що забезпечене надання високоякісних послуг. Постачальники послуг використовують стандарти якості для моніторингу, щоб показати, що надаються високоякісні послуги, а також виділяють сфери для покращення. Практичні спеціалісти охорони здоров'я, громадського здоров'я та соціальної допомоги використовують звіти про аудит та управління, щоб продемонструвати якість обслуговування. Регулятори, такі як Комісія з якості обслуговування (CQS), підтримують використання стандартів якості, щоб допомогти визначити якісну та не дуже якісну медичну допомогу.

Станом на 11.08.2018 р., у Великій Британії є чинним стандарт якості QS13 «Допомога дорослим наприкінці життя» (End of life care for adults), розроблений в 2011 р. та востаннє оновлений в 2017 р. Цей стандарт містить 16 загальних положень. Також є чинним Стандарт якості QS144 «Допомога помираючим дорослим в останні дні життя» (Care of dying adults in the last days of life), який набув чинності в 2017 р. Стандарти якості щодо ведення окремих станів, які потребують паліативної допомоги, також містять відповідні положення.

Кожне із положень стандартів якості містить посилання на докази (настанови), які лежать в його основі. Для кожного із декларативних положень кожного стандарту визначені міри якості (Quality measures), або індикатори, за допомогою яких має визначатися, чи виконується дане положення.

Вимірювання. Індикатори. Аудит.

Для значної частини вимірювань (індикаторів) положень стандартів якості паліативної допомоги наводиться посилання на Керівництво Департаменту охорони здоров'я «Стратегія допомоги наприкінці життя: маркери якості та вимірювання для допомоги наприкінці життя» (End of life care strategy: quality markers and measures for end of life care, 2009) [11]. Даний документ містить опис маркерів якості та індикаторів, направлених на моніторинг досягнення цілей «Стратегії допомоги наприкінці життя», прийнятої урядом Великої Британії в 2008 р. Вони згруповані для всіх учасників процесу та містять детальні описи. Основними маркерами якості вважається: наявність плану дій з організації допомоги; документоване оцінювання плану дій після його впровадження; документування всіх процесів на всіх етапах надання допомоги, потреб пацієнта та ін.; наявність учбових планів та документоване проходження працівниками навчання за цими учбовими планами; відсоток пацієнтів, для яких задокументовано бажане місце смерті; відсоток смертей пацієнтів, які померли там, де бажали; відсоток пацієнтів, для яких задокументовано особу, що доглядає; і т. ін. Основним засобом отримання такої інформації є аудити. Одним із маркерів якості для лікаря загальної практики, який безпосередньо відповідає за пацієнта, є наявність локального «Реєстру допомоги наприкінці життя», який є джерелом інформації для аудитів.

Загалом, Система якості та результатів (Quality and Outcomes Framework, QOF), що надає додаткові фінансові стимули для лікарів загальної практики, які уклали контракти з NHS, містить багато індикаторів щодо надання лікарем інформації для аудиту, а формальне числове порівняння значень «індикаторів результату» зазвичай не проводиться. Враховуючи, що щорічно серед пацієнтів одного лікаря загальної практики можна очікувати близько 10 смертей, не всі з яких потребуватимуть паліативної допомоги наприкінці життя, вплив ймовірнісних чинників на результат буде значно більшим, ніж якість медичної допомоги, що надається цим лікарем. Тому доцільно концентруватися на

аудиті конкретних випадків, уникаючи стимулювання лікарів до маніпуляцій з кількісними параметрами. Крім рутинних виплат, QOF презентує щорічні звіти із результатами аудитів за окремими напрямками. Перелік індикаторів QOF постійно модифікується. Починаючи з 2015 року, QOF впроваджений наступний індикатор щодо паліативної допомоги: NM111 (*The contractor has regular (at least 3 monthly) multi-disciplinary case review meetings where all patients on the palliative care register are discussed*). Цей індикатор визначає, чи дотримується практика проведення міждисциплінарних засідань з розгляду випадків, принаймні кожні 3 місяці, щоб розглянути всі випадки, зареєстровані у локальному реєстрі паліативної допомоги. Метою цих зустрічей є надання високоякісної первинної допомоги людям, що наближаються до кінця життя, оцінюючи їх потреби та переваги та активно плануючи догляд, відповідно до вимог, визначених настановами NICE та стандартами якості.

Слід зазначити, що кожен лікар загальної практики Великої Британії щорічно проходить професійний аудит, спілкуючись із фахівцями відповідних підрозділів NHS та CQC, а всі його рішення та призначення щодо конкретних пацієнтів мають бути належним чином задокументовані та обґрунтовані.

Рутинний збір даних

Рутинний збір даних та отримання індикаторів якості в системі охорони здоров'я Великої Британії охоплює більш ніж 1300 окремих індикаторів з різних напрямків охорони здоров'я, а останніми роками — також і соціальної допомоги, представлених на порталі NHS Digital [12]. Серед іншого, тут наявне сімейство індикаторів, присвячене смертності, асоційованій з госпіталізаціями (Summary Hospital-level Mortality Indicator (SHMI) — Deaths associated with hospitalisation). Індикатори цього сімейства обчислюються на основі електронного набору даних щодо госпіталізацій, який надається стаціонарними закладами Великої Британії — Hospital Episode Statistics (HES), а також набору даних щодо смертності — Office for National Statistics (HES-ONS) mortality dataset. Автоматизоване зв'язування різних електронних наборів даних необхідне, щоб відстежити не тільки ті смерті, які мали місце безпосередньо в закладі охорони здоров'я, а всі смерті пацієнтів в 30-денний термін з моменту вибуття із закладу.

В сімействі SHMI містяться два індикатори, асоційовані з паліативною допомогою: Відсоток записів надавача послуг з паліативною допомогою, та Відсоток смертей з паліативною допомогою. При цьому паліативна допомога в даних HES, згідно опису відповідних індикаторів, визначається двома шляхами:

- або пацієнт був пролікований за спеціальністю (напрямок) «Паліативна медицина»;
- або серед діагнозів, за якими пацієнт отримував лікування, зустрічається код МКХ-10 Z51.5 — «звернення з приводу паліативної допомоги».

Таким чином, маємо визначення пацієнта як такого, що отримує послугу спеціалізованої паліативної допомоги, незалежно від особливостей стану та інших методів лікування, які цей пацієнт отримував одночасно або після паліативної допомоги. Аналогічним чином діє й лікар загальної практики, який повністю відповідальний за визначення потреби в паліативній допомозі та внесення пацієнта до відповідного локального реєстру, але не має для цього формальних обмежень.

В сімействі індикаторів громадського здоров'я також наявний індикатор — Відсоток смертей вдома (Deaths at home) — від усіх причин, а також за визначеними причинами смерті: грубий показник (%), а також стандартизований за віком.

В описі цього індикатора зазначається, що він призначений для покращення паліативної допомоги та планування відповідних послуг особам, чиє життя добігає кінця. Важливим є те, що інформація про місце смерті знаходиться в записі про смерть у полі комунального

підприємства. Вона містить:

- 5-значний код, що ідентифікує заклад чи установу (наприклад, лікарня, будинок для догляду, житловий будинок);
- або код "Н", який вказує на те, що ця особа померла за своєю домашньою адресою, і що це не є комунальним закладом;
- код "Е", який вказує на те, що людина померла в іншому місці.

Інші джерела інформації: програми збору даних

Значна робота по інформуванню населення, залученню волонтерів та ресурсів, а також збору та представленню даних в сфері паліативної допомоги Великої Британії проводиться недержавними та громадськими організаціями, такими як Helping Hands, Hospice UK, The National End of Life Care Intelligence Network, та ін. З 2008 по 2017 рік в Великій Британії діяла програма збору даних Національної Ради паліативної допомоги (National Council for Palliative Care, NCPС). Програмою було передбачено отримання даних щодо послуг спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги, включаючи стаціонари, допомогу на дому, амбулаторну допомогу, та ін. Останній опублікований звіт [13] створений на основі інформації 1372 спеціалізованих надавачів паліативної допомоги, 70% яких складають хоспіси, та охоплює 2014-2015 рр. Зібрана інформація включала:

- Кількість людей, що користуються послугами;
- Середню тривалість перебування / догляду;
- Демографічну інформацію: стать, вік та етнічна приналежність;
- Поширене розбиття діагнозу, для кожної служби, особливо в разі неракових захворювань;
- Контакти між співробітниками та пацієнтами / опікунами.

Звіт демонструє розвиток паліативної допомоги як в динаміці (в порівнянні з попередніми звітами), так і в розрізі надавачів послуг та особливостей стану тих, хто потребував допомогу.

Особливості відповідального використання даних для оцінки якості

Аналіз на основі кількісних узагальнених індикаторів дозволяє виявити загальні тенденції та порівняти між собою різних надавачів послуг або діяльність територіальних систем. При цьому методичні матеріали NHS щодо такого аналізу жорстко застерігають проти формальних та поверхневих порівнянь, надаючи методологію аналізу «викидів» значень індикаторів, отриманих в результаті аудитів, та інформуючи про можливі локальні особливості та ймовірнісні чинники розбіжностей, не пов'язані з якістю наданої допомоги. Метою порівнянь є не побудова «турнірних таблиць», а отримання інформації щодо можливих проблем та кращих практик, для можливості подальших досліджень та удосконалення якості. Підвищення культури аналізу та використання фактичних даних медичними працівниками та організаторами охорони здоров'я є одним із пріоритетів NHS протягом останніх років. Особливо наголошується, що метою діяльності кожного лікаря та надавача послуг є не підвищення значень формальних індикаторів, а підвищення якості наданої допомоги.

Ми розглянули макрорівень даних у сфері паліативної допомоги, зокрема, як з їх використанням, послуговуючись індикаторами і стандартами досягається висока якість паліативної допомоги. При цьому, існує ще мікрорівень даних у паліативній допомозі. Дані про стан пацієнта, перебіг його захворювання, отримані і зафіксовані у надійний спосіб, можуть суттєво допомогти лікарю визначити потребу та обсяг паліативної допомоги для пацієнта. Тож далі розглянемо, які інструменти існують у світі для цих цілей.

Визначення потреби пацієнта у паліативній допомозі

Часто, буває досить важко визначити, коли саме пацієнт наближається до кінця життя або потребує паліативної допомоги у ширшому розумінні, внаслідок хронічного прогресуючого захворювання, загальної слабкості чи літнього віку. Так, брак прогностичних індикаторів і клінічних тригерів були найважливішою перешкодою для застосування паліативної допомоги на первинній ланці у Великій Британії в 2012 р. [14]

Втім, у світі існують ряд інструментів, які допомагають лікарю, з використанням тих чи інших показників, даних про стан здоров'я пацієнта, визначити, що пацієнт потребує паліативної допомоги, або ж для нього (неї) може бути корисний паліативний підхід ще на ранній стадії.

Зокрема, можна відзначити такі інструменти:

- RADPAC (RADboud indicators for Palliative Care needs) — розроблений у Нідерландах. Містить критерії оцінки для окремих захворювань: раку, ХОЗЛ, і серцевої недостатності.
- Residential home palliative care tool (Австралія), для оцінки потреби у паліативній допомозі для пацієнтів без новоутворень.
- SPICT (Шотландія), включає як загальні індикатори функціонального стану, так і окремі критерії для різних захворювань.
- Prognostic Indicator Guide (Велика Британія).
- NECPAL-CCOMS-ICO (Каталонія, Іспанія), включає також як критерій для надання паліативної допомоги — прямий запит від пацієнта його сім'ї. [15]

По суті, ці інструменти є опитувальниками, анкетами для лікаря. Для відповідей на запитання анкети — зокрема щодо функціонального стану пацієнта, чи параметрів того чи іншого захворювання, лікар повинен оперувати даними — такими як результати аналізів, стадія онкологічного захворювання, функціональний стан за певною шкалою, рівень болю за шкалою. При цьому, деякі інструменти включають в себе також суб'єктивні параметри — наприклад, наявність прямого запиту щодо надання паліативної допомоги від пацієнта, а також питання, що відображає загальне професійне судження лікаря: “Чи буде для вас несподіванкою, якщо пацієнт помре протягом наступних 12 місяців?”.

Для прикладу, відповідно до інструменту NECPAL-CCOMS-ICO [16], пацієнт вважається таким, що потребує паліативної допомоги, якщо лікар відповів “НІ” на запитання-тригер “Чи буде для вас несподіванкою, якщо пацієнт помре протягом наступних 12 місяців?”, і при цьому зазначив “ТАК” щодо хоча б ще одного визначеного критерію:

- стосовно наявності запиту від пацієнта/родини; або
- стосовно загальних клінічних показників; або
- стосовно визначених параметрів конкретного захворювання.

Щоб отримати відповідь “ТАК” стосовно, наприклад, загальних клінічних показників, потрібно, в свою чергу, отримати ствердну відповідь для хоча б одного з критеріїв стосовно:

- Аліментарних маркерів (щодо харчування)
- Функціональних маркерів
- Інших маркерів ступеню важкості та немочі
- Наявності емоційних розладів
- Застосування ресурсів
- Супутніх захворювань

Розглянемо, для прикладу, блок “Функціональні маркери”. Критерієм для надання паліативної допомоги відповідно до функціональних маркерів буде відповідність будь-якому з перерахованих критеріїв (за останні 6 місяців):

- Важкість (Severity): встановлена суттєва функціональна залежність (за шкалою БАРТЕЛ < 25, ECOG > 2 або Карновського < 50%)
- Прогресування: відмова від 2 або більше повсякденних навичок навіть за наявності належного терапевтичного втручання
- Клінічні спостереження щодо функціональних розладів (тривале, інтенсивне/важке, прогресуюче, незворотне) не пов’язані з поточним станом.

Таким чином, інструмент є багатоступеневою анкетною для фіксації даних щодо стану пацієнта, і на основі критеріїв, відносно яких співставляються зафіксовані дані, і приймається рішення.

Інструменти для оцінки потреби пацієнта у паліативній допомозі посилаються на шкали, що дозволяють вимірювати і фіксувати стан пацієнта. Чимало з цих міжнародно визнаних шкал (наприклад, як шкала БАРТЕЛ — Індекс активності у повсякденному житті) уже є складовими частинами українських клінічних протоколів. Розробка і запровадження в Україні аналогічного інструменту для визначення потреби пацієнта у паліативній допомозі є критично важливим. Оперування даними, чіткими і максимально детальними індикаторами щодо стану пацієнта, дозволить лікарю не тільки визначити потребу, але й обсяг необхідної паліативної допомоги.

Далі наведено ряд важливих шкал, що можуть бути використані для оцінки стану пацієнта з точки зору паліативної допомоги, потреби пацієнта у паліативній допомозі. Слід зауважити, що критерії, зазначені, наприклад, в інструменті NECPAL, стосуються визначення пацієнтів, що перебувають у термінальній стадії — тобто в даному інструменті мається на увазі паліативна допомога у вузькому сенсі “допомоги наприкінці життя”.

Шкала БАРТЕЛ

Додаток № 9 до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)». Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ).

ПРИЙОМ ЇЖИ

0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)
5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно
10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

ПРИЙОМ ВАННИ

0 - залежний від оточуючих
5 - незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА

(чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)

0 - потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни
5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

ОДЯГАННЯ

0 - залежний від оточуючих
5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу
10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг

КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ

0 - нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)
5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок
10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ

0 - нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може
5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)
10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)

КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ

(переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

0 - повністю залежний від допомоги оточуючих
5 - потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно
10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

ПЕРЕМІЩЕННЯ

(з ліжка на крісло і назад)

0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб
5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку
10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога
15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ

(переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)

0 - не здатний до переміщення або долає менше 45 м
5 - здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг
10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м
15 - не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м

ПОДОЛАННЯ СХОДІВ

0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою
5 - потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка
10 - незалежний

Оцінка пацієнта за індексом Бартел

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення(з ліжка на крісло і назад)		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати незалежним.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.

Увага! Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо сумарний індекс за шкалою БАРТЕЛ складає менше 25.

Оцінка загального стану пацієнта за допомогою шкали Карновського та ECOG

Джерело: Клінічний протокол високоспеціалізованої допомоги при хронічному лімфоїдному лейкозі

Індекс Карновського	Активність,%	Шкала ECOG – ВООЗ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	0
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	Наявні симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність із зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатен до нормальної діяльності чи активної роботи	70	Більше 50% денного часу проводить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатен самостійно задовольняти більшість своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує перебування в ліжку більше 50% денного часу	3
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, зокрема медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не прогнозується	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Смерть	0		

Увага!

Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо:

Індекс Карновського складає менше 50

або

оцінка за шкалою ECOG більше 2

Шкала надання паліативної допомоги (Palliative Performance Scale, PPS)

Рівень PPS	Здатність самостійно пересуватися	Діяльність та ознаки хвороби	Само-обслуговування	Прийом їжі	Рівень свідомості
100%	Повна	Нормальна повсякденна та професійна діяльність. Ознаки хвороби відсутні	Повне	Нормальний	Повна
90%	Повна	Нормальна повсякденна та професійна діяльність. З'являються ознаки хвороби	Повне	Нормальний	Повна
80%	Повна	Звична діяльність викликає труднощі. Проявляються деякі ознаки хвороби	Повне	Нормальний або знижений	Повна
70%	Обмежена	Професійна діяльність/робота неможлива. Значні ознаки хвороби	Повне	Нормальний або знижений	Повна
60%	Обмежена	Не спроможний займатися улюбленими/побутовими справами. Значні ознаки хвороби	Іноді потребує сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або сплутана
50%	Переважно сидить/лежить	Не спроможний виконувати будь-яку роботу. Важкі ознаки хвороби	Значною мірою потребує сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або сплутана
40%	Переважну кількість часу проводить у ліжку	Не спроможний на будь-яку діяльність. Важкі ознаки хвороби	Залежить від сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або апатична +/- сплутана
30%	Повністю прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Важкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або апатична +/- сплутана
20%	Повністю прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Важкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Зменшений до маленьких ковтків	Повна або апатична +/- сплутана
10%	Повністю прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Важкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Тільки годування	Апатична або коматозна +/- сплутана
0%	Смерть	-	-	-	-

Увага!

Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо значення за шкалою PPS менше 50.

Класифікація NYHA

Функціональна класифікація Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів хронічної серцевої недостатності (англ. *New York Heart Association Functional Classification*). В основу класифікації покладено поділ пацієнтів по функціональних класах (ФК) відповідно до переносимості фізичних навантажень.

ФК	Симптоми
I	Пацієнти із захворюванням серця, у яких виконання звичайних фізичних навантажень не викликає задишки, втоми або серцебиття.
II	Пацієнти із захворюванням серця і помірним обмеженням фізичної активності. Задишку, втому, серцебиття відзначають при виконанні звичайних фізичних навантажень
III	Пацієнти із захворюванням серця і вираженим обмеженням фізичної активності. У стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.
IV	Пацієнти із захворюванням серця, у яких будь-який рівень фізичної активності викликає зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають також у стані спокою.

На сьогоднішній день згідно з рекомендаціями асоціації кардіологів України в діагнозі пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) необхідно зазначити стадію захворювання відповідно до класифікації серцевої недостатності за Стражеском та Василенком та функціональний клас згідно з класифікацією NYHA. Варто відзначити, що стадія СН відображає етап клінічної еволюції хронічної серцевої недостатності, в той час як функціональний стан є показником динамічним і може змінюватися на фоні лікування. Орієнтовна відповідність між двома класифікаціями:

Стадія серцевої недостатності	Функціональний клас серцевої недостатності
I	II ФК (на фоні адекватного лікування — I ФК)
IIA	III ФК (на фоні адекватного лікування — II ФК, іноді I ФК)
IIB	IV ФК (на фоні адекватного лікування — II ФК, іноді III ФК)
III	IV ФК (іноді на фоні адекватного лікування — II ФК)

Увага!

Пацієнт може потребувати паліативної допомоги, якщо має серцево-судинну недостатність III та IV ступеню за класифікацією NYHA.

Система стадій BCLC і класифікація печінкової недостатності Чайлд-П'ю

Система TNM описує стадії будь-яких онкологічних захворювань. При захворюваннях печінки пухлинного та непухлинного генезу (цироз, гепатоз) для визначення її функціонального стану та прийняття рішень щодо вибору подальшого лікування або надання паліативної допомоги застосовують системи стадій — такі як Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) або класифікацію Чайлда-П'ю (Child-Pugh system).

Система стадій BCLC

Система стадій BCLC розглядає кількість і розмір пухлин, а також як добре почуває себе людина (the performance status — PS). Вона також бере до уваги, як добре працює печінка, використовуючи шкалу Чайлда-П'ю. Всього є 5 стадій:

- Стадія 0 означає, що пухлина менша за 2 см, людина почуває себе добре (PS 0) і печінка працює нормально (Child-Pugh A)
- Стадія A означає, що є одна пухлина менша за 5 см, або до 3 пухлин, всі менші за 3 см. Людина почуває себе добре і активна (PS 0), і печінка працює нормально (Child-Pugh A або B)
- Стадія B означає, що є багато пухлин у печінці, але людина почуває себе добре (PS 0) і печінка працює нормально (Child-Pugh A або B)
- Стадія C означає, що рак поширився у кровеносні судини, лімфатичні вузли чи в інші органи тіла. Або людина не почуває себе добре (PS 1 або 2). Печінка все ще працює (Child-Pugh A або B)
- Стадія D означає, що печінка серйозно пошкоджена (Child-Pugh C) або людині погано і вона потребує допомоги і догляду (PS 3 або 4)

Класифікація Чайлда-П'ю (Child-Pugh)

Система Чайлда-П'ю бере до уваги 5 показників, що дають інформацію про те, наскільки добре працює печінка:

- Рівень білірубину в крові
- Рівень альбуміну в крові
- Як швидко згортається кров (час протромбіну)
- Чи збирається рідина у черевній порожнині (асцит)
- Функція мозку (енцефалопатія)

Для різних значень цих показників даються бали (від 1 до 3), відповідно до їх суми, пацієнти потрапляють до 1 з 3 класів:

- Клас А — печінка працює нормально
- Клас В — середньої тяжкості хвороба, і пацієнту може бути запропоноване лікування – таке як хірургічне втручання або хіміоемболізація.
- Клас С — серйозне пошкодження печінки, і, на жаль, перспективи погані. У такому випадку, часто пацієнт занадто хворий, щоб отримати лікування від раку.

Оціночна (прогностична шкала) MELD (Model for End-stage Liver Disease)

Додаток 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цироз печінки та його ускладнення»

Індекс MELD розраховується за такою формулою:

$MELD = 10 \times (0,957 \ln(\text{рівень креатиніну}) + 0,378 \ln(\text{рівень загального білірубину}) + 1,12(MHB) + 0,643)$; де
MHB — міжнародне нормалізоване відношення
Ln — натуральний логарифм

Застосовуються наступні правила розрахунку: мінімальне значення для будь-якої з трьох змінних-1 мг / дл, максимальний можливий рівень креатиніну-4мг / дл, максимальне значення індексу MELD — 40.

Увага!

Пацієнт може потребувати паліативної допомоги, якщо має прогресуючий цироз, стадія С за Чайл-П'ю, або стадії С або D (класифікація BCLC), або якщо MELD > 30.

Деменція, хвороба Альцгеймера — GDS

Шкала глобального погіршення когнітивних функцій (ШГПКФ – Global Deterioration Scale, GDS), дає особі, що здійснює догляд за хворими, які страждають від первинної прогресуючої деменції, зокрема хвороби Альцгеймера, загальне уявлення про стадії їх когнітивних функцій. Шкала поділяється на сім стадій. Починаючи зі стадії 5 особа вже не спроможна існувати без сторонньої допомоги. Для більш детальної оцінки використовуються показники Зведеної шкали оцінки когнітивних функцій (BCRS) та Оцінки функціональних стадій (FAST).

Стадія	Клінічні характеристики
1. Зниження когнітивних функцій відсутнє	Скарж на втрату пам'яті немає. Об'єктивних ознак втрати пам'яті під час бесід з пацієнтом не виявлено.
2. Незначне зниження когнітивних функцій (Вікове порушення пам'яті)	Пацієнт скаржиться на порушення пам'яті переважним чином у наступних випадках: (а) забуває куди поклав знайомі речі; (б) забуває добре відомі імена. Об'єктивних ознак втрати пам'яті під час бесід з пацієнтом не виявлено. Об'єктивних ознак у професійній діяльності або соціальній взаємодії також немає. Природне занепокоєння з огляду на симптоми.
3. Невелике зниження когнітивних функцій (Помірні інтелектуальні розлади)	Перші безсумнівні ознаки порушень. Проявляються у більш ніж одному з наступних випадків: (а) пацієнт загубився по дорозі до незнайомої місцевості; (б) колеги по роботі відмічають відносно низьку працездатність пацієнта; (в) складності зі згадуванням імен та слів стають очевидними для близьких пацієнта; (г) після прочитання уривку тексту або книги пацієнт майже не пам'ятає зміст; (д) у пацієнта спостерігається зниження здатності запам'ятовувати імена людей, з якими він щойно познайомився; (ж) пацієнт загубив або поклав не на місце цінну річ; (з) медичне обстеження виявляє порушення концентрації. Об'єктивних ознак втрати пам'яті виявляються лише під час інтенсивних бесід з пацієнтом. Зниження працездатності на відповідальній роботі та при соціальній взаємодії. У пацієнта з'являються об'єктивні ознаки заперечення. Симптоми супроводжуються невеликою або помірною тривожністю.
4. Помірне зниження когнітивних функцій (Незначна деменція)	Беззаперечні ознаки порушень виявлені докладною бесідою з пацієнтом. Проявляються у наступних випадках: (а) знижена обізнаність у поточних та нещодавніх подіях; (б) може погано пам'ятати обставини власного життя; (в) проблеми з концентрацією при низьких математичних розрахунках; (г) знижена спроможність подорожувати, розпоряджатися коштами і т.п. Найчастіше у наступних випадках порушення не проявляються: (а) орієнтація у часі та місцевості; (б) впізнавання знайомих людей та облич; (в) спроможність добратися до знайомого місця. Неспроможність виконувати складні завдання. Основний захисний механізм – заперечення. Часто має місце вирівнювання афекту та уникання складних ситуацій.
5. Зниження когнітивних функцій середньої важкості (Помірна деменція)	Пацієнт не здатен існувати без сторонньої допомоги. Під час бесіди пацієнт не може пригадати більшість важливих аспектів власного сьогоденного життя, зокрема адресу або номер телефону, яким користувався багато років, імена близьких родичів (таких як онуки), назву школи або ВУЗу, який закінчив. Нерідко має місце дезорієнтація у часі (дата, день тижня, пора року і т.п.) або місці. Освічена людина може мати складності зі зворотнім ліком від 40 через 4 або від 20 через 2. На цій стадії пацієнти пам'ятають більшість важливих фактів власного життя та з життя інших. Вони завжди пам'ятають власні імена та імена дружини/чоловіка та дітей. Вони не потребують допомоги у туалетних процедурах або прийомі їжі, однак можуть мати складності при виборі належного одягу.
6. Важке зниження когнітивних функцій (Деменція середньої важкості)	Можуть іноді забувати імена дружини/чоловіка від яких повністю залежить їх життя. У більшості випадків не пам'ятають нещодавніх подій та досвіду з власного життя. Зберігають певні спогади з власного життя однак дуже уривчасті. Загалом не мають уявлення про власне оточення, рік, пору року і т.п. Можуть відчувати складність у лічбі від 10 в обох напрямках. Потребують допомоги у елементарних діях по самообслуговуванню, зокрема може виникнути нетримання сечі і калу, потребуватимуть супроводу однак іноді можуть самостійно пересуватися у знайомих місцях. Денний розпорядок найчастіше порушується. Майже завжди пам'ятають власне ім'я. Найчастіше здатні відрізнити членів сім'ї від незнайомих, що їх оточують. Мають місце особистісні та емоційні зміни. Спектр останніх може бути досить широким і включає: (а) маячну поведінку, зокрема пацієнти можуть звинувачувати жінку/чоловіка у шахрайстві, можуть розмовляти з уявними особами, що знаходяться поруч, або з власним відображенням у дзеркалі; (б) нав'язливі синдроми, зокрема людина може постійно повторювати прості дії по прибиранню; (в) симптоми занепокоєння, ажитації, можуть мати місце навіть нехарактерні для неї раніше випадки агресивної поведінки; (г) когнітивна абулія, а саме втрата волі через нездатність людини достатню кількість часу зосереджуватися на думці про мету власних дій.
7. Особливо важке зниження когнітивних функцій (Тяжка деменція)	На цій стадії втрачаються всі мовні здібності. Як правило мова відсутня повністю і являє собою нечленороздільні звуки та рідкі випадки схожих на забуті слова чи фрази. Нетримання сечі, потребує допомоги у туалетних процедурах та прийомі їжі. Базові психомоторні навички, такі як здатність ходити, на цій стадії поступово втрачаються. Мозок втрачає контроль над тілом. Найчастіше мають місце загальне зціпеніння та примітивні неврологічні рефлекси.

Увага!

Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, якщо має зниження когнітивних функцій стадії 6 чи 7.

FAST — функціональна оцінка хвороби Альцгеймера

Стадія	Назва стадії	Характеристики	Психічний вік (роки)	Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE) (бали)
1	Природний вік	Будь-які розлади відсутні	Доросла людина	29-30
2	Можливі легкі когнітивні розлади	Суб'єктивний функціональний дефіцит		28-29
3	Легкі когнітивні розлади	Об'єктивний функціональний дефіцит заважає виконанню людиною складних завдань.	12+	24-28
4	Незначна деменція	Заважає виконанню інструментальних дій по самообслуговуванню, таких як сплата рахунків, приготування їжі, прибирання, подорожі	8-12	19-20
5	Помірна деменція	Виникає потреба у сторонній допомозі при виборі одягу	5-7	15
6a	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при одяганні	5	9
6b	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при купанні	4	8
6c	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при користуванні туалетом	4	5
6d	Деменція середньої важкості	Нетримання сечі	3-4	3
6e	Деменція середньої важкості	Нетримання калу	2-3	1
7a	Важка деменція	Говорить 5-6 слів на день	1.25	0
7b	Важка деменція	Чітко вимовляє лише 1 слово	1	0
7c	Важка деменція	Не може ходити	1	0
7d	Важка деменція	Не може утримуватися в сидячому положенні	0.5-0.8	0
7e	Важка деменція	Втрачає здатність посміхатися	0.2-0.4	0
7f	Важка деменція	Не може утримувати голову	0-0.2	0

Увага!

Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, починаючи із стадії 6c.

Ступені (стадії) важкості пролежнів

Пролежні — це зміни тканин дистрофічного і виразково-некротичного характеру (змертвіння), які утворюються на ділянках тіла, що піддаються систематичному тривалому стисненню, або внаслідок різних нейротрофічних порушень у лежачих пацієнтів.

До уваги: ще однією з причин утворення пролежнів може бути зміщення верхніх шарів шкіри. Це відбувається, коли пацієнта намагаються тягнути по ліжку, або витягають з-під нього судно чи мокру білизну.

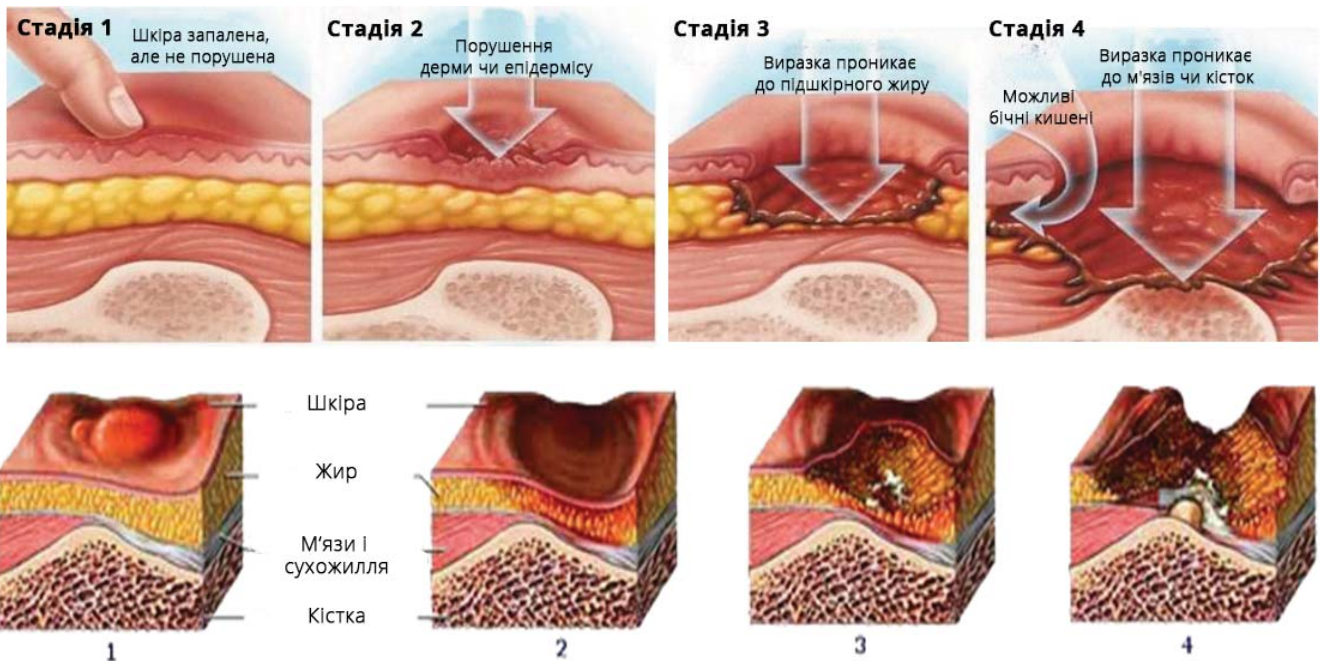
Розрізняють 4 ступені (стадії) розвитку пролежнів:

Перша ступінь (початкова). Ділянки шкіри, які тривалий час були у стисненому стані, червоніють і набрякають. Візуально це виглядає як подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Гіперемія (почервоніння) не проходить навіть після припинення здавлювання. В цих місцях Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне оніміння.

Друга ступінь. Виникає неглибоке порушення поверхні шкіри, яке часто поширюється на підшкірну клітковину. З'являються пухирці. Спостерігається часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Друга стадія характеризується утворенням на подразнених ділянках неглибокої рани з рожевими і припухлими краями. Це виглядає як неглибока виразка. Іноді пролежень на другій стадії схожий на пухир, що луснув.

Третя ступінь. Відбувається руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Розростаючись і заглиблюючись, виразки проникають до м'язового шару. Всередині проглядається жовта змертва тканина, сукровичні виділення. При інфікуванні такий пролежень набуває гнійного характеру.

Четверта ступінь, найважча. Відбувається глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Процес некрозу захоплює шкіру і всі підшкірні структури: м'язи, фасції й сухожилля, кістки і елементи суглобів. Поверхня рани — це суцільні некротичні маси, при вологому некрозуванні під некротичними масами формується нагноєна порожнина, бічні кишені, оголюються сухожилля, іноді кістки й суглоби.



Увага!

Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, якщо має пролежні 3-4 стадії.

Шкали для оцінки інтенсивності болю

Джерело: Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України "25" квітня 2012 р. № 311.

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний / дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль). Оцінка інтенсивності болю на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта проводиться як до початку лікування, так і в процесі лікування болю для визначення ефективності знеболення.

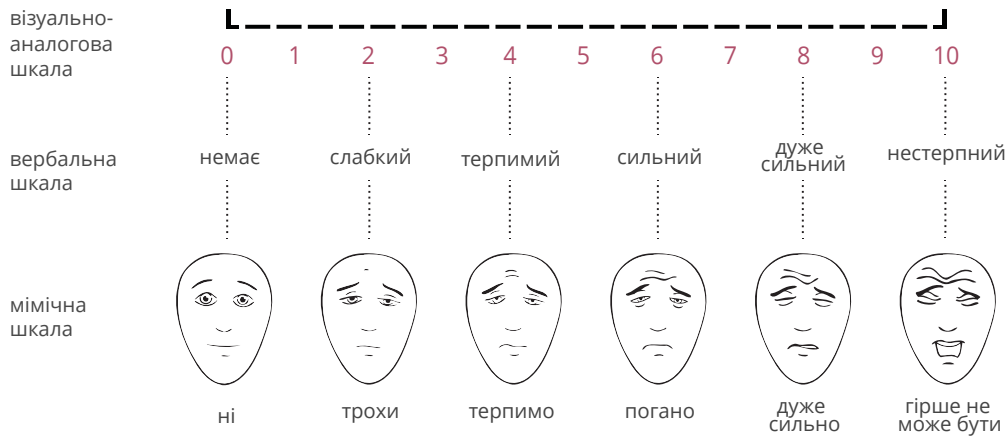
5-бальна шкала вербальних оцінок

З цією метою в паліативній медицині найчастіше рекомендується використовувати 5-бальну шкалу вербальних оцінок інтенсивності хронічного болю, згідно з якою:

- 0 — болю немає,
- 1 бал — слабкий,
- 2 бали — помірний,
- 3 бали — сильний,
- 4 бали — найсильніший біль.

Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю

Пропонується також застосування візуально-аналогову шкалу інтенсивності болю від 0 до 100 % у вигляді лінії, завдовжки 10 см, на якій пацієнт сам позначає силу своїх больових відчуттів.



Оцінка болю для дітей віком до 3 років та для дітей з когнітивними відхиленнями

Показник	Бальна оцінка		
	0	1	2
Обличчя	Відсутність будь-якої особливої гримаси або посмішка	Періодична гримаса або несхвальний погляд, усамітнення, відсутність інтересу	Частий або постійний несхвальний вид, стислі щелепи, тремтіння [Вираз стресу на обличчі, переляку або паніки]
Ноги	Нормальне положення або розслабленість	Скутість, неспокій, напруга [Періодичний тремор]	Поштовхи ногами або їх витягування [Значне посилення спастики, постійний тремор або різкі повштовхоподібні рухи]
Активність	Спокійне положення лежачи, нормальне положення, легке переміщення	Вигинання, переміщення вперед / назад, напруженість [Помірне збудження, поверхнєве, напружене дихання, періодичні зітхання]	Увігнутість, ригідність або різкі повштовхоподібні рухи [Виражене збудження, удари головою; тремтіння; затримка дихання, глибокі зітхання або різкі зітхання; виражена ригідність]
Крик	Відсутність крику (при неспанні і під час сну)	Стогін або ниття, періодична незадоволеність [Періодичний вербальний сплеск або бурмотіння]	Постійний крик, пронизливий крик або схлипування [Постійні вербальні сплески або бурмотіння]
Здатність до зовнішнього заспокоєння	Задволенний, спокійний	Заспокоюється від дотику, обіймів або розмов, можна відволікти	Складність заспокоєння [Відштовхування того, хто надає допомогу, опір йому або заходам щодо забезпечення комфорту]

Подібні шкали необхідні для кількісної характеристики динаміки інтенсивності хронічного больового синдрому в процесі лікування та вибору необхідного знеболюючих засобів і схеми їх застосування.

Оцінка потреби населення у паліативній допомозі

Для планування ресурсів системи охорони здоров'я, ефективного їх використання, важливо мати точні і надійні дані щодо потреби у паліативній допомозі. Адекватний розрахунок потреби має практичний вплив на ресурси, фінанси, кадри для забезпечення паліативної допомоги, а також на квоти щодо закупівель контрольованих речовин (для виготовлення опіоїдних анальгетиків зокрема). На даний момент (станом на серпень 2018 р.) в Україні діє офіційно лише одна методика розрахунку потреби у паліативній допомозі — затверджена наказом МОЗ України №420 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку населення у медичній допомозі” [17]. Так, відповідно до цих рекомендацій, потреба у паліативній допомозі складає 80% від “померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань у рік”. Для неонкологічних хронічних захворювань пропонується застосовувати “аналогічну методологію розрахунку”.

У світі існують різні підходи і дослідження щодо визначення популяційної потреби у паліативній допомозі. Найпоширеніші — на основі т. зв. “рутинних даних”. Рутинні дані — це дані, що згенеровані адміністративними та клінічними процесами — на противагу даним, що отримані лише в цілях певного дослідження. Дані реєстрації смертей, дані первинної та вторинної ланки охорони здоров'я, тощо — все частіше використовуються в дослідженнях стосовно паліативної допомоги і допомоги наприкінці життя [18].

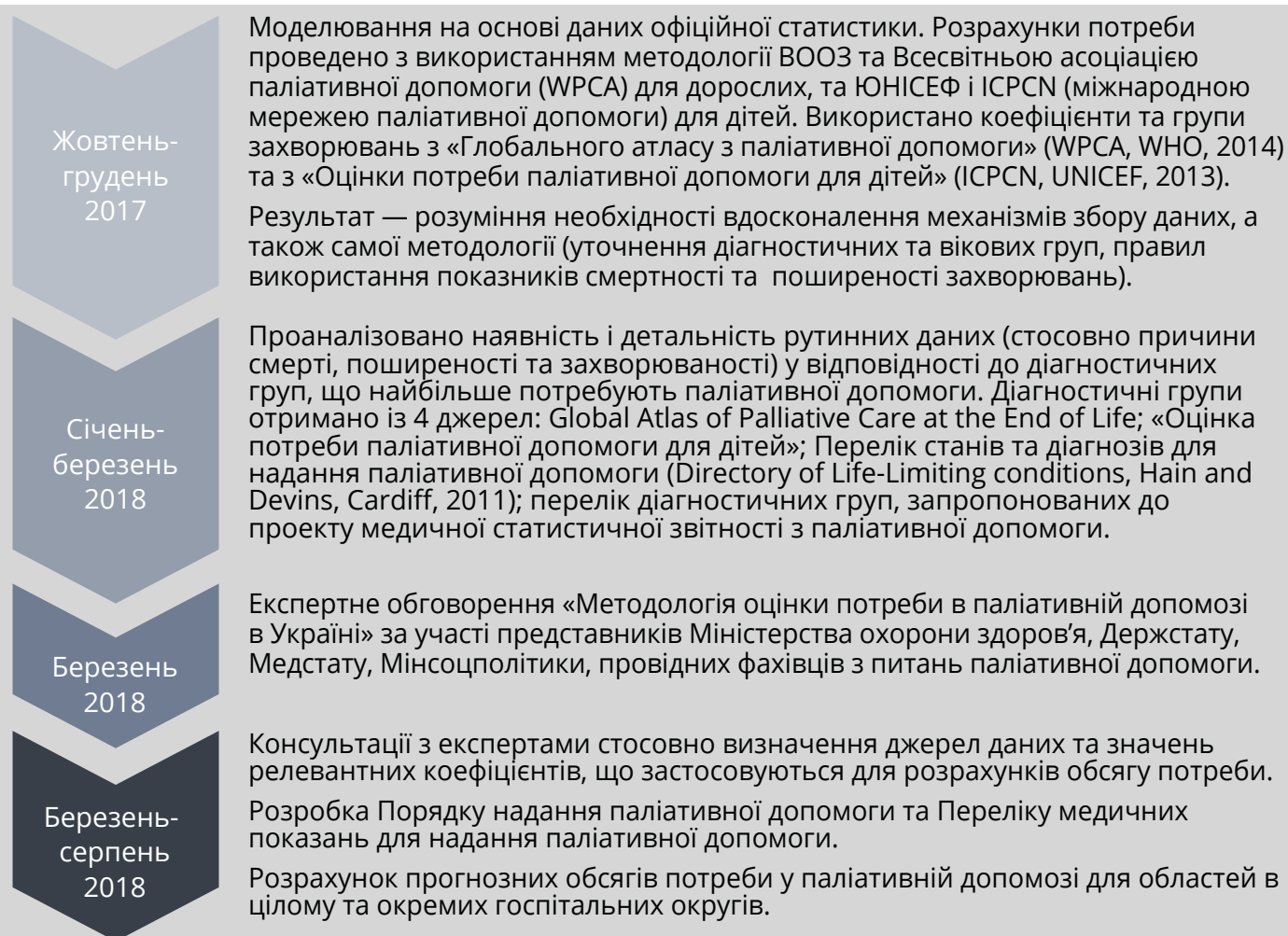
На основі підходів, запропонованих у Глобальному атласі з паліативної допомоги [19] та “Оцінки потреби паліативної допомоги для дітей [20], Український центр суспільних даних восени 2017 року змодельював потребу в паліативній допомозі для дітей та дорослих — на основі даних про смертність та поширеність певних захворювань в Україні [21]. При цьому, було виявлено проблеми як з методологією, так і з даними. Так, є значні підозри щодо масової фальсифікації зареєстрованих причин смерті (зокрема, щодо померлих нібито від “серцево-судинних захворювань”). Особливо такі підозри стають обґрунтованими після порівняння розподілу причин смерті із країнами, що увійшли в десятку з найвищою якістю смерті.

Група захворювань	Велика Британія	Австралія	Ірландія	Бельгія	Німеччина	Нідерланди	США	Франція	Україна
Онкозахворювання	257	186	189	258	289	271	187	267	219
Серцево-судинні	227	178	191	270	408	228	243	224	1053
Хвороба Альцгеймера	112	56	46	73	51	89	82	76	5
ХОЗЛ*	50	34	40	60	53	56	56	30	20
Цироз печінки	11	6	7	13	18	5	15	13	1
Хвороба Паркінсона	10	7	8	11	13	10	9	10	0
Цукровий діабет	9	19	12	16	30	17	25	19	6
Захворювання нирок	7	11	11	20	26	13	19	13	7
Розсіяний склероз	2	1	1	1	2	2	1	1	0
Ревматоїдний артрит	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Туберкульоз	1	0	0	1	0	0	0	1	15
ВІЛ / СНІД	0	0	0	0	1	0	2	1	22

* Хронічні обструктивні захворювання легенів

Діаграма 6. Розподіл причин смерті у різних країнах, на 100 тисяч населення, 2016.

Тому, за участі експертів з паліативної допомоги, медичної статистики, демографії, ВООЗ, МОЗ та інших, фахівці Українського центру суспільних даних вивчили, як найкраще можна використати наявні рутинні дані (Держстату, Медстату, електронних реєстрів пацієнтів) для достовірнішої оцінки потреби у паліативній допомозі в Україні. Нижче представлено ітерації розробки надійнішої методології.



Розроблена методологія оцінки потреби населення у паліативній допомозі полягає у розрахунку прогнозних обсягів потреби із використанням наступних джерел:

- форми медичної статистичної звітності:
 - форми 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу»;
 - форми 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки»;
- дані Державної служби статистики України щодо розподілу причин смерті населення (т. зв. форма С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті»);
- дані Реєстру пацієнтів туберкульозу Центру громадського здоров'я МОЗ;
- дані Національного канцер-реєстру.

Загальна методика полягає у розрахунку кількості осіб, що потребують паліативної допомоги шляхом застосування коефіцієнтів до відповідних показників для кожної хвороби або групи хвороб, визначених методикою. Відповідно до наявності та достовірності рутинних даних щодо певних хвороб, було визначено, які саме показники — кількість померлих, або кількість хворих — беруться для оцінки потреби. Для окремих хвороб потреба у паліативній допомозі розраховується як сума окремих показників, розрахованих на основі даних із декількох джерел. Так, значення потреби у паліативній допомозі для дорослих, хворих на туберкульоз (рубрики МКХ-10 A15-A19), здійснюється за формулою: $ППД(T) = (T1 \times 0,9) + (T2 \times 1) + (T3 \times 1)$, де: ППД(T) — потреба у паліативній допомозі для хворих на туберкульоз; T1 — кількість померлих дорослих від туберкульозу у попередньому році; T2 — кількість дорослих пацієнтів, хворих на туберкульоз, яким призначено паліативне лікування, у попередньому році; T3 — кількість дорослих пацієнтів з мультирезистентною формою туберкульозу, за винятком тих, кому призначено паліативне лікування, у

попередньому році. У зв'язку з особливістю лікування МРТБ, показник ТЗ формується на основі кількості зареєстрованих випадків МРТБ у позаминулому році.

Розрахунок потреби у паліативній допомозі для дорослих, хворих на злоякісні новоутворення, здійснюється за формулою: $ПД(ЗН) = (ЗН1 \times 0,8) + (ЗН2 \times 0,25)$, де: ПД(ЗН) — потреба у паліативній допомозі для хворих, які мають злоякісні новоутворення; ЗН1 — кількість померлих дорослих з причиною смерті новоутворень (коди С00-С97, D00-D48 за МКХ-10) у попередньому році; ЗН2 — кількість вперше зареєстрованих випадків дорослих, хворих на злоякісні новоутворення, за виключенням немеланомних злоякісних новоутворень шкіри (коди С44,С46.0 за МКХ-10) у попередньому році. За статистикою, близько 25% осіб, що захворіли на рак у поточному році, помирають у наступному, відтак уже потребують паліативної допомоги, і у той же час не належать до групи тих, хто помер від ЗН у поточному році.

Потреба в паліативній допомозі може бути розрахована для країни в цілому, області, району, госпітального округу тощо, в залежності від наявності даних необхідного рівня деталізації. Опис складових розрахунку методології викладено у таблиці нижче.

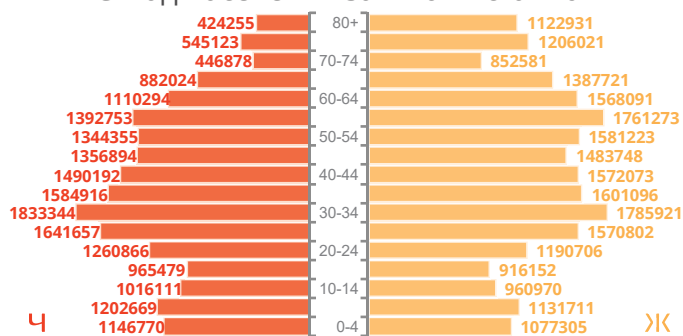
Якість оцінки потреби за окремими хворобами залежить від наявності даних, точності фіксації та реєстрації певних хвороб в принципі. Важливо зауважити, що ця методика має постійно уточнюватися, в залежності від припинення збору одних чи появи інших рутинних даних.

Код	Вік	Хвороба або група хвороб	МКХ-10	Методика розрахунку	Коеф	Тип даних	Джерела даних
T1	Дорослі	Туберкульоз	A15-A19	90% померлих серед дорослого населення	0,9	К-сть померлих	Держстат
T2	Дорослі	Туберкульоз	A15-A19	100% кількості осіб, яким призначено паліативне лікування	1	К-сть хворих	ТБ-реєстр
T3	Дорослі	Туберкульоз	A15-A19	100% кількості пацієнтів з МРТБ за винятком тих, кому призначено паліативне лікування	1	К-сть хворих	ТБ-реєстр
B	Дорослі	ВІЛ/СНІД	B20-B24	80% померлих серед дорослого населення	0,8	К-сть померлих	Держстат
ЗН1	Дорослі	Новоутворення	C00-С97, D00-D48	80% померлих серед дорослого населення	0,8	К-сть померлих	Держстат
Н2	Дорослі	Новоутворення	C00-С96	25% зареєстрованих випадків на ЗН	0,25	К-сть випадків	Канцер-реєстр
D1	Дорослі	Цукровий діабет	E10-E14	63% смертності дорослого населення	0,63	К-сть померлих	Держстат
D2	Дорослі	Цукровий діабет	E10.5- E14.5	30% * (ф. 12 рядок 5.16 діабетична гангрена E10.5-E14.5 - Зареєстровано захворювань усього)	0,3	К-сть хворих	Медстат
П	Дорослі	Хвороба Паркінсона	G20	82% * [р. 7.2 ст. 5 табл. 3000, форма 12]	0,82	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
A	Дорослі	хвороба Альцгеймера	G30	100% Значення р. 4 ст. 7 табл. 2100 ф. 10	1	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
С	Дорослі	Множинний склероз	G35	43% * [Значення р. 7.4 ст. 5 табл. 3000 ф. 12]	0,43	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
KB1	Дорослі	Серцево-судинні захворювання	I00-I99	40% * [(К-сть померлих від серцево-судинних I00- I99) - (К-сть померлих від I25.1 Атеросклеротична хвороба серця)]	0,4	К-сть померлих	Держстат
KB2	Дорослі	Серцево-судинні захворювання	I00-I99	60% * Хворих на кардіоміопатію [Значення р. 10.16 ст. 5 табл. 3000 ф. 12]	0,6	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
Л	Дорослі	ХОЗЛ	J43-J47	90% * [кількість смертей від J43-J47 хронічні обструктивні захворювання легенів]	0,9	К-сть померлих	Держстат
Ц	Дорослі	Фіброз та цироз печінки	K74	34% * [кількість смертей від K74 Фіброз та цироз печінки]	0,34	К-сть померлих	Держстат
РА	Дорослі	Ревматоїдний артрит	M05-M06	10% * [Значення р. 14.2 ст. 5 табл. 3000 ф. 12]	0,1	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
Н	Дорослі	Захворювання нирок	N00-N15, N20-N23	50% смертей від N00-N15, N20-N23 захворювання нирок	0,5	К-сть померлих	Держстат
Т	Діти	Туберкульоз	A15-A19	90% (р. 2 табл. 1001 і табл. 2001 ф. 12)	0,9	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ЗН	Діти	Злоякісні новоутворення	C00-С97	80% хворих (р. 1 табл. 1001 і табл. 2001 ф. 12)	0,8	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
Д	Діти	Цукровий діабет	E10-E14	20% * [Значення р. 5.8 ст. 9 табл. 1000, р. 5.8 ст. 7 табл. 2000 ф. 12]	0,2	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
РВ	Діти	Розумова відсталість (важка і глибока)	F72-F79	67% від [Форма 10 табл.2100 р. 21 стовпчики 10+11 (0-14 рок. включно + 15-17 рок. включно)]	0,67	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ЦНС	Діти	Запальні хвороби ЦНС	G00, G03, G04, G06, G08, G09	67% * [р. 7.8 Знаходиться під диспансерним наглядом на кінець звітного року]	0,67	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ДЦП	Діти	Дитячий церебральний параліч	G80	67% * [Значення р. 7.11 ст. 7 табл. 1000, 2000 ф. 12]	0,67	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
KB	Діти	Серцево-судинні захворювання	I00-I99	20% * [Значення р. 10.0 ст. 9 табл. 1000, ст. 7 табл. 2000 ф. 12]	0,2	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ХрГ	Діти	Хронічні гепатити	K73, K75.2, K75.3	67% * [Значення р. 12.12 ст. 9 табл. 1000, ст. 7 табл. 2000 ф. 12]	0,67	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ПС	Діти	Перинатальні стани	P05-P96	67% * [Форма 12 табл. 1000 р. 17 стовпчик 9 - 75% * (р. 17.1 + р. 17.2)]	0,67	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат
ВВ	Діти	Вроджені вади розвитку	Q00-Q99	10% * [Q00-Q99 Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії]	0,1	К-сть осіб під дисп. нагл.	Медстат

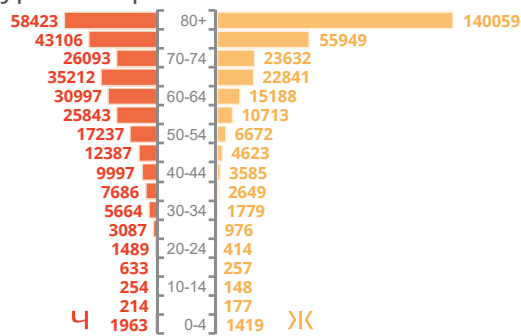
Населення
42 414 905

Померли: 571 737
Діти (0-17): 4 609
Дорослі (18+): 567 128

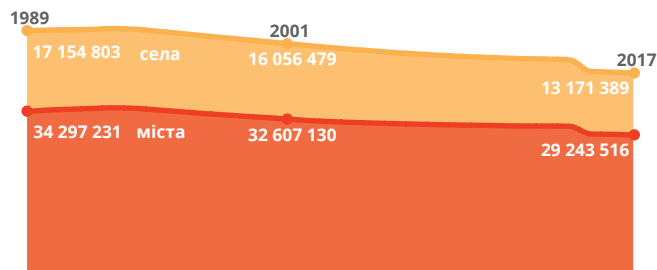
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,2	40,5
Тривалість життя	71,68	
Діти (0-17)	7 614 006	7 615 606
Дорослі (18-65)	28 208 011	27 931 765
Старші 65 років	6 768 862	6 867 534

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 330 301

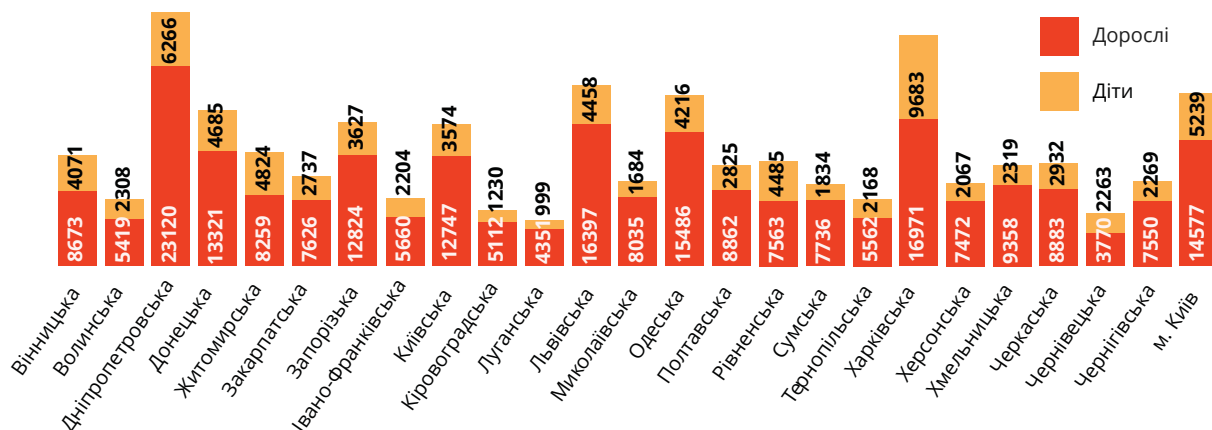
Дорослі: 245 334

Новоутворення	91669
Серцево-судинні	84822
Туберкульоз	17370
Хвороба Паркінсона	16284
Ревматоїдний артрит	8900
Множинний склероз	8277
ХОЗЛ	5374
Фіброз та цироз печінки	3739
ВІЛ/СНІД	3004
Цукровий діабет	2641
Хвороба Альцгеймера	2307
Захворювання нирок	947

Діти: 84 967

Серцево-судинні	35 234
Вроджені вади розвитку	17 851
ДЦП	9 741
Перинатальні стани	7 594
Новоутворення	4 833
Запальні хвороби ЦНС	3 541
Розумова відсталість	3 280
Цукровий діабет	1 723
Туберкульоз	758
Хронічні гепатити	412

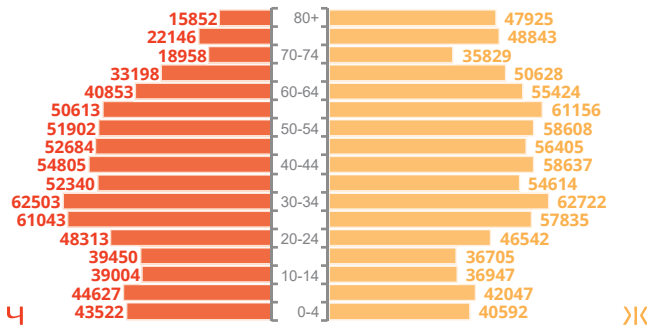
Розподіл потреби у паліативній допомозі за регіонами України



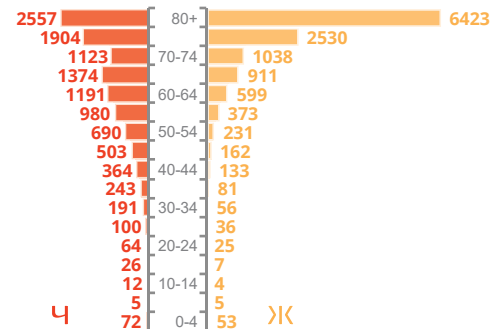
Населення
1 583 272

Померли: 24 066
Діти (0-17): 165
Дорослі (18+): 23 901

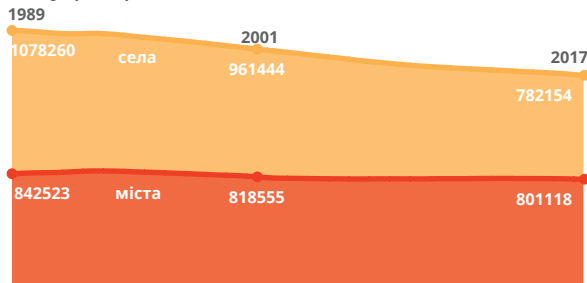
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,8	41
Тривалість життя	72,47	
Діти (0-17)	292 232	290 721
Дорослі (18-65)	1 029 693	1 019 172
Старші 65 років	273 153	273 379

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 12 744

Дорослі: 8 673

Новоутворення	3757
Серцево-судинні	1787
Хвороба Паркінсона	1261
Туберкульоз	497
Ревматоїдний артрит	438
Множинний склероз	386
ХОЗЛ	166
Фіброз та цироз печінки	143
Цукровий діабет	89
Хвороба Альцгеймера	83
ВІЛ/СНІД	34
Захворювання нирок	32

Діти: 4 071

Серцево-судинні	1784
Вроджені вади розвитку	1009
ДЦП	409
Новоутворення	208
Запальні хвороби ЦНС	199
Перинатальні стани	180
Розумова відсталість	171
Цукровий діабет	75
Хронічні гепатити	21
Туберкульоз	15

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Вінницька обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Вінницька обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

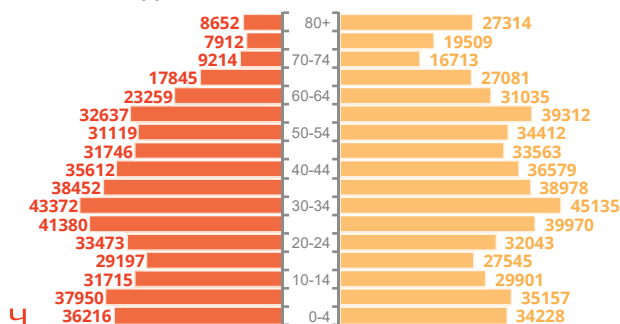


Вінницька обл. Україна

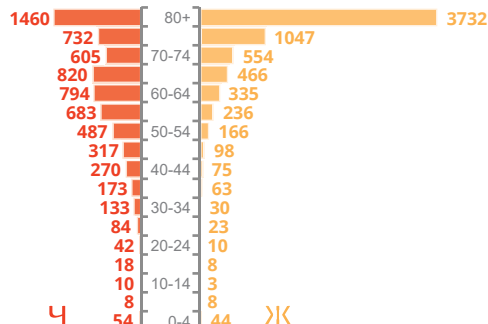
Населення
1 038 226

Померли: 13 588
Діти (0-17): 141
Дорослі (18+): 13 447

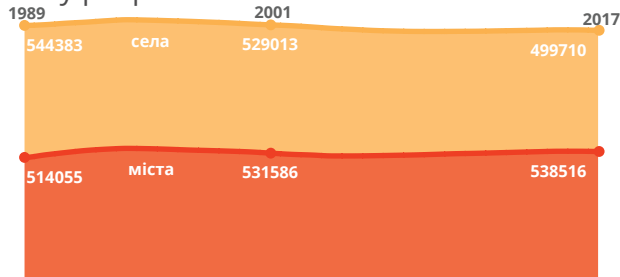
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	36,1	36,4
Тривалість життя	71,76	
Діти (0-17)	238 506	239 298
Дорослі (18-65)	667 960	664 688
Старші 65 років	133 474	134 240

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 7 727

Дорослі: 5 419

Новоутворення	1874
Серцево-судинні	1471
Туберкульоз	510
Хвороба Паркінсона	503
Множинний склероз	334
ХОЗЛ	223
Ревматоїдний артрит	220
Фіброз та цироз печінки	105
Цукровий діабет	66
ВІЛ/СНІД	48
Хвороба Альцгеймера	43
Захворювання нирок	22

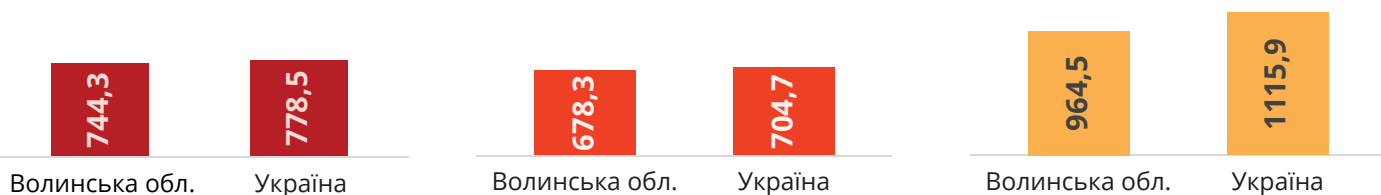
Діти: 2 308

Вроджені вади розвитку	630
Серцево-судинні	571
Перинатальні стани	450
ДЦП	332
Новоутворення	136
Запальні хвороби ЦНС	84
Розумова відсталість	43
Цукровий діабет	39
Туберкульоз	14
Хронічні гепатити	9

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

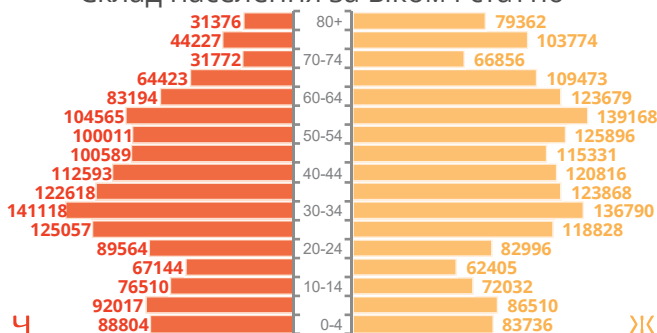


Дніпропетровська 2017

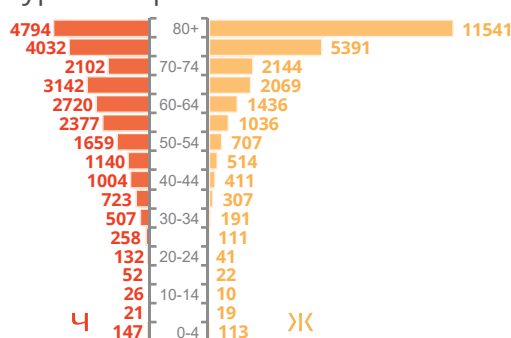
Населення
3 227 102

Померли: 50 906
Діти (0-17): 383
Дорослі (18+): 50 516

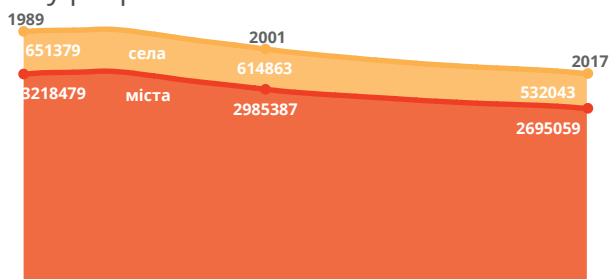
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,7	40,9
Тривалість життя	70,19	
Діти (0-17)	571 617	575 268
Дорослі (18-65)	2 151 713	2 120 571
Старші 65 років	528 245	531 263

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 29 386

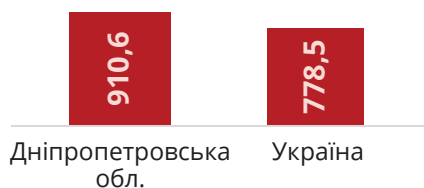
Дорослі: 23 120

Новоутворення	8665
Серцево-судинні	8242
Туберкульоз	2175
Хвороба Паркінсона	896
ВІЛ/СНІД	766
Ревматоїдний артрит	697
Множинний склероз	579
Фіброз та цироз печінки	439
ХОЗЛ	297
Захворювання нирок	134
Цукровий діабет	132
Хвороба Альцгеймера	98

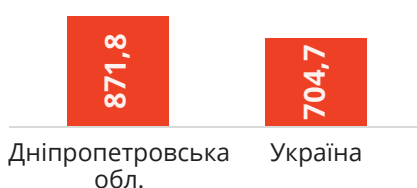
Діти: 6 266

Серцево-судинні	2432
Вроджені вади розвитку	1415
ДЦП	679
Перинатальні стани	472
Новоутворення	393
Розумова відсталість	331
Запальні хвороби ЦНС	249
Цукровий діабет	158
Туберкульоз	120
Хронічні гепатити	17

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



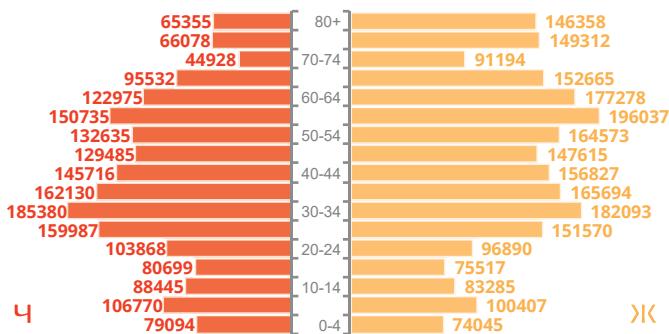
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



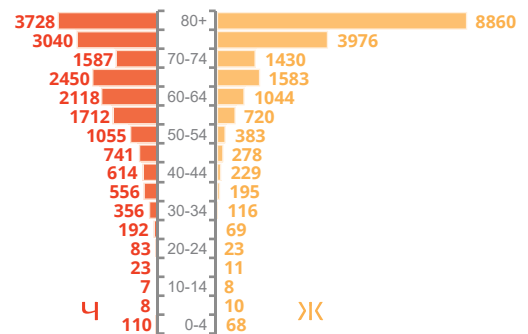
Населення
4 252 260 *

Померли: 37 419
Діти (0-17): 225
Дорослі (18+): 37 158

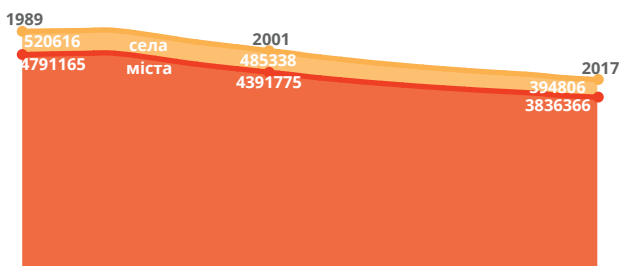
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	43	43,6
Тривалість життя	немає даних	
Діти (0-17)	638 343	623 875
Дорослі (18-65)	2 834 754	2 795 875
Старші 65 років	779 163	811 422

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 18 006

Дорослі: 13 321

Серцево-судинні	5189
Новоутворення	4640
Туберкульоз	1268
Хвороба Паркінсона	513
Цукровий діабет	423
Ревматоїдний артрит	272
Фіброз та цироз печінки	261
Множинний склероз	246
ВІЛ/СНІД	242
ХОЗЛ	108
Хвороба Альцгеймера	101
Захворювання нирок	58

Діти: 4 685

Серцево-судинні	2591
Вроджені вади розвитку	747
ДЦП	531
Перинатальні стани	225
Розумова відсталість	197
Новоутворення	167
Запальні хвороби ЦНС	115
Цукровий діабет	81
Туберкульоз	23
Хронічні гепатити	8

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

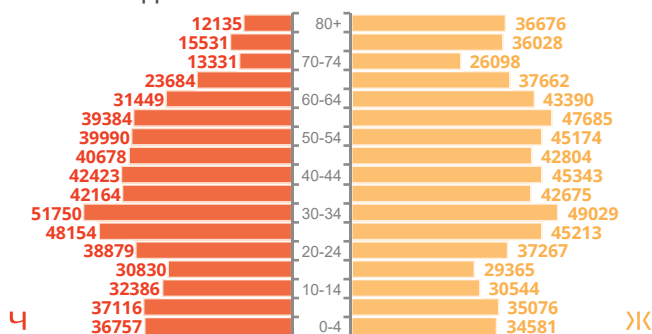


* Чисельність населення Донецької області включає також окуповані території. Розрахунки чисельності населення органи статистики здійснюють на основі наявних адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті та зміни реєстрації місця проживання (лише на підконтрольних територіях). Тобто, дані про померлих та хворих наявні лише для випадків, зареєстрованих на підконтрольних територіях. Таким чином, відносні показники потреби дітей та дорослих у паліативній допомозі тут суттєво занижені.

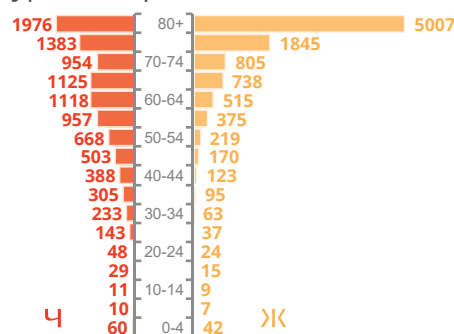
Населення
1 241 251

Померли: 20 000
Діти (0-17): 153
Дорослі (18+): 19847

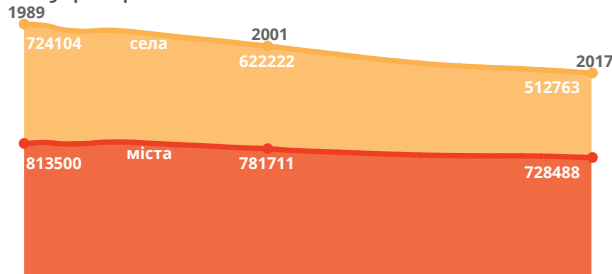
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	39,8	39,9
Тривалість життя	70,14	
Діти (0-17)	242 010	241 804
Дорослі (18-65)	805 590	798 302
Старші 65 років	200 718	201 145

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 13 083

Дорослі: 8 259

Серцево-судинні	3214
Новоутворення	2701
Туберкульоз	599
Хвороба Паркінсона	538
Ревматоїдний артрит	398
Множинний склероз	287
ХОЗЛ	157
Фіброз та цироз печінки	132
ВІЛ/СНІД	86
Хвороба Альцгеймера	67
Цукровий діабет	46
Захворювання нирок	34

Діти: 4 824

Серцево-судинні	2591
Вроджені вади розвитку	774
Перинатальні стани	517
ДЦП	350
Запальні хвороби ЦНС	174
Новоутворення	167
Розумова відсталість	159
Цукровий діабет	46
Туберкульоз	44
Хронічні гепатити	2

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



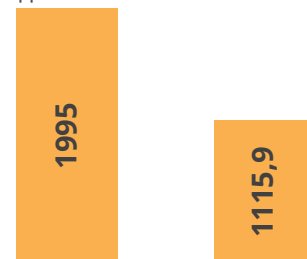
Житомирська обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Житомирська обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

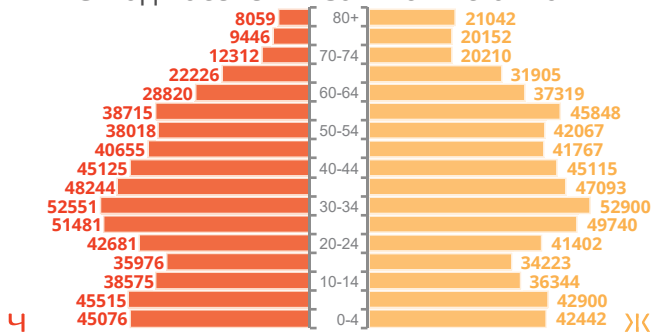


Житомирська обл. Україна

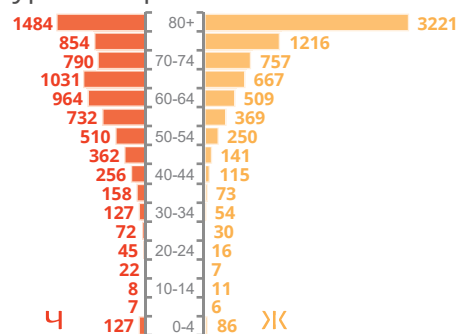
Населення
1 255 944

Померли: 15 077
Діти (0-17): 260
Дорослі (18+): 14 817

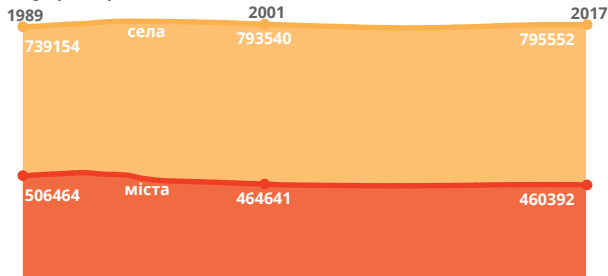
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	35,6	35,8
Тривалість життя	70,92	
Діти (0-17)	291 199	292 011
Дорослі (18-65)	821 422	818 581
Старші 65 років	143 704	145 352

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 10 363

Дорослі: 7 626

Серцево-судинні	3226
Новоутворення	2220
Туберкульоз	760
Хвороба Паркінсона	533
Ревматоїдний артрит	241
Множинний склероз	188
ХОЗЛ	186
Цукровий діабет	120
Фіброз та цироз печінки	87
Хвороба Альцгеймера	29
ВІЛ/СНІД	24
Захворювання нирок	12

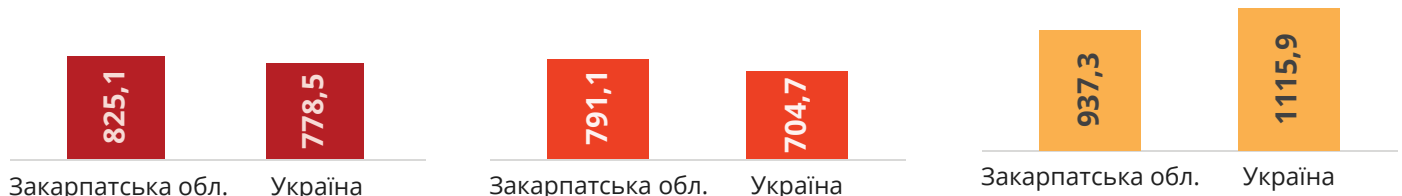
Діти: 2 737

Серцево-судинні	946
Вроджені вади розвитку	675
ДЦП	407
Перинатальні стани	170
Новоутворення	150
Розумова відсталість	124
Запальні хвороби ЦНС	115
Хронічні гепатити	73
Цукровий діабет	54
Туберкульоз	23

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

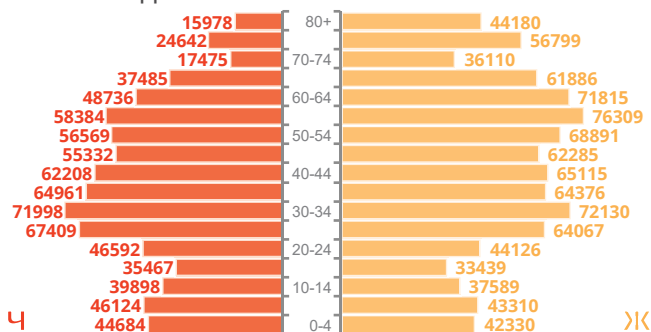
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



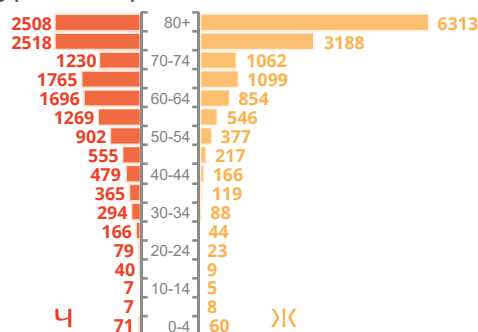
Населення
1 738 699

Померли: 28 129
Діти (0-17): 183
Дорослі (18+): 27 946

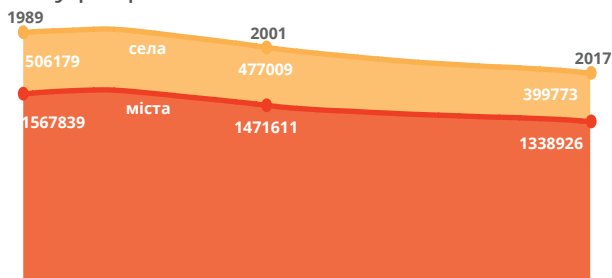
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю *



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	41,7	41,9
Тривалість життя	71,07	
Діти (0-17)	293 007	294 190
Дорослі (18-65)	1 168 225	1 149 954
Старші 65 років	291 621	294 555

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 16 451

Дорослі: 12 824

Серцево-судинні	5204
Новоутворення	4882
Туберкульоз	890
Хвороба Паркінсона	650
Множинний склероз	277
Хвороба Альцгеймера	239
Ревматоїдний артрит	227
ХОЗЛ	167
ВІЛ/СНІД	118
Фіброз та цироз печінки	98
Цукровий діабет	36
Захворювання нирок	36

Діти: 3 627

Серцево-судинні	1058
Перинатальні стани	718
Вроджені вади розвитку	717
ДЦП	442
Розумова відсталість	208
Новоутворення	186
Запальні хвороби ЦНС	139
Туберкульоз	79
Цукровий діабет	69
Хронічні гепатити	11

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



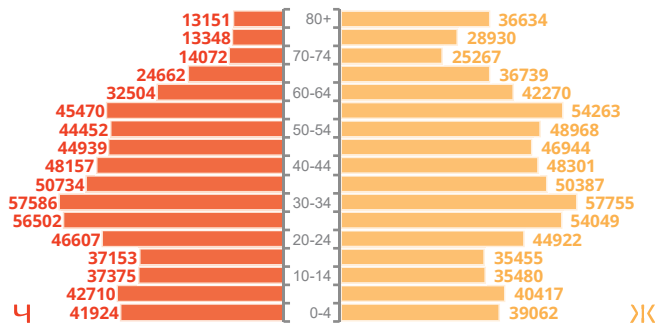
* Структуру померлих за віком і статтю у Запорізькій області наведено за 2016 р.

Івано-Франківська 2017

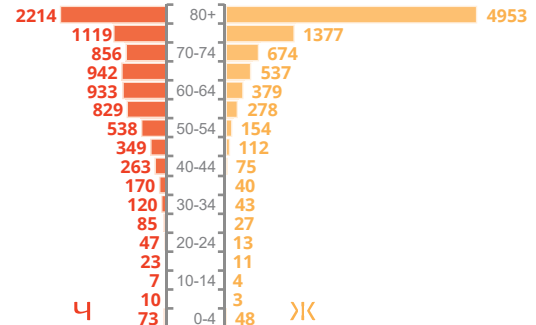
Населення
1 377 189

Померли: 17 306
Діти (0-17): 157
Дорослі (18+): 17 149

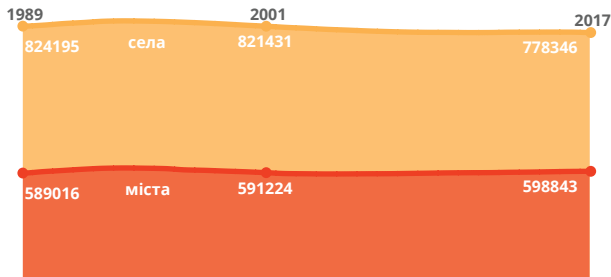
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	37,7	38
Тривалість життя	73,72	
Діти (0-17)	279 869	278 810
Дорослі (18-65)	908 240	905 576
Старші 65 років	191 517	192 803

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 7 864

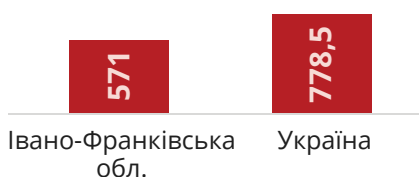
Дорослі: 5 660

Новоутворення	2642
Серцево-судинні	949
Хвороба Паркінсона	525
Туберкульоз	394
Множинний склероз	383
Ревматоїдний артрит	288
ХОЗЛ	194
Фіброз та цироз печінки	139
Цукровий діабет	58
Хвороба Альцгеймера	49
ВІЛ/СНІД	26
Захворювання нирок	13

Діти: 2 204

Серцево-судинні	735
Вроджені вади розвитку	548
ДЦП	377
Новоутворення	146
Запальні хвороби ЦНС	139
Перинатальні стани	101
Розумова відсталість	65
Цукровий діабет	62
Туберкульоз	18
Хронічні гепатити	13

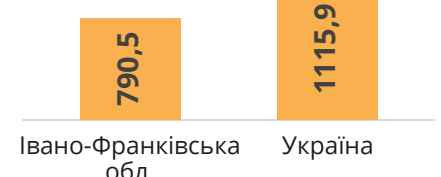
Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



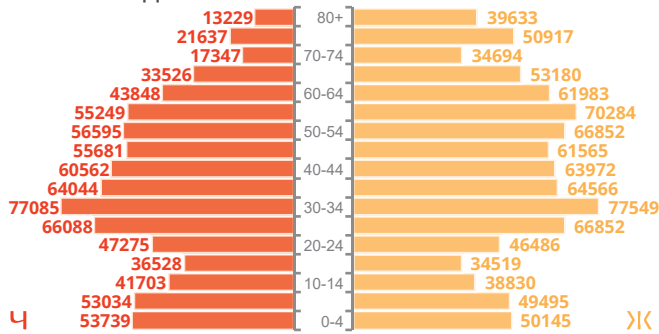
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



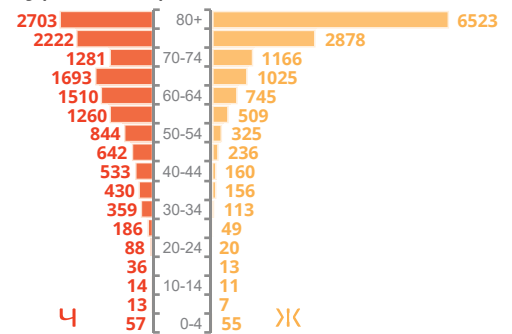
Населення
1 728 692

Померли: 27 862
Діти (0-17): 185
Дорослі (18+): 27 677

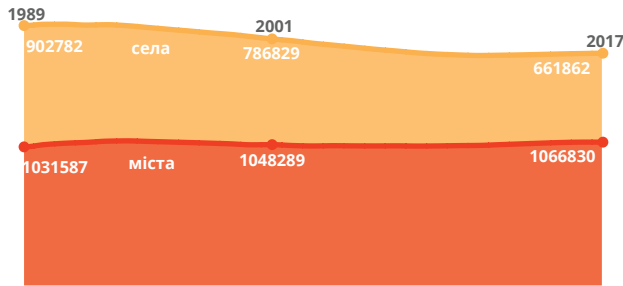
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	39,8	39,9
Тривалість життя	72,03	
Діти (0-17)	322 443	328 543
Дорослі (18-65)	1 141 440	1 135 986
Старші 65 років	262 573	264 163

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 16 321

Дорослі: 12 747

Серцево-судинні	4974
Новоутворення	4500
Туберкульоз	950
Хвороба Паркінсона	844
Множинний склероз	431
Ревматоїдний артрит	388
Фіброз та цироз печінки	186
ВІЛ/СНІД	124
Цукровий діабет	124
Хвороба Альцгеймера	99
ХОЗЛ	95
Захворювання нирок	32

Діти: 3 574

Серцево-судинні	1430
Вроджені вади розвитку	883
ДЦП	503
Новоутворення	272
Запальні хвороби ЦНС	159
Перинатальні стани	98
Цукровий діабет	95
Розумова відсталість	92
Туберкульоз	39
Хронічні гепатити	3

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Київська обл.

Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Київська обл.

Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



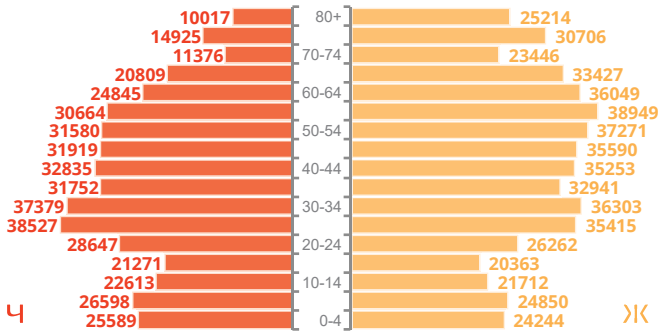
Київська обл.

Україна

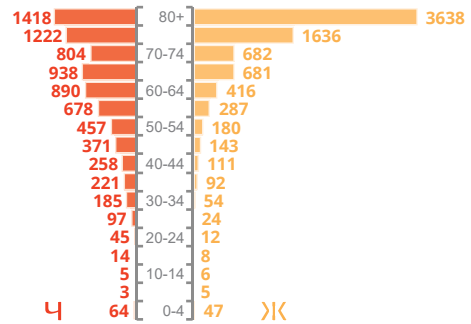
Населення
959 341

Померли: 15 694
Діти (0-17): 142
Дорослі (18+): 15 550

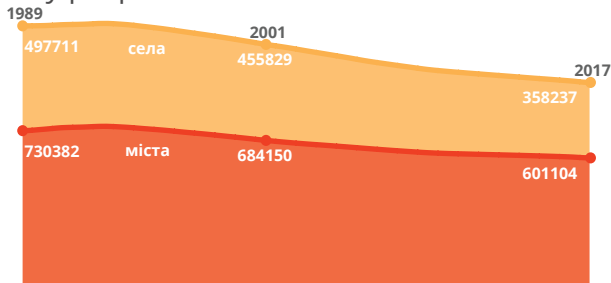
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	41,7	41,8
Тривалість життя	70,30	
Діти (0-17)	170 214	170 555
Дорослі (18-65)	627 301	618 866
Старші 65 років	169 220	169 920

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 6 342

Дорослі: 5 112

Новоутворення	2585
Серцево-судинні	982
Туберкульоз	423
Ревматоїдний артрит	278
Хвороба Паркінсона	208
ХОЗЛ	163
ВІЛ/СНІД	128
Множинний склероз	123
Фіброз та цироз печінки	85
Цукровий діабет	77
Хвороба Альцгеймера	39
Захворювання нирок	21

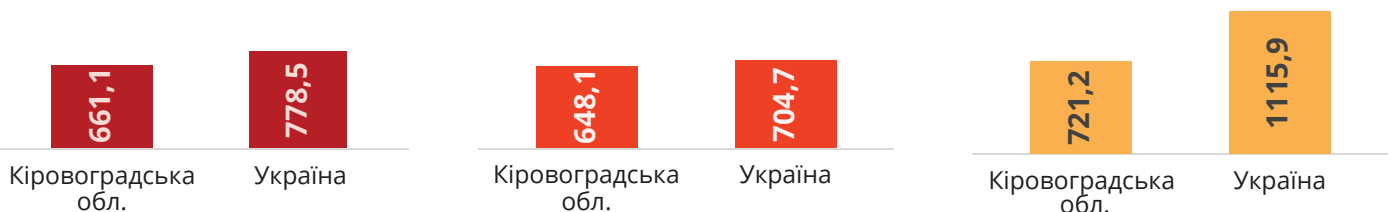
Діти: 1 230

Вроджені вади розвитку	338
Серцево-судинні	233
ДЦП	229
Розумова відсталість	132
Новоутворення	110
Запальні хвороби ЦНС	89
Перинатальні стани	44
Цукровий діабет	31
Туберкульоз	17
Хронічні гепатити	7

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

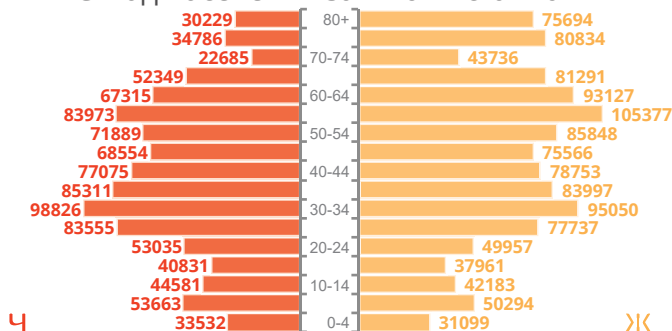
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



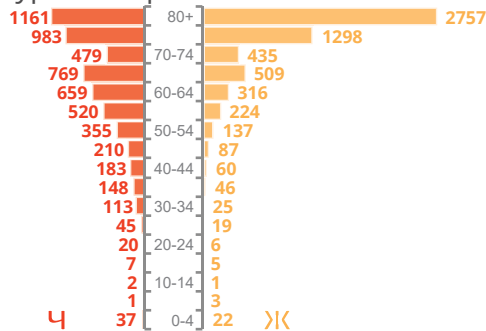
Населення
2 190 693 *

Померли: 11 644
Діти (0-17): 70
Дорослі (18+): 11 572

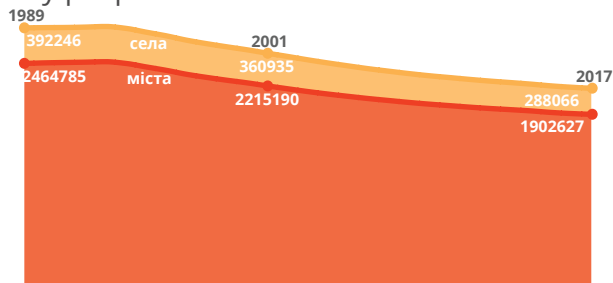
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	43,6	44,3
Тривалість життя	немає даних	
Діти (0-17)	312 540	302 059
Дорослі (18-65)	1 486 346	1 467 030
Старші 65 років	401 906	421 604

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 5 350

Дорослі: 4 351

Новоутворення	1551
Серцево-судинні	1369
Туберкульоз	543
ХОЗЛ	211
Хвороба Паркінсона	159
Цукровий діабет	133
Множинний склероз	120
Ревматоїдний артрит	109
Фіброз та цироз печінки	76
Хвороба Альцгеймера	34
ВІЛ/СНІД	30
Захворювання нирок	16

Діти: 999

Серцево-судинні	450
Вроджені вади розвитку	171
ДЦП	151
Розумова відсталість	77
Новоутворення	59
Запальні хвороби ЦНС	41
Цукровий діабет	32
Перинатальні стани	9
Туберкульоз	7
Хронічні гепатити	2

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

244,2

778,5

Луганська обл.

Україна

230,4

704,7

Луганська обл.

Україна

330,7

1115,9

Луганська обл.

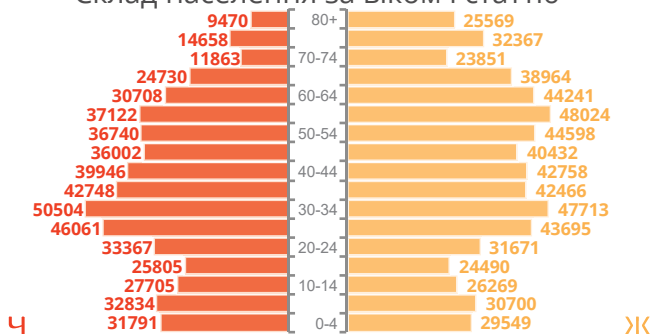
Україна

* Чисельність населення Луганської області включає також окуповані території. Розрахунки чисельності населення органи статистики здійснюють на основі наявних адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті та зміни реєстрації місця проживання (лише на підконтрольних територіях). Тобто, дані про померлих та хворих наявні лише для випадків, зареєстрованих на підконтрольних територіях. Таким чином, відносні показники потреби дітей та дорослих у паліативній допомозі тут суттєво занижені.

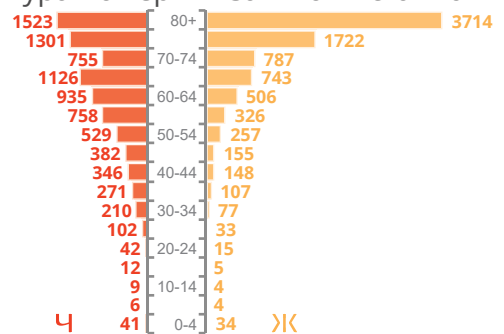
Населення
1 149 411

Померли: 16 985
Діти (0-17): 105
Дорослі (18+): 16 880

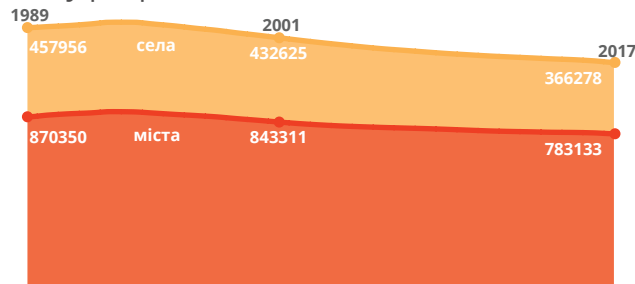
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,2	40,4
Тривалість життя	70,67	
Діти (0-17)	208 472	208 448
Дорослі (18-65)	769 868	759 491
Старші 65 років	179 152	181 472

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 9 719

Дорослі: 8 035

Серцево-судинні	3109
Новоутворення	2652
Туберкульоз	997
Хвороба Паркінсона	399
Ревматоїдний артрит	214
Множинний склероз	212
ВІЛ/СНІД	155
Фіброз та цироз печінки	117
Хвороба Альцгеймера	68
ХОЗЛ	66
Захворювання нирок	24
Цукровий діабет	22

Діти: 1 684

Серцево-судинні	548
Вроджені вади розвитку	348
ДЦП	338
Запальні хвороби ЦНС	146
Новоутворення	131
Розумова відсталість	89
Цукровий діабет	42
Туберкульоз	16
Перинатальні стани	15
Хронічні гепатити	11

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Миколаївська обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Миколаївська обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



Миколаївська обл. Україна

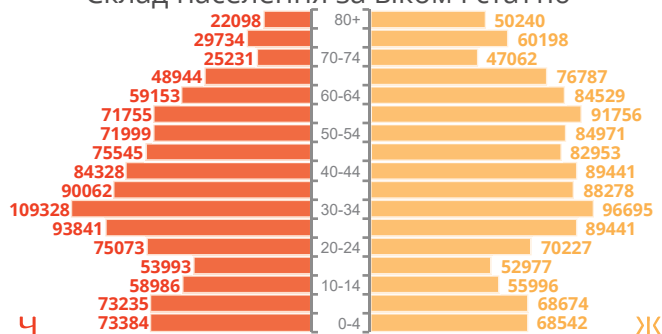
Населення
2 375 456

Померли: 33 361

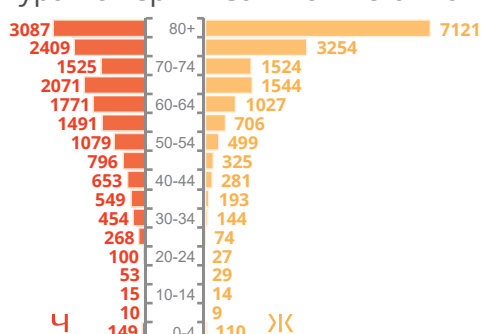
Діти (0-17): 344

Дорослі (18+): 33 017

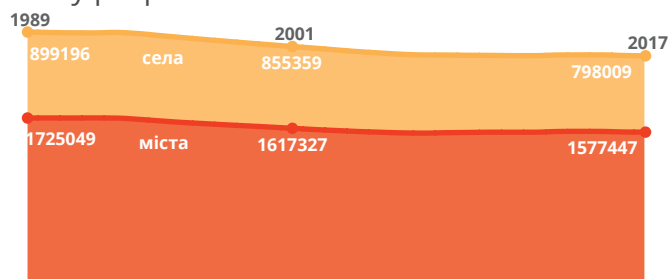
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	38,9	39,1
Тривалість життя	70,83	
Діти (0-17)	454 958	459 355
Дорослі (18-65)	1 569 778	1 555 807
Старші 65 років	354 493	360 294

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 19 702

Дорослі: 15 486

Серцево-судинні	5905
Новоутворення	5416
Туберкульоз	1164
Хвороба Паркінсона	683
Ревматоїдний артрит	539
ВІЛ/СНІД	422
ХОЗЛ	363
Фіброз та цироз печінки	285
Множинний склероз	266
Цукровий діабет	233
Хвороба Альцгеймера	116
Захворювання нирок	94

Діти: 4 216

Серцево-судинні	1933
Вроджені вади розвитку	894
ДЦП	468
Новоутворення	283
Розумова відсталість	222
Перинатальні стани	129
Запальні хвороби ЦНС	102
Цукровий діабет	92
Туберкульоз	82
Хронічні гепатити	11

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



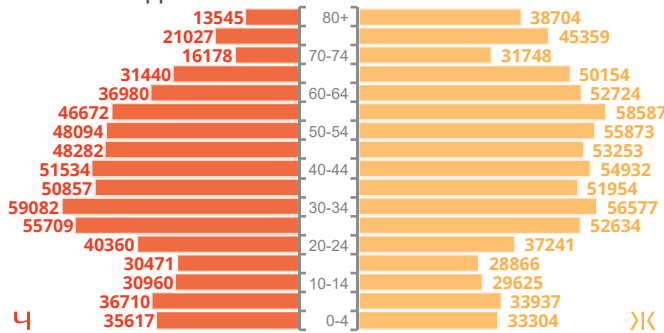
Населення
1 418 990

Померли: 23 414

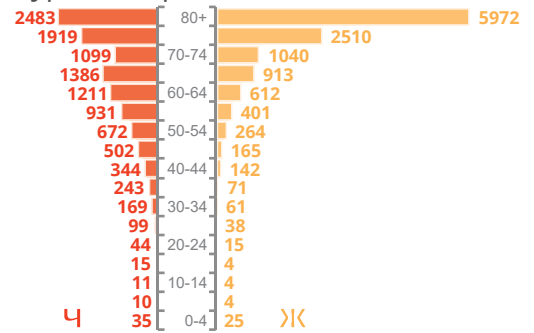
Діти (0-17): 103

Дорослі (18+): 23 311

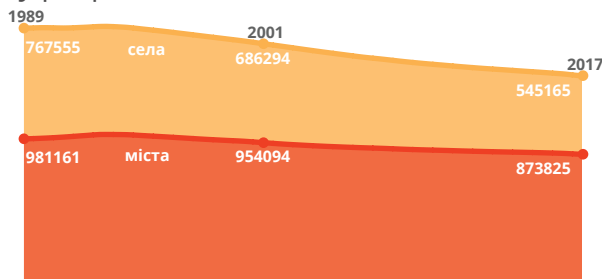
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	41,9	42,1
Тривалість життя	71,33	
Діти (0-17)	234 839	234 610
Дорослі (18-65)	947 812	936 225
Старші 65 років	248 459	248 155

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 11687

Дорослі: 8862

Новоутворення	3771
Серцево-судинні	2824
Туберкульоз	653
Ревматоїдний артрит	412
Хвороба Паркінсона	392
Множинний склероз	325
ХОЗЛ	162
Фіброз та цироз печінки	125
Хвороба Альцгеймера	81
ВІЛ/СНІД	68
Цукровий діабет	31
Захворювання нирок	18

Діти: 3 627

Серцево-судинні	1448
Вроджені вади розвитку	485
ДЦП	299
Новоутворення	175
Розумова відсталість	148
Перинатальні стани	103
Запальні хвороби ЦНС	86
Цукровий діабет	54
Туберкульоз	16
Хронічні гепатити	11

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Полтавська обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Полтавська обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

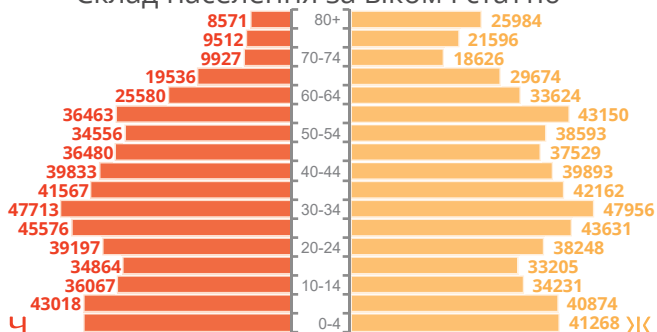


Полтавська обл. Україна

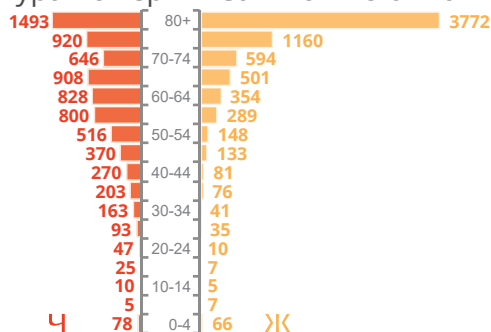
Населення
1 161 703

Померли: 14 660
Діти (0-17): 189
Дорослі (18+): 14 465

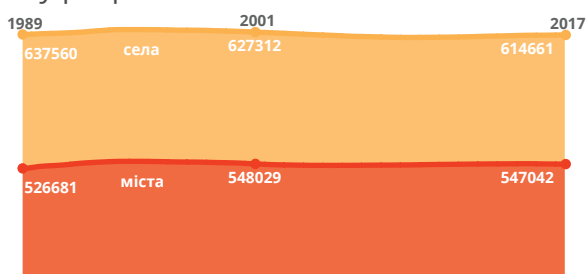
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	35,5	35,7
Тривалість життя	71,56	
Діти (0-17)	277 026	278 313
Дорослі (18-65)	741 064	739 964
Старші 65 років	142 661	143 426

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 12 048

Дорослі: 7 563

Серцево-судинні	3701
Новоутворення	2280
Хвороба Паркінсона	339
Ревматоїдний артрит	314
Множинний склероз	307
Туберкульоз	282
ХОЗЛ	109
Фіброз та цироз печінки	89
Цукровий діабет	63
Хвороба Альцгеймера	36
ВІЛ/СНІД	24
Захворювання нирок	19

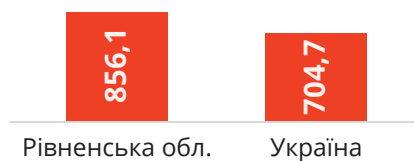
Діти: 3 627

Серцево-судинні	2270
Вроджені вади розвитку	716
Перинатальні стани	613
ДЦП	278
Розумова відсталість	182
Новоутворення	181
Запальні хвороби ЦНС	173
Цукровий діабет	49
Туберкульоз	14
Хронічні гепатити	9

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



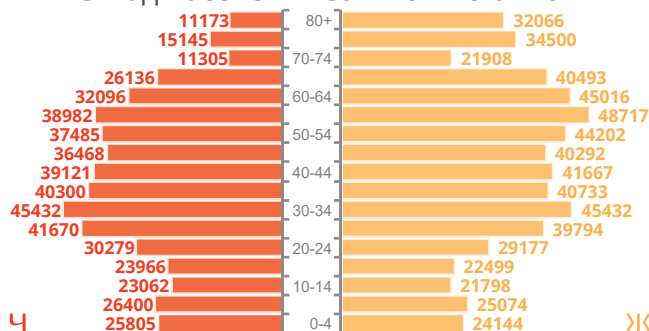
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



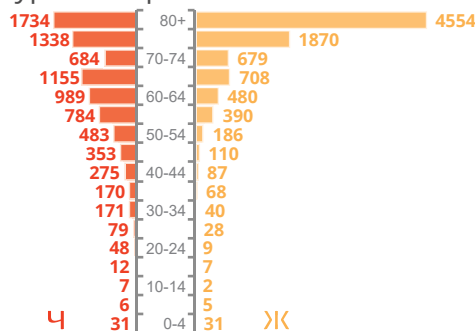
Населення
1 102 337

Померли: 17 573
Діти (0-17): 92
Дорослі (18+): 17 481

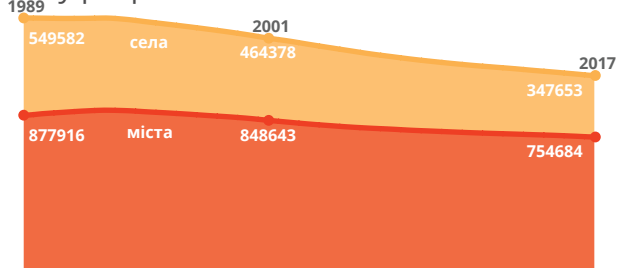
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	42,6	42,8
Тривалість життя	71,68	
Діти (0-17)	174 312	173 342
Дорослі (18-65)	745 538	736 269
Старші 65 років	191 214	192 726

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 9 570

Дорослі: 7 736

Новоутворення	3062
Серцево-судинні	2785
Туберкульоз	450
Хвороба Паркінсона	358
Ревматоїдний артрит	340
ХОЗЛ	262
Множинний склероз	248
Фіброз та цироз печінки	94
Хвороба Альцгеймера	48
Цукровий діабет	39
ВІЛ/СНІД	30
Захворювання нирок	20

Діти: 1 834

Серцево-судинні	557
Вроджені вади розвитку	422
Перинатальні стани	267
ДЦП	243
Новоутворення	118
Розумова відсталість	88
Запальні хвороби ЦНС	75
Цукровий діабет	35
Туберкульоз	24
Хронічні гепатити	5

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



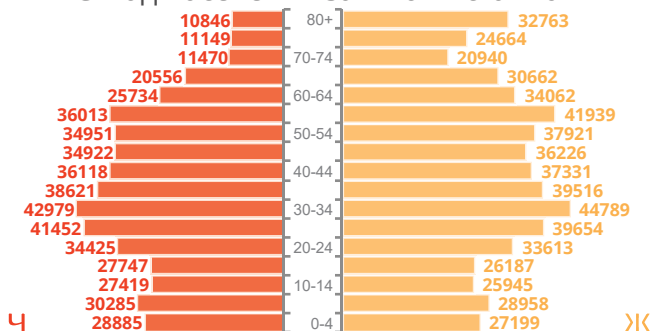
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



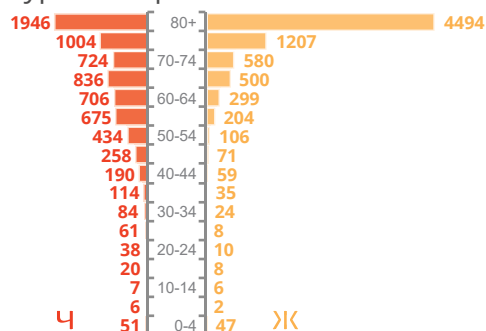
Населення
1 062 458

Померли: 14 814
Діти (0-17): 130
Дорослі (18+): 14 684

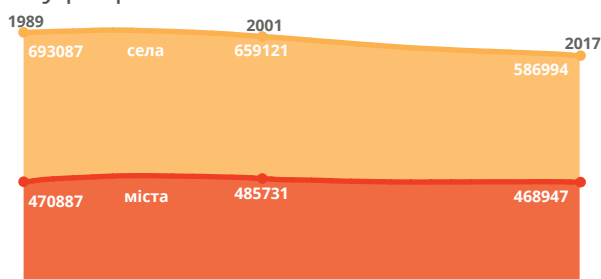
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	39,1	39,3
Тривалість життя	73,69	
Діти (0-17)	201 562	199 477
Дорослі (18-65)	697 453	693 414
Старші 65 років	163 443	163 050

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 7 730

Дорослі: 5 562

Новоутворення	2234
Серцево-судинні	1752
ХОЗЛ	433
Множинний склероз	282
Ревматоїдний артрит	257
Хвороба Паркінсона	250
Туберкульоз	153
Фіброз та цироз печінки	83
Цукровий діабет	53
Захворювання нирок	30
Хвороба Альцгеймера	24
ВІЛ/СНІД	11

Діти: 2 168

Серцево-судинні	1041
Вроджені вади розвитку	396
ДЦП	301
Запальні хвороби ЦНС	190
Новоутворення	116
Розумова відсталість	64
Цукровий діабет	50
Туберкульоз	7
Хронічні гепатити	3
Перинатальні стани	0

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Тернопільська обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Тернопільська обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

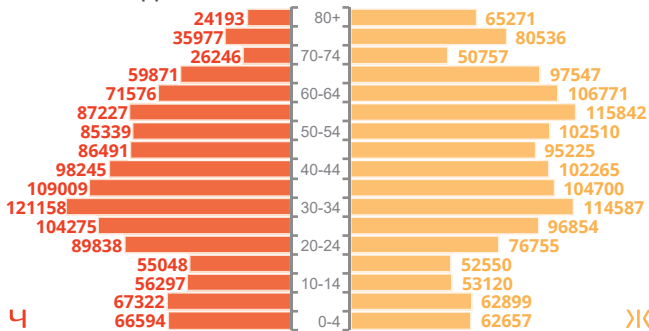


Тернопільська обл. Україна

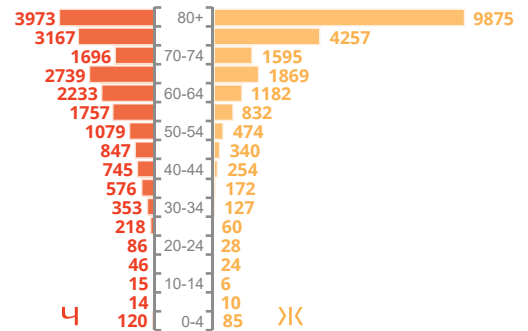
Населення
2 685 552

Померли: 40 881
Діти (0-17): 278
Дорослі (18+): 40 576

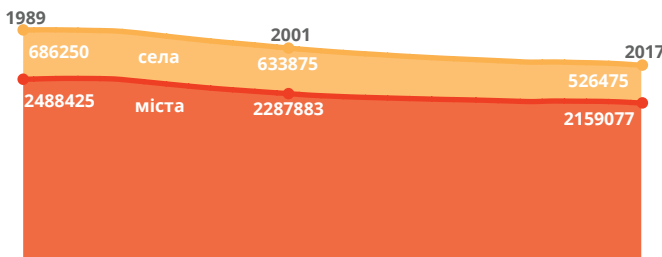
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,9	41,2
Тривалість життя	71,46	
Діти (0-17)	425 765	426 248
Дорослі (18-65)	1 841 723	1 818 906
Старші 65 років	435 492	440 398

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 26 654

Дорослі: 16 971

Новоутворення	7142
Серцево-судинні	6115
Хвороба Паркінсона	1091
Туберкульоз	812
Множинний склероз	662
Ревматоїдний артрит	409
Фіброз та цироз печінки	259
ХОЗЛ	143
Хвороба Альцгеймера	107
ВІЛ/СНІД	85
Цукровий діабет	82
Захворювання нирок	64

Діти: 9 683

Серцево-судинні	4775
Перинатальні стани	1936
Вроджені вади розвитку	1492
ДЦП	527
Новоутворення	291
Розумова відсталість	204
Запальні хвороби ЦНС	175
Цукровий діабет	139
Хронічні гепатити	103
Туберкульоз	41

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



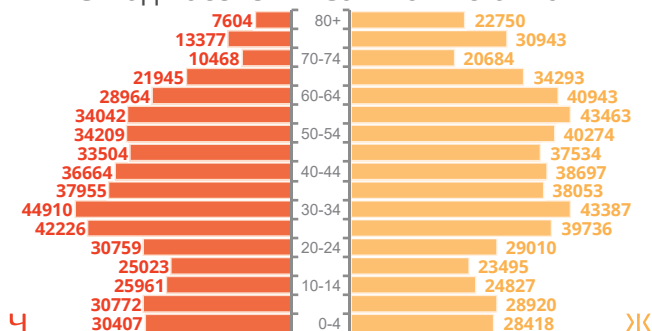
Населення
1 054 217

Померли: 15 885

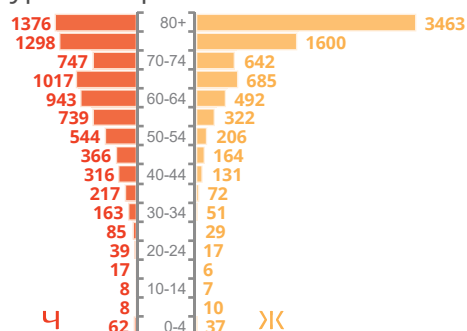
Діти (0-17): 143

Дорослі (18+): 15 736

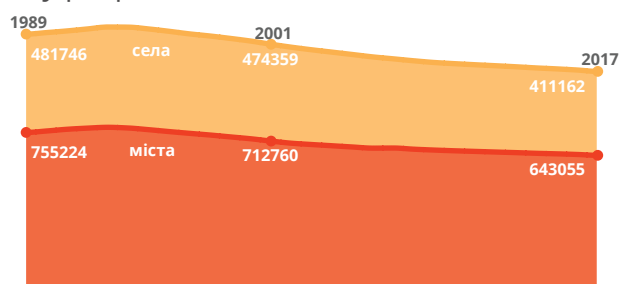
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40	40,2
Тривалість життя	70,16	
Діти (0-17)	197 377	197 837
Дорослі (18-65)	702 935	694 316
Старші 65 років	160 612	162 064

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 9 539

Дорослі: 7 472

Серцево-судинні	2819
Новоутворення	2557
Туберкульоз	865
Хвороба Паркінсона	351
Ревматоїдний артрит	238
Множинний склероз	154
Хвороба Альцгеймера	131
Фіброз та цироз печінки	117
ВІЛ/СНІД	104
Захворювання нирок	49
ХОЗЛ	47
Цукровий діабет	40

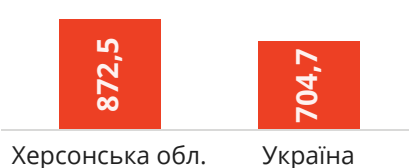
Діти: 2 067

Вроджені вади розвитку	567
Серцево-судинні	440
Перинатальні стани	387
ДЦП	281
Новоутворення	130
Розумова відсталість	93
Запальні хвороби ЦНС	81
Туберкульоз	37
Цукровий діабет	36
Хронічні гепатити	15

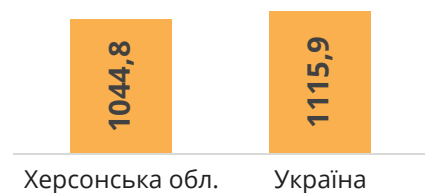
Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



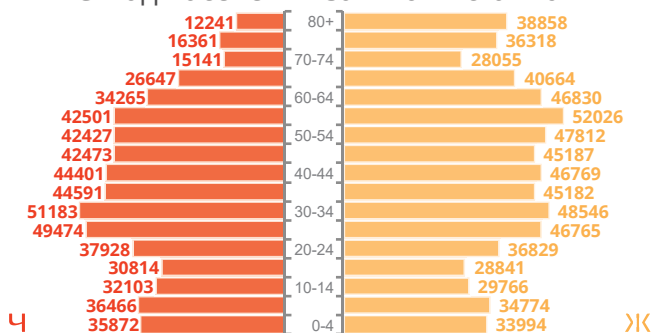
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



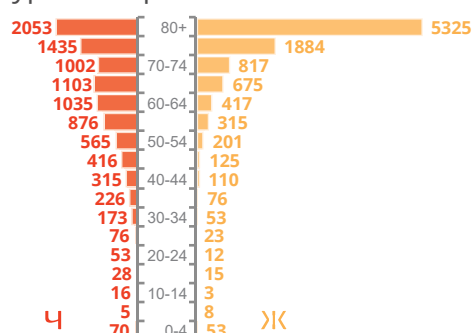
Населення
1 282 104

Померли: 19 559
Діти (0-17): 176
Дорослі (18+): 19 383

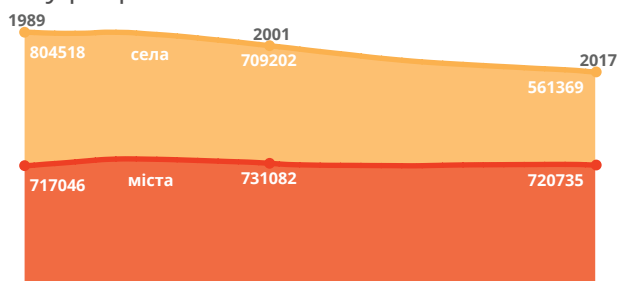
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	40,8	41
Тривалість життя	72,31	
Діти (0-17)	238 682	238 575
Дорослі (18-65)	838 475	829 244
Старші 65 років	214 093	214 285

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 11 677

Дорослі: 9 358

Серцево-судинні	3477
Новоутворення	3088
Хвороба Паркінсона	627
Ревматоїдний артрит	502
ХОЗЛ	448
Туберкульоз	426
Множинний склероз	375
Фіброз та цироз печінки	129
Цукровий діабет	106
Хвороба Альцгеймера	96
ВІЛ/СНІД	50
Захворювання нирок	34

Діти: 2 319

Серцево-судинні	738
Вроджені вади розвитку	555
ДЦП	356
Новоутворення	171
Перинатальні стани	165
Запальні хвороби ЦНС	151
Розумова відсталість	105
Цукровий діабет	60
Туберкульоз	13
Хронічні гепатити	5

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



Хмельницька обл.

Україна

Хмельницька обл.

Україна

Хмельницька обл.

Україна

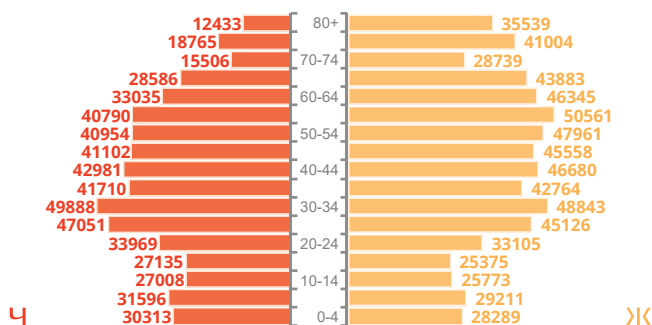
Населення
1 227 578

Померли: 20 034

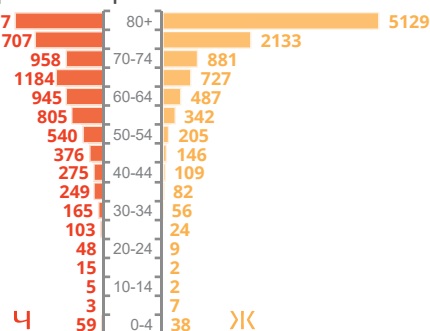
Діти (0-17): 119

Дорослі (18+): 19 914

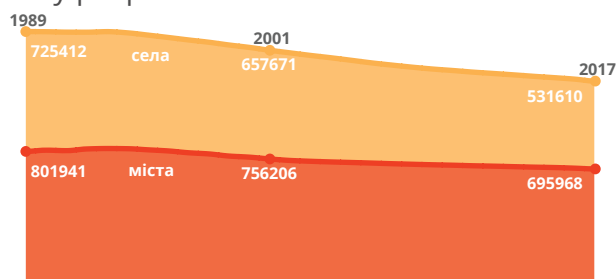
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	43,4	42,6
Тривалість життя	72,07	
Діти (0-17)	204 038	203 095
Дорослі (18-65)	812 111	800 028
Старші 65 років	223 187	224 455

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 11 815

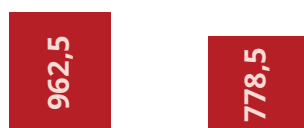
Дорослі: 8 883

Новоутворення	3123
Серцево-судинні	2939
Хвороба Паркінсона	822
Туберкульоз	559
ХОЗЛ	424
Множинний склероз	330
Ревматоїдний артрит	251
Фіброз та цироз печінки	129
Хвороба Альцгеймера	107
Цукровий діабет	105
ВІЛ/СНІД	62
Захворювання нирок	32

Діти: 2 932

Серцево-судинні	1439
Вроджені вади розвитку	500
ДЦП	385
Новоутворення	234
Розумова відсталість	117
Перинатальні стани	98
Запальні хвороби ЦНС	68
Цукровий діабет	44
Туберкульоз	27
Хронічні гепатити	20

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



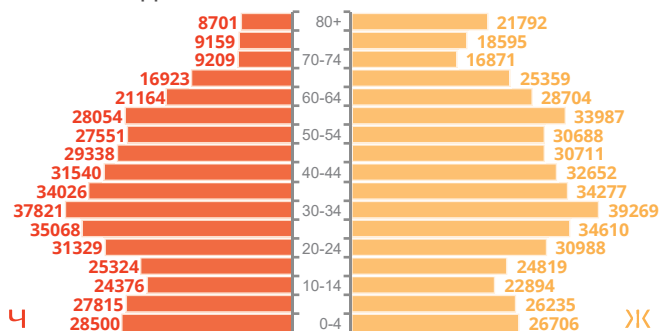
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



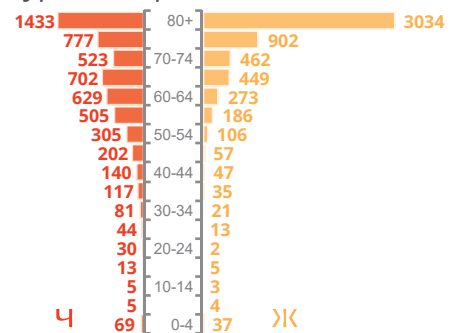
Населення
905 055

Померли: 11 216
Діти (0-17): 133
Дорослі (18+): 11 083

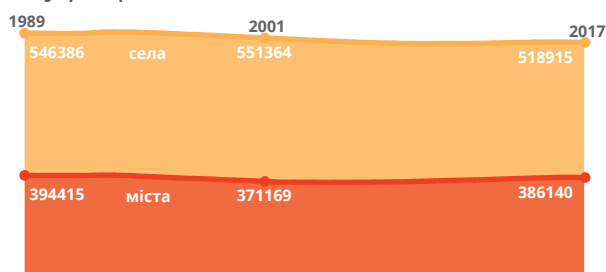
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	37,4	37,7
Тривалість життя	73,34	
Діти (0-17)	185 315	184 442
Дорослі (18-65)	595 764	594 004
Старші 65 років	125 749	126 609

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 6 033

Дорослі: 3 770

Новоутворення	1860
Серцево-судинні	617
Ревматоїдний артрит	288
Хвороба Паркінсона	251
Туберкульоз	214
Множинний склероз	175
ХОЗЛ	158
Фіброз та цироз печінки	65
Хвороба Альцгеймера	62
Цукровий діабет	55
ВІЛ/СНІД	13
Захворювання нирок	12

Діти: 3 627

Серцево-судинні	976
Вроджені вади розвитку	518
ДЦП	232
Розумова відсталість	161
Запальні хвороби ЦНС	131
Новоутворення	119
Перинатальні стани	72
Цукровий діабет	37
Хронічні гепатити	10
Туберкульоз	7

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення

666,6

778,5

Чернівецька обл. Україна

Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення

523,2

704,7

Чернівецька обл. Україна

Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення

1226,9

1115,9

Чернівецька обл. Україна

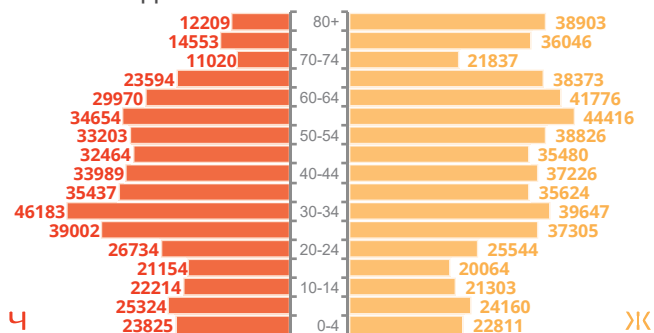
Населення
1 024 870

Померли: 18 856

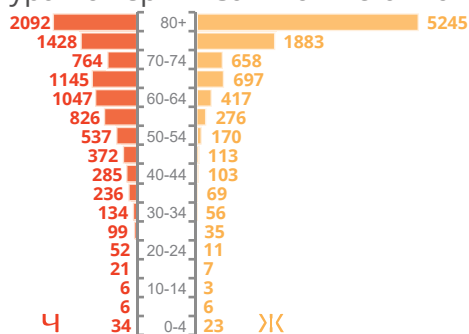
Діти (0-17): 93

Дорослі (18+): 18 763

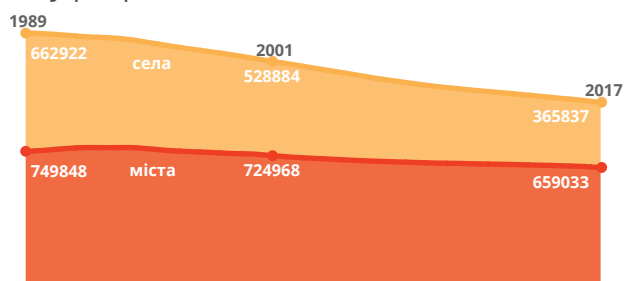
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення у розрізі міських і сільських поселень



	2016	2017
Медіанний вік населення	43,1	43,2
Тривалість життя	70,65	
Діти (0-17)	164 762	164 519
Дорослі (18-65)	674 998	663 816
Старші 65 років	196 673	196 535

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 9 819

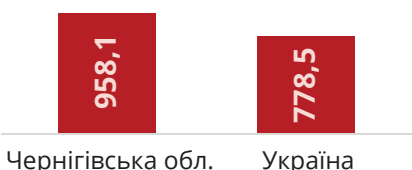
Дорослі: 7 550

Серцево-судинні	2770
Новоутворення	2550
Туберкульоз	586
Хвороба Паркінсона	525
Ревматоїдний артрит	280
Множинний склероз	252
ХОЗЛ	243
Хвороба Альцгеймера	85
Фіброз та цироз печінки	81
Цукровий діабет	79
ВІЛ/СНІД	72
Захворювання нирок	27

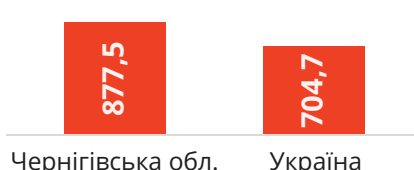
Діти: 2 269

Серцево-судинні	1100
Вроджені вади розвитку	519
ДЦП	233
Новоутворення	109
Запальні хвороби ЦНС	98
Розумова відсталість	84
Перинатальні стани	58
Цукровий діабет	39
Хронічні гепатити	15
Туберкульоз	14

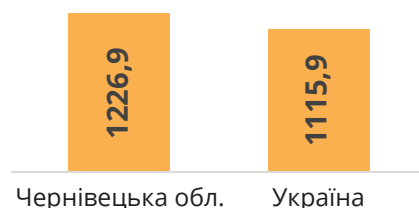
Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



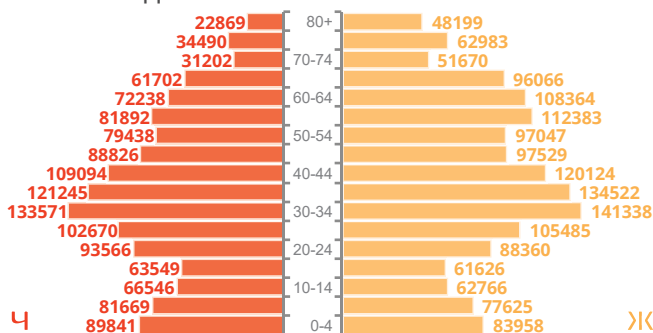
Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



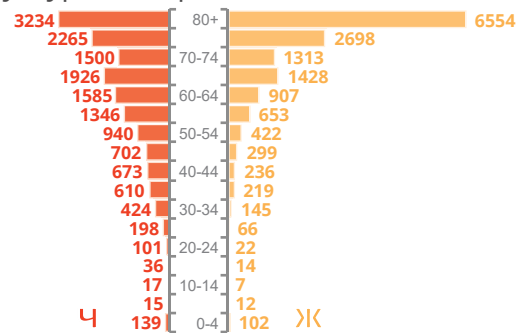
Населення
2 884 453

Померли: 30 808
Діти (0-17): 318
Дорослі (18+): 30 490

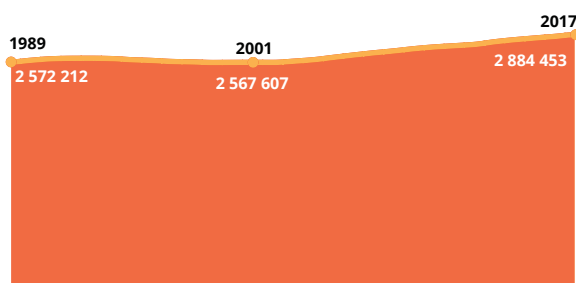
Склад населення за віком і статтю



Структура померлих за віком і статтю



Динаміка населення



	2016	2017
Медіанний вік населення	38,4	38,6
Тривалість життя	74,21	
Діти (0-17)	511 287	525 324
Дорослі (18-65)	1 958 449	1 949 948
Старші 65 років	395 526	409 181

Оцінка потреби у паліативній допомозі: 19 816

Дорослі: 14 577

Новоутворення	6609
Серцево-судинні	3877
Хвороба Паркінсона	1646
Множинний склероз	632
Ревматоїдний артрит	569
Туберкульоз	300
Хвороба Альцгеймера	286
Фіброз та цироз печінки	230
ВІЛ/СНІД	188
Цукровий діабет	103
Захворювання нирок	85
ХОЗЛ	52

Діти: 3 627

Серцево-судинні	2024
Вроджені вади розвитку	1549
ДЦП	836
Новоутворення	411
Цукровий діабет	160
Запальні хвороби ЦНС	156
Розумова відсталість	72
Туберкульоз	22
Хронічні гепатити	9
Перинатальні стани	0

Потреба у паліативній допомозі, на 100 тисяч населення



Потреба для дорослих, на 100 тисяч дорослого населення



Потреба для дітей, на 100 тисяч дитячого населення



Джерела

1. Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", від 19.10.2017 № 2168-VIII, <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
2. GetPalliativeCare.org - інформаційно-просвітницький вебсайт, підтримується провідною американською організацією Центр розвитку паліативної допомоги - Center to Advance Palliative Care, <https://getpalliativecare.org/whatis/>
3. WHO Definition of Palliative Care - визначення паліативної допомоги, надане Всесвітньою організацією охорони здоров'я, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. What is palliative care? - інформація про паліативну допомогу на сайті Національної служби здоров'я (NHS), Велика Британія, <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/#what-is-palliative-care>
5. Адаптовано з видання Comprehensive Guidelines for TB and DRTB Palliative Care and Support, USAID, University Research Co., LLC, May 2015, http://www.urchs.com/sites/default/files/Related%20URC%20publication_Palliative%20Care%20and%20TB.pdf
6. "Неконтрольований біль - 2016: що змінилось? Доповідь правозахисних організацій", Інститут правових досліджень і стратегій, 2017 р., <http://library.khpg.org/index.php?id=1520317313>
7. Медреформа в Україні: довідки і направлення до лікаря будуть електронними, 5 серпня 2018, газета "Сьогодні", <https://ukr.segodaya.ua/ukraine/medreforma-v-ukraine-spravki-i-napravleniya-k-vrachu-budut-elektronnyimi-1160105.html>
8. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit, <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%202015%20FINAL.pdf>
9. Керівництво ВООЗ для програмних менеджерів "Планування та впровадження послуг паліативної допомоги", Planning and implementing palliative care services: a guide for program managers, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>
10. "Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010 Update". Commonwealth Fund. Retrieved 16 June 2014, <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system>
11. End of life care strategy: quality markers and measures for end of life care, www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_101681
12. Портал NHS Digital, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/national-indicator-library>
13. National Survey of Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services, Minimum Data Set (MDS) Summary Report for the year 2014-15, http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/user/documents/MDS%20Summary%20final%20report%2014_15_0.pdf
14. Harrison N, Cavers D, Campbell C, et al. Are UK primary care teams formally identifying patients for palliative care before they die?, BJGP 2012
15. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice, Maas EAT, Murray SA, Engels Y, et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2013;3:444-451.
16. Tool to identify Advanced-Terminal patients in need of palliative care services NECPAL-CCOMS-ICO, http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/necpal_tool_eng_vf.pdf
17. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі", http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html
18. Joanna M Davies, Wei Gao, Katherine E Sleeman et al. Using routine data to improve palliative and end of life care, BMJ Supportive & Palliative Care 2016;6:257-262, <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/6/3/257.full.pdf>
19. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014, http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
20. Assessment of the Need for Palliative Care for Children (International Children's Palliative Care Network, UNICEF), 2013
21. "Скільки людей в Україні потребують паліативної допомоги?", Український центр суспільних даних, 2017, <http://socialdata.org.ua/skilki-lyudey-v-ukraini-potrebuyut-pa/>