



Medexpress, 2020-12-07 11:45

Koronawirus w opiece długoterminowej



Trzy dni debat i jeden cel - wypracowanie wspólnych rozwiązań dla opieki długoterminowej w Polsce w dobie postępujących zmian demograficznych i pandemii COVID-19.

Nad tymi i wieloma innymi zagadnieniami debatowali podczas trzydniowej konferencji (25-27 listopada) Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” eksperci akademicy, przedstawiciele administracji rządowej, towarzystw naukowych, pracownicy sektorów opieki zdrowotnej i społecznej oraz organizacji pacjenckich. Konferencja o nazwie „Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro” odbyła się już po raz drugi. Tym razem pod patronatem honorowym: Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Komisji Europejskiej i European Ageing Network, międzynarodowej organizacji parasolowej, której członkiem od tego roku jest Koalicja.

Słabości systemu zdrowia i opieki społecznej w Polsce

- Pandemia COVID-19 nie tylko obnażyła znaczące słabości systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w Polsce, ale postawiła nas w sytuacji, w której my - pacjenci, lekarze, pielęgniarki, opiekunowie, świadczeniodawcy musimy podejmować decyzje natychmiast, polegając na istniejących rozwiązaniach, którym daleko do doskonałości. To jeszcze bardziej powinno mobilizować nas wszystkich do przyspieszenia prac nad wypracowaniem wspólnych rozwiązań dla opieki długoterminowej w Polsce - uważa prezes zarządu Koalicji Magdalena Osińska-Kurzywilk, dodając - o

tym rozmawialiśmy z ekspertami już podczas pierwszej debaty „Koronawirus w opiece długoterminowej - w poszukiwaniu optymalnej strategii na przyszłość”.

- Pandemia uwydatniła wszystko to, co można sobie wyobrazić jako czarny scenariusz. Pomimo słuszych czasem działań administracji rządowej. Nie da się naprawić tego systemu jeśli przez 30 lat był niedofinansowany, był źle zarządzany i źle zorganizowany - zauważył dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych. Jednym z problemów, z jakim mierzą się obecnie przedstawiciele służby zdrowia, to braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej. - Już wcześniej było nam z tym ciężko, tak samo jest teraz.

- Cieszymy się, że o tym rozmawiamy, nie robimy z tego tematu tabu - powiedziała, rozpoczynając dyskusję na temat deficytów kadrowych Beata Drzazga, właścicielka i prezes zarządu BetaMed SA, jednego z największych świadczeniodawców w opiece długoterminowej w Polsce. - To nie może być tak, że my przez cały czas musimy się starać skąd brać personel, a teraz to już całkiem spada to na nasze barki. Na razie jakoś sobie radzimy, ale patrząc w przyszłość nie jest za ciekawie - dodaje. Poza brakami kadrowymi, istotne jest zapewnienie odpowiedniego sprzętu ochronnego dla personelu medycznego. Potrzebne są do tego środki. Jeśli zabraknie lekarzy i pielęgniarek, którzy podczas pandemii pracują ponad własne możliwości, sytuacja w Polsce będzie jeszcze gorsza.

Podczas debaty dowiedzieliśmy się na jakie nowe środki unijne możemy liczyć w Polsce. Rafał Janas, przedstawiciel Komisji Europejskiej, reprezentujący Dyрекcję Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego przedstawił plan finansowy na najbliższe lata. Jednym z nich jest uruchomienie programu REACT-EU, który zakłada zwiększenie finansowania na rzecz państw członkowskich w ramach polityki spójności o 58 mld euro w pierwszych kilku latach odbudowy po pandemii COVID-19. - Nowe programy operacyjne są zależne od przyjęcia nowych ram finansowych. Jak wiemy Polska na tą chwilę wetuje te rozwiązania. Więc negocjacje toczą się na poziomie roboczym. Cały czas rozmawiamy - zaznacza i dodaje - samo uruchomienie nowych środków jest zależne od tego co się stanie na najwyższym szczeblu władzy.

Najważniejszy jest człowiek

Poza kwestiami ekonomicznymi, w tym trudnym dla nas czasie niezwykle ważny jest aspekt ludzki. Jak zauważyli uczestnicy debaty, koronawirus pozwolił nam się zjednoczyć. Postawił w gotowości nie tylko służby medyczne i socjalne, ale i pacjentów. - To jak udało nam się zintensyfikować i w jaki sposób podtrzymać te kontakty między nami i osobami, które zajmują się opieką długoterminową, to pokazuje, że nauczyliśmy się podczas tego półrocza, właściwie już za chwilę rok, zastąpić kontakt osobisty telefonicznym. Jest to na pewno proteza, ale też coś co pozwoli nam poradzić sobie z tą trudną sytuacją niezależnie od tego, ile ona będzie jeszcze trwała - zauważył psycholog Leszek Guga, z Fundacji TZMO „Razem Zmieniamy Świat”.

Pandemia pokazała nam jak ważny jest kontakt z bliskimi. Na skutek wirusa, rodziny pacjentów zostały oddzielone od chorych pozostających w szpitalach. Jednocześnie obserwujemy w Polsce niedobór stanowisk intensywnej terapii, co oznacza, że należałoby zminimalizować konieczność pobytu lub długości pobytu pacjentów w szpitalach, aby zapewnić im najlepszą opiekę i możliwość rekonwalescencji. Naprzeciw tym problemom wychodzi Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, który świadczy w skali kraju usługi pozaszpitalne na rzecz pacjentów borykających się z niewydolnością oddechową, wymagających oddechu zastępczego. - To świadczenie powstało w 2003 roku, to ogromny sukces, że mamy już 9 tys. osób objętych opieką - informuje prezes Związku Robert Suchanke. Liczba pacjentów wciąż rośnie nie tylko na skutek pandemii COVID-19, ponieważ chorzy często zmagają się z niewydolnością oddechową i wymagają tlenoterapii, ale też przez zanieczyszczenie powietrza. - W najbliższych latach potrzeby są na poziomie 40 tys. ludzi, którzy już dziś powinni skorzystać z możliwości opieki, głównie przez przewlekłą obturacyjną chorobę płuc - prognozuje Robert Suchanke i przytacza statystyki w innych krajach Unii Europejskiej. -

W Niemczech jest ok. 80 tys. wentylowanych, we Francji podobnie, Hiszpania ma ok. 50 tys. - wylicza. Liczby te są warte analizy, tym bardziej, że nasze miasta znajdują się w czołówce najbardziej zanieczyszczonych w Europie, a odsetek chorych będzie się zwiększał dodatkowo na skutek wirusa. Sprzętu i miejsc w szpitalach już brakuje. Problemem jest sposób finansowania. Aż 1/3 z ponad 9 tys. korzystających z wentylacji domowej nie jest objęta kontraktem Narodowego Funduszu Zdrowia. Brakujące koszty ponoszą świadczeniodawcy, którzy w trosce o życie pacjentów wymagających wentylacji domowej zapewniają im sprzęt, szkolenia dla rodzin oraz kompleksową opiekę medyczną. Pacjentów niesfinansowanych wciąż przybywa. Obecnie jest już niemal 4,5 tys. osób.

Koordinacja opieki

Jakie kroki musimy podjąć w ciągu najbliższych miesięcy, aby wreszcie uruchomić proces reformy systemu opieki długoterminowej, w tych trudnych czasach?

W jednej kwestii wszyscy uczestnicy debaty są zgodni - potrzeba w Polsce wprowadzenia skoordynowanej opieki długoterminowej. Należałoby przemyśleć wprowadzenie instytucji, która pomoże pacjentom przeprowadzić ich przez skomplikowany system opieki zdrowotnej. - Ciężar koordynowania często spoczywa na osobie, która opiekuje się bliskim - zauważył dr Rafał Bakalarczyk z Instytutu Polityki Senioralnej. Pomimo wprowadzanych ustaw, jak ustawa „Za Życiem” czy Funduszu Medycznego oraz 500+ dla niesamodzielnych, pacjenci i opiekunowie nie radzą sobie. - Dopóki nie będziemy mieli koordynacji z tymi wszystkimi możliwościami to ten pacjent w systemie, a czasami nawet osoba, która świadczy usługi na rzecz pacjenta może się pogubić. Jestem za tym, aby stworzyć koordynatorów, aby ten przepływ informacji był z automatu - mówiła Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. - Myślę, że to dobry moment, aby zaangażować ludzi. Średnia wieku pielęgniarki to 52 lata, trzeba skoncentrować się, aby uzyskać nowe kadry pielęgniarskie do pracy. My mamy mnóstwo pomysłów na usprawnienie pracy w obecnej sytuacji. Pan Minister nie wsłuchuje się w naszą grupę zawodową. (...) Mamy propozycje rozwiązań na już. Potrzebny jest dialog - dodała. Podobnego zdania jest Adam Soska, dyrektor ds. operacyjnych BetaMed SA. - System medyczny powinien prowadzić za rękę. (...) Najważniejsze, aby pacjent nie czuł się zagubiony w systemie.

Leczenie żywieniowe a cukrzyca

Prawidłowe żywienie może wspomóc organizm w trakcie trwania choroby. Jedną z chorób, która wymaga zmiany dotychczasowych nawyków żywieniowych jest cukrzyca. - Pierwsze co przychodzi na myśl, kiedy słyszymy słowo cukrzyca to dieta i prawidłowe odżywianie. Jest ono ogromnym wyzwaniem dla chorego na cukrzycę, ponieważ jeść trzeba codziennie, mieć na to jakiś pomysł i jeść w sposób prawidłowy - mówiła Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, dodając jak ważne w procesie choroby jest zaangażowanie bliskich. - Jeśli mieliśmy złe nawyki żywieniowe, to ciężko je zmienić, a także zmienić nawyki naszych domowników. Wiadomo, że kiedy mieszka się z innymi osobami to zazwyczaj odżywiamy się wspólnie, jemy wspólne posiłki dla dobra rodziny. Kwestia odżywiania to kwestia, która musi być bardzo pogłębiana. W cukrzycy nie unikniemy powikłań mając złe nawyki.

Skąd więc czerpać wiedzę? Tu po raz kolejny należy podkreślić ogromną rolę skoordynowanej opieki. Jak zauważyła Lilia Kimber-Dziwisz, konsultant wojewódzki na teren Mazowsza w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, w kwestii koordynacji działań i dostępu do informacji w Polsce w zakresie żywienia: - Nie jest źle. Tak naprawdę mamy dzisiaj możliwość i dostęp do informacji dzięki Poradnikom żywieniowym funkcjonującym w zakresie opieki długoterminowej - podała Lilia Kimber-Dziwisz, dodając, że - na dzień dzisiejszy kilka tysięcy pacjentów w opiece długoterminowej jest objętych opieką żywieniową w ramach specjalistycznego leczenia żywieniowego.

Czy powinniśmy się bać deinstytucjonalizacji?

Deinstytucjonalizacja to proces przejścia od opieki w instytucjach na rzecz zapewnienia wsparcia w środowisku lokalnym i w miejscu zamieszkania. - To przede wszystkim stworzenie odpowiedniej możliwości wyboru oraz samostanowienia osób, które chcą korzystać z opieki w domu lub placówce - wyjaśnił prof. Piotr Błędowski ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. W Polsce problemem jest nie tyle nadmierna instytucjonalizacja, co familizacja, której nie towarzyszy wystarczające wsparcie z zewnątrz. Deinstytucjonalizacja nie musi więc oznaczać likwidacji form instytucjonalnych, ale raczej rozwój form środowiskowych i półstacjonarnych, których w skali kraju brakuje a w szczególności skoordynowanie opieki długoterminowej oraz rozwój zawodu opiekuna medycznego. - Nie potrafimy wykorzystać obecnie zasobów które mamy. Personelu jest coraz mniej, a pandemia pokazała, że powinniśmy pomyśleć nad tym, żeby wzmocnić grupy lekarskie, pielęgniarskie, opiekunów medycznych i inne grupy medyczne poprzez promocję zawodu - mówiła dr Iwona Markiewicz, konsultant dla Województwa Śląskiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, dodając, że na dzień 30 września 2020 roku na Śląsku pod opieką długoterminową znajdowało się ok. 13 tys. osób. - Potrzeb będzie coraz więcej. (...) Opiekun medyczny bardzo mocno pomógłby nam.

Deinstytucjonalizacja niesie za sobą spore korzyści dla pacjentów, ale także wyzwania dla gospodarki. - W sektorze domowej opieki skuteczna, prawdziwa deinstytucjonalizacja, która poprawi warunki osób korzystających ze świadczeń wymaga skokowego wzrostu zatrudnienia opiekunów oraz doinwestowania opieki - zauważył prof. Piotr Błędowski. - Deinstytucjonalizacja opłaca się wszystkim - dodał Cezary Miżejewski reprezentujący Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych WRZOS. Podkreślił, że trwają prace nad programem mającym na celu usprawnienie procesu deinstytucjonalizacji i skoordynowanie działań opieki długoterminowej. Kierowane są nie tylko do osób starszych, ale również niepełnosprawnych i wymagających opieki. - Usługi społeczne to kwestia, która dotyczy nas wszystkich. Komisja Europejska dopytuje naszego rządu jak wykorzystujemy te środki, ponieważ w ramach dofinansowania od Unii Europejskiej są także środki na usługi społeczne - wyjaśnił dodając, że zgodnie z planem działania, który ma być gotowy jeszcze pod koniec bieżącego roku zwrócono się do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. - Oczekujemy poważnej dyskusji. Procesu deinstytucjonalizacji nie należy się bać, pod warunkiem, że będzie odpowiednio przeprowadzony.

- Niezbędne jest odpowiednie nastawienie polityków i po części te decyzje polityczne w dużej mierze zależą od poglądów polityków, bez woli politycznej nic nie da się wykonać - wyjaśnił prof. Piotr Błędowski. - Polityka ma rozwiązywać problemy społeczne - dodał, podkreślając, że zmiany będą wiązały się z ogromnymi kosztami. Jako starzejące się społeczeństwo, musimy być gotowi na rozłożenie ich równomiernie na całe społeczeństwo. - Tego nie uda się uniknąć - podsumował prof. Błędowski.

Reasumując, pandemia COVID-19 pogłębiła problemy w opiece zdrowotnej i społecznej, z którymi borykamy się w Polsce od lat. Jednak zaangażowanie personelu medycznego i socjalnego, pacjentów oraz ekspertów, którzy są gotowi na dialog z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, a także ich pomysły i rozwiązania, dają nadzieję na zbudowanie lepszej przyszłości po COVID-19. Nie będzie to łatwa droga, ale jak wspomniała wiceprezes Koalicji Beata Stepanow - Są góry, które trzeba przejść, inaczej droga się urywa. Idąc tą drogą, powinniśmy działać wspólnie, bo tylko tak możemy zmienić system na lepszy - i podsumowując dodała - zrobimy to, bo wszystko co doskonałe dojrzewa powoli.

Zapis konferencji dostępny [TUTAJ](#)