

# O tym, jak opieka długoterminowa stała się poligonem doświadczalnym w czasie pandemii koronawirusa

Violetta Madeja



Fot. bilderstockchen - stock.adobe.com

**S**ARS-CoV-2 okazał się niezwykle wymagającym egzaminem dla opieki długoterminowej, w której zdecydowana większość pacjentów to osoby z inkontynencją. Wszystko wskazuje na to, że personel i podopieczni domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych najgorsze mają już za sobą, a resort zdrowia nie kryje zadowolenia, że udało się uniknąć scenariusza włoskiego. Eksperti wskazują jednak, że z tej pandemicznej lekcji należy wyciągnąć wnioski na przyszłość.

Pierwsze tygodnie pandemii obnażyły słabe punkty całego systemu ochrony zdrowia. Najczęściej pojawiającymi się ogniskami nowych zakażeń w początkowej fazie pandemii były oddziały szpitalne i placówki ochrony

zdrowia, gdzie trafiali zdezorientowani pacjenci. Kwestią czasu było pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 w zakładach opieki długoterminowej.

## **Pierwsze uderzenie: chaos i braki**

Już w pierwszych dniach pandemii, kiedy w całym systemie ochrony zdrowia brakowało środków ochrony osobistej i płynów do dezynfekcji, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, przeczuwając zagrożenie, jakie dla DPS-ów, ZPO oraz ZOL-i stanowi koronawirus, zapelowała o równe traktowanie szpitali oraz zakładów opieki długoterminowej i paliatywnej w dostępie do m.in. środków dezynfekujących.

– Sektor opieki długoterminowej jest szczególnie narażony na konsekwencje pandemii i powinien być traktowany

*priorytetowo, podobnie jak szpitale* - zaalarmowała wówczas dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. Jej zdaniem placówki takie jak ZOL-e, czy DPS-y wymagały szczególnej ochrony z uwagi na to, że to właśnie one odciążały placówki szpitalne. Analogiczna sytuacja miała również miejsce w przypadku opieki domowej (ponad 7 tys. osób w ramach domowej wentylacji mechanicznej) oraz w przypadku pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej, którą objętych jest ok. 45 tys. osób w Polsce.

*- Pacjentami opieki długoterminowej są głównie osoby starsze, niesamodzielne i przewlekle chore, dla których zarażenie się koronawirusem może być skrajnie niebezpieczne* - podkreśliła Elżbieta Szwałkiewicz.

Koalicja, obserwując problemy z jakimi borykały się placówki, zaapelowała do dwóch koncernów - PKN Orlen oraz KGHM - o umożliwienie placówkom publicznym i prywatnym należącym do sektora opieki długoterminowej i paliatywnej pierwszeństwa (analogicznie do tego, jak miało to miejsce w przypadku szpitali i przychodni) w nabyciu środków do dezynfekcji rąk. Apel ten trafił na podatny grunt.

### **MZ dla placówek opieki długoterminowej**

Wsparcie dla placówek pochodziło również ze strony Ministerstwa Zdrowia - na nie trzeba było jednak poczekać nieco dłużej. Na początku maja, czyli blisko 1,5 miesiąca od ogłoszenia pandemii, wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko poinformowała, że minister zdrowia polecił wydanie pakietów środków ochrony osobistej na rzecz wszystkich wojewodów z przeznaczeniem dla DPS-ów, placówek dla bezdomnych (schronisk, noclegowni, ogrzewalni) oraz pozostałych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej (m.in. innych placówek całodobowej opieki, powiatowych centrów pomocy rodzinie, miejskich ośrodków pomocy rodzinie, ośrodków pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej).

*- Łącznie do tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej na terenie kraju przekazanych zostało 50 tys. litrów płynu do dezynfekcji, ponad 1,5 mln sztuk maseczek włókninowych, ponad 1,5 mln sztuk rękawiczek jednorazowych oraz ponad 100 tys. przyłbic ochronnych* - wyliczała wiceminister Szczurek-Żelazko.

Jednak potrzeby placówek nie zostały w pełni zaspokojone. *- Od samego początku zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze pozostawione zostały bez wsparcia. Świadomość konsekwencji zakażenia koronawirusem wśród naszych pacjentów wymagała podjęcia natychmiastowego działania. Wobec panującego chaosu informacyjnego sami tworzyliśmy procedury i z własnych funduszy zabezpieczaliśmy się w środki ochrony osobistej, co czynimy nadal* - stwierdziła Grażyna Śmiarowska z Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu, członek zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

### **Polska uniknęła scenariusza włoskiego?**

Na początku pandemii Elżbieta Szwałkiewicz podkreślała, że szybka reakcja ze strony władz i wsparcie placówek zajmujących się osobami niesamodzielnymi pozwoli uchronić Polskę przed scenariuszem włoskim czy hiszpańskim.

*- Musimy wesprzeć opiekę długoterminową, instytucjonalną i domową, która w ciszy, bez jakiegokolwiek dodatkowego wsparcia chroni osoby stanowiące grupę najwyższego ryzyka przed zakażeniem się koronawirusem. Jeżeli tam przedostanie się wirus, zafundujemy sobie scenariusz włoski, gdzie większość ofiar to osoby starsze w wieku ok. 80 lat i przewlekle chore* - przestrzegła Elżbieta Szwałkiewicz.

Większość placówek, chcąc chronić swoich podopiecznych, jeszcze w lutym zamknęła się dla osób z zewnątrz, wyprzedzając tym samym decyzje administracji publicznej. Niestety sytuacja ulegała dynamicznej zmianie i bardzo szybko okazało się, że placówki opieki długoterminowej musiały przygotować się nie tylko na zagrożenie ze strony wirusa, ale również na nową falę pacjentów wypisywanych ze szpitali po to, aby zwolnić miejsca dla zakażonych koronawirusem.

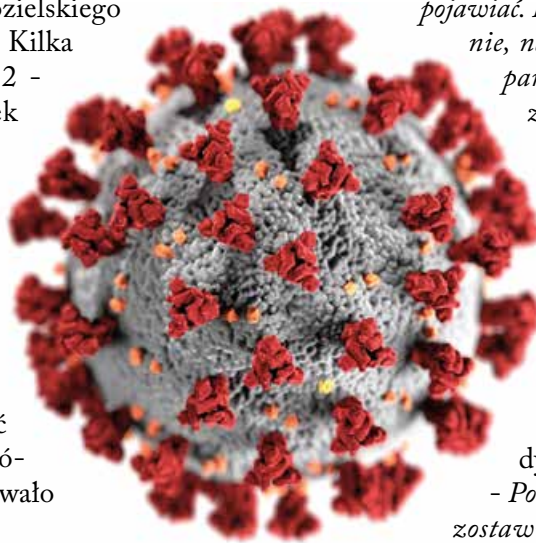
*- Sytuacji nie poprawiał też fakt, że dodatkowi pacjenci są przyjmowani do placówek opieki długoterminowej jako nadlimitowi, czyli poza obowiązującym kontraktem z NFZ* - wspomina prezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. *- Dotyczyło to opieki zarówno domowej, jak i stacjonarnej w ZOL-ach i ZPO. Na przykład w wentylacji domowej, gdzie mamy przecież do czynienia ze świadczeniem ratującym życie, już 1/3 ogółu pacjentów nie jest objęta kontraktem NFZ. Co gorsza, dowiaduję się od świadczeniodawców, że za ostatni kwartał 2019 roku wiele oddziałów wojewódzkich NFZ zaproponowało im rozliczenie na poziomie 30-50 proc. ceny świadczenia. Efekt mamy taki, że duża część opieki stacjonarnej, zamiast przyjmować pacjentów ze szpitali, po prostu jeszcze bardziej wydłuża kolejki, gdyż w opiece długoterminowej nie ma chętniej do pracy kadry. Bo który lekarz czy pielęgniarka wezmą na siebie jeszcze większą odpowiedzialność i podwyższone ryzyko zarażenia za połowę stawki?* - pytała Elżbieta Szwałkiewicz.

Przestrzegła również, że resort zdrowia, prowadząc politykę skoncentrowaną wyłącznie na szpitalach, ryzykuje, że za chwilę wirus dosięgnie przewlekle chorych seniorów.

*- A to prosta droga do katastrofy* - przestrzegła szefowa Koalicji. *- Nie możemy biernie czekać na rozwój zdarzeń podobnych do tych we Włoszech czy w Niemczech, gdzie tylko w jednym domu opieki na COVID-19 zmarło 17 seniorów. A przecież systemy opieki długoterminowej są tam o niebo lepiej finansowane i zorganizowane. Powinniśmy w Polsce natychmiast wprowadzić w każdym zakładzie opieki długoterminowej ograniczenia możliwości trans-*

misji wirusa, tworząc m.in. odrębną służbę wejścia, gdzie należy mierzyć temperaturę czy dezynfekować ręce. Tam, gdzie przyjmowani są nowi podopieczni standardem powinna być 14-dniowa izolacja. Inaczej nie poradzimy sobie ze skalą zakażeń - tłumaczyła.

Niestety, nie trzeba było długo czekać na to, by koronawirus pojawił się z zakładach opieki długoterminowej. Pierwsze przypadki dotyczyły Mazowsza, gdzie potwierdzono 60 zakażeń w Domu Pomocy Społecznej w Niedabyli. W Domu Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej na kwarantannę trafiło 60 pensjonariuszy i 30 pracowników, a w Bytomiu kwarantanną zostało objętych 149 osób - 126 podopiecznych oraz 23 osoby z personelu. Natomiast w Jakubowicach, w gminie Pawłowiczki pierwszy przypadek koronawirusa w DPS pojawił się w ostatnim tygodniu marca, kiedy to jedna z mieszkanki powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego przywiozła tam zakażoną matkę. Kilka dni później zakażeń było już 12 - wszystkie wśród pensjonariuszek i pracowników ośrodka. W większości przypadków najczęściej chorujący pensjonariusze kierowani byli do szpitali jednoimiennych, natomiast pozostali izolowani byli wraz z personelem. Niestety ogromny stres i obciążenie pracą stało się przyczynkiem do pojawienia się ogromnych napięć wśród personelu i sytuacji, w których dużo podopiecznych pozostawało pod opieką garstki opiekunów.



Fot. CDC, pexels.com

### Receptą ma być praca tylko w jednej placówce

W ocenie resortu zdrowia rozwiązaniem trudnej sytuacji w placówkach powinno być wdrożenie ograniczeń w pracy dla personelu wyłącznie do jednej placówki. Wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko wskazała, że resort chce zaproponować takie rozwiązania, które pozwolą na zbudowanie stałej kadry w danym podmiocie leczniczym, czy placówce opiekuńczej. Chodzi przede wszystkim o zakłady opieki długoterminowej, w których trzon kadry oprócz pielęgniarek stanowią opiekunowie i asystenci medyczni. Jak zaznaczyła, nie ma tu mowy o zatrudnianiu stałej i licznej kadry lekarskiej, ale kadry złożonej z innych profesjonalistów, takich jak pielęgniarki czy fizjoterapeuci.

Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, że chce stworzyć warunki do tego, by w tego typu placówkach pracowała stała kadra pracowników, która nie będzie migrować po okolicznych szpitalach, przychodniach czy innych podmiotach opieki długoterminowej. Pierwsze takie rozwiązania wdrożone zostały już w czasie pandemii. W planach resortu jest również przekazanie do placó-

wek dodatkowych środków finansowych przeznaczonych dla tych osób spośród kadry, które zdecydują się na jedno miejsce pracy - w przypadku pielęgniarek mowa jest o dodatkowej kwocie w granicach 2000-2800 zł brutto, natomiast w przypadku opiekunów medycznych kwota ta ma być nieco niższa.

Jak środowisko zareagowało na taką propozycję zmian?

- W sprawie ograniczenia przepływu personelu medycznego trzeba brać pod uwagę względy bezpieczeństwa pacjentów i personelu, a nie tylko względy administracyjne - mówi Adam Soska, dyrektor ds. operacyjnych z Betamed.

- Izolować owszem trzeba, ale nie zdołamy tego zrobić całkowicie. Nie mamy w Polsce nadmiaru personelu i dlatego musimy racjonalnie korzystać z jego wsparcia. Pacjenci pod respiratorami w domu są odizolowani, nie ma takiej możliwości, żeby personel medyczny przestał się u nich w ogóle pojawiać. Respiratora nie da się obsługiwać zdalnie, na miejscu trzeba choćby wyregulować parametry oddechowe. Z kolei pacjenci znajdujący się pod respiratorem w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych nie mogą być pozbawieni opieki pielęgniarek i lekarzy.

Z kolei Beata Drzazga, prezes Betamed, wskazała, że w pielęgniarstwie długoterminowej opiece domowej rozwiązanie zaproponowane przez resort zdrowia może odciąć pacjentów od personelu medycznego.

- Pomimo zagrożenia, pielęgniarki nie chcą zostawiać swoich pacjentów samych. Nadal do nich przychodzą. Natomiast przyjmowanie nowych pacjentów zostało ograniczone. W normalnym trybie przyjmujemy pacjentów do opieki domowej pod respiratorem. W ten sposób odciążamy szpitale, ale też bezwzględnie potrzebujemy do tej opieki lekarzy i pielęgniarek. Nie możemy więc stawiać grubej kreski wyłącznie pod względem administracyjnym i decydować w ten sposób, gdzie ten personel powinien pracować. Byłoby to zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjentów - ocenia Beata Drzazga.

- Pomimo zagrożenia, pielęgniarki nie chcą zostawiać swoich pacjentów samych. Nadal do nich przychodzą. Natomiast przyjmowanie nowych pacjentów zostało ograniczone. W normalnym trybie przyjmujemy pacjentów do opieki domowej pod respiratorem. W ten sposób odciążamy szpitale, ale też bezwzględnie potrzebujemy do tej opieki lekarzy i pielęgniarek. Nie możemy więc stawiać grubej kreski wyłącznie pod względem administracyjnym i decydować w ten sposób, gdzie ten personel powinien pracować. Byłoby to zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjentów - ocenia Beata Drzazga.

### Testujmy na obecność koronawirusa

W liście do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej zaapelowała o możliwość wprowadzenia szybkiego testowania na obecność koronawirusa dla pracowników i podopiecznych zakładów opieki długoterminowej.

Jedną z pierwszych decyzji o rozszerzeniu projektu badań pod kątem diagnostyki zakażeń koronawirusem na personel domów pomocy społecznej ogłosił wojewoda małopolski Piotr Ćwik. W pierwszej kolejności wymazy pobierane były od pracowników placówek zlokalizowa-

nych w powiatach, gdzie odnotowano najwięcej zakażeń. Kolejnym województwem, które dołączyło do szerokiej diagnostyki wśród personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, placówek całodobowej opieki oraz hospicjów stacjonarnych, była Opolszczyzna, w której badania w całości sfinansowane zostały z budżetu wojewody.

### Trzy filary na przyszłość

Zdaniem Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” pandemia obnażyła i uwypukliła problemy, z jakimi dotychczas po cichu mierzyła się opieka długoterminowa. Dlatego, w obliczu tak dynamicznie zmieniającej się sytuacji, konieczne jest możliwie szybkie wsparcie, które powinno bazować na trzech kluczowych filarach:

- pilnym zlikwidowaniu niedoszacowania stawki za osobodzeń do kosztów rzeczywistych i uwzględnieniu w nich podniesionych cen środków ochrony przed zakażeniem,
- zawieszeniu na czas zagrożenia wirusem wygórowanych wymogów NFZ (w stosunku do płaconej stawki za osobodzeń) w zakresie poziomu zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek,
- umożliwieniu okresowego zatrudnienia w ZOL-ach oraz ZPO niewykwalfikowanych opiekunów, którzy po przeszkoleniu przez pielęgniarkę zakładu i pod jej nadzorem merytorycznym będą wykonywać proste czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze.

*- Stworzy to możliwość szybkiej reakcji na braki kadry pielęgniarskiej, pozwoli na odciążenie pozostałych pielęgniarek w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych, da szansę na zwiększenie liczby personelu i bieżące zastępowanie opiekunów, którzy z różnych powodów nie mogą sprawować opieki. W tych trudnych czasach jest to także szansa na pozyskanie do opieki zdrowych kobiet, które z powodu pandemii utraciły lub za chwilę utracą pracę, a są gotowe podjąć ją w opiece długoterminowej - wylicza Elżbieta Szałkiewicz.*

A jaki plan ma resort? Jak zaznacza Józefa Szczurek-Żelazko, COVID-19 wpłynął negatywnie na zakłady

opieki długoterminowej i DPS-y w wielu krajach świata. W niektórych państwach, zdaniem wiceminister, obserwowano dramatyczne obrazki - podopieczni zakładów opieki długoterminowej zakażeni koronawirusem nie byli przekazywani do placówek medycznych i poddawani intensywnemu leczeniu, co często wiązało się z podejmowaniem trudnych decyzji o zaniechaniu leczenia. Zdaniem Józefy Szczurek-Żelazko w Polsce z taką sytuacją nie mieliśmy do czynienia, a w przypadku wykrycia zakażenia reakcja służb była natychmiastowa - pacjenci wymagający intensywnego leczenia byli hospitalizowani w placówkach jednoimiennych, personel był badany, a same placówki podlegały dezynfekcji, tak by podopieczni mogli wrócić do bezpiecznego środowiska. Wiceminister zdrowia przyznaje jednak, że COVID-29



Fot. Gustavo Fring, pexels.com

przyspieszy zapewne prace nad deinstytucjonalizacją opieki długoterminowej. Obecnie w ministerstwie trwają prace nad projektami ukierunkowanymi nad strategią pozwalającą na wzmocnienie opieki długoterminowej w warunkach domowych, w środowisku, w którym osoba potrzebująca opieki mieszka. Finansowanie dla tych projektów mogłoby pochodzić z funduszy UE. Resort zdrowia deklaruje, że chce wzmocnić w środowisku pacjenta zarówno opiekę medyczno-pielęgniarską, jak również opiekę socjalną. Nie oznacza to jednak marginalizacji opieki stacjonarnej. Ta, zdaniem wiceminister Szczurek-Żelazko, powinna zostać przewartościowana, tak by do ZOL-i będących podmiotami leczniczymi trafiały osoby potrzebujące realnej, całodobowej opieki medycznej.