

Opieka nad pacjentem z NTM. Czego oczekujemy od nowego rządu?

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Pojedyncze sytuacje w jakich znajdują się osoby przewlekle chore i ich opiekunowie składają się na losy około 10 mln Polaków. W tej grupie jest też duża liczba osób z nietrzymaniem moczu (NTM). Ta skala powoduje uzasadnione obawy, że nasze niezbyt bogate państwo nie zdoła zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych osób zależnych od opieki i tych, którzy się nimi opiekują. Oczywiście staje się więc, że gospodarowanie tak niedużymi zasobami wymaga dobrej strategii. Dotąd o losie osób zależnych od opieki i ich opiekunów decydowały głównie dwa ministerstwa - Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej - działając odrębnie i wycinkowo. Czy zarządzających tymi resortami można nazwać strategami w obszarze opieki długoterminowej? Raczej nie. W ostatnich latach w polityce i administracji nie było żadnych działań, które przelożyłyby się na rzeczywistą poprawę sytuacji i to mimo wyraźne artykułowanych oczekiwań społecznych. Jedyne na co zdobyła się władza i administracja centralna to tworzenie kolejnych zespołów angażujących liderów społecznych w niekończące się dyskusje, które nie przyniosły oczekiwanej zmiany na lepsze.

Kolejne wybory wyłoniły nowych polityków i nowy rząd. Z tego powodu ja, podobnie jak wielu innych, których aktywność zawodowa i społeczna związana jest z osobami niesamodzielnymi, mamy nadzieję na dobre zmiany.

Jakie nadzieje wiążemy z nowym rządem?

Stworzenie podstaw do wspólnego działania zakładów leczniczych i jednostek pomocy społecznej, tak żeby osoba wymagająca wsparcia nie krążyła od drzwi do drzwi, wszędzie zaczynając swą historię od nowa, zagubiona w gąszczu przepisów, nieświadoma swoich praw.

Wprowadzenie zasady, że pomoc dobiera się do potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna.

Wprowadzenie diagnoz funkcjonalnych (wdrożenie obok klasyfikacji chorób ICD 10, klasyfikacji ICF tj. funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia), co pomoże w ustalaniu kompleksowej pomocy, zawierającej elementy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Ustalenie koncepcji opieki długoterminowej

Przyjęcie paradygmatu, że opieka długoterminowa doty-

czy kompensowania deficytów funkcjonalnych i jest świadczeniem terapeutycznym i opiekuńczym, uzupełniającym działania lecznicze, a nie świadczeniem zastępującym opiekę szpitalną nad obłożnie chorymi. Wprowadzenie zasady, że celem opieki długoterminowej jest kompensowanie utraconej sprawności i stwarzanie warunków do samoopieki i samopielęgnacji.

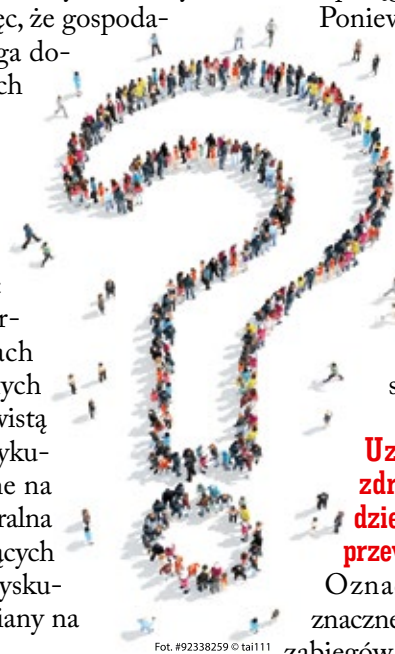
Ponieważ tak rozumiana opieka długoterminowa obejmuje świadczenia lecznicze, w tym rehabilitację odtworzeniową, zabiegi pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz kompensowanie utraconej sprawności, to niezbędne jest nie tylko zdefiniowanie profesjonalnych pojęć, ale także precyzyjne określenie kompetencji i ustalenie źródeł finansowania. Obecnie jest to finansowane z pomocy społecznej, ochrony zdrowia, PFRON-u, budżetów samorządowych i środków prywatnych.

Uznanie za jeden z priorytetów w systemie zdrowia publicznego: zapobieganie niesamodzielnoci będącej skutkiem urazów czy chorób przewlekłych

Oznacza to zlikwidowanie lub przynajmniej znaczne skrócenie kolejek i poprawę dostępności do zabiegów leczniczych, które mogą usunąć przyczynę niepełnosprawności i zapobiec niesamodzielnoci, np. zabieg endoprotezoplastyki, operacje urologiczne czy usunięcie zaćmy oka. Ważne jest tu również zniesienie limitów w refundacji indywidualnego zaopatrzenia, co jest warunkiem zapobiegania wielu groźnym dla zdrowia powikłaniom i pogłębiania się zależności od opieki zewnętrznej.

Rozwój opieki domowej medycznej i opiekuńczej

Opieka domowa w formie usług opiekuńczych jest finansowana w ramach systemu pomocy społecznej ze środków gminy, budżetu państwa i środków prywatnych. Natomiast, pielęgniarstwa długoterminowa opieka domowa finansowana jest ze środków NFZ. Ta ostatnia, wymieniona forma wsparcia jest drastycznie limitowana i wymaga weryfikacji co do rzeczywistego zakresu świadczeń pielęgniarstkich. Nie ma żadnej koordynacji i podziału kompetencji między ochroną zdrowia a pomocą społeczną. Osoba przewlekle chora i niesamodzielną otrzymuje wycinkową pomoc adekwatnie do swojej wiedzy o przysługujących prawach i poziomie zdeterminowania w poszukiwaniu pomocy. W szpitalach i innych placówkach czy instytucjach obowiązuje zasada: jakie pytanie taka odpowiedź. Osoby nie poinformowane i bezradne nie mają szansy na otrzymanie



Fot. #92338259 © tai111 - Fotolia.com

szybkiej i adekwatnej pomocy. Nawet gdy opuszczają szpital, nie otrzymują pełnej informacji i tzw. „mapy wsparcia” z wytyczoną drogą do miejsc, gdzie uzyskają pomoc. Dostęp do pielęgniarstwa jest utrudniony poprzez wprowadzone drastyczne kryteria kwalifikacyjne. Dodatkowym utrudnieniem jest zupełny brak koordynacji między działaniami pracowników pomocy społecznej a pracownikami ochrony zdrowia.

Poprawa jakości i rozwój pielęgniarstwa środowiskowego i domowego

Niewydolne pielęgniarstwo środowiskowe i postępujące ograniczanie dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, i nie tylko, jest przyczyną istotnego generowania kosztów w ochronie zdrowia np. rosnąca liczba powtarzających się hospitalizacji z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych.

Związane jest to m.in. z tym, że opieka domowa realizowana w formie usług opiekuńczych nie jest standaryzowana, a ponadto jest najczęściej świadczona przez osoby nie mające kwalifikacji.

Pielęgniarki środowiskowe powinny zyskać prawo ustalania procesów pielęgnacyjnych, wydawania zaleceń pielęgnacyjnych i ich nadzorowania bez względu na to kto jest opiekunem i w jakim trybie został zatrudniony. Działanie to powinno być obwarowane prawem funkcjonariusza publicznego, najwyżej promowane i finansowane spośród wszystkich działań pielęgniarek środowiskowych.

Głęboka weryfikacja przepisów regulujących zasady refundacji

Przy ustalaniu zasad refundacji zaopatrzenia indywidualnego obejmującego sprzęt wspomagający, produkty medyczne, środki pomocnicze i likwidację barier komunikacyjnych i architektonicznych, niezbędne jest wprowadzenie zasady globalnego liczenia kosztów. Co oznacza, że z jednej strony liczy się koszt nieodpłatnego udostępnienia produktu, a z drugiej koszt jego nieudostępnienia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.

Ponieważ w zaopatrzeniu indywidualnym znaczna część sprzętu może być wielokrotnego użytku należy uznać za priorytetowy rozwój sieci wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego funkcjonowanie osób niepełnosprawnych. Koszt wypożyczenia będzie mniejszy niż koszt zakupu, a to, co się zaoszczędzi, pozwoli na zwiększenie środków na refundację jednorazowych środków pomocniczych (np. pieluchomajtek), materiałów medycznych (np. opatrunków) i indywidualnie dopasowanego sprzętu ortopedycznego, tak niezbędnych osobom niepełnosprawnym. Być może nawet pozwoli (wzorem innych państw Unii) na zniesienie limitów.

Koordinowanie świadczeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Z uwagi na komplementarny charakter potrzeb życiowych osób przewlekle chorych i niezdolnych do samodzielnej

egzystencji bardzo dużym utrudnieniem w organizowaniu adekwatnej, racjonalnej pomocy jest resortowy podział świadczeń. Brak współpracy i koordynacji spowodował tworzenie w obu resortach alternatywnych form pomocy stacjonarnej, dziennej i domowej. W obu resortach udzielanie pomocy jest obwarowane gąszczem trudnych do zrozumienia przepisów i w obu obowiązują kryteria ograniczające dostępność do świadczeń tylko dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. A co z resztą, która bezwzględnie wymaga wsparcia, by móc funkcjonować w swoim środowisku mimo choroby i niepełnosprawności? Nasz obecny system wymusza ucieczkę w chorobę i niesamodzielność, gdyż tylko to jest premiowane wsparciem.



Fot. #96381496 © highwaystarz - Fotolia.com

Standaryzacja świadczeń

Niezbędne jest opracowanie standardu kontroli z wyznaczeniem kryteriów oceny jakości, w tym ewaluacji efektów poszczególnych form opieki oraz wdrożenie systemu akredytacji świadczeniodawców w opiece długoterminowej. Wszystkie usługi społeczne (zdrowotne, pomocy społecznej i edukacji kadr) finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych powinny być standaryzowane i mieć na względzie poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.

Teleopieka

Rozwój systemu pomocy opartego na telekomunikacji i informatyce może istotnie pomóc w organizowaniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi, którym z powodu choroby, urazu lub podeszłego wieku trzeba zapewnić bezpieczeństwo. Pozwoli to tym osobom, jak również osobom w starszym wieku, zrezygnować z ciągłej obecności opiekuna. Tym samym, jest to szansa na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

Podsumowując, oczekujemy od nowego rządu wytyczenia wspólnej ponadsektorowej (ochrona zdrowia, pomoc społeczna, edukacja) polityki ukierunkowanej na bezpieczeństwo zdrowotne, socjalne i funkcjonalne osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.