

Koronawirus w opiece długoterminowej: trudne wyzwanie dla całej Europy

Violetta Madeja

Pandemia koronawirusa nie oszczędziła opieki długoterminowej. Najnowszy raport OECD opisujący stan systemu ochrony zdrowia nie pozostawia wątpliwości - już w trakcie pierwszej fali zakażeń wirus SARS-CoV-2 obnażył wszystkie słabości opieki zdrowotnej i stał się śmiertelnym zagrożeniem dla seniorów i osób niesamodzielnych. Jak polska i europejska opieka długoterminowa radzi sobie z pandemią?



Fot. Photographee.eu - stock.adobe.com

Dane zebrane w raporcie „Health at a Glance: Europe 2020” wyraźnie wskazują, że wśród 22 europejskich raportujących państw najbardziej narażonymi na zgon w wyniku COVID-19 byli pacjenci powyżej 60.-65. roku życia. W ich przypadku ryzyko zgonu było 3,7-krotnie wyższe niż w przypadku populacji ogólnej, a ponad 90 proc. odnotowanych w trakcie pierwszej fali COVID-19 zgonów dotyczyło osób powyżej 60. roku życia. Dane OECD pochodzące z 13 państw wskazują, że ponad 75 tys. zgonów (od początku pandemii do początku października 2020 roku) dotyczyło podopiecznych placówek opieki długoterminowej, z czego najmocniej pandemię COVID-19 odczuły Wielka Brytania (w której odnotowano 25 466 zgonów wśród osób znajdujących się w placówkach opieki długoterminowej), Hiszpania (20 649 zgonów) oraz Francja (14 955 zgonów). Autorzy raportu zaznaczyli jednak, że odsetek raportowanych zgonów z powodu COVID-19 był w wielu krajach mocno niedoszacowany.

Jak europejska opieka długoterminowa radziła sobie z pandemią?

Zdaniem ekspertów OECD większość państw słusznie zareagowała dodatkowymi restrykcjami dotyczącymi m.in. ograniczenia wizyt w placówkach czy ograniczenia możliwości transmisji wirusa za pośrednictwem kadr medycznych pracujących w różnych placówkach. Niemniej,

jak zwracają uwagę w raporcie „Health at a Glance 2020: Europe”, decyzje powinny być wdrożone zdecydowanie szybciej, szczególnie że w pierwszych tygodniach pandemii główne wysiłki decydentów były skoncentrowane na organizacji opieki szpitalnej.

Spośród 31 państw Europy w przynajmniej 17 wprowadzono obowiązek izolowania osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej. Podopieczni tych pla-

cówek nie wszędzie byli traktowani priorytetowo w odniesieniu do wykonywania testów w kierunku SARS-CoV-2 - jak wynika z raportu, takie podejście do testowania przyjęto w 12 krajach (m.in. w Austrii, Belgii, Danii, Francji, Niemczech, na Litwie, w Luksemburgu, Szwajcarii czy Wielkiej Brytanii). Co warto

podkreślić, część państw zdecydowała się na znaczące dofinansowanie placówek opieki długoterminowej. Przykładowo rząd Austrii zdecydował się na transfer dodatkowych 100 mln euro do poszczególnych landów w celu dofinansowania placówek, w tym również na dodatki do wynagrodzeń dla zatrudnionego w nich personelu. Na podobny krok zdecydowały się władze Niemiec, które sfinansowały wzrost płac minimalnych w całym sektorze opieki długoterminowej i wypłatę dodatkowych premii. Natomiast w przypadku Austrii, Węgier, Irlandii, Włoch czy Wielkiej Brytanii personel zatrudniony w placówkach opieki długoterminowej mógł liczyć na wsparcie wojska. Jiří Horecký, prezydent European Ageing Network, organizacji parasolowej skupiającej świadczeniodawców opieki długoterminowej dla osób starszych, podkreślił, że koronawirus okazał się przykrym doświadczeniem, z którego należy wyciągnąć jak najwięcej wniosków na przyszłość.

- Nie tylko po to, by zidentyfikować wszystkie błędy, jakie popełniono, ale również po to, by ich w przyszłości unikać i rozpowszechnić wszystkie przykłady dobrych praktyk, które należałoby naśladować - ocenił.

Doświadczenia z Polski

Z jakimi wyzwaniami musieli zmierzyć się świadczeniodawcy w opiece instytucjonalnej sprawowanej w Polsce? Przede wszystkim były to braki kadrowe i konieczność

ponoszenia wyższych nakładów m.in. na środki ochrony osobistej czy środki dezynfekujące.

– *Patrząc na moją placówkę, muszę przyznać, że z pierwszą falą poradziłem sobie świetnie, i mówię to przez pryzmat tego, że udało nam się uniknąć zakażeń wśród naszych podopiecznych. Niestety, druga fala okazała się większym wyzwaniem i odnotowaliśmy zakażenia zarówno wśród personelu, jak i osób znajdujących się pod naszą opieką* – wskazał Wacław Kerpert, dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim i jednocześnie prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia. Jak sam przyznał, źródła tego zjawiska należy upatrywać w zdecydowanie większej dyscyplinie i strachu, jaki panował wiosną. – *Zakażeń było zdecydowanie mniej i mam wrażenie, że ludzie bardziej przykładali wagę do kwestii dystansowania, dezynfekcji czy powstrzymania się od kontaktów społecznych. W trakcie drugiej fali w naszych ośrodkach nie zmieniliśmy procedur, równie skrupulatnie ich przestrzegaliśmy, a i tak nie udało się uniknąć COVID-u* – przyznał.

Placówki opieki długoterminowej odczuły również różnicę dotyczącą wsparcia działalności. O ile w trakcie pierwszej fali otrzymały nie tylko wsparcie w postaci dofinansowania czy środków do odkażania, ale częstokroć wsparcie personelu wojskowego, to już w przypadku drugiej fali otrzymały jedynie dodatkowe środki na wypłatę dodatków dla personelu, który zdecydował się na pracę w jednym miejscu i powstrzymał się od pracy w innych placówkach. – *Niestety wiele placówek będzie musiało borykać się z poważnymi problemami finansowymi, ponieważ już teraz otrzymujemy sygnały, że część samorządów lokalnych z uwagi na trudną sytuację budżetową będzie musiała częściowo lub całkowicie ukroić wsparcie finansowe, jakie dotychczas trafiało do zakładów opieki długoterminowej* – powiedział Wacław Kerpert.

Wyzwania drugiej fali

Druga fala jeszcze mocniej obnażyła ogromne braki kadrowe w opiece długoterminowej. Jak przyznał Wacław Kerpert, spośród personelu zatrudnionego w jego placówce ponad 20 osób przebywa na zwolnieniu lekarskim bądź w izolacji z powodu kontaktu z osobą zakażoną.

– *W efekcie pozostali pracownicy muszą pracować za dwie osoby* – przyznał Kerpert.

To jednak nie wszystkie problemy, jakie przyniosła ze sobą druga fala zachorowań. Jedną z ogromnych obaw jest odejście od wcześniejszej strategii testowania osób przebywających w zakładach opieki długoterminowej. O ile na wiosnę w przypadku wykrycia zakażenia u jednej osoby przebywającej na terenie wybranego DPS-u czy ZOL-u testom poddawano wszystkie osoby przebywające w placówce, to na jesieni uległo to diametralnej zmianie. W ocenie szefów placówek obecnie testom poddaje się wyłącznie osoby mające objawy, co w przypadku pen-

sjonariuszy przechodzących COVID-19 bez nasilonych objawów stwarza ryzyko dalszego rozprzestrzeniania się choroby.

Na problem ten zwrócił uwagę Maciej Taborowski, zastępca rzecznika praw obywatelskich, który wystąpił do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego z pytaniem o poprawę finansowania testów przeprowadzanych w całodobowych placówkach opiekuńczych.

„Większość pacjentów tam przebywających to przewlekle chorzy seniorzy w wieku 70 lat i powyżej. Z uwagi na wiek, liczne choroby towarzyszące oraz długotrwałe przyjmowanie leków mają osłabioną odporność. Ta grupa najwyższego ryzyka zachorowania na COVID-19 oraz szczególnie narażona na ciężki przebieg i skutki wirusa. Wobec zakażenia w tych placówkach, dla zmniejszenia ryzyka transmisji koronawirusa należy wykonać test PCR ich pensjonariuszom. W przypadku pojawienia się ogniska epidemicznego umożliwi to oddzielenie osób zakażonych od zdrowych na podstawie wiarygodnego testu. Niewątpliwie powinno to stanowić podstawowe działanie, mając na względzie opiekę i zdrowie przebywających w podmiotach chorych, a także personelu medycznego” – napisał Maciej Taborowski.

W odpowiedzi na to wystąpienie, wiceminister zdrowia Waldemar Kraska zapewnił, że resort pracuje nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. W myśl jego zapisów katalog specjalistów uprawnionych do zlecania testów został rozszerzony m.in. o lekarzy lub felczerów, którzy udzielają świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także udzielają świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych lub opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, w zakresie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które są finansowane ze środków publicznych. – *Wyrażam głęboką nadzieję, że omawiana nowelizacja przyczyni się do rozwiązania ewentualnych trudności związanych z diagnostyką zakażenia SARS-CoV-2 w tych podmiotach* – ocenił Waldemar Kraska.

Liczba zakażeń w placówkach opieki długoterminowej w Polsce

	MIESZKAŃCY	PERSONEL	LICZBA PLACÓWEK
DPS	3037	1066	160
ZOL i ZPO	667	295	38
Inne	637	188	29

Dane opracowane przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” – stan na 15.12.2020