



innowacjespoleczne.org.pl

Nowy model hospicjum domowego



opieka nad osobami zależnymi na terenach wiejskich



1. Do kogo jest skierowana innowacja?

Innowacja dedykowana jest mieszkańcom terenów wiejskich, którzy jednocześnie są:

- osobami starszymi, samotnymi;
- osobami chorymi i nieuleczalnie chorymi, zależnymi, często u kresu życia;
- opiekunami w/w osób.

Innowacja skierowana jest również do wszelkiego rodzaju decydentów, osób pracujących w hospicjach i zajmujących się opieką paliatywną, którzy dostrzegają problem w dostępie osób zależnych do dobrej jakościowo opieki, zwłaszcza na terenach wiejskich.



Kadr z filmu o innowacji **Nowy model hospicjum domowego**, Sangaj Studio Filmowe
Dorota Migas-Mazur

2. Na jaki problem społeczny odpowiada?

Innowacja stanowi realny ratunek dla osób chorych, samotnych, zależnych, „uwięzionych” w swoich domach na wsiach. Odpowiada na dwa problemy szczególnie dotyczące mieszkańców wsi – niewydolny, niewspółmierny do potrzeb system opieki zdrowotnej oraz trudności w organizacji dobrej opieki nad osobami starszymi, chorymi i zależnymi.

Dostęp do opieki zdrowotnej na wsi jest 2–2,5 raza gorszy niż w mieście. Liczba placówek medycznych na terenach wiejskich jest ponad dwukrotnie mniejsza niż w miastach, co znacząco przekłada się na liczbę porad lekarskich, badań profilaktycznych, wykrywalność chorób i wiele innych czynników wpływających na stan zdrowia mieszkańców wsi (za: *Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej*).

Wieś dotykają też skutki wyludniania. To powoduje, że osoby starsze często nie mają już nikogo bliskiego, kto może im pomóc w chorobie i codziennej opiece. Chorzy w podeszłym wieku, leżący, bez właściwej pielęgnacji i rehabilitacji w krótkim czasie dostają odleżyn, a unieruchomieni umierają z powodu zapalenia płuc lub uogólnionego zakażenia mającego swój początek w źle zaopatrywanej lub w ogóle nieleczzonej odleżynie.

Innowacja zapobiega pojawianiu się czy pogłębianiu niepełnosprawności poprzez stworzenie elastycznego modelu opieki nad osobami zależnymi i ich opiekunami.

3. Opis innowacji

Skąd pomysł?

Innowatorzy bazowali na swojej kilkuletniej pracy w Hospicjum Proroka Eliasza mieszczącego się w Michałowie (gmina miejsko-wiejska, woj. podlaskie). Działając już siedem lat doświadczyli, że system oferujący specjalistyczną domową opiekę hospicyjno-paliatywną jest na terenach wiejskich niewydolny. O pomoc i wsparcie

dla osób zależnych proszą nie tylko lekarze rodzinni, ale także gminne ośrodki pomocy społecznej, PFRON, proboszczowie czy sołtysi z okolicznych wiosek, dobrze znający potrzeby swoich mieszkańców. Z nimi wszystkimi współpracuje Hospicjum Proroka Eliasza. W tej współpracy leży klucz do sukcesu, zwłaszcza przy naprawdę małych zasobach ludzkich na wsi, co bardzo utrudnia zadanie zbudowania i utrzymania zespołu profesjonalistów medycznych. Sprawdzone to w praktyce podczas testowania innowacji – zespolonymi siłami, współpracując można na tych terenach pomagać skutecznie.

Kolejną przeszkodą w objęciu chorych specjalistyczną pomocą jest niewystarczająca dobór jednostek chorobowych kwalifikujących do domowej opieki hospicyjno-paliatywnej, finansowanych przez NFZ. Z siedmiu grup chorób tylko dwie zawierają choroby, z którymi chorzy kwalifikowani są do hospicjum – choroby nowotworowe (C-00 – D-48) i odleżyny (L-98).¹ Tymczasem obecnie pod opieką hospicjum znajduje się 35 osób, z których ponad połowa nie spełnia kryteriów refundacji usług przez NFZ. Na opiekę nad tymi osobami fundacja stara się pozyskiwać środki z innych źródeł.

Zespołowi hospicjum zależało również na wsparciu i odciążeniu i opiekunów osób chorych w codziennych czynnościach w domu przy osobie zależnej. Chorymi często zajmują się osoby, które same są w podeszłym wieku, nie mają siły i potrzebują opieki wychnieniowej.

Innowatorzy szukali więc rozwiązania pozwalającego na zaspokojenie wszystkich potrzeb swoich pacjentów i ich opiekunów, przy jednoczesnym utrzymaniu dotychczasowej jakości opieki i niezwiększaniu kosztów funkcjonowania hospicjum.

Istota innowacji

Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie w ramach innowacji usprawniło obecny system opieki. Innowacja polega na uelastycznieniu modelu opieki i rozszerzeniu zakresu wskazań do objęcia opieką hospicyjną osób chorych. **Nowy model hospicjum** opiera się na dwóch filarach: dostosowaniu usług hospicyjnych do realnych potrzeb osób chorych na terenach wiejskich oraz na włączeniu do zespołu hospicyjnego opiekunek,

¹ Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD10.



Kadr z filmu o innowacji **Nowy model hospicjum domowego**, Sangaj Studio Filmowe
Dorota Migas-Mazur

które mogłyby wyręczać specjalistów w opiece nad chorymi oraz zapewniać pomoc wychnieniową dla opiekunów osób chorych.

Stosowanie elastycznego modelu opieki hospicyjnej, obejmującego szerszy katalog schorzeń niż te przewidziane obecnie w koszyku świadczeń NFZ, umożliwia zwiększenie roli działań prewencyjnych. Oczywiście w przypadku chorych kwalifikujących się do opieki paliatywnej nie można liczyć na radykalną poprawę stanu zdrowia. Można jednak zapobiegać pojawieniu się powikłań, takich jak odleżyny czy zapalenia płuc, można zwiększać zdolność do funkcjonowania fizycznego i społecznego czy opóźniać pojawienie się nowych dolegliwości. Oznacza to również w szerszej perspektywie oszczędności dla systemu ochrony zdrowia, który nie musi wydawać funduszy na hospitalizację pacjentów, na przewożenie ich karetkami, na refundację dodatkowych leków, wizyty u specjalistów.

Innowacja krok po kroku

1. Stworzenie zespołu

Pierwszym etapem działań było stworzenie „nowego” zespołu hospicyjnego. Podstawowy zespół medyczny hospicjum składa się z trzech lekarzy, czterech pielęgniarek, trzech fizjoterapeutów oraz psychologa. W ramach innowacji do zespołu dołączyły trzy opiekunki i fizjoterapeutka.

Dołączenie jeszcze jednej fizjoterapeutki okazało się prostszym zadaniem niż stworzenie grupy opiekunek. Dużą barierą podczas rekrutacji opiekunek okazała się konieczność posiadania własnego samochodu. Odległość jest jednym z najbardziej kosztochłonnych czynników w opiece nad chorymi na terenach wiejskich. Personel medyczny musi pokonać czasem kilkadziesiąt kilometrów dziennie, aby dojechać do chorego. Niezbędne było więc, aby nowo zatrudnione opiekunki były mobilne.

Włączenie opiekunek do zespołu hospicyjnego spowodowało kilka zmian, których długofalowe skutki będzie można zaobserwować dopiero w ciągu kolejnych miesięcy. Wsparcie opiekunek wiąże się ze znacznymi oszczędnościami dla samego hospicjum, a w dalszej perspektywie – dla systemu ochrony zdrowia. Wynika to z możliwości zmniejszenia zaangażowania wykwalifikowanych specjalistów w opiekę nad chorymi – od pielęgniarki, przez fizjoterapeutów, po lekarzy. Opiekunki mogły wykonywać podstawowe czynności pielęgniarские przy chorych, monitorować ich stan zdrowia, wykonywać z nimi ćwiczenia zalecone przez fizjoterapeutę, wyręczając przy tym częściowo opiekunów domowych.

2. Ustalenie zasad pracy zespołu

Podczas wspólnych spotkań ustalone zostały zasady pracy całego zespołu hospicyjnego:

- podopiecznego do opieki zespołu kwalifikuje lekarz podczas pierwszej wizyty. On też rozpisuje wstępny harmonogram wizyt (jaka osoba ile wizyt w tygodniu/miesiącu)
- wszyscy członkowie zespołu są z sobą w kontakcie, praktycznie codziennie mogą skomunikować się między sobą w sprawach związanych z pacjentem



fot. Piotr Mojsak

- raz w miesiącu odbywają się spotkania całego zespołu. Podczas tych odpraw omawia się stan zdrowia podopiecznych i planuje opiekę na kolejny miesiąc. Jeśli jest taka potrzeba – modyfikuje się liczbę wizyt poszczególnych członków zespołu

3. Praca zespołu

Pracą zespołu kieruje i koordynuje ją **lekarz**. Tam, gdzie jest to potrzebne wizyty odbywa **pielęgniarka**. Ponieważ innowatorzy dużą wagę przykładają do wspierania i edukowania osób na co dzień zajmujących się chorymi (tzw. opiekunów domowych), każdy z członków zespołu, a szczególnie pielęgniarka pokazuje i uczy sposobów pielęgnacji, zmiany opatrunków, karmienia itp.

W toalecie, pielęgnacji pomagają **opiekunka**. Do jej zadań należy też pomoc w codziennych czynnościach – przyniesienie drewna na opał, pomoc w przygotowaniu posiłku.

Opiekunka może też wykonywać z podopiecznym ćwiczenia, które zalecił fizjoterapeuta. Oprócz tego ma jeszcze jedno zadanie – opiekę wychnieniową, wparcie opiekunów w opiece lub zastępstwo, gdy ci mają jakieś sprawy do załatwienia.

Wizyty **psychologa** są potrzebne tak podopiecznym, jak i zespołowi, który podczas cyklicznych spotkań może przedyskutować problemy, sposoby rodziny radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Psycholog pomaga też zrozumieć sytuację, w której przyszło im pomagać.

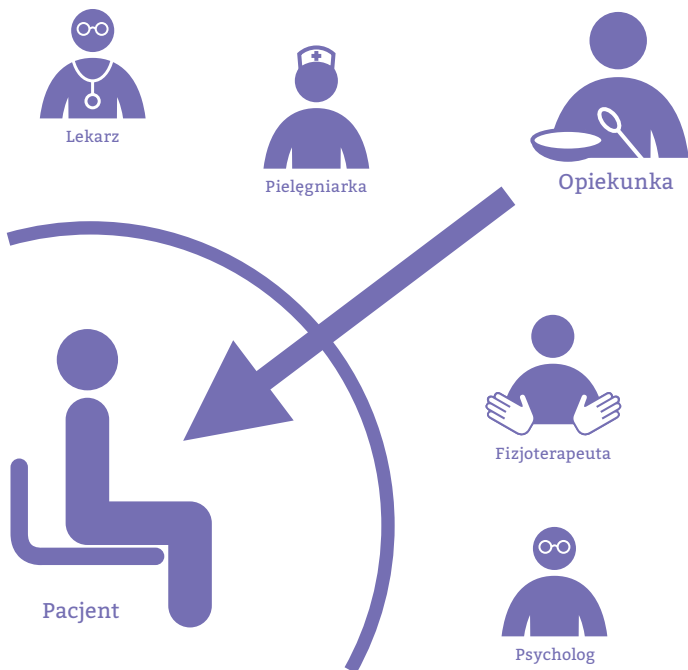
Najbardziej spektakularne efekty pomocy widać w pracy **fizjoterapeutów**. Dzięki ich pracy (liczba godzin dostosowana jest do potrzeb pacjenta, a nie wytycznych NFZ) osoby do tej pory leżące – siadają, część wstaje i uczy się chodzić. Niektóre, które wcześniej trzeba było karmić, uczą się jeść samodzielnie. Ćwiczenia zwiększają sprawność, samodzielność i poprawiają nastrój pacjentów. Będąc bardziej samodzielni, odciążają oni swoich opiekunów, którzy bardzo często także są seniorami, osobami coraz mniej sprawnymi.

Efektem tej wspólnej pracy jest to, że w wielu domach członkowie zespołu są bardzo oczekiwani przez domowników, ich wizyta jest rodzajem małego święta. Profesjonalizm i dobre relacje najlepiej określają metodę umożliwiającą sprawowanie skutecznej opieki nad pacjentami.

WAŻNE:

Aby skutecznie sprawować opiekę konieczne są dobre relacje z innymi dostawcami „usług pomocowych” – lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami środowiskowymi, pracownikami ośrodków pomocy społecznej. Innowatorzy czasem wspólnie z nimi planowali najskuteczniejszą dla osoby potrzebującej opiekę, nawet jeśli mieli być tylko jej elementem.

Niezwykle istotne są też relacje w zespole: dzielenie się sukcesami i radościami, szybkie informowanie o pojawiających się problemach. Wzajemny szacunek i zaufanie są tu równie ważne, jak w pracy z pacjentem. Budowanie takiej relacji to zadanie na długi czas – pracownicy służby zdrowia, z nawykami wyniesionymi z hierarchicznych instytucji służby zdrowia często muszą uczyć się współpracować w zespole opartym na innych zasadach.



1/3 o tyle obniża się całościowy koszt opieki nad pacjentem w Nowym modelu hospicjum domowego

Ktoś po udarze mózgu trafia do domu leżąc plackiem, jest pod opieką lekarza rodzinnego, który zajedzie raz w miesiącu albo przepisze leki przeciwkrzepliwie i tyle. I ta osoba do nas zakwalifikuje się dopiero, gdy dostanie odleżyn. A my jeździmy zanim dostanie tych odleżyn, często ta osoba wstaje, żyje normalnie i funkcjonuje.

Jak przychodzi opiekunka, to wsadza [pacjenta X] do balii, szoruje, wyciąga, ubiera i ten człowiek jest czysty, więc ta opiekunka pomaga też robić takie rzeczy. Pomaga nakarmić. U pani Y chodziła przynieść drewno gdzieś tam, żeby ta nie musiała chodzić. Więc robi takie rzeczy pielęgnacyjne i część domów jest takich, że resztę czasu poświęconego siedzą i gadają o byle czym, bo część z tych osób po prostu choruje na samotność, potrzebuje kogoś kto przychodzi i cieszą się z każdym odwiedzin.

dr Paweł Grabowski, innowator

Ile to kosztuje?

Testowanie potwierdziło, że elastyczny model opieki jest zdecydowanie korzystniejszy kosztowo (więcej profilaktyki niż leczenia), jakość opieki także zyskuje w porównaniu z tą sprawowaną według sztywnych reguł.

Koszty finansowe:

- utrzymanie administracji (koszty niewielkie, najczęściej projekt ten można zrealizować przy istniejących już zasobach ludzkich, proponując niewielkie dodatki do wynagrodzenia)
- koszt utrzymania wypożyczalni sprzętu
- zakup niezbędnych materiałów papierniczych (dot. głównie dokumentacji pacjenta)
- koszty księgowości (w zależności od wcześniejszych ustaleń – mogą nie wzrosnąć w ogóle albo nieznacznie)

Koszty osobowe: dodatkową pozycją jest „utrzymanie” opiekunek, czyli ich wynagrodzenie oraz dojazdy do podopiecznych. Jednak w stosunku do „tradycyjnej” opieki hospicyjnej ta dodatkowa pozycja w kosztach osobowych pozwala obniżyć o ok. 1/3 całościowy koszt opieki, ponieważ wizyty pozostałych członków zespołu – lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty – mogą odbywać się rzadziej bez szkody dla pacjenta.

Koszty rzeczowe: koszt zakupu i wyposażenia toreb dla opiekunek (ok. 300 zł/jedna torba). Podstawowe materiały w torbie to: ciśnieniomierz, rękawiczki jednorazowe, sprzęt do dezynfekcji rąk, sprzęt i środki do pielęgnacji podopiecznych.

4. Kto za tym stoi?



foto. Piotr Mojsak

Zespół Hospicjum Proroka Eliasza

Paweł Grabowski – założyciel i prezes zarządu Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza, lekarz, specjalista medycyny paliatywnej

Anna Borysiewicz – specjalistka ds. administracyjnych w Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza

5. Kontakty

www.innowacjеспoleczne.org.pl/nowy-model-hospicjum

Paweł Grabowski

prezes Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza

tel. 85 663 37 34

Anna Borysiewicz

specjalistka ds. administracyjnych w Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza

tel. 724 101 045

mail: biuro@hospicjumeliasz.pl

www.hospicjumeliasz.pl

Tekst: Ewa Rościszewska

Projekt i skład: Kotbury, www.kotbury.pl

Fotografia na okładce: Piotr Mojsak

Maj 2019

