Opieka długoterminowa musi zostać odczarowana

Violetta Madeja

Eksperci nie mają wątpliwości, że spojrzenie na potrzeby życiowe niesamodzielnych pacjentów w głównej mierze kształtuje się przez pryzmat zadań lekarza. W efekcie społeczeństwo oraz sami decydenci nie dostrzegają w opiece długoterminowej wiodącej roli pielęgniarek i opiekunów. A przecież istotą opieki długoterminowej jest profesjonalne, kompleksowe wsparcie, łączące w sobie z jednej strony zadania socjalne, z drugiej natomiast pielęgnacyjno-zdrowotne.

Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" wskazuje, że obecnie sytuacja osób chorych w głównej mierze postrzegana jest przez pryzmat zadań lekarza - ratowania życia, diagnozowania chorób i ustalania leczenia. Niestety, ta społeczna percepcja kończy się w momencie, gdy przewlekle chory, niesamodzielny pacjent oraz jego rodzina muszą zmierzyć się z funkcjonowaniem poza oddziałem szpitalnym czy gabinetem specjalisty.

W ocenie Elżbiety Szwałkiewicz, zabezpieczenie funkcjonalne przewlekle chorych i niesamodzielnych Polaków bazuje na zapisanej w preambule Konstytucji RP zasadzie pomocniczości państwa, co w praktyce oznacza, że funkcjonowanie z chorobą staje się problemem samego pacjenta i jego rodziny. W efekcie chorzy po wypisaniu ze szpitala w pierwszej kolejności powinni otrzymać pomoc od swoich małżonków, a także wstępnych lub zstępnych krewnych (rodzice, dzieci). W opiekę włączają się też dalsi krewni, a nawet sąsiedzi. Jednak pomoc ta z reguły jest incydentalna i uzupełniająca.

Niestety najbliżsi krewni nie zawsze mogą i nie zawsze chcą wywiązać się ze swojego moralno-prawnego obowiązku wobec swych chorych bliskich. Najczęściej niemożność sprawowania opieki związana jest ze stanem zdrowia lub sędziwym wiekiem współmałżonka, z dyspozycyjnością zawodową dzieci i mieszkaniem od siebie w dużej odległości. Często też i tak już bardzo niski standard materialny jest drastycznie pogarszany przez duże koszty leczenia choroby, a nawet wielu chorób przewlekłych.

Wypracowana przez lata poprzedniego ustroju państwa świadomość, że choroba i niepełnosprawność zwalnia nas z odpowiedzialności za własne zdrowie i życie sprawia, że rodziny mające niesamodzielnego krewnego zamiast aktywizować do wsparcia całą rodzinę, zwracają się do ośrodków pomocy społecznej z prośbą o usługi opiekuńcze, umieszczenie w domu pomocy społecznej (DPS) czy zasiłki różnego rodzaju, nie uświadamiając sobie, że koszt funkcjonowania członka rodziny przerzucają na środowisko lokalne. Niestety skromny budżet samorządowy jest dalece niewystarczający, co ma przełożenie na dostępność i jakość opieki. Brak odpowiednich warunków w domu, brak wiedzy i umiejętności opiekuńczych, brak sprzętu wspomagającego i środków powoduje zaniedbania pielęgnacyjne i zdrowotne. Skutkuje to powtarzającymi się hospitalizacjami i generowaniem bardzo wysokich kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rodziny starają się kompensować swoją niemoc opiekuńczą, przekazując chorego krewnego do szpitali, które muszą leczyć kosztowne zaniedbania pielęgnacyjne. - *W ten sposób zamyka się koło opieki nad przewlekle chorymi i niesamodzielnymi pacjentami* - wskazuje Elżbieta Szwałkiewicz.

Ułomny model

Środowisko osób zaangażowanych w opiekę długoterminową od lat wskazuje ułomność całego systemu opiekuńczego oraz złą percepcję społeczną. Świadczy o tym brak koncepcji opieki długoterminowej - obecnie jest to quasiszpital z nieuzasadnionym medycznie przerostem w zatrudnieniu lekarzy. Tam, gdzie trzeba zadbać o zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych (odżywianie, wydalanie, higiena ciała, ruch, nadzór nad przyjmowaniem zleconych leków) i zatrudniać tylko pielęgniarki i opiekunów, zatrudnia się lekarzy z różnymi specjalizacjami i przerzuca na zakład opieki długoterminowej wysokie koszty specjalistycznego leczenia. Jednocześnie NFZ, który taki model opieki narzucił, płaci za opiekę stawkę zaniżoną o co najmniej 150 proc.

- *O ile medycyna dokonała przez ostatnie lata ogromnego skoku technologicznego i dorównuje medycynie światowej, tak polska opieka długoterminowa i pielęgnacja, jak były w XIX wieku, tak w nim pozostały* - ocenia Elżbieta Szwałkiewicz.

Zdaniem Grażyny Śmiarowskiej, dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu i jednocześnie prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej (PTOD), Polska nadal tkwi w stagnacji. - *W Europie systemy opieki długoterminowej wypracowywane były od lat, dlatego też obywatele mają dostęp do specjalnych ubezpieczeń, ustalane są programy i warunki korzystaniaz nich (np. państwa ustalają, że pomagają tym najbardziej niesamodzielnym). Niestety, w Polsce nie ma żadnej polityki w tym zakresie, a winą za to, co dzieje się w opiece długoterminowej, obarcza się świadczeniodawców* - mówi prezes PTOD.

Trudno się zatem dziwić słabemu rozwojowi tego obszaru, a przykładem może być chociażby liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych, jakie powstały na przestrzeni ostatnich dwóch dziesięcioleci. - *Gdy startowałam w 2000 roku z zakładem opieki długoterminowej, to w całym kraju było około 405 placówek takich jak moja. Obecnie ich liczba sięga 460* - wylicza Grażyna Śmiarowska i wskazuje, że 15-pro-

centowej dynamiki wzrostu w ciągu niespełna 20 lat nie możemy traktować w kategorii sukcesu. Jej zdaniem zestawienie tej liczby z populacją osób wchodzącą w wiek poprodukcyjny lub liczbą osób z chorobami otępiennymi obnaża te statystyki.

Niesamodzielność nie zawsze domeną seniorów

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS) wskazywały, że w 2014 roku w Polsce było 7,7 mln osób niepełnosprawnych, które zadeklarowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują. Zdaniem Elżbiety Szwałkiewicz, dane GUS wskazują, że z faktyczną niepełnosprawnością żyje w Polsce 5,5 mln obywateli, z czego aż 1,2 mln jest całkowicie niesamodzielnych, w tym ponad 800 tysięcy mieszka samotnie.

– *Patrząc na wsparcie instytucjonalne tej ostatniej grupy chorych, mamy zaledwie 400 tys. miejsc całodobowej opieki, i mam tu na myśli wszystkie domy pomocy społecznej, prywatne i samorządowe domy opieki, zakłady opieki leczniczej czy zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. W efekcie, duża grupa pacjentów znajduje się w domach, gdzie często rodzina jest niewydolna opiekuńczo, a pojawiający się opiekun zewnętrzny zastaje w nich nieprzygotowane miejsce pracy, bez przestrzeni pielęgnacyjnej, bez sprzętu wspomagającego czy środków pomocniczych* - mówi Elżbieta Szwałkiewicz.

Co więcej, niesamodzielność nie dotyka wyłącznie osób w wieku senioralnym. Jak wyjaśnia Grażyna Śmiarowska, obecne próby podłączenia opieki długoterminowej pod programy geriatryczne nie zawsze ma rację bytu. Geriatria to bardzo ważna dziedzina kliniczna (diagnoza i leczenie), a opieka długoterminowa to opieka nad chorą osobą niesamodzielną w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

– *Owszem, mamy ponad 60 proc. pacjentów w wieku 65+, ale trudno jest nam lekceważyć tych poniżej 65. roku życia, którzy w zależności od profilu placówki mogą stanowić od 30 do 40 proc. Do naszego zakładu bardzo często trafiają młodzi ludzie, 20-30-letni po zawałach, udarach czy wypadkach. Musimy mieć świadomość, że tzw. medycyna ostra coraz częściej jest w stanie uratować ludzkie życie, jednocześnie nie przywracając pacjentom wszystkich funkcji życiowych. Stąd też głęboki sens opieki długoterminowej* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Bez jasnych kryteriów kwalifikacji

Jednym z problemów polskiej opieki długoterminowej jest brak koncepcji, jednoznacznej definicji odbiorców świadczeń i resortowy podział opieki na pomoc społeczną i ochronę zdrowia.

– *Europejskie kraje starają się sobie radzić z tym poprzez definiowanie niesamodzielności jako powszechnego ryzyka społecznego (niesamodzielnym może stać się każdy, a to w związku z poważnym urazem, chorobą przewlekłą*

REKLAMA

Wypróbuj nowe TENA Lady Pants!

Nie pozwól, by nietrzymanie moczu Cię ograniczało. Dzięki pierwszej w Polsce bieliźnie chłonnej stworzonej dla kobiet możesz być aktywna i cieszyć się życiem, a przy tym czuć się kobieco i komfortowo.

TENA. POZOSTAŃ SOBĄ.
Zamów bezpłatną próbkę na tenalady.pl

TENA

Nowe TENA Lady Pants.

Bielizna chłonna dla kobiet.

TENA Lady Pants zostały zaprojektowane specjalnie dla kobiet, by jak najlepiej dopasować się do kształtu kobiecego ciała. Dzięki temu zapewniają wyjątkowe bezpieczeństwo i pełną dyskrecję.

PEŁNA DYSKRECJA
Kobiecy kolor.
Dobre przyleganie do ciała.
Zapewnia kontrolę zapachu.

WYSOKI KOMFORT
Bardzo miękki,
w pełni oddychający
materiał.

UNIKALNA OCHRONA
Wkład chłonny dostosowany
do kształtu kobiecego ciała
zapewniający ochronę przed
przeciekaniem i suchość skóry.

TENA. POZOSTAŃ SOBĄ.
Zamów bezpłatną
próbkę na **tenalady.pl**

TENA

lub sędziwym wiekiem) i tworzenie stabilnych systemów zabezpieczenia osób niesamodzielnych z tytułu wieku czy choroby. Natomiast w Polsce decydenci zdają się zamykać oczy na potrzeby tej grupy osób - przyznaje Grażyna Śmiarowska. Jej zdaniem, opieka długoterminowa nie powinna być wprost porównywana z opieką medyczną. - *To nie są pacjenci, których stan zdrowia klasyfikuje się tylko na podstawie choroby ICD-10, ale pacjenci, u których dodatkowo powinien być oceniany stan funkcjonowania na podstawie klasyfikacji ICF, tj. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. WHO (red. Światowa Organizacja Zdrowia) zaleca, by w opiece nad osobami niesamodzielnymi stosować obie klasyfikacje łącznie, co umożliwi opiekę zindywidualizowaną i adekwatną do potrzeb* - dodaje Elżbieta Szwałkiewicz.

Z argumentacją tą zgadza się również środowisko lekarskie. W ocenie prof. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, obecne dyskusje powinny koncentrować się wokół właściwego zdefiniowania odbiorcy świadczeń - zarówno w zakładach opiekuńczo-leczniczych, jak również w domach pomocy społecznej.

- *Definiując osoby, które powinny być objęte opieką długoterminową, warto zwrócić uwagę, że powinni być to pacjenci stabilni klinicznie i w momencie wejścia do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie wymagają żadnych interwencji klinicznych. Istotną okazuje się również kwestia kwalifikacji pacjentów, bowiem patrząc na opiekę długoterminową świadczoną w domach, nie mam wątpliwości, że tam w głównej mierze trafiają pacjenci stabilni, którzy kontakt z lekarzem mają zapewniany w zupełnie inny sposób. Pojawia się zatem pytanie natury systemowej: gdzie pacjenci wymagający nadal interwencji klinicznych powinni w tym systemie trafiać?* - zastanawia się prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis.

Za mało pieniędzy

Kolejną bolączką jest spotęgowane niedofinansowanie procedur opieki długoterminowej, które w obliczu wyzwań kadrowych silnie wpływa na kondycję placówek i jakość udzielanych w nich świadczeń.

- *Z roku na rok jest nam coraz ciężej, a wynika to m.in. z faktu, że opieka długoterminowa w całym systemie ochrony zdrowia znajduje się na szarym końcu. W minionym roku w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prowadzono prace nad zmianą taryfikacji świadczeń – raport z przeprowadzonych prac został opublikowany i jasno wynikało z niego, że świadczenie opieki długoterminowej jest wyraźnie, w około 150 proc., niedoszacowane. To pokazuje czarno na białym, że placówki świadczące opiekę długoterminową znajdują się w zamkniętym kręgu niedofinansowania* - wskazuje

REKLAMA

Grażyna Śmiarowska. Co więcej, nadchodząca pespektywa zmiany wyceny świadczeń nie napawa optymizmem, ponieważ wydane pod koniec ubiegłego roku stanowisko AOTMiT wskazało, że z uwagi na koszty, jakimi musiałby zostać obciążony budżet państwa, agencja proponuje dla świadczeniodawców najniższą stawkę - w wysokości 116 złotych. Jakby tego było mało, wskazała, że do tej stawki należy dochodzić przez kolejne pięć lat.

- *Trudno mi znaleźć słowa, by skomentować tę decyzję. Myślę, że za pięć lat, kiedy dojdziemy do wskazanej przez AOTMiT stawki, okaże się, że nadal będziemy funkcjonować poniżej granicy rentowności. Muszę powiedzieć, że nie rozumiem tej sytuacji, ponieważ już chyba we wszystkich świadczeniach, które podlegały taryfikacji AOTMiT, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia zareagowały zmianą wyceny. Mam tu na myśli opiekę paliatywną, wentylowanie mechaniczne, czy chociażby domową, pielęgniarską opiekę długoterminową. W efekcie, mierząc się z niedofinansowaniem, nie jesteśmy w stanie zaoferować pacjentom m.in. wystarczającej liczby personelu, czy wszystkich leków, które powinni otrzymywać* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Zdaniem ekspertów, realnym efektem tak przygotowanej wyceny świadczeń są ponowne hospitalizacje pacjentów i generowane w ten sposób miliardowe koszty leczenia powikłań zaniedbań pielęgnacyjnych.

- *Jak w najbliższych latach będzie wyglądała opieka długoterminowa? Przy tej wycenie będzie domeną pasjonatów. Już obecnie dyrektorzy, którzy chcą utrzymać swoje placówki, muszą wchodzić w dziesiątki konkursów, projektów, poszerzać działalność i pracować po 18 godzin na dobę, aby znaleźć pieniądze, które powinny wpłynąć z Narodowego Funduszu Zdrowia* - nie kryje irytacji Elżbieta Szwałkiewicz.

Nadmierna medykalizacja opieki długoterminowej

Wyzwaniem, jakiemu muszą sprostać placówki opieki długoterminowej, są również rosnące wymogi związane z narzuceniem obowiązku leczenia i zatrudnianiem lekarzy w ośrodkach. W innych krajach opieka długoterminowa poza zabezpieczeniem funkcjonowania i usprawnianiem chorej niesamodzielnej osoby ma za zadanie nadzorować zalecone leczenie farmakologiczne i pomagać w przyjmowaniu leków. Tam pacjent/mieszkaniec ma dostęp do leczenia na zasadach ogólnych. Dlatego w placówkach nie ma lekarzy. Nasze pielęgniarki w opiece długoterminowej mają wyższe wykształcenie medyczne, szerokie kompetencje, jeżeli chodzi o nadzór nad kontynuacją leczenia i… placówkę pełną lekarzy.

- *Rozważania o ewentualnej medykalizacji opieki długoterminowej sprowadzają się w pierwszej kolejności do tego, jak zdefiniujemy pacjentów przebywających w zakładzie opieki leczniczej i wymagających opieki długoterminowej. Przy aktualnej definicji i tak funkcjonującym systemie opieki długoterminowej w Polsce obecność lekarza w zakładzie przez 24 godziny na dobę i siedem dni w tygodniu jest konieczna* - ocenia prof. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis. Z drugiej jednak strony świadczeniodawcy wyraźnie wskazują, że narzucany na ich placówki standard opieki w niektórych obszarach jest znacznie wyższy niż w przypadku placówek terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

- *Narzuca nam się wiele czynności leczniczych, które generują wysokie wymogi dotyczące kadry, zarówno lekarzy, jak i rehabilitantów-fizjoterapeutów. Każda ze wskazanych osób musi mieć wysokie kwalifikacje, co ma się nijak do proponowanej nam stawki i kosztów, jakie z tego tytułu musimy ponosić. Rozumiem, że może istnieć taka potrzeba, bo szpitale, starając się skracać czas hospitalizacji, przekazują nam pacjentów w coraz cięższych stanach. Niestety, nie idzie za tym właściwe finansowanie procedur medycznych* - tłumaczy Grażyna Śmiarowska.

Za kuriozalny uważa projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych. Zgodnie z wymogami tego dokumentu, wysoko oceniane będą te placówki, które zapewnią „wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia - w miejscu udzielania świadczeń". - *W praktyce oddziały kliniczne mają problem ze spełnieniem tego wymogu, a przecież opieka długoterminowa jest skierowana do osób po zakończonym procesie leczenia. Ponadto, to kryterium jest nie do spełnienia także ze względu na brak specjalistów w tej dziedzinie* - podkreśla Grażyna Śmiarowska.

Opiekuni medyczni rozwiązaniem części problemów

Świadczeniodawcy starają się jednak dostrzegać również pozytywne zmiany w legislacji. Jedną z nich jest wprowadzenie opiekunów medycznych do rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie oceny ofert na opiekę długoterminową. - *To dobry zapis, większość naszych pacjentów wymaga podstawowej pielęgnacji, a opiekunowie medyczni są do niej przygotowani. Dlatego też jestem przekonana, że zawód opiekuna medycznego idealnie wpisuje się w opiekę długoterminową* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Zadowolenia ze wsparcia opiekunów medycznych nie kryje również samorząd zawodowy pielęgniarek.

- *Zgodnie z tendencją substytucji usług zdrowotnych, niektóre czynności o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym mogłyby być wykonywane przez pomocniczy zawód medyczny będący istotnym wsparciem zarówno dla pielęgniarek i położnych, jak i dla pacjentów. Zwłaszcza w sytuacji, w której brakuje pielęgniarek - współczynnik pielęgniarek i położnych przypadających na 1000 mieszkańców wynosi jedynie 5,2, podczas gdy w Unii Europejskiej 9,8* - podkreśla Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zaznacza jednak, że z uwagi na charakter zawodu opiekuna medycznego, który w części może pokrywać się z zakresem obowiązków pielęgniarek i położnych, konieczne jest uregulowanie zasad współpracy obu grup zawodowych.