

В.А. Экзархов, А.А. Гончаренко

Некоторые особенности организации хосписной помощи в Украине

Областной центр паллиативной медицины «Хоспис», г. Харьков, Украина

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):118-121; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.118

Статья посвящена организации работы хосписа как учреждения медико-социальной помощи. Освещен ряд ключевых вопросов, на которые следует ответить при планировании открытия стационарного отделения хосписа.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, хоспис.

Актуальность развития социально-медицинской работы с инкурабельными больными во многом обусловлена необходимостью расширения мер социальной защищенности. Неуклонный рост онкозаболеваемости и неизлечимой патологии вызывает необходимость реформирования системы организации паллиативной помощи. Это позволит решать прежние задачи на качественно новом уровне и обеспечить выполнение вновь появившихся стандартов социально-медицинской работы.

При планировании открытия стационарного отделения нужно ответить на ряд вопросов.

Почему считается необходимым создание самостоятельного хосписа? Должны быть веские причины, почему блок паллиативной помощи не может быть в составе больницы.

В Харькове учитывалась необходимость создания такого хосписа, который может взять на себя роль организационно-методического центра для сети хосписных коек в области, базы для изучения проблемы и подготовки персонала.

При обучении оказанию паллиативной помощи самой сложной задачей является изменение условий работы, особенности общения с пациентами и их родственниками и освоение практических навыков. Практическое обучение, как важнейшая часть образовательного проекта, лучше всего реализуется в стационаре.

Также следует относиться с предельным вниманием к высказыванию одного из президентов американской ассоциации хосписов Ноэми Ноерман, которая заключила, что если хосписы не добива-

ются полной самостоятельности, они «...становятся заложниками капризов здравоохранения».

Должна быть проведена оценка потребностей определенной административной единицы. Точкой отсчета являются статистические данные о смертности в области. Что является главной причиной смерти? Где умирают люди: дома, у родственников, в больнице? Где они хотят умереть? Нужно также учитывать траекторию смертности, т.е. ее взлеты и падения.

Есть семьи, в которых семейные узы сильны, и уход за близким человеком считается долгом, а сами пациенты хотят умереть в своей постели. В таких случаях можно предлагать краткосрочное пребывание в хосписе для решения «острых проблем». Если пациенты хотят оставаться дома как можно дольше, но не умереть там, то некоторые из них могут рассчитывать на уход в последние дни жизни, но это будет трактоваться как смерть дома.

Имеет прямой смысл интегрировать хоспис в систему охраны здоровья, т.к. (как доказал Львовский хоспис) экономия, обеспеченная разгрузкой участковых врачей и среднего медицинского персонала, выглядит весьма убедительно – на 30 коек 813 000 грн (2003 г.)

Общепринятые мировые стандарты предусматривают одну хосписную койку на 10 тысяч населения. Принято считать, что на 100 тыс. жителей число тех, кому может потребоваться хосписная койка при злокачественных заболеваниях, составляет 4–7 человек, при доброкачественных опухолях – 2–7 человек. Смертей людей с неврологическими заболеваниями 17 на 100 тыс. человек,

смертей людей с хронической патологией легких и сердца – 500 на 100 тыс. человек и с психо-герiatricкими болезнями – 4 на 100 тысяч.

Размеры хосписа решающей роли не играют (большинство из них небольшие – на 20–30 коек). Но принципиально важна целостность программы, ее персонализация, гибкость, внимание и самоотверженность персонала.

Будет ли хоспис заниматься профессиональным образованием и профессиональной подготовкой? При обучении оказанию паллиативной помощи самой ответственной задачей является воспитание отношения к пациенту хосписа и усвоение правил общения с пациентом и его родственниками и практических навыков ухода. Практическое обучение – эта важная часть образования, и лучшим местом для практики является стационар.

Довольно часто в последнее время происходит реорганизация объектов охраны здоровья, и некоторые существующие здания становятся лишними. Они могут использоваться для организации паллиативной помощи и, что особенно важно, с сохранением рабочих мест для сотрудников, которые могли бы быть уволены в связи с реорганизацией учреждения.

С другой стороны, расположение хосписа в больнице общего профиля имеет некоторые преимущества:

- близость к узким специалистам (хирургам, реаниматологам и т.д.);
- близость к диагностическим кабинетам, физиотерапии и др.;
- наличие прачечной, лаборатории, аптеки, кухни;
- возможность привлечения персонала больницы.

Какие еще важные вопросы должны быть рассмотрены на этапе планирования?

Во-первых, сроки пребывания в хосписе. В рекомендациях Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи (2003) сказано: «Паллиативная помощь охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней». Но можем с этим не согласиться. За рубежом много примеров короткого содержания больных в хосписе (до 14 дней). Вот с этим соглашаться нельзя. В Украине вряд ли найдется семья, способная самостоятельно, без помощи государства, справиться с наличием в доме неизлечимо больного умирающего человека. При создании хосписа следует, прежде всего, думать о том, насколько полезным он будет рядовой семье, в которой все работают и учатся.

Серьезные перспективы сулит организация выездных служб, которые могут взять часть забот о неизлечимо больных пациентах. Они могут быть функциональными подразделениями хосписа, амбулаторных, социальных служб и других благотворительных организаций.

Можно ли рассчитывать на дополнительное обследование в условиях хосписа (лаборатория, радиология, УЗИ и т.д.) или лечение (лучевая терапия, химиотерапия, хирургия)? Будет ли хоспис иметь свою собственную аптеку или закупать лекарственные препараты и их хранить? Будет ли хоспис иметь свой морг или сможет использовать морг соседней больницы?

Обычно хосписы предназначены только для взрослых, т.к. дети требуют особых условий пребывания. И если существует необходимость в «смешанном» хосписе, для детей должны быть специальные помещения, медсестры и врачи, обученные педиатрической паллиативной помощи.

Кто поступает в хоспис:

- пациенты с острыми, тяжелыми, но не обязательно угрожающими жизни, заболеваниями (тяжелые травмы, лейкемия, состояние после тяжелого инсульта), когда существует возможность обратимости заболевания и реабилитации, но и лечение, и уход представляют значительные трудности и являются тяжелым бременем для близких;
- пациенты с прогрессирующими хроническими заболеваниями (например, заболевания периферических сосудов, хроническая почечная или печеночная недостаточность, инсульт со значительными функциональными нарушениями, прогрессирующие заболевания сердца или легких, нервно-дегенеративные расстройства и деменция);
- пациенты с неизлечимыми заболеваниями (терминальная стадия слабоумия, СПИДа, IV клиническая группа онкологической патологии, тяжелое течение инсульта, сердечной, почечной, дыхательной недостаточности), от которых они вряд ли смогут оправиться и для которых паллиативная помощь является единственно целесообразной в оставшееся больному время.

Следует подчеркнуть, что строгое соблюдение показаний для госпитализации имеет первостепенное значение. Было бы невозможно обеспечить уход для многих из перечисленных групп в небольшом подразделении паллиативной помощи, поэтому решение о размерах хосписа должно быть принято до его открытия.

Нужно быть готовыми к тому, что пациенты могут умирать в течение нескольких дней и, наоборот, к долгому пребыванию пациентов. Одной из проблем является то, что многие такие больные поступают на «передышку» родственников

слишком поздно и не возвращаются домой, но остаются и умирают в хосписе.

В хосписах принято поддерживать максимально комфортные и благоприятные условия обреченно больному человеку. В отличие от больниц, где больные знают, что скоро выйдут здоровыми, в хосписах люди ждут продолжения каждого дня, наступления утра, радуются каждой минуте жизни. Пациентам разрешено держать домашних животных, смотреть телевизор, говорить по телефону, пользоваться услугами парикмахера, косметолога, подбирать меню и многое другое.

Имеет смысл установить, кроме показаний для поступления в хоспис, приоритетные критерии для поступления (участие в боевых действиях, медицинский стаж и т.д.). Решение о госпитализации должна принимает группа, в которую входит главный врач, его заместитель по медицинской части, заведующие отделениями.

Поскольку в нашем центре постоянно реализуются различные образовательные программы, мы оборудовали помещение для семинаров. Кроме того, мы имеем библиотеку. Главное, мы оборудовали при хосписе церковь (до 200 м²), в которой регулярно проводятся службы, транслируемые по радио в палаты для лежачих больных, а также совершаются требы.

Некоторые трудности с набором персонала, имевшие место в начале работы, давно пройдены. Привлекательность и профессиональное удовлетворение в паллиативной помощи создают хоспису имидж, при котором найм на работу не является проблемой. Само собой разумеется, что подбор персонала, предварительная подготовка, права и обязанности должны быть столь же строги, как и в любом другом учреждении здравоохранения.

Эмпирическое правило состоит в том, что один врач может следить за 10–15 койками. Нами принято решение о дневной работе профильных специалистов (терапевта, невропатолога, хирурга, психотерапевтов), осуществляющих наблюдение в соответствии с этим расчетом.

С 15-00 до 9-00 наблюдение осуществляется дежурным врачом. Работа в это время поручена врачам-анестезиологам, готовым, при возникновении нарушения какой-либо жизненно важной функции, к оказанию помощи на месте, приглашению консультанта и т.д.

Важно, чтобы каждое стационарное отделение паллиативной помощи имело в своем составе опытного социального работника. Именно специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи: оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания

с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов, а также психологических проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Важными характеристиками социального работника являются гуманистическое, позитивное отношение, высокая положительная самооценка, легкость выражения эмоций, эмоциональная открытость и теплота, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности как личностной черты, неагрессивное, необвинительное поведение в конфликтных ситуациях, высокая степень личностной социальной ответственности.

Очень полезно, но не строго обязательно, наличие клинического фармацевта, психолога, стоматолога, ортопеда. Это могут быть совместители или добровольно участвующие в работе специалисты.

Совершенно очевидно, что в хосписе следует должное и равное внимание проявлять к духовным нуждам пациентов. Как правило, это означает, что священник должен быть в штате хосписа или, в крайнем случае, быть недалеко. Следует помнить, что священник также осуществляет поддержку сотрудников и волонтеров, способствует учебе персонала и провожает пациентов в последний путь.

Также к пациентам имеют доступ раввины, имамы, индуистские учителя и т.д.

Особая необходимость существует в создании наблюдательного совета, не являющегося исполнительным, но чрезвычайно важным с точки зрения влияния на все духовные и этические принципы в работе хосписа органом. Наблюдательный совет подчиняется непосредственно обл- или городской администрации или попечителям. От хорошо продуманного по составу и активного наблюдательного совета зависит большая часть эффективности и доверия к хоспису. В состав наблюдательного совета входят представители государственных, общественных и религиозных организаций, промышленности, образования и науки. Как и в любом комитете, многое зависит от авторитета председателя, который должен иметь возможность регулярно связываться с руководством хосписа.

Хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода «социального лекарства» для нашего общества в целом, ведь их строительство, а тем более каждодневная деятельность, невозможны в виде только казенных учреждений. Во многом успех хосписного дела зависит от того, сможем ли мы расчистить социальные завалы и дать выход родникам милосердия. При этом могут гармонично сочетаться цели хосписного, религиозного и других общественных движений.

Исключительно благотворное влияние хосписы оказывают на всю остальную нашу медицину, не только делая достоянием всех медиков особое искусство ухода, технологии помощи тяжелобольным (в том числе умирающим), но и реабилитируя

в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди: «Salus aegroti suprema lex» («Благо больного превыше всего»).

Литература

1. Гнездилов А. В. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных / А. В. Гнездилов, С. А. Леоненкова, М. Т. Репина // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 1997.
2. Лях К. Ф. Хоспис: Помощь умирающим в современном обществе / К. Ф. Лях // *Медицинская сестра*. – 2006. – № 6. – С. 33–35.
3. Новиков Г. А. Паллиативная помощь онкологическим больным: учебн. пособ. / Г. А. Новиков, В. И. Чиссов (под ред.). – Москва: ООД «Медицина за качество жизни», 2006.
4. Паллиативная медицина и реабилитация / под ред. Г. А. Новикова. – Москва: Фонд «Паллиативной медицины».
5. Хосписы: сборник материалов / составители: В. В. Миллионщикова (отв. ред.), П. Н. Лопанов, С. А. Полишкис. – Москва, 2002.

Деякі особливості організації хоспісної допомоги в Україні

В.О. Екзархов, О.А. Гончаренко

Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс», м. Харків, Україна

Стаття присвячена організації роботи хоспісу як закладу медико-соціальної допомоги. Висвітлено ряд ключових питань, на які слід відповісти при плануванні відкриття стаціонарного відділення хоспісу.

Ключові слова: організація медичної допомоги, хоспіс.

Some features of the organization of hospice care in Ukraine

V.A. Ekzarkhov, A.A. Goncharenko

The regional center of palliative medicine «Hospice», Kharkov, Ukraine

The article is devoted to the organization of hospice as institution of medical and social care. A number of key questions to be answered during the planning of the opening of inpatient hospice are highlighted.

Key words: organization of health care, hospice.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Екзархов Віталій Олександрович – Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс». E-mail: 020962@gmail.com

Гончаренко Олександр Анатолійович – Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс». E-mail: 020962@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.