

Роль служб паллиативной и хосписной помощи при эпидемиях и пандемиях: общий обзор мероприятий во время пандемии COVID-19

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420301822?via%3Dihub>

Облегчение страданий, поддержка при принятии сложных решений и наблюдение за состоянием нестабильного пациента являются ключевыми атрибутами паллиативной помощи и важнейшими компонентами мер реагирования на эпидемии и пандемии.¹ Пандемия COVID-19 быстро распространяется по всему миру. Риск смертности особенно высок среди тех, у кого уже имеются одно или несколько хронических заболеваний.

Во всем мире паллиативная помощь в настоящее время рассматривается как важнейшая часть всеобщего охвата услугами здравоохранения. Для оценки мер реагирования паллиативной помощи на пандемию COVID-19, мы попытались обобщить фактические данные о роли и мерах реагирования паллиативной помощи и хосписных служб на вирусные эпидемии/пандемии.

Методы

Дизайн

Общий систематический обзор в соответствии с руководящими принципами PRISMA.

Критерии включения/исключения

- Участники исследования - пациенты, опекуны, медицинские работники, другие специалисты, сотрудники различных отделений и служб
- Вид медицинской помощи - паллиативная помощь, хосписная помощь, уход в конце жизни, поддерживающая терапия
- Контекст - вирусные эпидемии или пандемии, характеризующиеся быстрой передачей инфекции в обществе и требующие быстрого реагирования со стороны системы здравоохранения, такие как Эбола, ТОРС, БВРС, птичий грипп и COVID-19. ВИЧ был исключен из исследования из-за более медленной передачи в обществе.
- Результаты - роль и/или ответные меры паллиативной помощи и хосписных служб в борьбе с эпидемией/пандемией
- Дизайн исследования – описание случая или серии случаев, поперечные исследования, когортные исследования и интервенционные исследования (статьи с изложением мнений и редакционные статьи были исключены)
- Язык - без ограничений.

Стратегии поиска

Мы изучили информацию, представленную в пяти базах данных (MEDLINE (1966-2019) и EMBASE (1980-2019), PsycINFO (1967-2019), CINAHL (1982-2019) и Web of Science (1970-2019)). Стратегия поиска включала 1) термины, касающиеся паллиативной помощи, хосписной помощи и ухода в конце жизни, а также 2) термины, касающиеся пандемий и эпидемий. Мы отобрали и проверили списки использованной литературы соответствующих систематических обзоров, отчетов правительственных и неправительственных организаций, материалов с изложением мнений и включенных в них документов.

Извлечение данных

В Excel была создана специальная форма выборки данных. Мы не проводили оценку качества включенных исследований.

Анализ

Мы использовали метод нарративного синтеза и структуру, предложенную в одном из исследований (Downar and Seccareccia, 2010), для группирования рекомендаций.² Эта структура, основанная на устоявшейся модели резкого увеличения потенциала интенсивной терапии, предполагает, что план паллиативной пандемии должен включать в себя сосредоточение внимания на «системах», «пространстве», «персонале» и «ресурсах».²

Результаты

В результате поиска по базе данных (дата поиска - 18 марта 2020 года) мы обнаружили 3088 статей и шесть дополнительных статей путем изучения списка использованной литературы соответствующих статей и отчетов. После исключения повторов осталось 2207 статей. Мы провели рецензирование текстов 36 статей, 10 были использованы для анализа данных (Рис.1, Табл. 1).

Эти 10 статей были опубликованы в период с 2004 по 2020 год. В двух статьях шла речь о планировании реагирования на пандемию⁹, 10 семь статей описывали данные, собранные во время эпидемий/пандемий³⁻⁸, 12 и в одной статье проводилось ретроспективное изучение эпидемии.¹¹

Изучались такие регионы, как Западная Африка,⁴⁻⁷ Тайвань,¹¹ Гонконг,⁸ Сингапур,¹² Соединенные Штаты,¹⁰ и Италия.³ Восемь статей содержали информацию о конкретных эпидемиях/пандемиях (например, Эбола,⁴⁻⁷ ТОРС,^{11,12} эпидемия гриппа,^{8,9} в одной работе изучались данные о COVID-19³).

Обсуждение

Мы приводим первое обобщение фактических данных для предоставления рекомендаций службам хосписной и паллиативной помощи при борьбе с пандемией COVID-19. Основные выводы состоят в том, что службам нужно быть гибкими и быстро перераспределять ресурсы в условиях меняющихся потребностей.

Мы пришли к выводу, что имеющиеся доказательства имеют ряд ограничений. Все обнаруженные исследования имеют наблюдательный характер, представлено мало количественных данных, а экспериментальные исследования не проводились. Большинство исследований проводились в Азии или Африке, одно в Европе, и еще одно - в Соединенных Штатах. Это отражает тот факт, что Европа и Соединенные Штаты имеют меньший опыт в принятии мер реагирования на пандемию, чем другие регионы, и это, в свою очередь, может привести к недостаточной готовности к ответным мерам на пандемию COVID-19.

Имеются пробелы в фактических данных, особенно в отношении роли бригад паллиативной помощи в больницах скорой медицинской помощи. Кроме того, обнаружено относительно мало данных о предоставлении паллиативной помощи при амбулаторном лечении, хотя в двух исследованиях наблюдалось снижение спроса на стационарную помощь, что привело к предложению о перераспределении ресурсов и их направлении на амбулаторные услуги.^{3,11}

Амбулаторная паллиативная помощь может способствовать заблаговременному планированию ухода за пациентом и контролю симптомов и помогает предотвратить госпитализацию людей ближе к концу жизни.¹⁴ Вполне вероятно, что амбулаторная паллиативная помощь может помочь предотвратить госпитализацию людей, умирающих от COVID-19, которые предпочли бы остаться дома или в доме престарелых, хотя данные выводы еще не проверялись. Однако нарастание одышки у пациентов с COVID-19, у которых развивается острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), может осложнить эту задачу.¹⁵ Как известно, сильная одышка и респираторные заболевания связаны с увеличением числа госпитализаций в конце жизни.¹⁶

В двух исследованиях сообщалось о прекращении волонтерских услуг хосписов в качестве ответной меры на распространение пандемии.^{3,8} Альтернативная роль волонтеров может заключаться в оказании психологической поддержки пациентам и лицам, осуществляющим уход, с использованием цифровых технологий или по телефону. В свете того, что меры социального дистанцирования широко применяются для сдерживания пандемии COVID-19, волонтеры могут участвовать в других мероприятиях, например, в поддержке общества, помогая наиболее уязвимым слоям населения покупать продукты питания и медикаменты.

Предоставление паллиативной помощи во время пандемий может быть прервано из-за возникающих обстоятельств, мер инфекционного контроля и чрезмерного давления на службы.⁸ Тем не менее, предоставление паллиативной помощи является моральным долгом по отношению к тем, кто вряд ли переживет заболевание, и может дать преимущество в том, чтобы снизить нагрузку на больницы, а также обеспечить необходимую помощь тем, кто находится в терминальном состоянии.⁹ Чрезвычайные ситуации, возникающие в результате распространения пандемии, создают сложные этические проблемы, связанные с распределением ограниченных ресурсов. Бригады паллиативной помощи имеют хорошие возможности для того, чтобы помочь пациентам и опекунам обсудить предпочтения и заранее составить планы ухода за пациентом.

В условиях пандемии, которая, как ожидается, будет продолжаться в течение нескольких месяцев, как в случае COVID-19, внедрение систем раннего сбора данных поможет службам планировать и улучшать уход, а также позволит использовать системы для прогнозирования будущих потребностей.

Заключение

Предоставление всесторонней медицинской помощи в условиях пандемии может быть поставлено под угрозу из-за чрезмерного давления на службы здравоохранения. Хосписные и паллиативные службы могут смягчить эту проблему путем:

- 1) поддержания способности быстро и гибко реагировать;
- 2) обеспечения протоколов для наблюдения за имеющимися симптомами и психологической поддержки, а также подготовки других лиц к их использованию;
- 3) участия в сортировке пациентов;
- 4) рассмотрения вопроса о переводе ресурсов из стационарной в амбулаторную помощь;
- 5) рассмотрения вопроса о перераспределении волонтеров для оказания психосоциальной помощи и поддержки лиц, понёсших утрату близкого;
- 6) содействия развитию сплоченности персонала и принятия мер по борьбе со стрессом;
- 7) использования технологий для общения с пациентами и опекунами;
- 8) использования стандартизированных систем сбора данных для информирования о функциональных изменениях и улучшения ухода за пациентом. Долгосрочное

планирование должно стремиться к тому, чтобы паллиативная и хосписная помощь были включены в планы борьбы с пандемией.

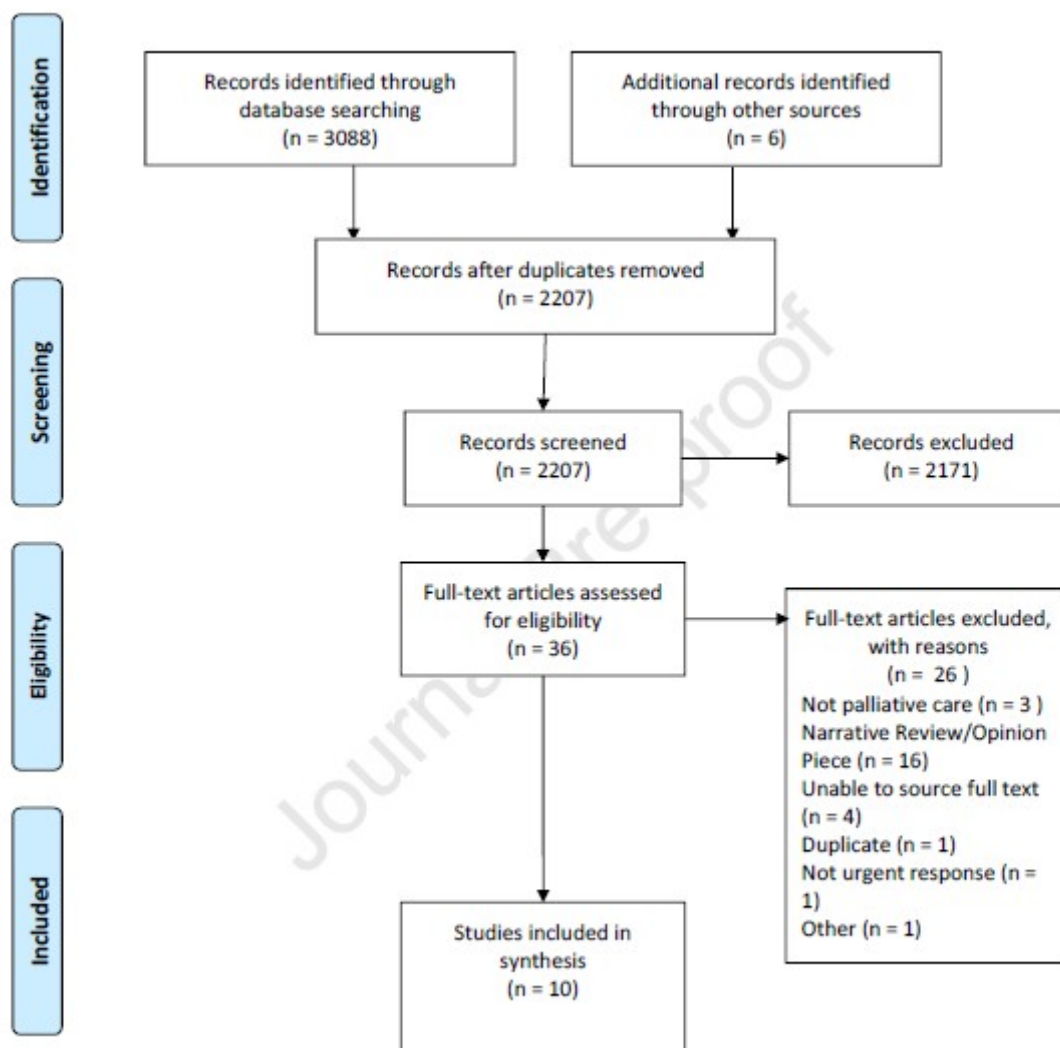
Таблицы и рисунки

Таблица 1: Обобщение фактических данных и рекомендации по мерам реагирования для паллиативной помощи во время пандемии COVID-19

Системы	<p>Положения деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Требуется гибкость и возможность внесения быстрых изменений в работу системы и в руководства и положения^{3,8} • Ограничение часов посещения / количества посетителей^{3,8} • Изменение критериев допуска на территорию³ • Системы ежедневной телефонной поддержки семей³ • Приостановка работы волонтерских служб⁸ • Паллиативная и хосписная служба должны быть частью национальных и местных мер по борьбе с эпидемией^{9,10} <p>Обучение и протоколы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Протоколы паллиативной помощи для неспециалистов по управлению симптомами и психологической поддержке являются существенными^{4, 5, 9, 10} • Обучение руководителей учреждений по внедрению протоколов¹⁰ • Обучение и подготовка неспециалистов основам паллиативной помощи⁶, в том числе в области коммуникации и сообщения новостей о смертельном исходе¹² • Рассмотрите отдельные руководящие принципы для конкретных групп населения, например, постояльцев домов престарелых и людей с задержкой умственного развития⁹ <p>Коммуникация и координация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обмен протоколами, рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи между организациями⁴ • Определение лица, принимающего решения для улучшения коммуникации, особенно в тех случаях, когда несколько медицинских работников могут быть задействованы вне своего круга ответственности⁴ • Быстрая сортировка для оценки вероятности ответа на лечение⁹ и фиксации смертельного исхода⁶ <p>Данные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стандартизированный сбор информации⁷ • Непрерывный мониторинг и оценка данных для информирования об изменениях в операционной деятельности или качестве услуг⁷
Персонал	<p>Распределение персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гибкость распределения, например перемещение персонала из стационаров в общинные центры^{3, 11} • Достаточная численность персонала⁶ • Ограничение контактов с добровольцами для борьбы с инфекцией³, а также признание того, что добровольцы являются неотъемлемой частью междисциплинарной модели

	<p>паллиативной помощи и могут внести важный вклад в психосоциальную помощь и уход за тяжелобольными пациентами⁸</p> <p>Сочетание навыков персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> • Привлечение священников и духовных наставников к борьбе с пандемией^{9, 10} • Привлечение психологов с опытом работы в области паллиативной помощи⁹ <p>Обеспечение устойчивости персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> • Содействие установлению дружеских отношений между сотрудниками для минимизации негативных психосоциальных воздействий на персонал, которые включают тревогу по поводу риска заражения болезнью, скорбь родственников или друзей⁴ • Меры по улучшению взаимодействия сотрудников¹² • Тренинг по коммуникации и сообщению плохих новостей¹² • Меры поддержки медицинского персонала в борьбе со стрессом¹²
Пространство	<p>Переход к обеспечению медицинского ухода на местах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрите возможность перевода ресурсов из стационарных в амбулаторные условия, где может возникнуть высокий спрос^{3, 11} • Рассмотрите вопрос о создании общинных центров ухода для расширения деятельности за пределами больниц с использованием стандартизированных решений, включая инструменты мониторинга и оценки, а также применяйте учебные пособия и руководства по мониторингу. Участие сообщества для укрепления доверия к системе очень важно⁷ <p>Применение технологий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Роль виртуальных технологий в обеспечении коммуникации при ограничении посещений медицинских организаций, например для ежедневного предоставления сведений семьям^{3, 8}.
Инструментарий	<p>Лекарства и оборудование</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства от соответствующих симптомов должны быть включены в формуляры¹⁰, в случае COVID-19 это одышка, кашель, лихорадка, бред, беспокойство, а также боль • Основные запасы лекарств, внутривенных катетеров и капельниц⁴ • Доступ к диагностическому оборудованию и оборудованию для мониторинга⁵ <p>Средства индивидуальной защиты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Достаточные запасы СИЗ^{3, 4}

Рис. 1. Схема PRISMA



Выявление	Совпадения в результате поиска по базе данных (n = 3088)	Дополнительные данные, найденные в других источниках (n = 6)
Скрининг	Данные после удаления совпадений (n = 2207)	
	Данные, прошедшие скрининг (n = 2207)	Исключенные данные (n = 2171)
Соответствие	Полные тексты статей, прошедшие анализ на соответствие критериям включения (n = 36)	Полные тексты статей, исключенные в связи с несоответствием критериям включения (n = 26)
Включение	Исследования, включенные в обзор (n = 10)	Не описывают паллиативное лечение (n = 3) Описательный обзор/мнение эксперта (n = 16) Недоступен полный текст исследования (n = 4) Повтор (n = 1) Не скорый ответ (n = 1)

Литература:

1. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E et al. Palliative care in humanitarian crisis: always something to offer. *Lancet* 2017.
2. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: “all patients must be cared for”. *J Pain Symptom Manage* 2010;39.
3. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. *medRxiv* 2020.
4. Battista MC, Loignon C, Benhadi L et al. Priorities, Barriers, and Facilitators towards International Guidelines for the Delivery of Supportive Clinical Care during an Ebola Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *Viruses* 2019;23.
5. Loignon C, Nouvet E, Couturier F et al. Barriers to supportive care during the Ebola virus disease outbreak in West Africa: Results of a qualitative study. *PLoS One* 2018;13.
6. Dhillon P, McCarthy S, Gibbs M, Sue K. Palliative care conundrums in an Ebola treatment centre. *BMJ Case Rep* 2015.
7. Michaels-Strasser S, Rabkin M, Lahuerta M et al. Innovation to confront Ebola in Sierra Leone: the community-care-centre model. *Lancet Glob Health* 2015;3.
8. Cheng HW, Li CW, Chan KY, Sham MK. The first confirmed case of human avian influenza A(H7N9) in Hong Kong and the suspension of volunteer services: impact on palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2014;47.
9. Matzo M, Wilkinson A, Lynn J, Gatto M, Phillips S. Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecur Bioterror* 2009;7.
10. Cinti SK, Wilkerson W, Holmes JG et al. Pandemic influenza and acute care centres: taking care of sick patients in a nonhospital setting. *Biosecur Bioterror* 2008;6.
11. Chen T, Lin M, Chou L, Hwang S. Hospice utilization during the SARS outbreak in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2006;6.
12. Leong IY, Lee AO, Ng TW et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat Med* 2004;18.
13. Rosoff PM. A central role for palliative care in an influenza pandemic. *J Palliat Med* 2006;9.
14. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6.
15. Wu C, Chen X, Cai Y et al. Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* 2020.

16. Bone AE, Gao W, Gomes B et al. Factors Associated with Transition from Community Settings to Hospital as Place of Death for Adults Aged 75 and Older: A Population-Based Mortality Follow-Back Survey. *J Am Geriatr Soc* 2016;64.