

Opieka nad seniorami – nie chodzi o geriatrów,
lecz o opiekę długoterminową

Recepta na stare lata

foto: images.com/Corbis

W ostatnich latach powiedziano i napisano już bardzo dużo na temat dynamiki starzenia się ludności, wysuwającej się na pierwszy plan wśród problemów demograficznych, zdrowotnych i społecznych. Ale... tylko powiedziano i napisano. Nic nie zdziało. Receptę wystawiono poprawnie, ale co z tego, skoro pacjent nie wykupił i nie zażywa zapisanych leków?

Tymczasem kompleksowe i skoordynowane strategiczne działania są bardzo, ale to bardzo potrzebne. Najpierw – jak zawsze – diagnoza sytuacji. Ta jest poprawna. Dysponujemy bardzo pozytywnymi wnioskami z badania PolSenior. W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej powołano Departament Senioralny oraz wydano w ubiegłym roku rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej. Działa też Zespół ds. Geriatrii w Ministerstwie Zdrowia. Pierwsze efekty jego prac to diagnoza sytuacji. Ekspertki zwracają uwagę na liczbę geriatrów (150) oraz łóżek na oddziałach geriatrycznych (558 na koniec 2011 r. – wykorzystanych w 70 proc.). Samych oddziałów geriatrycznych w porównaniu z innymi krajami UE także mamy niewiele.

Pobyt dzienny czy szpital

Pojawia się jednak pytanie, czy rzeczywiście w rozwiązywaniu problemów ludzi starych najważniejszy jest brak szpitalnych, stacjonarnych oddziałów geriatrycznych. Czy bardziej dotkliwy nie jest brak dziennych oddziałów geriatrycznych szybkiej diagnostyki? Zdecydowanie ma rację dr Marek Balicki (były minister zdrowia), kiedy mówi, *że brakuje w kraju systemu skoordynowanej pomocy dla osób starszych i niesamodzielnych. I dalej: ostatnie lata to okres zaniedbań w systemie, który łączyłby opiekę medyczną ze społeczną.*

Korzenie nieszczęścia

I tutaj jest chyba sedno problemu, który zaczął się już w 1991 r. od nieszczęsnego rozporządzenia ówczesnego ministra pracy i polityki społecznej dezintegrującego kompleksową opiekę nad ludźmi w podeszłym wieku poprzez przeniesienie z resortu zdrowia do resortu pracy tzw. pomocy społecznej. Ta dezintegracja dotyczyła oczywiście zarówno podstawowej opieki zdrowotnej (pracownicy socjalni i opiekunowie społeczni), jak i instytucjonalnej opieki długoterminowej.

Domy pomocy społecznej pozostawione w resorcie zdrowia nazwano zakładami opiekuńczo-leczniczymi (ZOL), a potem powstały zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), natomiast większość jednostek, które przeszły do resortu pracy, pozostała przy (nieadekwatnej do treści i działalności) nazwie „dom pomocy społecznej” (DPS).

I znowu ma rację dr Balicki – *zakłady opiekuńczo-lecznicze i domy pomocy społecznej to tylko fragment opieki dla osób starszych. Chodzi o to, aby pacjent, który na kilka dni trafił do szpitala, następnie mógł przebywać we własnym domu i tam miał zapewnioną opiekę i pomoc. Chodzi o zachowanie jak najdłuższej samodzielności osób starszych we własnym środowisku, a nie umieszczanie ich w ośrodkach.*

Opieka domowa czy dom pomocy

Niezależnie od słuszności tej konstatacji ten element opieki długoterminowej jest także bardzo istotny, szczególnie w naszym kraju, gdzie istnieje jeszcze wiele ograniczeń w pożądanym sprawowaniu opieki domowej nad starym i niepełnosprawnym członkiem rodziny.

Podkreślając raz jeszcze, że aby jakkolwiek strategia działania państwa w tym zakresie miała sens, musi nosić znamiona maksymalnie kompleksowego podejścia do problemu, spróbujmy zająć się bliżej tym fragmentem, który dotyczy długoterminowej opieki instytucjonalnej o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZOL, ZPO, DPS), koordynowanej od 22 lat równoległe przez dwa resorty (MZ i MPiPS).

Na koniec 2011 r. (według „Biuletynu Statystycznego MZ”) mieliśmy 20 888 miejsc w ZOL (w tym 4452 w psychiatrycznych) oraz 5699 w ZPO (w tym 331 w psychiatrycznych). Razem w ZOL i ZPO było 26 587 miejsc; 824 DPS finansowane przez samorząd terytorialny w 2010 r. dysponowały 78 605 miejscami.

Raport NIK

W ocenie sytuacji w tych zakładach przydatne są wnioski z raportów NIK. Wynika z nich, że prawie połowa z kontrolowanych DPS nie osiągała wymaganych standardów (pozostałe działają na zasadzie zezwoleń warunkowych), co skutkowało m.in. brakiem możliwości przyjmowania nowych pensjonariuszy.

„ Marek Balicki: Ostatnie lata to okres zaniedbań w systemie. Nie ma łączności między opieką medyczną a społeczną ”

Permanentny brak miejsc w DPS w dużych aglomeracjach miejskich (we Wrocławiu średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosi od roku do 5 lat) powodował konieczność umieszczania osób w DPS w odległych powiatach.

Na podstawie rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej ośrodki te powinny się koncentrować na funkcjach opiekuńczych (pielęgnacja i terapia zajęciowa). Wprawdzie dalej jest mowa o „zespołach terapeutyczno-opiekuńczych” oraz obowiązku zapewnienia pomieszczeń do „terapii i rehabilitacji”, ale tak naprawdę nie wiadomo, o jakiej terapii mowa.

Opieka podstawowa

W DPS obowiązuje zasada, że podopiecznego z problemem zdrowotnym powinno się kierować do POZ w miejscu lokalizacji DPS. Większość z pensjonariuszy ma kilka problemów zdrowotnych dziennie, a o całkowitej niewydolności POZ w Polsce napisano już wszystko. Absurdalność tej zasady jest więcej niż oczywista. Na skutek takiego podejścia pensjonariusze DPS praktycznie są pozbawieni bieżącej opieki lekarskiej. Warunki ich pobytu (trzy-, cztero-, a nawet pięciosobowe sale) pozostawiam bez komentarza.



foto: iStockphoto

„ W Polsce mamy zbyt wiele ograniczeń i niedostatków w sprawowaniu opieki domowej nad starym i niepełnosprawnym członkiem rodziny „

Problemy zdrowotne i socjalne pensjonariuszy DPS i ZOL są bardzo podobne, ale w przeciwieństwie do DPS funkcjonujące w resorcie zdrowia ZOL i ZPO mają status zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującą definicją: „ZOL udziela, finansowanych przez NFZ, świadczeń zdrowotnych obejmujących swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, które wymagają całodobowej, profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia”. Do ZOL kierowani są pensjonariusze, którzy w karcie oceny uzyskali 40 punktów lub mniej w tzw. skali Barthel. Pomimo założenia, że „zadaniem ZOL jest sprawowanie opieki okresowej”, w praktyce wiele osób przebywa tam przez wiele lat (od 3 do 10 lat).

Deficyt miejsc

Według NIK deficyt miejsc w tych zakładach jest m.in. przyczyną tego, że „wiele ZOL również nie spełnia wymagań dotyczących warunków socjalno-bytowych, a na dodatkowe sale chorych wykorzystywane są niekiedy gabinety lekarskie, rehabilitacyjne i terapii zajęciowej. W niektórych zakładach pomieszczenia higieniczno-sanitarne są zbiorowe dla wszystkich pacjentów, a niekiedy wspólne dla kobiet i mężczyzn”.

Na podstawie zarządzenia prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej niektóre ZOL (co należy zaliczyć do pozytywów) zapewniają pacjentom żywienie dojelitowe i pozajelitowe oraz (co jest szczególnie ważne z uwagi na odciążenie deficytowych oddziałów intensywnej terapii) całodobowe mechaniczne lub ciśnieniowe wspomaganie oddechu pensjonariuszom z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej za pomocą respiratora.

W porównaniu z lecznictwem szpitalnym, gdzie mimo wielu trudności udało się znacznie poprawić infrastrukturę i wyposażenie, przedstawiony skrótowo fragment instytucjonalnej, pielęgnacyjno-opiekuńczej opieki długoterminowej (ZOL, ZPO i DPS) jest w trudniejszej sytuacji, która nie powinna być dalej akceptowana. Doty-

Ocena ekspertów

System opieki zdrowotnej jest niedostosowany do potrzeb seniorów – stwierdziła Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) w projekcie „Założeń polityki ludnościowej Polski”, przedłożonym pod obrady II Kongresu Demograficznego (22–23 marca 2012 r.). W dokumencie RRL czytamy również, że rozwiązania poprawiające jakość opieki nad osobami starszymi wymagają innego niż dotychczas podejścia do tej grupy pacjentów w systemie ochrony zdrowia i w systemie polityki społecznej. Według RRL stan opieki geriatrycznej w Polsce istotnie odbiega od poziomu osiągniętego w Unii Europejskiej. W większości krajów europejskich geriatria i badania nad starzeniem stanowią priorytet w świadczeniach opieki medycznej na rzecz ludzi w zaawansowanym wieku.

Według oceny Zespołu ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia, który przygotował kompleksowy program strategii rozwoju geriatrii, „funkcjonujący system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji, gdyż oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia”.

System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego: powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych osób w zaawansowanym wieku.

czy to bowiem najczęściej najbardziej schorowanych, samotnych i biednych ludzi w zaawansowanym wieku, którzy na tę pomoc są po prostu skazani.

Skala sumienia

Truizmem będzie przypomnienie tutaj, że o miejscu kraju na cywilizacyjnej mapie świata świadczy to, jak są rozwiązywane problemy jego najbiedniejszych obywateli. Dlatego właśnie sytuacja ta wymaga szczególnie pilnych zmian. Powinny one polegać przede wszystkim na ponownym zintegrowaniu działalności ZOL, ZPO i DPS w resorcie zdrowia, co umożliwi naturalną (koordynowaną) kontynuację działalności szpitali i oddziałów opieki długoterminowej.

W przyszłych ZOL i ZPO (te ostatnie powinny przejąć wszystkie dotychczasowe DPS) akcent oczywiście nadal musi być położony na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, ale z bardzo mocnym uzupełnieniem działalności w zakresie rehabilitacji i kontynuacji leczenia chorób przewlekłych pensjonariuszy. Będzie to oczywiście wymagać zapewnienia w tych zakładach niezbędnej opieki pielęgniarstwa oraz lekarskiej, rehabilitacyjnej, psychologicznej i psychiatrycznej.

Postulaty

Za przykładem szpitali w ZOL i ZPO (tam, gdzie jest to możliwe i uzasadnione) powinno się również inicjować procesy konsolidacji oraz komercjalizacji. Dobrym przykładem jest konsolidacja w Warszawie trzech ZOL w Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze Sp. z o.o. Pozwala to na obniżenie kosztów działalności, bardziej

racjonalne wykorzystanie fachowego personelu, specjalizację placówki, tworzenie oddziałów rehabilitacji itp.

Powinno się także (za przykładem szpitali) możliwe szybko doprowadzić do zdecydowanej poprawy warunków socjalno-bytowych w tych zakładach – możliwość dietetycznego żywienia, docelowo pokoje jedno- i dwuosobowe z łazienkami.

Zakłady powinny być także objęte obowiązkowym monitoringiem jakości świadczeń. Według Adama Koziarkiewicza, „nie wystarczy sam system akredytacji, który dostarcza tylko informacji dotyczących danego momentu, konieczny będzie stały monitoring jakości prowadzony za pomocą wskaźników (podobnie jak w przygotowywanej do wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia opiece koordynowanej)”. I dalej: „w tradycyjnej organizacji opieki zdrowotnej świadczeniodawcy skupiają się na poszczególnych epizodach opieki, a w opiece koordynowanej nacisk kładzie się na cały jej proces”.

Po przyjęciu takiego rozwiązania w ramach resortu zdrowia możliwy będzie koordynowany proces opieki nad pacjentem od opieki podstawowej (POZ), poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), oddziały i szpitale dzienne, szpitale krótko- i długoterminowej opieki oraz ZOL i ZPO (dotychczasowe DPS). Możliwy będzie także proces specjalizacji tych placówek oraz tworzenie różnorodnych konsorcjów sprawujących koordynowaną opiekę zdrowotną.

W konsekwencji uczynimy istotny krok w drodze do tworzenia właściwych warunków opieki zdrowotnej i socjalnej nad ludźmi starszymi.

Maciej Murkowski