

Systemový rozvoj paliativní péče v kraji Vysočina

Pilotní projekt kraje Vysočina, realizovaný Hospicovým hnutím – Vysočina, o.s. (dále „HHV“)

Podprojekty: A) Rodinný pokoj v LDN Buchtův kopec, B) Komunitní model paliativní péče

Zkrácená verze závěrečné zprávy projektu

Červen 2007

Závěrečná zpráva v plném znění (126 str.), obsahující podrobné vyhodnocení projektu a příslušnou metodiku, je k dispozici v HHV (Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě, tel.: 566 615 198, e-mail: hhv@quick.cz) nebo ke stažení na <http://hhv.nmnm.cz>.

Kontext

HHV realizovalo v letech 2005 – 2006 projekt *Systemový rozvoj paliativní péče v kraji Vysočina*. Projekt byl pilotním projektem kraje Vysočina a byl tvořen dvěma podprojekty. První podprojekt byl zaměřen na vybudování a zahájení provozu rodinného pokoje v LDN Buchtův kopec (dále „LDN Bk“), druhý podprojekt byl zaměřen na vývoj Komunitního modelu paliativní péče. Celý projekt byl součástí dlouhodobé snahy HHV rozvíjet na Novoměstsku a v kraji Vysočina hospicové služby.

Rodinný pokoj

První fáze – vybudování rodinného pokoje (rok 2005)

Rodinný pokoj (dále „RP“) je koncept, umožňující poskytování komplexní paliativní péče v zařízení zdravotnické nebo sociální péče. RP si lze nejlépe představit jako nemocniční pokoj, ve kterém je pacientovi v terminálním stavu onemocnění a jeho rodině poskytnuto důstojné a intimní prostředí, profesionální zdravotnické zázemí a všestranná lidská podpora. RP nabízí:

- možnost pro doprovázejícího bydlet v pokoji nepřetržitě po dobu několika dnů, případně týdnů
- jistotu kvalitní zdravotnické péče, převážně paliativního charakteru
- psychosociální podporu pracovníků HHV, která je určena nemocnému i jeho rodině
- po úmrtí (před odvozem pohřební službou) důstojné zaopatření těla zemřelého
- navazující služby, poskytované HHV (domácí hospicová péče, poradna Alej)

Rodinný pokoj byl vybudován v objektu LDN Bk. Přestavba pokoje včetně jeho vybavení proběhla v měsících říjen až prosinec roku 2005. Celkové finanční náklady na vybudování RP činily 391 000,- Kč.

Druhá fáze – zkušební provoz rodinného pokoje (rok 2006)

V průběhu roku 2006, který byl považován za zkušební období, využilo služeb RP celkem 10 pacientů (viz Tabulka I). Všem pacientům i všem doprovázejícím rodinám tato forma péče pomohla zvládnout obtížnou životní situaci. Tento závěr plyne z podrobného hodnocení zkušebního roku. V dotazníkovém průzkumu vyjádřili vedoucí zdravotničtí pracovníci a lékaři LDN Bk názor, že umístění pacienta v RP pozitivně ovlivnilo péči o něho, že doprovázení pacientů jejich blízkými v soukromí RP mělo příznivý vliv na situaci celé rodiny a že zavedení služeb RP nemělo negativní dopad na provoz v LDN. Zdravotní sestry hodnotily projekt podobně: RP pomohl zásadním způsobem rodině důstojně a úlevně zvládnout obtížnou situaci umírání a přitom nenarušil chod LDN.

Realizátoři projektu mají za to, že lze učinit další dílčí závěry:

- Po službě RP je poptávka, rodiny pacientů mají zájem svého blízkého v RP doprovázet.
- RP plní primárně funkci hospicovou (pacient zde zemře a průběh umírání je důstojný), v některých případech může pobyt v RP účinkovat terapeuticky (pacient zde nezemře, jeho stav se zlepší).
- RP nezískal pověst „umrlčáku“, tedy obávaného pokoje na oddělení, který nese stigma smrti a definitivního konce. Naopak, mnohé objektivní skutečnosti potvrzují, že je RP vnímán jako pomáhající služba pro důstojné umírání.
- Lze zajistit vysokou obloženost (průběžné využití pokoje).
- Náročným prvkem provozu RP je komunikace s potenciálními klienty této služby, která umístění na RP předchází. Ukázalo se, že tuto komunikaci lze profesionálně i eticky dobře zvládnout.
- Je možné uspokojivě vyřešit otázku souhlasu pacienta s pobytem v RP.
- Je reálné, aby se na provozu RP podílely dvě partnerské organizace.
- Službu RP je možné provázat se službami domácí hospicové péče a doprovázení pozůstalých.
- V průběhu zkušebního provozu RP se nepodařilo do péče výrazněji zapojit dobrovolníky. Účast dobrovolníků je do budoucna možná (po systematické přípravě zájemců).
- RP se může stát funkčním prvkem paliativní péče v LDN.

Tabulka I: Roční zkušební provoz RP – základní kvantitativní údaje

Pacienti v RP	Zahájení pobytu pacienta v RP	Délka pobytu pacienta v RP (ve dnech)	Doprovázející (pobyt na RP)	Úmrtí pacienta v RP	Zaopatření zesnulého v RP	Počet návštěv HHV v RP
pacient 1	leden	2	manžel	ano	ano	3
pacient 2	únor	1	-	ano	ne	0
pacient 3	únor	55	manželka	ano	ano	37
pacient 4	květen	85	-	ne	ne	20
pacient 5	srpen	11	-	ano	ano	11
pacient 6	srpen	6	manželka	ano	ano	6
pacient 7	srpen	3	-	ano	ano	5
pacient 8	září	1	-	ano	ano	2
pacient 9	říjen	6	manželka	ano	ne	3
pacient 10	říjen	64	dcera	ne**	ne	24
Celkem za rok zkušebního provozu:						
		RP obsazen pacientem	Celkem doprovázení	Celkem úmrtí v RP	Celkem zaopatření	Celkem návštěv
10 pacientů		234 dny (65%)	u 5 pacientů (50%)	8 pacientů (80%)	u 6 pacientů (60%)	111

Systémový potenciál konceptu rodinného pokoje

Koncept RP je přímočaře aplikovatelný ve stávajících zdravotnických zařízeních a s jistými modifikacemi aplikovatelný ve stávajících domovech důchodců. V nemocnici by několik RP mohlo být základem jednotky paliativní péče, jako lůžkového oddělení (nebo části oddělení) specializovaného na péči o terminálně nemocné pacienty a uzpůsobeného k doprovázení těchto pacientů jejich rodinami.

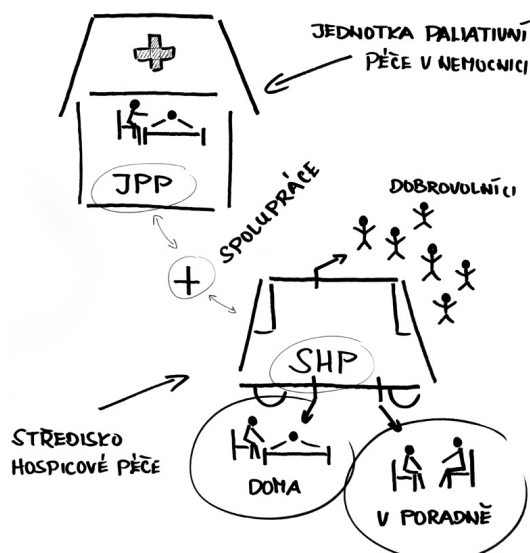
RP, a potažmo jednotka paliativní péče, může najít značné uplatnění v Komunitním modelu paliativní péče (dále „KMPP“). Na RP v LDN Bk lze totiž nahlížet jako na jakýsi prototyp komplexní paliativní péče v nemocnici, který byl testován v reálných podmínkách českého zdravotnictví. Tento systémový potenciál RP je popsán a zdůvodněn v podprojektu KMPP (viz následující strany 3 a 4, podrobně viz kompletní závěrečná zpráva).

Komunitní model paliativní péče

Základní schéma

Komunitní model paliativní péče je jeden možný způsob, jak zorganizovat poskytování hospicových služeb. Tento model vychází z komplexnosti potřeb dané cílové skupiny klientů a svým rozsahem a kapacitou

KOMUNITNÍ MODEL PALIATIVNÍ PÉČE



(PRACOVNÍ SCHÉMA)

je přizpůsobený jisté menší spádové oblasti (zhruba velikosti mikroregionu) a v ní žijící komunitě občanů. KMPP námi ověřovaného typu je založen na těsně provázané a koordinované spolupráci mezi komunitním hospicovým střediskem (středisko hospicové péče) a zdravotnickým, případně sociálním ústavním zařízením (nemocnice, LDN, domov důchodců). V rámci této spolupráce se středisko a ústavní zařízení dělí o jednotlivé složky péče, zhruba tak, že středisko hospicové péče zajišťuje terénní hospicové služby a ústavní zařízení zajišťuje lůžkovou paliativní péči. Tato hranice však není ostrá, pracovníci a dobrovolníci střediska asistují při lůžkové péči a pracovníci ústavního zařízení se podílejí na terénních službách – dochází k prolamování bariér, k vytváření společného prostoru a k obušování kompetenčních hran. Zvyšuje se tak pravděpodobnost, že paliativní péče bude poskytována účelněji a vstřícněji, „tam a tak“, jak vyhovuje pacientovi a jeho rodině, civilněji, méně schématicky, s vyšším využitím laického potenciálu při zachování kvalifikovaných intervencí.

Model tedy vychází ze čtyř principů:

1. z principu autonomního hospicového střediska, poskytujícího terénní hospicové služby (domácí hospicovou péči, poradensko-terapeutickou pomoc) a rozvíjejícího dobrovolnický program (A)
2. z principu (rovněž) autonomního rozvoje paliativních forem péče ve zdravotnickém zařízení (B)
3. z principu spolupráce mezi hospicovým střediskem a zdravotnickým zařízením, která má podobu dělby práce při péči o terminálně nemocné pacienty a jejich rodiny (A + B)
4. z komunitním principu – tj. aby poskytované služby sloužily a byly dostupné dané, přiměřeně velké občanské komunitě a aby tato komunita měla možnost se v těchto službách angažovat

Středisko hospicové péče

Prvním pilířem (princip 1.) KMPP je středisko hospicové péče (dále „SHP“). V červnu 2007 bylo oficiálně zřízeno SHP v Novém Městě na Moravě, jako podjednotka HHV. Ve stejném měsíci se sdružení obrátilo na KrÚ kraje Vysočina se žádostí, aby toto SHP bylo zaregistrováno jako nestátní zdravotnické zařízení.

SHP je přirozeným vývojovým krokem v dlouhodobém úsilí HHV organizovat a poskytovat podporu lidem umírajícím, lidem, kterým někdo blízký umírá, a lidem, kterým někdo blízký zemřel. SHP vyvažuje princip integrační (soustředění hospicově zaměřených služeb do jedné instituce, na jedno místo) s principem decentralizačním (služby jsou určeny hlavně lidem místně příslušné komunity, nikoliv klientům dojíždějícím z velké vzdálenosti). V ideálním případě se SHP v budoucnu stane součástí KMPP a součástí zatím nezpracované krajské sítě hospicových služeb. Výhodou konceptu SHP je to, že jeho účelnost je do značné míry nezávislá na tom, zda a kdy budou obě zmíněné „vyšší“ struktury (komunitní model, krajská síť) uvedeny do života. Jinak řečeno, SHP může smysluplně poskytovat své služby samo o sobě. Včlenění SHP do komunitního i krajského systému je ovšem žádoucí.

Ve své plánované podobě bude SHP poskytovat čtyři hospicové služby a realizovat dva doprovodné programy, jak je naznačeno v Tabulce II.

Tabulka II: Služby a programy SHP v Novém Městě na Moravě

Hospicové služby:	1) hospicové doprovázení v nemocnici	→	HHV v současné době realizuje v LDN
	2) domácí hospicová péče	→	HHV v současné době realizuje
	3) poradna Alej	→	HHV v současné době realizuje
	4) denní hospicový stacionář*	→	plánuje se
Doprovodné programy:	1) dobrovolnický program v zařízeních zdravotní a sociální péče	→	HHV v současné době realizuje
	2) vzdělávací a osvětový program	→	HHV v současné době částečně realizuje

* Stacionář může být koncipován i jako multifunkční komunitní stacionář, poskytující sociální služby různým druhům klientů.

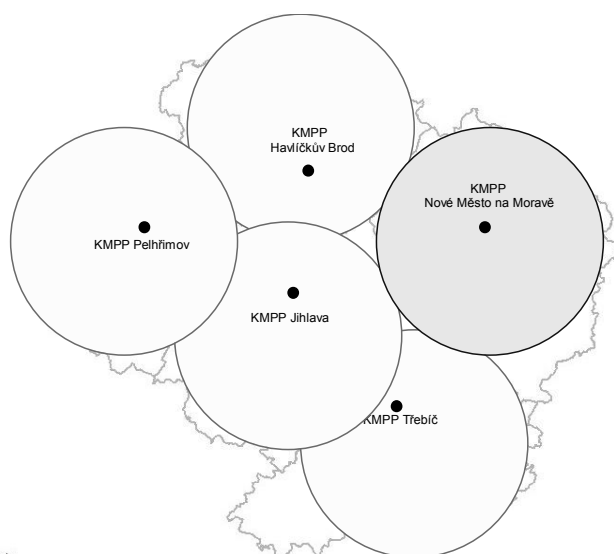
Paliativní péče ve zdravotnickém zařízení

Druhým pilířem KMPP (princip 2.) je cílený a systémový (i systematický) rozvoj paliativního programu ve zdravotnickém zařízení, nejspíše v nemocnici. Doporučenými hlavními prvky takového programu, jenž si daná nemocnice sama formuluje, jsou ustavení nemocničního ordináře pro paliativní péči, vytvoření lůžkové paliativní jednotky a aktivní práce s personálem (podrobně viz závěrečná zpráva v plném znění).

V KMPP je na roli nemocnic v systému komplexní paliativní péče kladen velký důraz. Ten vychází z předpokladu, že v ČR bude i nadále, tak jako dosud, většina nemocných umírat ve zdravotnických zařízeních. Tento vývoj se dá předpokládat i přesto, že se bude postupně zvyšovat podíl osob, které budou umírat v přirozeném domácím prostředí nebo v hospicích. Pro podstatnou část nemocných, kteří v nemocnicích umírají, by cílevědomý a znalý paliativní režim představoval významnou úlevu v utrpení. Takový režim by současně vedl k žádoucí kultivaci nemocničního prostředí a k psychické podpoře ošetřujícího personálu.

Komunitní model paliativní péče

KMPP je založen na spolupráci SHP a nemocnice (princip 3.) v daném místě, nejlépe v přirozeném (mikro)regionálním centru (viz Obr. 1). Komunitní model doporučujeme zájmu autorů budoucí koncepce



©) ČÚZK Praha

paliativní péče v kraji Vysočina. Navrhujeme, aby se KMPP stal konstitutivním prvkem takové koncepce, a to z následujících důvodů:

a) model vyrůstá ze zdola, z praxe, z občanské iniciativy, přitom však respektuje profesní stránku paliativní péče, b) model využívá kapacity i odbornosti stávajících poskytovatelů zdravotnické péče, c) model umožňuje kooperativní propojení lůžkové a terénní složky paliativní péče, d) model lze uplatnit v malém, je navržen pro spíše menší komunitu a rozumně velkou spádovou oblast – jako takový může být pružný, dynamický, nezatěžující rozpočty, e) model umožňuje síťování, pro klienty je výhodný z hlediska dostupnosti.

Obr. 1 – Pět možných „uzlů“ komunitní paliativní péče v kraji Vysočina