

## **Posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych 12 maja 2023 r.**

W spotkaniu uczestniczyli członkinie i członkowie Komisji Ekspertów oraz zaproszeni goście: Michał Mazur z Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia, Sylwia Michalska z Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Piotr Mierzejewski – dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, Anna Maria Agaciak-Mayor z WHO Polska oraz Ewa Stankiewicz i Irena Szwarc z Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza.

### **Podczas spotkania zostały omówione następujące tematy:**

- » Wyniki badania PolSenior2 w obszarze stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem – prof. Barbara Szatur-Jaworska, prof. Piotr Błędowski
- » Geneza i istota innowacji społecznych Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza. Opieka długoterminowa nad osobami nieuleczalnie chorymi i ich opiekunami domowymi na obszarach wiejskich – dr Paweł Grabowski, Katarzyna Zdanowska – Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza
- » Model opieki domowej na obszarach wiejskich – rekomendacje ze skalowania innowacji w ramach projektu „Skalowanie innowacji społecznej opieka domowa na terenach wiejskich” – Iwona Zaborowska, Katarzyna Łotowska, Karolina Poczykowska – Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych w Białymstoku.

### **Wyniki badania PolSenior2 w obszarze stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem.**

PolSenior2 to ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia, realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 i więcej lat (zakres 60–106 lat) od września 2018 r. do grudnia 2019 r.

Podczas badania zostały przeprowadzone ankiety, testy i kwestionariusze stosowane przy całościowej ocenie geriatrycznej (COG), pomiary antropometryczne i ciśnienia krwi oraz zestaw 36 badań laboratoryjnych krwi i moczu. Dane zbierały pielęgniarki środowiskowe podczas trzech wizyt u osób, które wyraziły na to zgodę.

Jednym z celów badania było uzyskanie wiedzy jak proces zdrowego starzenia się przebiega u Polaków.

**Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowe starzenie się jako proces rozwijania i utrzymywania zdolności funkcjonalnej, która umożliwi dobre samopoczucie w starszym wieku.**

O tym, że ktoś zdrowo starzeje się możemy powiedzieć jeśli nie ma deficytów poznawczych, nie ma objawów depresyjnych, angażuje się społecznie, jest zdrowy lub posiada tylko jedną chorobę przewlekłą oraz posiada sprawność funkcjonalną (tzn. ma zdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb, uczenia się, podejmowania decyzji, bycia mobilnym, utrzymywania i budowania nowych relacji społecznych).

W badaniu wykorzystano skale:

**ADL** (Activities of Daily Living), która ocenia samodzielność (1 pkt) lub jej brak (0 pkt) w wykonywaniu sześciu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: mycie, ubieranie się, jedzenie, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety – osoby starsze najczęściej wskazywały na trudności z poruszaniem się i kontrolowaniem potrzeb fizjologicznych. Skala ADL pokazuje obszary, w których jest potrzeba zapewnienia usług opiekuńczych.

**IADL** (Instrumental Activities of Daily Living), która ocenia nie tylko możliwość samodzielnego wykonania złożonych czynności dnia codziennego, lecz także zdolność do ich planowania i organizacji. Wśród ocenianych obszarów znajdują się: korzystanie z telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej i/lub taksówek, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, robienie prania, przyjmowanie leków i gospodarowanie finansami. Każda z wymienionych ośmiu czynności oceniana jest w trzech kategoriach: wykonywana bez pomocy (3 pkt), wykonywana z pomocą osoby drugiej lub przy zastosowaniu specjalnych udogodnień technicznych (2 pkt), niewykonywana (1 pkt) – osoby starsze najczęściej wskazywały na problemy z samodzielnym robieniem zakupów, korzystaniem z transportu publicznego i wykonywaniem cięższych prac domowych (takich jak sprzątanie, naprawy).

Sprawdzono także, jak ankietowani sami oceniają swój stan zdrowia. Występują pewne różnice w samoocenie kobiet i mężczyzn i kształtują się one w zależności od przedziału wiekowego. Badanie PolSenior1 pokazało, że kobiety znacznie lepiej oceniały swój stan zdrowia niż wychodziło to z oceny lekarza.

Z badania PolSenior2 wynikają także znaczne różnice w stanie zdrowia w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego. Porównano stan zdrowia kobiet w dwóch przedziałach-wiekowych 60-64 lata i 75+, z podziałem na 7 grup, biorąc pod uwagę wykształcenie i dochody. Okazało się, że osoby lepiej wykształcone i sytuowane dłużej utrzymują się w zdrowiu. Różnice były bardzo znaczne, sięgające prawie dwukrotności. W badaniu uwzględniono także stan rodzinny badanych, w tym stan cywilny, gdzie i z kim mieszkają. Co 5 osoba w wieku 60+ mieszka samotnie. Występują znaczące różnice samotnego mieszkania, jeśli weźmie się pod uwagę płeć i miejsce zamieszkania (wieś, miasto, duże miasto). Przeszło dwukrotnie więcej samotnie mieszka kobiet niż mężczyzn i przeszło dwa razy mniej jest samotnych osób 60+ na wsiach niż w dużych miastach.

Badano też stopień osamotnienia osób starszych. Częściej tego stanu doznają kobiety, natomiast 2/3 osób deklaruje, że w ogóle nie odczuwa osamotnienia.

Jeśli chodzi o kontakty towarzyskie, to badanie pokazało, że seniorzy głównie spotykają się i rozmawiają z najbliższą rodziną. Dotyczy to również otrzymywanej przez nich pomocy.

Kolejnym badanym obszarem była liczba osób potrzebujących pomocy z podziałem na grupy wiekowe oraz płeć. Oczywiście wraz z wiekiem liczba osób deklarujących potrzebę pomocy znacząco rosła i niemalże w każdym przedziale wiekowym taką potrzebę zgłaszało więcej kobiet.

Należy zauważyć, że osoby potrzebujące pomocy głównie otrzymują ją od rodziny.

W odpowiedziach ankietowanych osób pomoc instytucjonalna była prawie niewidoczna.

To sugeruje, że dostęp do usług opiekuńczych zależy od zasobów majątkowych seniora.

Badanie pokazało, że u ponad 50% kobiet dochód miesięczny netto nie przekracza 1500 zł, natomiast u przeszło 60% mężczyzn dochód netto nie przekracza 2000 zł. To jest bardzo duża różnica, wynikająca z niższych zarobków kobiet oraz liczby przepracowanych lat.

Na pytanie o samoocenę stanu finansowego ponad połowa respondentów odpowiedziała, że żyjąc oszczędnie wystarcza im na wszystko. Należy jednak do tej deklaracji podejść z dużą ostrożnością, ponieważ istnieje ryzyko, że osoby starsze wypierają swoje potrzeby. Dlatego i bardziej odpowiednie byłoby stwierdzenie, że „wystarcza na wszystko czego najbardziej potrzebują”.

Należy również uważnie przyjrzeć się korzystaniu osób starszych z prawa do bezpłatnej ochrony zdrowia. Badanie bowiem wykazało, że pewien odsetek kobiet ma trudności z ponoszeniem wydatków na zakup leków, rehabilitację czy wizytę u specjalisty.

W oparciu o badanie PolSenior2 sformułowano rekomendacje dotyczące:

1. zakresu i metod monitorowania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych w populacji senioralnej (60+) Polsce;
2. sfery społecznej, np. systemu usług dla osób starszych, w tym usług bytowych, możliwości kontynuowania pracy zawodowej, dostosowania mieszkań, gminnych biur seniora;
3. sfery prawnej, np. rozszerzenia treści ustawy o osobach starszych, ujednoczenia kryteriów przyznawania uprawnień, uwzględniania w uzasadnieniach ustaw oceny skutków regulacji dla osób starszych;
4. zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich integracji (np. Centra Opieki Senioralnej przy Centrach Usług Społecznych);
5. farmakoterapii i jej bezpieczeństwa w starszym wieku;
6. organizacji i promowania szczepień w populacji senioralnej;
7. edukacji społeczeństwa, w tym w szczególności osób w starszym wieku i opiekunów.

Opracowano także dokument „Rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów”, dostępny pod adresem

[https://polsenior2.gumed.edu.pl/attachment/attachment/86541/PolSenior\\_2\\_Rekomendacje\\_online.pdf](https://polsenior2.gumed.edu.pl/attachment/attachment/86541/PolSenior_2_Rekomendacje_online.pdf)

#### **Zagadnienia poruszone w dyskusji:**

- Sieci wsparcia – trudno powiedzieć o udziale pozarodzinnym. W odpowiedziach wyróżniała się najbliższa rodzina, w tym znacząco przeważały córki i synowie.
- Zróżnicowanie terytorialne – można zauważyć, że we wschodnich regionach Polski znacznie trudniej się mieszka, więcej mieszkań jest gorzej wyposażonych, występuje znaczny odsetek gospodarstw jednoosobowych lub jednopokoleniowych. W Polsce zachodniej natomiast jest większy odsetek gospodarstw wielopokoleniowych. Nie było znaczących różnic jeśli chodzi o dostęp do świadczeń.

- Sytuacja opiekunów – badanie PolSenior zajmuje się sytuacją zdrowotną osób starszych. Nie ma rozróżnienia na osoby potrzebujące wsparcia w codziennych czynnościach i na osoby w pełni sprawne, które często pełnią funkcje opiekuna.
- Dostęp do silnie działających leków przeciwbólowych – w opracowaniu nie ma aż tak szczegółowych danych.
- Jak Ministerstwo Zdrowia wykorzystało wyniki badania PolSenior1 i PolSenior2 – Michał Mazur z Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia zadeklarował przekazanie informacji w tym zakresie dyr. Dariuszowi- Supłowi. Zgłosił także konieczność wypracowania sposobu na bardziej efektywny przepływ informacji między instytucjami i wyraził zainteresowanie udziałem w posiedzeniach Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych.

**Polityka senioralna nie powinna koncentrować się na osobach 60+. Działania edukacyjno-uświadamiające m.in. w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, czy jak najdłuższego pozostania na rynku pracy, muszą być kierowane do znacznie młodszych osób. Inaczej nie da się rozwiązać problemów związanych z niskimi świadczeniami emerytalnymi czy złym stanem zdrowia.**

Pełną wersję opracowania PolSenior2 można pobrać ze strony:

<https://polsenior2.gumed.edu.pl/66095.html>

**Geneza i istota innowacji społecznych Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza. Opieka długoterminowa nad osobami nieuleczalnie chorymi i ich opiekunami domowymi na obszarach wiejskich**

Obszarem działania Hospicjum Proroka Eliasza są tereny wiejskie w powiecie białostockim. Jednym z celów realizowanych przez Hospicjum jest dbanie o zdrowie społeczne, co uwarunkowane jest dostępem nie tylko do opieki medycznej, ale także do czystej wody i toalety.

Badanie przeprowadzone przez Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa w 2018 r. pokazało m.in., że tylko ok. 60% mieszkań na terenach wschodniej Polski jest wyposażonych w toalety spłukiwane wodą. Jest to standard znany od czasów starożytnych.

Od dawna też wiadomo, że stan zdrowia społeczeństwa zależy od rozwoju gospodarczego. Im bogatszy region, tym stan zdrowia mieszkańców jest lepszy. Istnieje

zależność między biedą a chorobą. Nie można traktować zdrowia jako antynomii choroby, ponieważ zdrowie, według Światowej Organizacji Zdrowia to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności.

Przez długi czas uważano, że jeśli ludzie będą bogaci, to stać ich będzie na leczenie. Okazało się, że społeczeństwa nie są w stanie zapewnić wszystkim obywatelom równego dostępu do dóbr i usług. W latach 70 ub. wieku zaczęto się zastanawiać czy nie równy dostęp do dóbr ochrony zdrowia ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj choroby, to nie przejaw dyskryminacji. Fakt istnienia takiej dyskryminacji potwierdziła Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie z 26.07.2019 r. „Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej”.

Nie trzeba tworzyć nowych rozwiązań, wystarczy sięgnąć do Karty Ottawskiej<sup>1</sup> z 1986 r., która wskazuje potrzebę innego podejścia do zdrowia. Otóż zdrowie nie jest towarem – zdrowie to wartość, to zasób, którym dysponują społeczności. Karta Ottawska nie mówi jak działać, a jedynie wskazuje kierunki działania, dostosowując je do sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, zasobów, mentalności kraju, czy regionu. Nie da się stworzyć jednego modelu hospicjum domowego dla całego kraju. Karta Ottawska wskazuje 5 kierunków działania:

1. określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie (m.in. poprzez ustalenie i sukcesywną realizację programów prozdrowotnej polityki społecznej, przy zapewnieniu realnych źródeł finansowania); tworzenie polityki Zdrowia Publicznego
2. tworzenie środowisk wspierających zdrowie (osiągane poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności działań na rzecz zdrowia, angażowanie członków społeczeństwa poprzez sieć struktur społeczności lokalnych do aktywnego uczestnictwa w sprawach dotyczących zdrowia);
3. wzmacnianie działań społecznych;
4. rozwijanie umiejętności osobniczych (indywidualnych)

---

<sup>1</sup> Za akt instytucjonalizacji promocji zdrowia uznaje się Kartę Ottawską (Ottawa Charter) uchwaloną w 1986 roku, definiującą promocję zdrowia jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia”. Źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Promocja\\_zdrowia](https://pl.wikipedia.org/wiki/Promocja_zdrowia)

5. reorientacja świadczeń zdrowotnych (odejście od modeli ekonomiki szpitalnej w kierunku holistycznego ujmowania korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i rozwojowych całego kraju).<sup>2</sup>

Model opieki paliatywnej wypracowany przez Fundację Hospicjum Proroka Eliasza wykorzystuje te wytyczne w swoich działaniach.

Niestety najwyraźniej nie są one znane decydom, bowiem wydawane regulacje prawne nie odpowiadają funkcjonowaniu Hospicjum, ani interesom pacjentów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zawiera listę 8 chorób, na które w Polsce dorosły człowiek „może umrzeć w ramach NFZ-u”.

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza przyjmuje osoby także spoza listy Ministra Zdrowia, ponieważ jest organizacją pozarządową i ma możliwości pozyskania funduszy także z innych źródeł. Jednak nie wszystkie hospicja w Polsce mają takie możliwości, więc przyjmują pod opiekę pacjentów wyłącznie w ramach kontraktu z NFZ-etem. Szczególnie trudna sytuacja jest na obszarach wiejskich, gdzie trzeba pokonać duże odległości, aby dotrzeć do pacjenta, czego często stawki kontraktowe nie przewidują. Ze względu na wyżej wymienione kwestie oraz dodatkowo realną potrzebę upodmiotowienia lokalnych społeczności, powstał nowy model hospicjum domowego na terenach wiejskich, który zakłada:

- » rozszerzenie zakresu wskazań do objęcia opieką hospicyjną osób chorych;
- » uelastycznienie opieki nad chorymi poprzez włączenie w nią opiekunek;
- » wsparcie dla opiekunów domowych.

Celem tych działań jest pozostawanie chorego w swoim środowisku najdłużej jak to możliwe.

Hospicjum Proroka Eliasza udało się:

- » zaspokoić rzeczywiste potrzeby zdrowotne podopiecznych – pielęgniarka czy opiekunka odwiedzały chorego tyle razy, ile potrzebował, a nie tylko dwa razy w tygodniu;
- » unikać sztucznych umów, działających tylko „na papierze” – w procedurze urzędniczej wszystko działa, a faktycznie pacjent pozostaje bez opieki;

---

<sup>2</sup> Źródło: j.w.

- » reagować na potrzeby podopiecznych w sposób elastyczny – przykładem jest stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej;
- » zracjonalizować koszty opieki – okazało się, że sposób opieki proponowany przez nowy model opieki domowej jest tańszy niż proponuje Państwo i lepszy dla chorego;
- » urealnić skuteczność sprawowanej opieki – dbanie nie tylko o chorego, ale także o opiekuna domowego.

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza w ramach działań nowego modelu hospicjum domowego przystąpiło do projektu „Dać to czego naprawdę potrzeba”, który zakłada współpracę różnych instytucji, organizacji, środowiska lokalnego, aby stworzyć opiekę „szytą na miarę”. W praktyce oznacza to zaangażowanie straży granicznej, straży pożarnej, harcerzy, sąsiadów i wielu innych osób, które jeśli zauważą coś niepokojącego – zawiadamiają o tym koordynatora usług, który organizuje odpowiednią pomoc.

Model łączy opiekę społeczną z opieką medyczną.

Efektami opieki „szytej na miarę” jest:

- » poprawa dostępności opieki dla osób przewlekle, nieuleczalnie chorych, potrzebujących wsparcia, umierających oraz ich opiekunów na terenach wiejskich (pomoc nieodpłatna dla beneficjentów);
- » poprawa jakości życia i umierania tych osób;
- » zapewnienie wsparcia wytchnieniowego dla opiekunów domowych, osób często także sędziwych i schorowanych;
- » dbałość o pracownika;
- » obniżenie kosztów funkcjonowania opieki.

Wszystkie działania w ramach nowego modelu mają oparcie w wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, która definiuje opiekę paliatywną jako „kluczowy element zintegrowanych, skoncentrowanych na człowieku usług zdrowotnych. Łagodzenie cierpienia związanego ze zdrowiem fizycznym, psychicznym, społecznym czy duchowym.

**Dostęp do opieki paliatywnej jest prawem a nie przywilejem człowieka”.**

Medycyna paliatywna wymaga szerszego spojrzenia niż tylko działania medyczne. Zgodnie ze wskazaniem Światowej Organizacji Zdrowia, śmierć pacjenta nie kończy opieki paliatywnej, ponieważ należy jeszcze zadbać o rodzinę w żałobie. W Polsce śmierć pacjenta kończy opiekę paliatywną.



Trudno i przykro jest tłumaczyć Narodowemu Funduszowi Zdrowia, dlaczego pomimo prawidłowej diagnozy, pacjent jeszcze żyje. A przecież na tym polega opieka paliatywna, taki jest jej cel, żeby pacjenci żyli dłużej i zdrowsi umierali, bez odleżyn, zapalenia płuc, czy innych chorób, co dla chorego oznacza mniej cierpienia, a dla państwa znacznie mniejsze koszty.

Nowy model hospicjum domowego na terenach wiejskich został wybrany do skalowania i obecnie jest wdrażany w 21 ośrodkach w Polsce.

### **Model opieki domowej na obszarach wiejskich – rekomendacje ze skalowania innowacji w ramach projektu „Skalowanie innowacji społecznej opieka domowa na terenach wiejskich”**

Model jest skalowany przez 3 podmioty. Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych w Białymstoku jest liderem projektu, pełni funkcje administracyjne, dokonał wyboru ośrodków do skalowania i prowadzi nadzór nad wydatkami środków przez te podmioty. Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza, jako autor modelu wspiera grantobiorców w kwestiach medycznych. Centrum Aktywności Lokalnej CAL w Warszawie udziela wskazówek, pomocy przy budowaniu sieci wsparcia.

Nowy model hospicjum domowego opracowany przez Hospicjum Proroka Eliasza Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej postanowiło poddać skalowaniu. Ze względu na małą ilość hospicjów funkcjonujących na terenach wiejskich postanowiono rozszerzyć zakres działań i wskazań do objęcia opieką poprzez zmianę nazwy na „Nowy model opieki domowej na terenach wiejskich”.

Skalowanie projektu jest realizowane od 1.10.2021 r. do 30.11.2023 r.

Nowy model opieki domowej na terenach wiejskich początkowo był wdrażany w 5 gminach woj. podlaskiego. Obecnie podlega skalowaniu w 21 ośrodkach na terenie całego kraju.

W szczególności skalowaniu podlegają dwa elementy: dostosowanie usług społecznych i zdrowotnych, świadczonych w formie domowej do rzeczywistych i indywidualnych potrzeb osób chorych oraz włączenie do zespołu opieki domowej opiekunów/ek, które będą wspierać specjalistów w opiece nad chorymi oraz opiekunów rodzinnych.

Celem głównym projektu jest skalowanie innowacji społecznej dotyczącej opieki domowej na terenach wiejskich w minimum 20 podmiotach organizujących opiekę domową dla min. 200 odbiorców na obszarach wiejskich na terenie całego kraju.

Do skorzystania z opieki domowej w ramach projektu skalowania innowacji mogły zostać przyjęte osoby, które:

- są dorosłe i zamieszkują tereny wiejskie,
- chorują na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby, w przypadku których nie jest prowadzone leczenie przyczynowe,
- wymagają opieki.

Dodatkowo wsparciem są objęci opiekunowie pacjentów.

Skalowaniem objęto ogólnie 246 osób, w tej liczbie są ujęte też osoby, które zmarły lub zostały umieszczone w opiece stacjonarnej.

Każdy podmiot biorący udział w projekcie musiał zapewnić zespół opieki domowej, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekunka, psycholog, a także opracować indywidualny plan usług dla każdego pacjenta. Wymogiem jest też regularne spotkanie się zespołu opieki domowej i wymienianie informacjami.

Nabór do projektu odbywał się w dwóch turach. Na 20 miejsc aplikowało 90 podmiotów.

Wybrano 21 grantobiorców z 14 województw. Zdecydowana większość zgłoszeń pochodziła z terenów wschodnich i południowo-wschodnich, co wskazuje na większe niż na terenach zachodniej Polski, zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze.

Granty wynosiły od 50 do 100 tys. złotych.

Czas realizacji grantu wynosił od 8 do 12 miesięcy.

Każdy podmiot obejmuje opieką od 8 do 10 osób.

W projekcie biorą udział m.in. hospicja, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego, firmy prywatne, spółki. Wszystkie podmioty uczestniczące w skalowaniu innowacji pracują dwutorowo: opiekują się pacjentem i jego rodziną oraz budują sieci wsparcia dla podopiecznych, angażując środowisko lokalne.

Aktualnie prowadzona jest analiza skalowania projektu.

Na podstawie deklarowanych stawek wynagradzania poszczególnych członków zespołu opieki domowej, można zauważyć bardzo duże różnice w ramach tej samej specjalności. Może to wynikać z faktu, że nie wszyscy uwzględniali koszty dojazdów do pacjenta oraz

zatrudnienie koordynatora opieki domowej. Niektóre podmioty nie ograniczyły się do wymaganych specjalistów i zatrudniły dodatkowo np. logopedę, dietetyka, terapeutę środowiskowego.

Różnice były też widoczne w wydatkach na wyposażenie zespołu opieki domowej. Jedne podmioty miały zaplecze sprzętowe inne musiały zakupić wszystko, od środków opatrunkowych, przez sprzęt medyczny, rehabilitacyjny, po łóżka, materace, wózki, itp. Z dotychczas przeprowadzonej analizy wynika, że nowy model opieki domowej na terenach wiejskich może być prowadzony przez różne podmioty i w różnych regionach Polski. Potwierdza się potrzeba zatrudniania opiekunek, które nie tylko wspomagają pielęgniarki, ale też odciążają opiekunów rodzinnych. Istotne znaczenie dla powodzenia projektu opieki domowej na terenach wiejskich ma zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanej kadry. W wielu powiatach brakuje osób mogących świadczyć usługi opiekuńcze – należy ułatwić opiekunom podnoszenie kwalifikacji i zdobywanie nowych kompetencji.

Prawie zupełnie niewidoczna jest pomoc w formie wolontariatu.

Ważne okazały się comiesięczne (lub częstsze) spotkania zespołu opieki domowej, ponieważ dzięki wymianie informacji można bardziej dopasować usługi do potrzeb pacjenta i rodziny.

Należy też wziąć pod uwagę specyfikę terenu, na którym opieka jest udzielana i odpowiednio zorganizować dojazd do pacjenta – w większości podmiotów były wykorzystywane samochody prywatne.

Większy nacisk trzeba położyć na usprawnienie przepływu informacji między instytucjami, organizacjami działającymi na danym terenie.

Kolejnymi działaniami w ramach projektu skalowania nowego modelu opieki domowej na terenach wiejskich będą:

- weryfikacja sprawozdań cząstkowych;
- wypłata kolejnych transz grantów i rozliczenie grantów;
- analiza efektywności skalowanego rozwiązania;
- działania upowszechniające: konferencja, seminaria regionalne (4), publikacje;
- kontynuacja działań edukacyjnych i animacyjnych w tym sieciowanie lokalnych podmiotów na rzecz opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia.

Jednymi z głównych zagrożeń dla wprowadzenia modelu opieki domowej na terenach wiejskich jest znalezienie sposobu finansowania projektu i odpowiednio wykwalifikowanej kadry.

#### **Zagadnienia poruszone w dyskusji:**

- Funkcja koordynatora usług jest kluczowa dla sukcesu sieciowania, współpracy, korzystania ze skąpych zasobów lokalnych na terenach wiejskich. Koordynator bada potrzeby i zaspokaja je, dlatego niezmiernie ważne jest, aby taka osoba była w strukturze zespołu opieki domowej.
- Obszary objęte skalowaniem – obszar był zróżnicowany, dotyczył gminy, kilku gmin, a w jednym przypadku trochę więcej niż powiat. To zróżnicowanie może być z jednej strony bardzo ciekawe w porównaniu danych, z drugiej jednak sprawić trudność. Badana będzie także gęstość zaludnienia i dostępność lekarzy na 1000 mieszkańców.
- Oferowane wynagrodzenie opiekunek – 26 zł brutto na godzinę, nawet jak się dołoży kwotę na dojazdy, jest wręcz niemoralne. Przykład opiekunek środowiskowych z gminy Grodek pokazuje, że przy dojeździe do jednego pacjenta, pierwsze 27 zł zarabiała w 5 godzinie swojej pracy.
- Wykluczenie z dostępu do opieki domowej na terenach wiejskich – nie wynika tylko z ograniczenia listą chorób, ale głównym źródłem jest system opieki, który wymaga interwencji Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta lub obu Rzeczników. Chodzi o to, że istniejący system przewidział osoby spoza listy 8 chorób, do których powinna docierać pielęgniarka środowiskowa, pielęgniarka opieki długoterminowej, tylko że w wielu gminach to nie funkcjonuje. Nie ma żadnych możliwości nałożenia na gminę obowiązku zapewnienia takiej opieki. System nie przewidział emigracji lekarzy, pielęgniarek w poszukiwaniu wyższych zarobków i że będziemy mieć białe plamy na mapie, gdzie nie będzie takiej opieki i nie będzie przewidzianych kroków do zagospodarowania tego problemu.
- Budowanie sieci wsparcia – bardzo trudno jest namówić do współpracy podmioty, które ze sobą rywalizują o pielęgniarki czy opiekunki. W sytuacji, kiedy brakuje środków niemal na wszystko, ta współpraca może przekształcić się w szukanie kogoś, kto za nas wyręczy. Wieloletnie braki w finansowaniu, czy brak wzajemnego zaufania bardzo utrudniają nawiązanie współpracy.

- Konwencja o prawach osób starszych – istotne jest, aby Polska włączyła się w proces konstruowania konwencji. Rządowy dokument „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność” był analizowany przez Komisję Ekspertów ds. Osób Starszych, a wynikające z tej analizy wnioski, m.in. o braku zapisu o opiece paliatywnej, zostały przekazane do odpowiednich resortów oraz sejmowych i senackich Komisji – niestety bez odzewu. To pokazuje jak potrzebny jest zapis o prawie do opieki paliatywnej w dokumencie o charakterze międzynarodowym, który będzie zobowiązywał kraje członkowskie ONZ do jego stosowania. Prace nad konwencją o prawach osób starszych trwają od 2010 r., a w kwietniu br. odbyła się XIII sesja, na której przedstawiono decyzję, na podstawie której do kwietnia 2024 r. ma powstać dokument dotyczący luk w prawie międzynarodowym w zakresie ochrony praw osób starszych i jak najlepszych sposobów odpowiedzi na te luki. Jest to krok przybliżający powstanie konwencji. MRiPS pod koniec marca br. poinformowało RPO, że Polska nie poprze tej decyzji, natomiast na forum międzynarodowym Polska nie zaprotestowała i dokument został przyjęty przez konsensus. Nasze działania powinny teraz lobbować poparcie Polski dla tych działań, ponieważ właśnie teraz będą toczyły się prace nad zapisem prawa do opieki zdrowotnej, w tym opieki paliatywnej.
- Zainteresowanie nowym modelem opieki hospicyjnej domowej przez inne hospicja – nieformalne zainteresowanie jest. Do Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza zgłaszają się zainteresowani tym, jak można ten model wprowadzić. Natomiast nigdy Fundacja nie była zaproszona na konferencje nt. opieki paliatywnej, organizowane przez firmy farmaceutyczne, czy inne podmioty, aby zaprezentować stworzony model.
- Potrzeba zmian systemowych, do których wcześniej trzeba się przygotować, aby dotychczasowy system całkiem nie przestał funkcjonować. Potrzebne są zmiany w podejściu lekarzy, dyrektorów, ordynatorów w szpitalach, którzy skupiają się na wyleczeniu jednej choroby, nie zwracając uwagi, że takie postępowanie powoduje powstanie odleżyn. NFZ zapłaci tyle samo, czy pacjent będzie wypisany z odleżynami, czy bez. Nikt nie bierze pod uwagę, że ten pacjent zaraz po wyjściu ze szpitala trafi na wiele miesięcy pod opiekę hospicjum, a koszty leczenia odleżyn będą ogromne w porównaniu z kosztami profilaktyki przeciwoodleżynowej, nie mówiąc już

o kosztach cierpienia ponoszonych przez pacjenta. Tu przede wszystkim potrzebna jest odpowiednia edukacja.

- Potrzebna jest współpraca pomiędzy systemem opieki społecznej i systemem opieki zdrowotnej. W naszej rzeczywistości oba systemy ze sobą raczej rywalizują i przerzucają się obowiązkami i odpowiedzialnością.

**Musimy dążyć do systemu, w którym to pacjent będzie w centrum uwagi.**