

Skalowanie innowacji społecznej "Opieka domowa na terenach wiejskich"

Model opieki domowej na obszarach wiejskich



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Nowy model hospicjum domowego

„Nowy model funkcjonowania hospicjum domowego na terenach wiejskich” został opracowany i sprawdzony w praktyce przez **Fundację Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie.**

Przetestowany przez Fundację Hospicjum Proroka Eliasza nowy model hospicjum **domowego polega na rozszerzeniu zakresu wskazań do objęcia opieką hospicyjną osób chorych oraz uelastycznieniu opieki nad chorymi poprzez włączenie w nią przeszkolonych opiekunek.** Opiekunki te z jednej strony świadczą bezpośrednią opiekę nad chorymi, z drugiej wspierają – często starszych i schorowanych – opiekunów domowych.



Nowy model hospicjum domowego

Pilotaż modelu został przeprowadzony przez Fundację Hospicjum Proroka Eliasza na terenie pięciu gmin województwa podlaskiego, gdzie działa hospicjum: Michałowo, Gródek, Narew, Narewka oraz Zabłudów. Jest to obszar, na którym bardzo wyraźnie widać potrzebę poszukiwania nowych sposobów świadczenia usług, gdyż w wyludniających się i oddalonych od siebie wsiach żyje dużo osób w sędziwym wieku wymagających stałej opieki. Dotychczasowe sposoby świadczenia usług opiekuńczych i hospicyjnych okazują się tu dalece niewystarczające.





Nowy model hospicjum domowego

Model ten jest konsekwencją podejścia, które powinno stanowić podstawę filozofii działania zarówno opieki społecznej, jak i ochrony zdrowia. Łączy ze sobą te dwa obszary, umożliwiając holistyczne podejście do pacjentów. Zajmuje się jednocześnie **wspieraniem osób zależnych w ich lokalnej społeczności i unikaniem tak długo, jak to jest możliwe, umieszczania ich w domach pomocy społecznej lub hospicjach stacjonarnych.**



Problemy społeczne, na które odpowiada model



Niewystarczająca liczba miejsc świadczących profesjonalną opiekę - liczba miejsc w hospicjach jest w Polsce dwa razy mniejsza niż zalecają standardy Światowej Organizacji Zdrowia.

Ograniczenia we wskazaniach do opieki paliatywnej - Wskazania do opieki paliatywnej są określone w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia. Wypisano w nim jednostki chorobowe – prawie wyłącznie związane z nowotworami – które pozwalają na objęcie opieką paliatywną, pozostawiając poza listą wiele chorób, które zdaniem lekarzy specjalizujących się w medycynie paliatywnej powinny kwalifikować pacjenta do hospicjum.

Problemy społeczne, na które odpowiada model



Ograniczenia w rodzajach świadczeń - Choć z definicji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zawartej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia jednoznacznie wynika, że pozostający pod opieką hospicjum **chory powinien mieć zapewnioną wszechstronną opiekę, włącznie z „łagodzeniem cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”**, to w dalszej części rozporządzenia znajduje się zapis, iż **podopiecznemu hospicjum domowego nie przysługują świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**. Takie ograniczające opiekę zapisy rozporządzenia, a także wymuszona niewystarczającym finansowaniem opieki paliatywnej praktyka ogranicza opiekę nad umierającym chorym przede wszystkim do świadczeń medycznych i okołomedycznych.

Problemy społeczne, na które odpowiada model



Braki personelu i środków - Szacuje się, że liczba specjalistów medycyny paliatywnej (włączając w to także lekarzy w trakcie specjalizacji) jest w Polsce niższa niż liczba jednostek hospicyjnych (hospicja domowe stacjonarne, poradnie, oddziały szpitalne), niedobory personelu są więc – obok niedofinansowania – jednym z kluczowych problemów, z jakimi zmagają się hospicja.



Wyzwania dotyczące działalności hospicjów domowych na terenach wiejskich



dostęp do opieki zdrowotnej - Dostęp do opieki zdrowotnej na wsi jest 2–2,5 razy gorszy niż w mieście, liczba placówek medycznych na terenach wiejskich jest ponad dwukrotnie mniejsza niż w miastach, **skutki wyludniania wsi**, młodsze pokolenie wyjeżdża do miast za pracą i lepszym życiem, na wsiach zostają ludzie starzy, nierzadko samotni, mieszkający w coraz rzadziej zaludnionych wioskach

samotność - osoby starsze często nie mają już nikogo bliskiego, kto może im pomóc w chorobie i codziennej opiece,

wyzwania organizacyjne - Koszty funkcjonowania hospicjum domowego na dużym obszarze wiejskim z ograniczoną siecią transportu publicznego to także bardzo kosztowne dojazdy prywatnymi samochodami personelu do pacjentów zamieszkujących rozległy teren.



Istota „Nowego modelu hospicjum domowego na terenach wiejskich”



Zastosowanie **elastycznego modelu opieki hospicyjnej, obejmującego szerszy katalog schorzeń niż te przewidziane obecnie w koszyku świadczeń NFZ, umożliwia lepszą profilaktykę** i choć w przypadku chorych kwalifikujących się do opieki paliatywnej nie przynosi radykalnej poprawy stanu zdrowia, pozwala zapobiegać pojawianiu się powikłań, takich jak odleżyny czy zapalenia płuc, umożliwia lepsze funkcjonowanie oraz opóźnia pojawienie się nowych dolegliwości. W efekcie znacznie podnosi jakość życia nie tylko chorego, ale także jego opiekuna. **W dłuższej perspektywie przynosi to także pewne oszczędności dla systemu ochrony zdrowia**, gdy chory rzadziej korzysta z transportu medycznego, opieki szpitalnej czy dodatkowych leków.



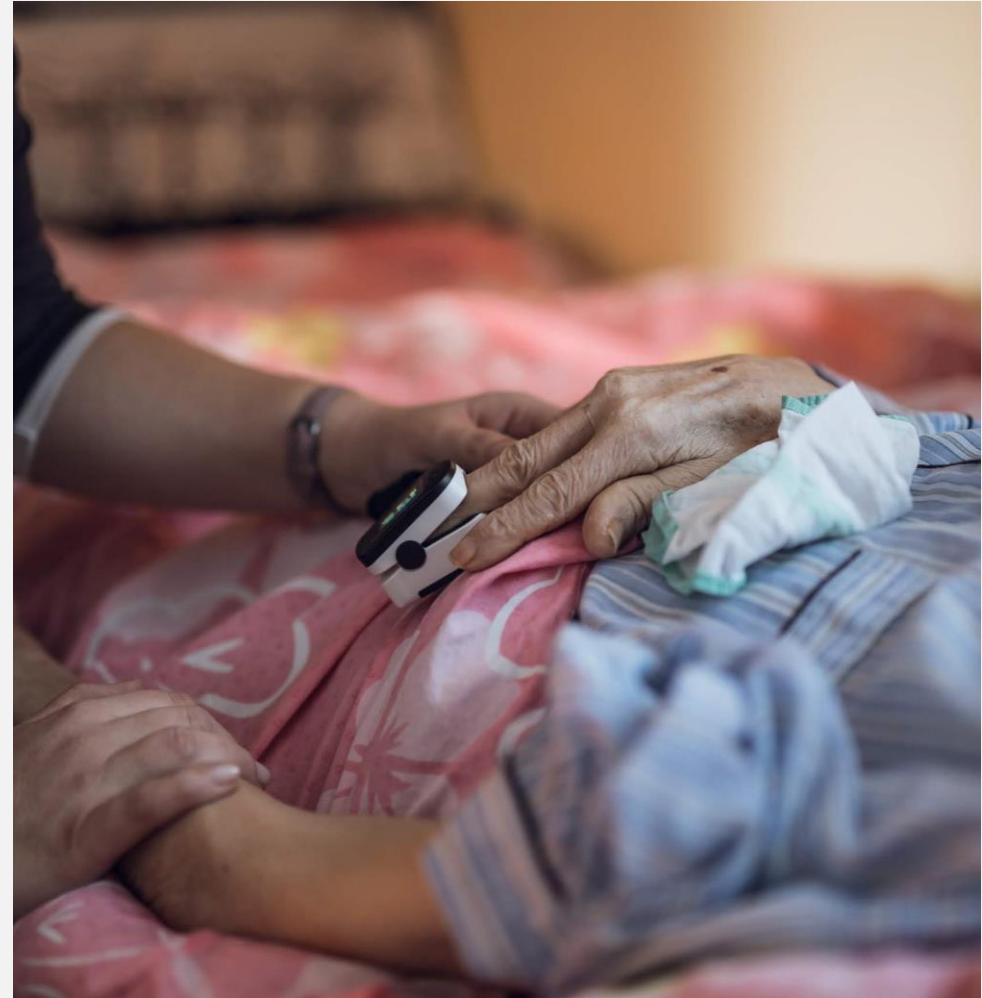


**Okres
realizacji
projektu
Skalowanie
innowacji
społecznej**

01.10.2021 – 30.11.2023

Model podlegający skalowaniu

- Skalowaniu podlega innowacja **Opieka domowa na terenach wiejskich**, która opiera się na dwóch filarach:
- a) dostosowaniu usług społecznych i zdrowotnych, świadczonych w formie domowej do rzeczywistych i indywidualnych potrzeb osób chorych;
 - a) na włączeniu do zespołu opieki domowej opiekunów/ek, które będą wspierać specjalistów w opiece nad chorymi oraz opiekunów chorych, często również chorych osób w podeszłym wieku.





Cele projektu

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

Cele szczegółowe:

1. dotarcie do potencjalnych Grantobiorców,
2. wybór minimum 20 realizatorów innowacji,
3. udzielenie podmiotom organizującym opiekę domową na terenach wiejskich wsparcia eksperckiego i finansowego w formie grantu,
4. określenie oraz wdrożenie optymalnego wykorzystania istniejących zasobów na terenie wdrażania innowacji (animacja środowisk lokalnych)
5. opracowania metodologii funkcjonowania opieki domowej na terenach wiejskich po ustaniu finansowania z projektów grantowych.

Grupa docelowa odbiorcy innowacji



Odbiorcy innowacji:

osoby, które w sposób bezpośredni skorzystają z innowacji w postaci opieki domowej:

- osoby dorosłe zamieszkujące tereny wiejskie,
- chorujące na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby, w przypadku których nie jest prowadzone leczenie przyczynowe,
- wymagające opieki;

opiekunowie tych osób

z obszaru całego kraju w zależności od zasięgu realizacji działań użytkowników innowacji (grantobiorców).



Granty

Co warto
wiedzieć?

**Wysokość
grantu**

50 000 – 100 000

**Czas realizacji
grantu**

8-12 miesięcy

Grupa odbiorców innowacji

8- 10 odbiorców



Przeznaczenie grantów

Skalowana innowacja obejmuje realizację działań podzielonych na następujące etapy:

1. budowa zespołu opieki domowej w składzie: **lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekunka psycholog**;
2. kwalifikowanie do opieki podczas pierwszej wizyty lekarza;
3. opracowanie indywidualnego planu usług dla każdej osoby chorej objętej opieką domową;
4. realizacja indywidualnego planu usług kierowanych do poszczególnych osób przez zespół opieki domowej;
5. regularne spotkania zespołu opieki domowej;
6. monitoring realizacji indywidualnego planu usług.



Trochę statystyk

Czyli jak przebiegał proces naboru i wyboru realizatorów grantów.

2

TYLE ODBYŁO SIĘ
NABORÓW FISZEK

90

TYLE FISZEK ZOSTAŁO
ZŁOŻONYCH

14

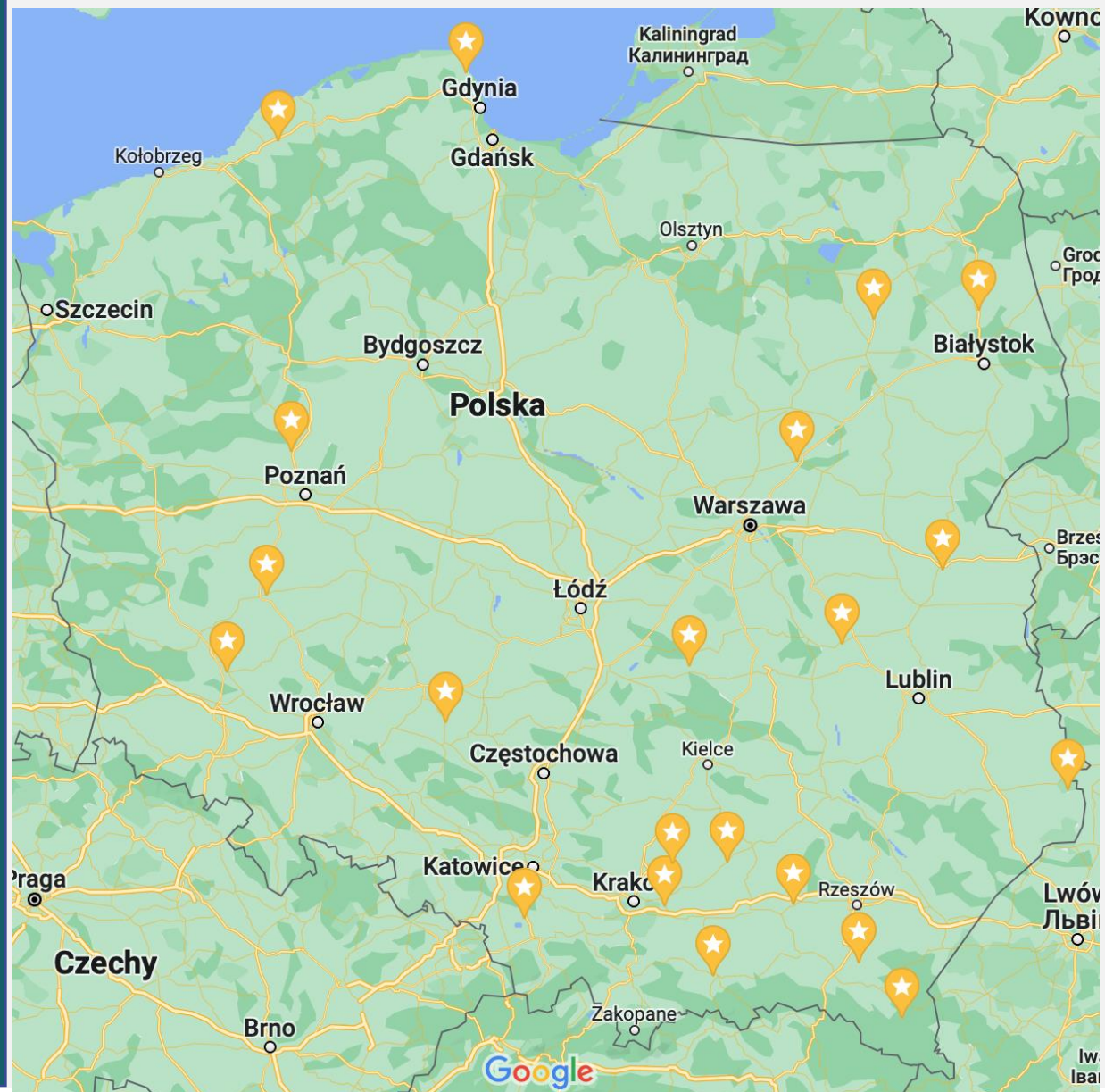
Z TYLU WOJEWÓDZTW
POCHODZĄ
GRANTOBIORCY

21

TYLU GRANTOBIORCÓW
OTRZYMAŁO WSPARCIE



Granty lokalizacje

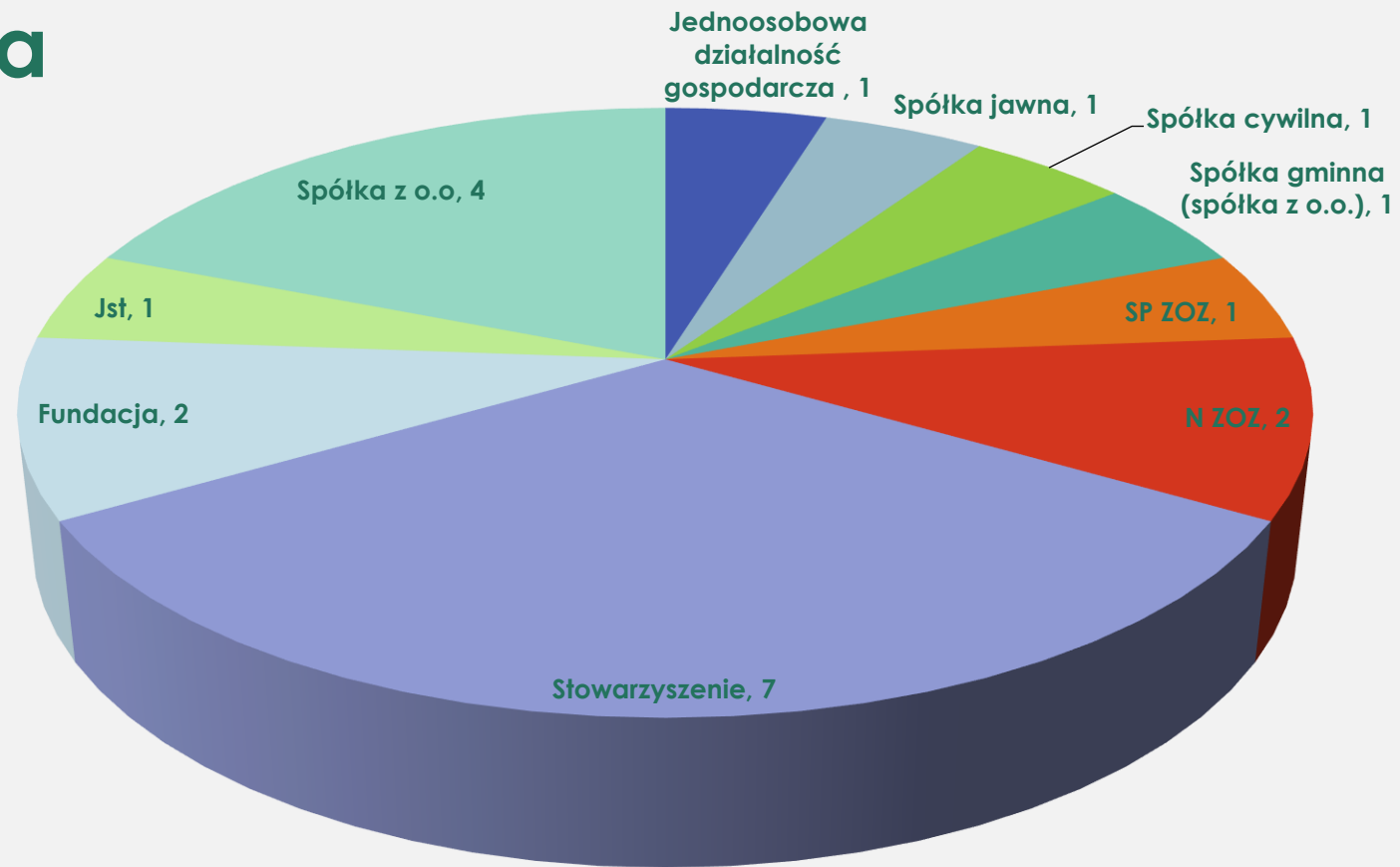


L.p	Nazwa Grantobiorcy	Województwo	Adres Grantobiorcy
1	Dom Gościnny S.C. Ewa Maria Kloza, Jadwiga Borsuk	podlaskie	Korycin
2	SPÓŁKA GMINNA PAŁEczNICA SPÓŁKA Z O.O.	małopolskie	Pałecznicza
3	Hospicjum św. Ojca Pio	śląskie	Pszczyna
4	Wspólnota Wolontariuszy Hospicyjnych „Ludzki Gest” im. JPll	wielkopolskie	Oborniki
5	Stowarzyszenie „Przystań” Mieniiany	lubelskie	Mieniiany / Hrubieszów
6	FUNDACJA W TROSCE O ŻYCIE	podkarpackie	Brzozów
7	Stowarzyszenie Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio	pomorskie	Puck
8	OpieQn sp. z o.o.	świętokrzyskie	Badrzychowice / Nowy Korczyn
9	Stowarzyszenie „Radość” w Dębicy	podkarpackie	Dębica
10	Dariusz Suchenek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AKACJA	mazowieckie	Wyszków

L.p	Nazwa Grantobiorcy	Województwo	Adres Grantobiorcy
11	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARS MEDICA	zachodniopomorskie	Sławno
12	Stowarzyszenie KOLORY	wielkopolskie	Leszno
13	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim	lubelskie	Międzyrzec Podlaski
14	Beata Hajnus Centrum Medyczne Bieszczady	podkarpackie	Polańczyk
15	"PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	małopolskie	Nowy Sącz
16	Idea MED Sp. z o.o.	małopolskie	Niepołomice
17	Fundacja "Hospicjum-Razem możemy więcej"	lubelskie	Dęblin
18	Stowarzyszenie Hospicjum Ziemi Kluczborskiej Św. Ojca Pio	opolskie	Byczyna
19	Medycyna Rodzinna Wójcik sp.j.	łódzkie	Drzewica
20	NZOZ Ośrodek Medycyny Pracy Sp. z o.o	dolnośląskie	Lubin
21	Gmina Stawiski	podlaskie	Stawiski



Grantobiorcy - struktura





Na jakim etapie projektu jesteśmy?

- Przeprowadziliśmy dwa nabory wniosków – wyłoniliśmy 21 Grantobiorców
- Przeprowadziliśmy dwa cykle szkoleniowe Akademii Innowatora
- Grantobiorcy opracowali 21 Planów Wdrażania Innowacji
- Podpisaliśmy 21 umów o powierzenie grantów
- 21 grantów jest w trakcie realizacji
- Grantami zostało objętych ponad 230 odbiorców innowacji
- Zrealizowaliśmy w październiku 2022 wizytę studyjną Grantobiorców w Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie.





Na jakim etapie projektu jesteśmy?

- Przeprowadziliśmy 21 wizyt monitorujących w miejscach realizacji grantów
- Prowadzimy działania animacyjne i doradcze przede wszystkim w obszarze działań hospicyjnych jak również angażowania społeczności lokalnej
- Prowadzimy analizę efektów skalowanego rozwiązania oraz działania upowszechniające model



Analiza finansowa

- stawki lekarza opieki domowej – **od 50 zł/h do 300 zł/h**
- stawki za opiekę pielęgniarską – **od 40 zł/h do 180 zł/h**
- godzinowe stawki opiekunek/ów – **od 26 zł/h do 61 zł/h**
- miesięczne stawki opiekunek/ów – **od 4 400 zł do 5 840 zł**
- wynagrodzenie fizjoterapeuty – **od 61 zł/h do 160 zł/h**
- wynagrodzenie psychologa - **od 61 zł/h do 230 zł/h**
- koordynacja opieki domowej – **od 402 zł/mies. do 1 500 zł/mies.***

*nie wszystkie podmioty uwzględniły ten koszt w granicie

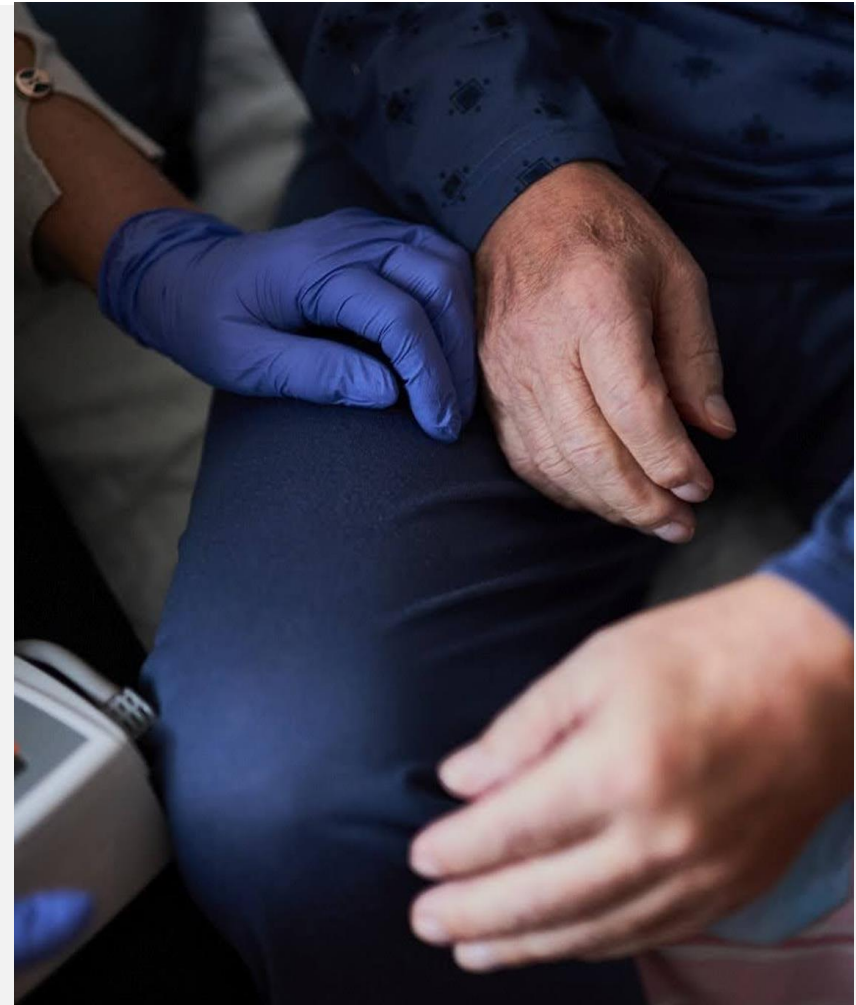


Analiza finansowa

Dodatkowe osoby zaangażowane do opieki:

- dietetyk – **od 45 zł/h do 120 zł/h**
- logopeda – **120 zł/h**
- terapeuta środowiskowy – **120 zł/h**

- Dojazdy do pacjentów:
- od wliczonych w stawki godzinowe – do ponad 600 zł/miesięcznie





Analiza finansowa

Wyposażenie:

- torby medyczne dla pielęgniarek i opiekunek – **śr. 1 200 zł/sztuka**
- drobny sprzęt rehabilitacyjny – **średnio 500 zł**
- drobny sprzęt medyczny – **od 3 000 zł do 5 000 zł**
- sprzęt do wypożyczania (łóżka, materace, wózki itp.)- **2 000 – 10 000 zł**
- materiały zużywalne, jednorazowe – **500 – 4 500 zł:**





Analiza – wnioski

STRUKTURA

- Opieka domowa może być prowadzona z powodzeniem przez różne podmioty zajmujące się świadczeniem usług medycznych, niezależnie od ich wielkości, struktury, umocowania prawnego.
- Opieka domowa jest doskonałym uzupełnieniem podstawowego koszyka świadczeń POZ.
- Zatrudnienie opiekunek (we wszystkich przypadkach są to kobiety) znacząco odciążało pielęgniarki i lekarzy specjalistów, jednocześnie zapewniło bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem.





Analiza – wnioski

ZADANIA

- Wprowadzenie wsparcie specjalistycznego – np. psychologicznego czy logopedycznego wymaga od zespołu opieki medycznej przygotowania podopiecznego i jego opiekunów rodzinnych do takiej formy pomocy i przekonania o jej potrzebie.
- Comiesięczne (lub częstsze) spotkania zespołu opieki domowej pozwalają na modyfikacje harmonogramu wsparcia poszczególnych pacjentów i umożliwiają bardziej spersonalizowane dopasowanie usługi.





Analiza – wnioski

KADRA

- Kluczową kwestią jest organizacja dojazdu do pacjenta, w większości przypadków wykorzystywane są prywatne samochody.
- W wielu powiatach jest mało wykwalifikowanych osób mogących świadczyć usługi opiekuńcze.
- Stawki płacone personelowi powinny uwzględniać uwarunkowania lokalne – średnią płacę w danym regionie, koszt dojazdu do pacjentów itp.





Analiza – wnioski

PODZIAŁ KOMPETENCJI

- Opiekunki mogłyby w miarę możliwości zdobywać nowe kompetencje, na przykład w zakresie flebotomii, zakładania opatrunków specjalistycznych, a także zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki, co odciążałoby je przy prostych zabiegach. W obecnym systemie taki np. kurs wkłuć dożylnych trwa trzy semestry, co jest nieadekwatne do skali trudności.
- Warto by było usprawnić przepływ informacji pomiędzy instytucjami działającymi na danym terenie, żeby uniknąć powielania usług (na przykład opieka świadczona przez GOPS i opieka medyczna), lub zaplanować ich wzajemne uzupełnianie się.



Analiza – wnioski

WOLONTARIAT

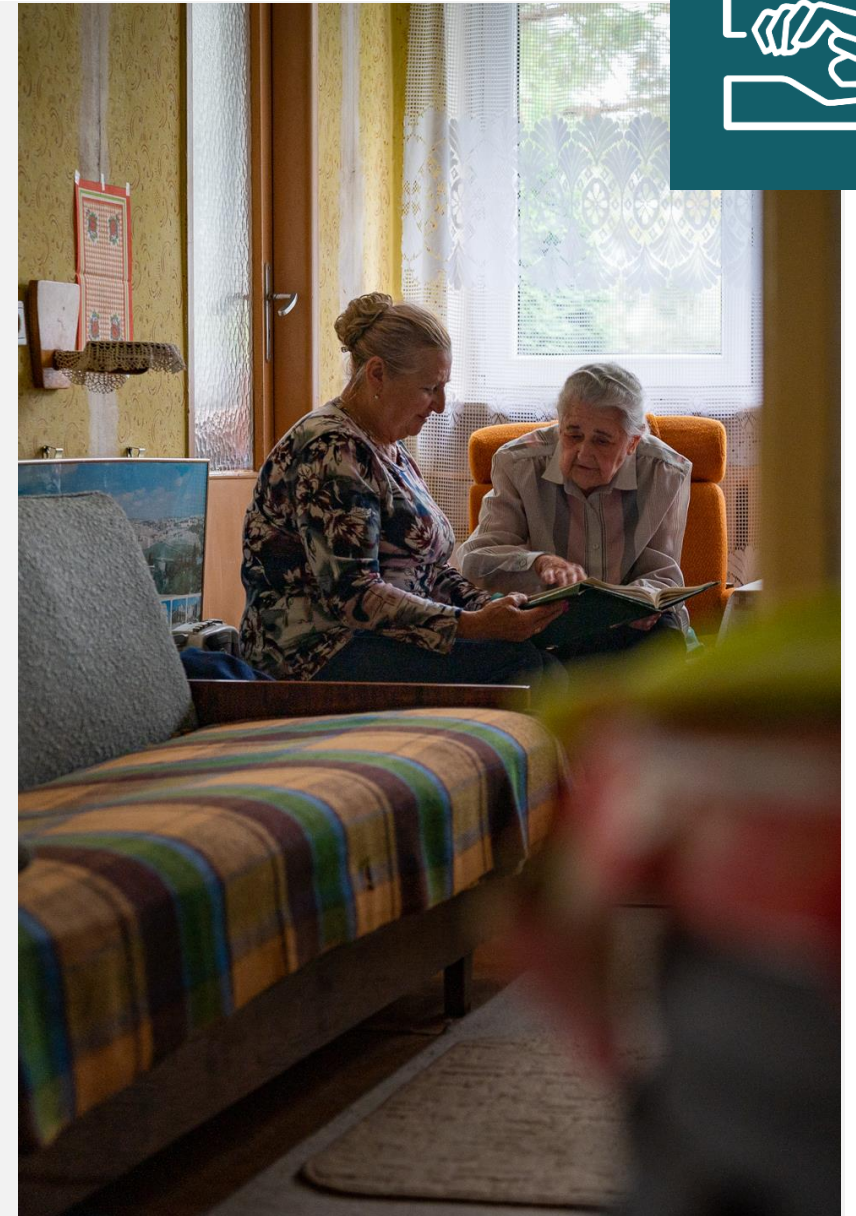
- W szkołach ciekawą formą są lekcje poświęcone opiece nad osobami starszymi i zależnymi, pretekstem bywa np. przygotowanie kartek z życzeniami świątecznymi.
- Środowiska lokalne – sąsiedzi, lokalne organizacje pozarządowe niezbyt chętnie włączają się do pomocy, jeśli już – to jest to raczej doraźna pomoc przy sprzątnięciu, zorganizowaniu paczek świątecznych czy dowiezieniu opału.





Co przed nami?

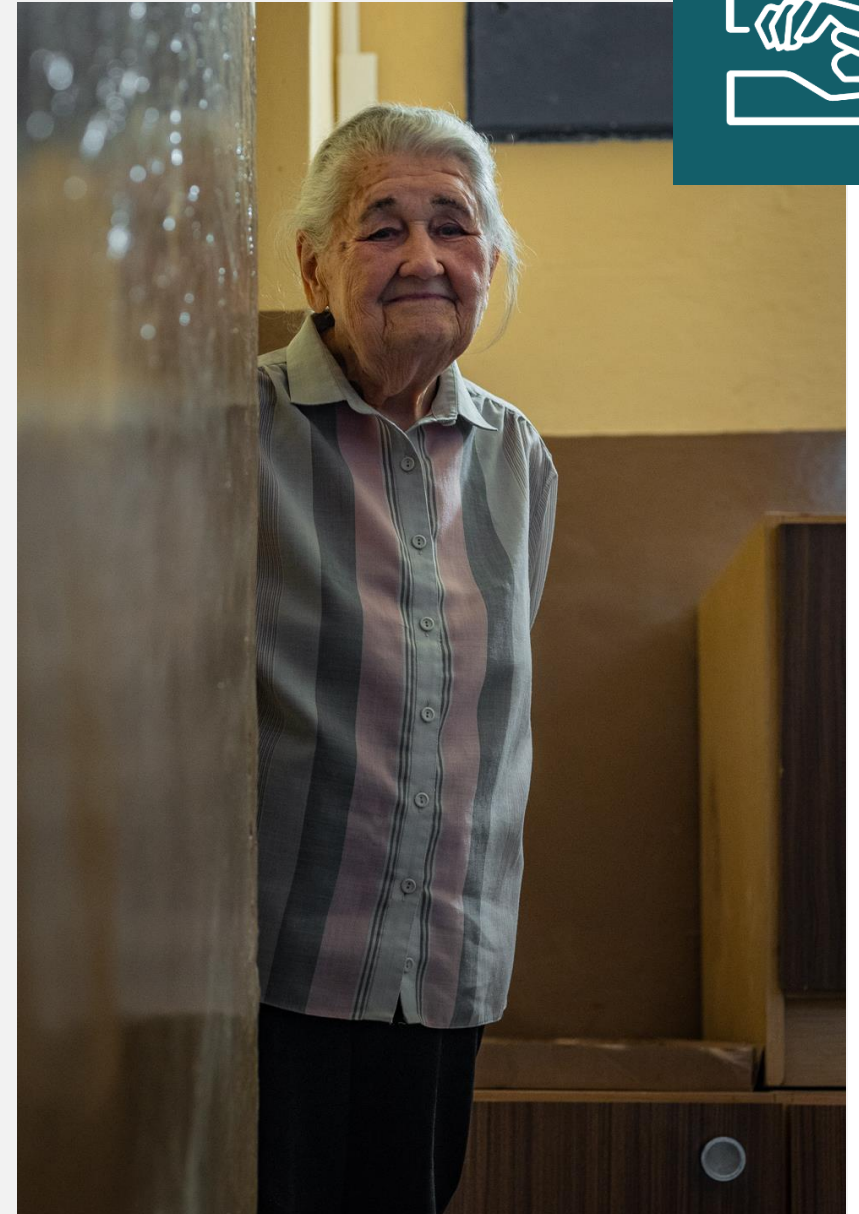
- Weryfikacja sprawozdań cząstkowych
- Wypłata kolejnych transz grantów i rozliczenie grantów
- Analiza efektywności skalowanego rozwiązania
- Działania upowszechniające: konferencja, seminaria regionalne (4), publikacje
- Kontynuacja działań edukacyjnych i animacyjnych w tym sieciowanie lokalnych podmiotów na rzecz opieki nad osobami zależnymi





Sukcesy:

- Duże zainteresowanie naborami – 90 złożonych fiszek
- Duże zaangażowanie Grantobiorców i chęć współpracy i edukacji
- Duże zainteresowanie możliwością wzięcia udziału w grantcie
- Efektywne działania animacyjne w tym integracja lokalnych podmiotów na kształt sieci wsparcia
- Zainteresowanie podmiotów, środowisk i instytucji efektami skalowanej innowacji



Wyzwania:

- Krótki termin realizacji projektu grantowego, konieczność dużej kumulacji działań w krótkim okresie
- Rotacja odbiorców innowacji – konieczność wymiany pacjentów
- Trudności ze znalezieniem kadry do zespołów opieki domowej – duże zapotrzebowanie na rynku na specjalistów medycznych i opiekunki
- Trudności z zachowaniem stabilności finansowej – inflacja, drożejące ceny usług ale także np. dojazdów do pacjentów
- Duże koszty związane z dojazdami opiekunek i personelu do pacjentów



Wyzwania strategiczne:

- Zapewnienie rozbudzonych potrzeb w społecznościach – Jak finansować tego typu wsparcie w przyszłości?
- Czy tego typu usługi mogą być finansowane z EFS w programach regionalnych?
- Czy jest możliwe łączenie w ramach środków EFS usług społecznych i medycznych?
- Czy jest możliwe finansowanie opiekunek medycznych w ramach kontraktów NFZ?
- Czy warto wprowadzać opiekunki do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej – POZ czy też NZOZ?





**Dziękujemy
za uwagę**

