

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

Н. А. Бугаєвська

КЗ «Бериславський медичний коледж» Херсонської обласної ради

У статті подано матеріали проведеного дослідження з вивчення історії, структури та особливостей функціонування хоспісних установ у Республіці Польща. Представлено значний статистичний матеріал, дані джерел інформації, отримані не тільки з інтернету та спеціальних видань, а й під час особистих, неодноразових відвідувань польських хоспісів з метою вивчення їх функціонування та отримання практичного досвіду надання допомоги пацієнтам таких установ. Надано висновки та практичні рекомендації.

MANAGEMENT OF HOSPICE CARE IN POLAND

N. A. Buhayevska

Municipal institution «Beryslav Medical College» of Kherson Regional Council

The article presents the materials of the study of the history, structure and functioning features of hospice agencies in Poland; introduces significant statistical data, data sources derived not only from the Internet and special editions, but also in the personal, repeated visits to the Polish Hospice, to examine their operation and receive practical experience assisting patients to these institutions. Conclusions and practical recommendations are given.

Вступ. В останні десятиріччя в усьому світі відбувається процес старіння населення, а також зростає чисельність онкозахворювань, інфарктів та інсультів, хвороб нервової системи та інших захворювань [1, 6]. Значно зростає кількість інвалідів, людей, які потребують стороннього догляду. Це стосується як дорослих, так і дітей, що зумовлює створення відповідних установ та умов, що забезпечують невиліковно хворим пацієнтам можливість постійної кваліфікованої допомоги, догляду та уваги, особливо наприкінці їх земного життя.

Основна частина. Слово «хоспіс» походить від латинського слова «*hospitium*», що означає прихильність, гостинне сприйняття, гостинний дім [2, 3]. Це новий для нашого суспільства медичний та соціальний напрямок для полегшення життя сотень тисяч українців та їх рідних з метою надання тяжкохворим людям достойних умов в останній час свого земного буття, при тяжкій та часом невиліковній хворобі, в болу та стражданні. Відповідною формою догляду за тяжкохворою людиною є паліативна та/чи хоспісна допомога. Хоспіс є місцем, де літня людина або тяжкохворий пацієнт має отримати всебічну допомогу та догляд [1, 4]. Основною метою такого лікування є

насамперед полегшити фізичний і психологічний біль, а також надати хворій людині духовну підтримку, щоб забезпечити на даному етапі кращу якість життя. В хоспісі увагу фокусують не на смерті та стражданнях, а на цінності життя, незалежно від стану хворого [4]. Таких людей в усьому світі, в тому числі й в Україні, на жаль, стає все більше.

Надання хоспісної допомоги передбачає цілодобове отримання медичної допомоги та догляду за пацієнтами і повне забезпечення засобами для лікування болю відповідно до рекомендацій ВООЗ, піклування про лікування інших симптомів, послуги з медсестринського догляду та реабілітації згідно з призначеннями лікаря хоспісу [2, 6]. Крім того, в обов'язок працівників хоспісів входить надання спеціалізованих медичних консультацій як у стаціонарному відділенні хоспісу, так і домашніх умовах, забезпечення реалізації проведення всіх призначених обстежень та досліджень, забезпечення необхідного транспортування [4, 6].

На початку необхідно наголосити, що в Республіці Польща перебування в хоспісі та надання всього обсягу належної допомоги на початку було безкоштовним для пацієнтів. Але Польща, як і будь-яка країна світу, також залежна від світових економічних негараздів.

Тому з 1998 до 2000 р., ситуація почала кардинально змінюватися. На сьогодні приблизно 60–70 % за весь обсяг наданої допомоги та витрат фінансова відповідальність покладена на державну організацію Народний Фонд Здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ) [3, 4]. Інші 30–40 % мають самостійно знаходити хоспіси – за рахунок фізичних та юридичних осіб [4, 5, 7]. При цьому необхідно зауважити, що центри паліативної та хоспісної допомоги ніколи не беруть гроші за перебування та надання послуг із догляду за пацієнтами [4, 5, 7]. Тим не менше, процес вдосконалення та реорганізації правових та фінансово-економічних взаємовідносин між державою та

її фінансово-правовими інституціями та закладами (будь-якої форми підпорядкування), що надають в Польщі паліативну та хоспісну допомогу, триває і досі [7]. Польща є однією з прогресивних пострадянських держав, в якій вже багато років приділяють величезну увагу розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Динаміка створення мережі хоспісної допомоги різного підпорядкування в Польщі в період 1989–2008 рр. [12] наведена в таблиці 1.

Показовою є офіційна державна статистична інформація, яка відображає позитивну динаміку, що стосується кількості пацієнтів та ліжок за період 2005–2014 рр. [11] (рис. 1).

Таблиця 1. Хоспіси – некомерційні об'єднання та неурядові центри в 1989–2008 рр.

Роки	1989	1991	1994	1997	2000	2003	2006	2008
Кількість хоспісів	15	27	47	65	80	101	131	140*
З них:								
– при костьолах	12	20	28	36	35	26	21	21
– хоспіси Caritas	–	–	–	2	7	13	24	25
– світські хоспіси	3	7	19	27	38	62	86	94

Примітка. * – до кількості 140 внесена також кількість дитячих хоспісів.

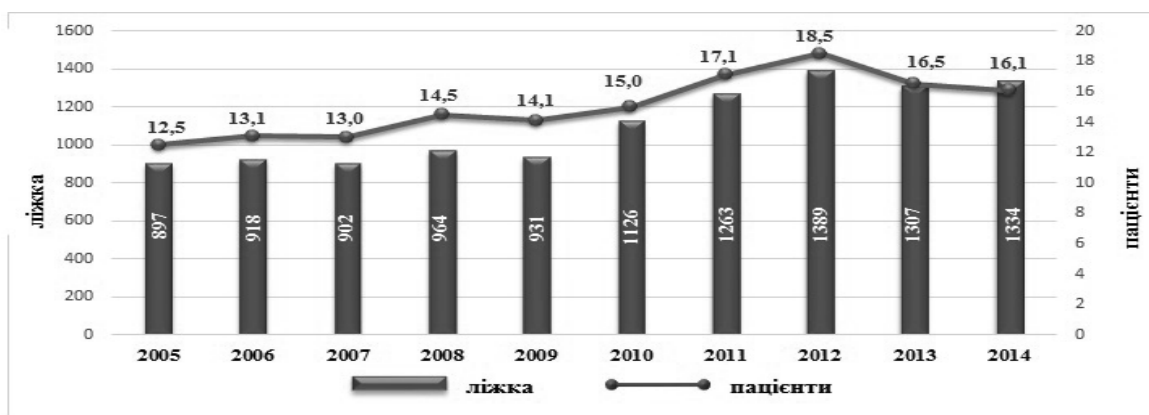


Рис. 1. Графік динамічних змін кількості пацієнтів та ліжок у польських хоспісах за період 2005–2014 рр.

Не менш цікавою є статистична інформація, яка стосується динаміки кількості різних видів надання хоспісної допомоги в Республіці Польща за період 2010–2014 рр. [11]. Так, зокрема, на рисунку 2 відображено зміни кількості стаціонарних хоспісних відділень за цей період.

Що стосується кількісних змін у відкритті «домашніх» хоспісів для дорослих [11], ця динаміка відображена на рисунку 3.

Зміни у відкритті «домашніх» хоспісних стаціонарів для дітей є стабільними, хоча з економічних причин у країні їх зростання не відбувається [11]. Зміни в кількості дитячих «домашніх» хоспісів відображені на рисунку 4.

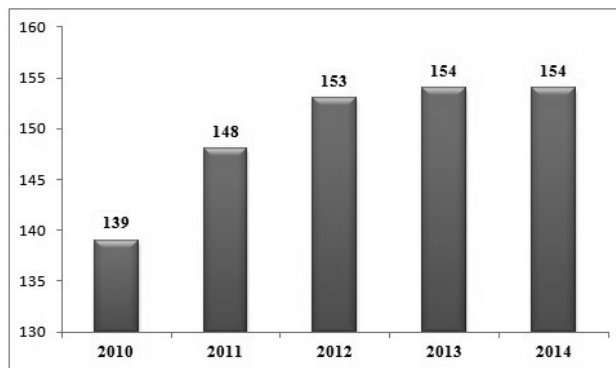


Рис. 2. Динаміка кількості стаціонарних хоспісних відділень в Польщі за період 2010–2014 рр.

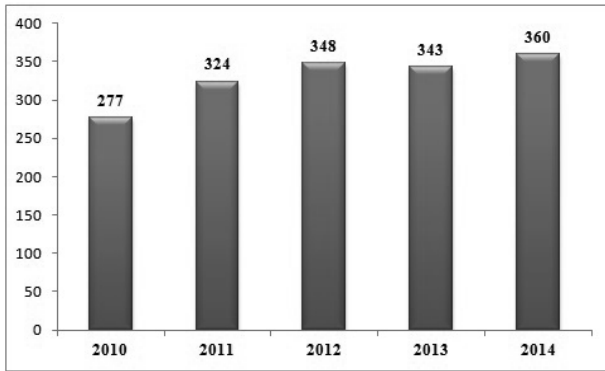


Рис. 3. Показники динаміки зростання «домашніх» хоспісів для дорослих за період 2010–2014 рр.

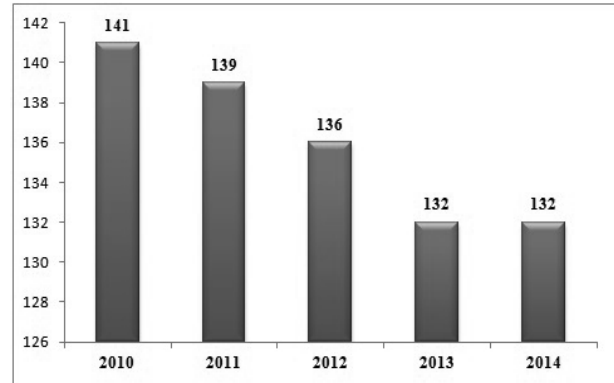


Рис. 5. Негативна динаміка відкриття та діяльності клінік амбулаторно-консультативної допомоги у Польщі в 2010–2014 рр.

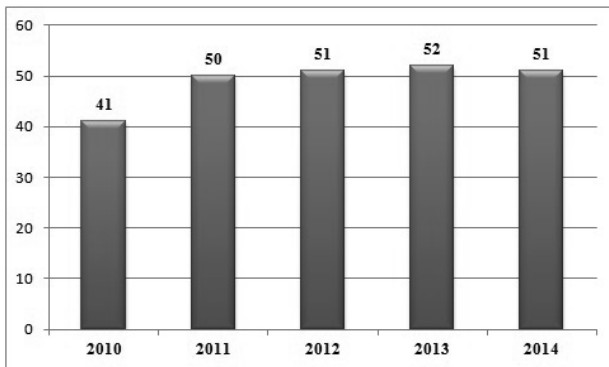


Рис. 4. Зміни в кількості дитячих стаціонарних хоспісів за період 2010–2014 рр.

На жаль, в зв'язку з економічними та юридичними змінами, що відбуваються в сфері господарчої діяльності в Польщі за останні роки, має місце негативна динаміка у відкритті клінік амбулаторно-консультативної допомоги паліативної медицини [11], що відображено на рисунку 5.

Що стосується розподілу пацієнтів, які отримували в 2014 р. паліативну допомогу за статтю та віком [11], то тут має місце така статистика, яка стосується жінок (рис. 6).

Як видно з рисунка 6, найменше всього було пацієнтів до 18 років, а домінують жінки від 65 років та старше. Загальна кількість жінок віком від 19 до 64 років, які отримували паліативно-хоспісну допомогу в 2014 р., становить 14,2% [11]. Стосовно чоловіків, які отримували паліативно-хоспісну допомогу в Республіці Польща у 2014 р., то тут має місце статистика [11], відображена на рисунку 7.

Тут прослідковується інша динаміка, з суттєвим збільшенням часток пацієнтів, молодших 65 років. Зокрема, в 2,9 раза більше чоловіків до 18 років, у 3,56 раза – віком від 19 до 40 років, у 3,03 раза – віком 41–60 років та в 2,3 раза – у віковій групі від 61 до 64 років! Серед усіх пацієнтів хоспісів 90% становлять хворі на рак. Серед дітей цей показник становить 60%, інші 40% становлять діти, які страждають від інших невиліковних захворювань [11]. Залежно від потреб невиліковно хворого пацієнта і його сім'ї догляду кожній конкретній ситуації може набувати різні форми.

Більше третини усіх хоспісів у Польщі підпорядковуються Католицькій Церкві [8]. Рух хоспісів у Польщі було розпочато в середині 70-х років минулого сто-

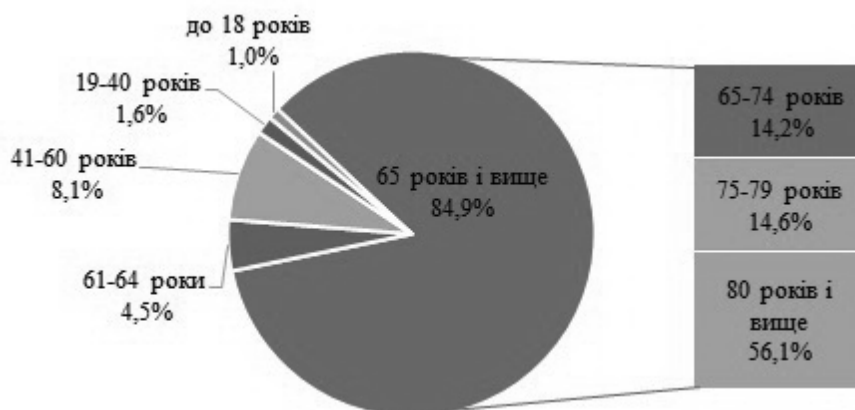


Рис. 6. Структура віку у жінок, які отримували паліативно-хоспісну допомогу в 2014 р.

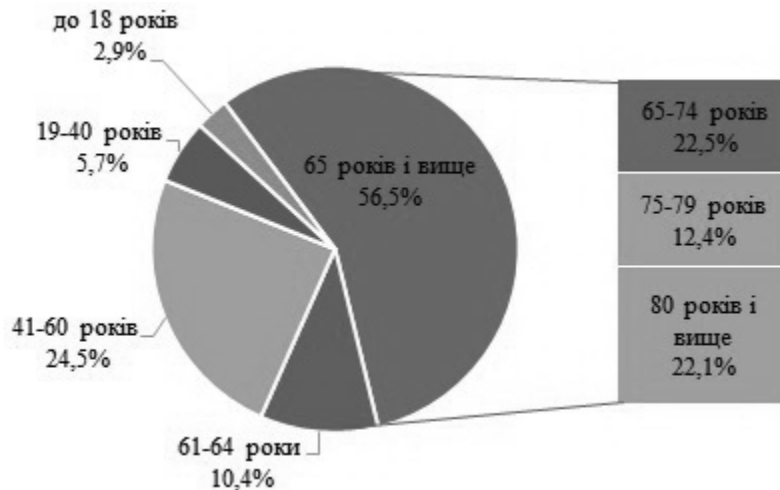


Рис. 7. Структура віку у чоловіків, які отримували паліативно-хоспісну допомогу в 2014 р.

ліття Католицькою Церквою [9, 10]. Також варто підкреслити провідну роль доктора Сесілії Сандерс, яка створила сучасну модель хоспісного догляду. Доктор С. Сандерс відвідала Польщу кілька разів, а її візит у 1978 р. був поштовхом для створення через три роки першого польського хоспісу Святого Лазаря в Кракові й першої хоспісної асоціації Польщі – Товариства друзів хворих «Хоспіс» [3]. Також одним із перших у Республіці Польща був хоспіс при відомому костьолі Ковчега Божого (м. Нова Гута) з ініціативи членів організації синоду Архідієцезії Краківської на чолі з пані Галиною Бортовською [3, 10]. Цю ідею підтримав парафіяльний священник Юзеф Гожелано. Два роки по тому в Гданську з ініціативи ксьондза Євгеніуша Дуткевича та професора Йоанни Мушковської-Пенсон був заснований хоспіс «Pallotinum», де принципи із догляду за хворими визначені в редакції: «Допомога паліативна Et Pastoralis», що означає поєднання догляду (лікувальний догляд) з духовною підтримкою невиліковно хворих пацієнтів. Завдяки методологічним розробкам хоспісу «Pallotinum» були розроблені принципи праці та функціонування хоспісної команди, відпрацьовані методологія та засади хоспісного догляду на дому і стаціонарного догляду в хоспісі [2, 9]. Вони розробили принцип, згідно з яким суттю хоспісу є робота команди, яка складається з лікарів, медичних сестер, психолога та/чи духовенства і добровольців-волонтерів. Ця методика діє на трьох рівнях: робота команди з хворими пацієнтами, співпраця з сім'єю пацієнта, тісна співпраця та взаємопідтримка в команді хоспісу [3].

У другій половині вісімдесятих років минулого століття були створені хоспіси при католицьких храмах

та духовних установах у Познані, Білостоці, Ельблонгу, Гдині, Катовіце, Любліні, Радомі, Щеціні, Торуню, Варшаві, Вроцлаві [8, 9]. У дев'яності роки інтенсивно розвивалася професійна паліативна допомога. Ухвалення парламентом (Сеймом) Польщі в 1991 р. Закону про охорону здоров'я дозволяє Католицькій Церкві та релігійним організаціям створювати власні заклади охорони здоров'я та догляду за невиліковно хворими пацієнтами. Завдяки закону про загальне медичне страхування (1997 р.) ці установи мають можливість отримати кошти від держави для догляду за хворими в хоспісах [4, 7].

У 2005 р. у Польщі вже діяло 113 хоспісів, які надавали безкоштовну допомогу невиліковно хворим пацієнтам. Допомагали в цій нелегкій праці близько 2500 волонтерів [4, 5]. Практичному застосуванню з надання хоспісної допомоги в Республіці Польща передують загальнодержавні правові умови. Вони регламентуються Постановою Міністерства охорони здоров'я Республіки Польща від 29 жовтня 2013 р. про гарантії надання паліативної та хоспісної допомоги [4, 5, 7, 11].

Направлення до хоспісу (будь-якого типу) може видати будь-який лікар. Воно повинно містити епікриз, в якому буде чітко вказано, що терапевтичні можливості етіотропної терапії в лікуванні даного пацієнта повністю вичерпані. Лікар, який виписує пацієнтові направлення, обов'язково повинен вказати тип призначеної хоспісної допомоги (стаціонарна чи «домашня»), але лікар не зобов'язаний вказувати назви та адреси конкретного хоспісного закладу [4, 5]. У разі звернень пацієнтом чи його рідними до центрів стаціонарного хоспісу їм повідомляється, що кожен із них має свій власний набір документів для заповне-

ння – як правило, цілком доступні для завантаження з веб-сайтів цих закладів. Більшість з цих необхідних документів може бути заповнена будь-ким із родини або самим хворим. Лікар, як правило, заповнює графі анкети, в якій засвідчує, наприклад, відсутність у пацієнта активного інфекційного або психічного захворювання, бо це може поставити під загрозу інших пацієнтів стаціонарного хоспісного відділення.

На разі в Польщі існують дві моделі надання хоспісної допомоги – стаціонарна, що найчастіше функціонує при онкологічних відділеннях великих лікарень, і так звана «домашня», створена у хворого вдома. Зрозуміло, що для більшості пацієнтів цей варіант є найбільш прийнятним, особливо при наявності при цьому всіх відповідних умов [5, 6]. Для більшості людей найбільш важливим є питання того, щоб їх вмирання та/чи смерть відбулися в оточенні сім'ї, друзів, у власному будинку, де вони почувають себе краще – і це є пріоритетом для хоспісу.

Стаціонарний хоспіс призначений для тих, хто з різних причин не може перебувати в домашніх умовах, а також охоплює пацієнтів, які не мають рідних або їх родичі не можуть забезпечити їм належний догляд [4, 6].

Хотілося б надати пояснювальну інформацію стосовно характеристик стаціонарного та «домашнього» хоспісного догляду. Стаціонарне хоспісне відділення – це установа, яка значно менша від госпіталю та значно більша за амбулаторію. Головна перевага перебування пацієнтів у такій установі полягає насамперед у тому, що пацієнти цілодобово перебувають під цілодобовим наглядом медичного персоналу – медсестер та лікарів – протягом дня. Окрім цього, в повсякденному піклуванні за хворими використовують доповнення до лікарських засобів (в тому числі сильних опіоїдних анальгетиків) і стандартні перев'язувальні матеріали та засоби догляду за пацієнтами, спеціальні функціональні ліжка з пневматичним регулюванням його положення і висоти, спеціальні матраци для запобігання пролежнів, насосні системи для інфузій, сечо- та калоприймачі, дихальна апаратура та інші залежно від можливостей та направленості цього хоспісного відділення приладдя [4, 6]. При прийнятті до стаціонарного відділення пацієнт або його законний представник підписує згоду на лікування в хоспісній установі [4, 6]. Пацієнт повинен також призначити особу або осіб, уповноважених отримувати інформацію про свій стан і надати та отримати всі необхідні контактні дані. Пацієнтові та його рідним

(уповноваженим) потрібно також мати інформацію про медсестру та лікаря цього хоспісного відділення, які є відповідальними за надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) цьому пацієнтові [4, 6]. Якщо ці умови виконані, вповноважений лікар хоспісу буде приймати рішення про прийняття пацієнта, а сам пацієнт буде отримувати в повному обсязі весь необхідний обсяг паліативної та/чи хоспісної допомоги, який забезпечують ці спеціалізовані установи.

На відміну від цього, хоспісна допомога вдома призначена для людей, яким сім'я може забезпечити належний догляд та може подбати про всеосяжне опікування помираючим членам сім'ї. Що стосується «домашнього» варіанту надання хоспісної допомоги, то всі інші пацієнти, які не вимагають постійної і активної терапії, повинні бути під опікою «домашнього» хоспісу. Це умовно можна порівняти з відвідуванням та турботою сімейного лікаря, але з тією різницею, що таких пацієнтів найчастіше відвідує лікар-онколог або досвідчений фахівець з догляду за онкохворими та іншими невиліковними хворобами [4, 6]. Залежно від організації кожного хоспісу та індивідуальних потреб пацієнта, відвідування на дому пацієнта проводяться через регулярні проміжки часу. Наприклад, медсестра робить обов'язкові відвідування кожні два дні, а лікар один раз на тиждень. При цьому в хоспісі обов'язково є спеціально призначена відповідальна особа, яка спілкується з пацієнтами чи їх представниками телефоном [4, 6]. Важливу роль в якості надання довготривалої паліативно-хоспісної допомоги відводять розподілу обов'язків у команді фахівців, які опікуються тяжкохворими пацієнтами [4]. Структура команди для надання такої допомоги наведена на рисунку 8.



Рис. 8. Структура команди з надання довготривалої допомоги.

Хто буде надавати психологічну допомогу тяжкохворому пацієнтові – фахівець-психолог чи духовник-капелан, все це залежить від прохання родини. Це стосується такого моменту, чи є пацієнт віруючою людиною і йому важлива присутність священика, чи пацієнт не вважає його присутність потрібною, а воліє отримати психологічну допомогу від фахівця з цієї проблеми.

Послугами «домашньої» хоспісної допомоги можуть також скористатися діти віком до 18 років, які страждають від раку та інших невиліковних захворювань, викликаних, наприклад, ураженням центральної нервової системи, нейродегенераціями, генетичними захворюваннями і под. [4, 5]. Ці показання призначені для дітей та молодих людей, які мають не менше одного постійного опікуна, який зможе здійснювати за ними цілодобовий догляд [5, 6].

Додатковою установою, що створена з метою надання адекватної консультативної допомоги невиліковно хворим пацієнтам, є клініки (амбулаторії) паліативної медицини, які слугують як спеціалізовані клініки [4, 6]. Пацієнт може там детально обговорити подробиці свого захворювання та обсяг необхідної допомоги при його хворобі й отримати кваліфіковану пораду від фахівця. Ця консультативна клініка розрахована на групу пацієнтів, які на даний час за станом перебігу їхнього захворювання ще можуть дозволити собі її відвідування, на відміну від необхідної консультації потрібного фахівця в умовах «домашнього» хоспісу.

Вкрай важливим є питання переліку захворювань, які надають право для направлення до хоспісу та утримування в ньому [6]. Для дорослих людей, це такі захворювання та патологічні стани, які відповідають МКХ-10:

B20–B24. Хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ).

C00–D48. Новоутворення.

G09. Наслідки запальних захворювань центральної нервової системи.

G10–G13. Первинні системні атрофії центральної нервової системи.

I42–I43. Кардіоміопатія.

J96. Дихальна недостатність, не класифікована в інших ситуаціях.

L89. Запальні ускладнення пролежнів.

Що стосується скерування дітей до дитячих хоспісів, то в цьому випадку перелік показань є значно ширшим. Він включає уроджені вади розвитку та наслідки пологових травм.

Пацієнтів у стаціонарне відділення хоспісної допомоги приймають у двох режимах: терміновому – у пацієнтів, в яких прояви хвороби (насамперед – це нестерпний біль) вже не можуть контролюватися та слабо піддаються лікуванню, або плановому (для пацієнтів із захворюваннями, прояви яких на даний час є компенсованими, але ці пацієнти потребують цілодобового догляду. В разі термінової госпіталізації пацієнта до хоспісного відділення максимальний час очікування може тривати близько двох днів, а в разі планової госпіталізації – кілька днів [4, 5]. Догляд за дорослими пацієнтами стаціонарних хоспісних відділень в основному стосується пацієнтів із новоутвореннями, в термінальній, невиліковній стадії захворювання. У випадку з пацієнтами, які потерпають від проявів інших хвороб та потребують цілодобового піклування та догляду, але не потребують госпіталізації, в останні роки функціонує доглядово-лікувальний заклад [4, 5]. Головна відмінність допомоги в цьому закладі від хоспісної допомоги полягає в тому, що в такому закладі пацієнт повинен сплатити за всі послуги під час свого перебування (харчування та проживання), але звільняється від плати за медичні послуги. Як правило, щомісячна плата за перебування в закладі відповідає коштам, еквівалентним 70 % від доходу пацієнта (пенсія чи заробітна платня) [4, 5]. Направлення пацієнта до такого центру вимагає запиту та направлення від лікаря, копії виписок із лікарні та інших медичних закладів, де обстежувався та проходив лікування пацієнт, медсестринського висновку з обсягу можливого догляду і згоди пацієнта. Також необхідні документи, що підтверджують суму доходу пацієнта (або юридичне погодження іншої особи, яка зобов'язується нести витрати за перебування пацієнта в закладі) і розділ пенсії чи відсотків заробітної плати за перебування в закладі на визначений період [5, 7].

Хотілося б зауважити, що попри значну роботу, проведenu в Польщі від 70–80-х років ХХ сторіччя до сьогодення, в цій країні зостається велика кількість невирішених проблем. І одна з самих провідних – це фінансування хоспісної та паліативної допомоги. Згідно з інформацією, поданою з різних джерел, добове утримання пацієнта в стаціонарному хоспісному відділенні становить близько 350 злотих, а з НФЗ виділяється тільки 220–250 [5, 7, 11]. Економічна криза та неспроможність держави на 100 % взяти на себе можливість фінансування цих соціальних інституцій призводить до різкого зменшення створення нових центрів хоспісної та паліативної допомоги. Титанічна

праця Католицької Церкви, яка теж вкладає у вирішення цієї проблеми величезні кошти, волонтерський рух, жертвність поляків, які збирають чималі суми на підтримку хоспісів, починаючи з відрахування ними 1 % від своїх доходів і враховуючи численні та різноманітні благодійні акції – цього всього все-таки недостатньо для того, щоб зникли черги для отримання місця в стаціонарі хоспісу та дочекатися можливості достойного для людини вмирання без болю та страждань! І на мапі Польщі ще багато білих плям, які вказують на те, що саме в цій місцевості ще й досі не створені центри надання хоспісної та палі-

ативної допомоги. А це для багатьох болуча втрата можливості не тільки жити, але й померти достойно, по-людськи – в кращому розумінні цього слова!

Висновок. Для України, яка стоїть ще тільки на початку шляху створення хоспісів та паліативної допомоги, багаторічний досвід Польщі на цьому шляху як позитивний, так і, на жаль, негативний – є безцінним! Він потребує вивчення й осмислення. Тому практичні контакти з нашим найближчим сусідом в цьому питанні є актуальними та потребують розуміння як держави, влади та суспільства, що «смерть, це те, що чекає кожного з нас»!

ЛІТЕРАТУРА

1. Герасименко Н. Світова та вітчизняна практика впровадження паліативної допомоги на дому особам похилого віку / Н. Герасименко // Україна: аспекти праці. – 2013. – № 7. – С. 43–51.
2. Ястремська С. О. Роль медичних сестер у паліативній (хоспісній) допомозі // С. О. Ястремська, О. С. Усинська. – Медсестринство. – 2011. – № 3. – С. 4–7.
3. Bogusz H. Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Część I. Dwa nurty poznańskiej opieki paliatywnej / H. Bogusz, J. Łuczak // Medycyna Paliatywna. – 2012. – Tom 2. – P. 95–99.
4. Buss T. Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego) / T. Buss, M. Lichodziejewska-Niemierko // Forum Medycyny Rodzinnej. – 2008. – Tom 2, Nr. 3. – P. 277–285.
5. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce / A. Ciałkowska-Rysz // Medycyna Paliatywna. – 2009. – Vol. 1. – P. 22–26.
6. De Walden-Gałuszko Stan wiedzy o opiece paliatywnej w świecie i w Polsce / De Walden-Gałuszko // Biuletyn Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego Sierpień. – 2003. – S. 13–15.
7. Flakus J. Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. Działalność hospicjów w opinii różnych grup społecznych / J. Flakus // Medycyna Paliatywna. – 2009. – Tom 1. – P. 33–39.
8. Stokłosa J. Początki ruchu hospicyjnego w Polsce / J. Stokłosa // Medycyna Paliatywna. – 2012. – Vol. 3. – P. 185–187.
9. Szot L. Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego / L. Szot // Studia Warmińskie. – XLVI. – 2009. – S. 221–237.
10. O ruchu hospicjów w Polsce, w: W stronę człowieka umierającego, red. J. Drążkiewicz, Warszawa 1989. – S. 100.
11. Żyra M. Zdrowie i ochrona zdrowia / M. Żyra // Główny urząd statystyczny. – Warszawa. – 2005. – S. 89–100.
12. www.hospicjum.krakow.pl

Отримано 09.08.16