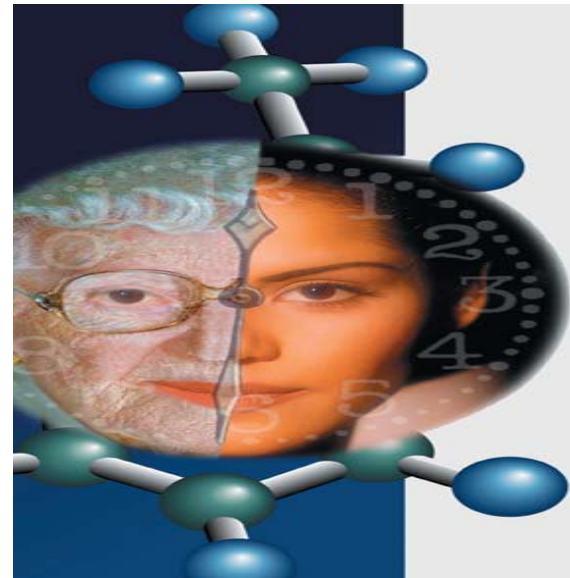




Program
Uczenie się
przez całe życie

ZINTEGROWANY SYSTEM OPIEKI DOMOWEJ DLA PACJENTÓW DŁUGOTERMINOWO CHORYCH



mgr Konopa Monika



STATYSTYKA

- Polska należy do krajów o średnim poziomie starości demograficznej.
- U progu 1999 roku odsetek ludzi przekraczających 60 rok życia wynosił 16,4%.
- W 2005 r 13% to osoby po 65 r.
- Zgodnie z prognozą GUS na rok 2020 odsetek takich osób w Polsce ma osiągnąć 22,4%, a co czwarta z nich przekroczy 75 lat.



STATYSTYKA DŁUGOTERMINOWA

- W 2006 roku powstała Opieka Długoterminowa Domowa
- W **2010** r. funkcjonowało łącznie **467 zakładów opieki długoterminowej**, o 3% (14) więcej niż w 2009 r. oraz **67 hospicjów** – o 13,6% (8) więcej niż w 2009 r. Dysponowały one łącznie 26,1 tys. łóżek (8% więcej niż w 2009), objęły opieką **stacjonarną 68,2 tys. osób** (wzrost o 6,1% w por. z 2009 r.).
- **Opieką domową objęto 4,4 tys. osób (podobnie jak w 2009 r.), głównie w hospicjach (2 tys. osób) oraz przez zespoły opieki domowej (2,2 tys. osób)** funkcjonujące przy zakładach opieki długoterminowej.
- 79% pacjentów zakładów opieki długoterminowej stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat, 56%—osoby 75 i więcej lat.
- W 2009 r. usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej objęły 5,1% ogółu wydatków na ochronę zdrowia.



KRAJOWY RAPORT SPOŁECZNY 2012

-koordynacja i zintegrowanie systemu

- Rada EPSCO z 17 czerwca 2011r. poparła opinię Komitetu Ochrony Socjalnej (SPC) z 23 maja 2011r. o „Wzmocnieniu Otwartej Metody Koordynacji w polityce społecznej w kontekście Strategii Europa 2020 [10405/11].” Rada EPSCO podkreśliła tym samym znaczenie regularnego corocznego raportowania przez państwa członkowskie na temat ich strategii i osiągniętego postępu w dziedzinie ochrony socjalnej i włączenia społecznego.
- Pierwszy raz sprawozdania były przedłożone w 2012 r., w formie Krajowego Raportu Społecznego (KRS). Celem KRS jest uzupełnienie Krajowego Programu Reform (KPR), o trzy dziedziny będące **przedmiotem otwartej metody koordynacji w sferze polityki społecznej: włączenie społeczne, emerytury, ochrona zdrowia i opieka długoterminowa.**
- W ten sposób oba dokumenty (KPR i KRS) przyczynią się do lepszego odzwierciedlenia społecznego wymiaru Strategii Europa 2020. KRS jest przedkładany przewodniczącemu Komitetu Ochrony Socjalnej (SPC) oraz dyrektorowi generalnemu DG EMPL w Komisji Europejskiej.



Priorytety zintegrowanej opieki w Polsce

W kontekście starzenia się społeczeństw oraz podnoszenia wieku emerytalnego i działań zmierzających do dłuższego pozostawania na rynku pracy, kluczowe staje się nie tylko wydłużanie średniej oczekiwanej długości życia, ale również zapewnienie większej liczby lat przeżytych w zdrowiu, a więc i dłuższej aktywności zawodowej.

○W przypadku Polski liczba lat przeżytych w zdrowiu zmniejsza się, co może stanowić poważne zagrożenie w realizacji działań zmierzających do dłuższego pozostawania na rynku pracy. Z tego powodu konieczne wydaje się podkreślenie wagi zapewnienia odpowiedniego poziomu infrastruktury ochrony zdrowia, **odpowiedniej liczby kompetentnej kadry medycznej oraz prowadzenia działań mających na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa jako priorytetów rozwojowych.**

○Rozwój opieki długoterminowej ma w szczególności zmierzać do kompensowania utraconej sprawności. Przewidziano także działania mające na celu poprawę jakości i skuteczności opieki nad osobą starszą. Polskie priorytety zdrowotne zgodne są z przyjętymi przez Unię Europejską wieloletnimi programami zdrowotnymi oraz z celami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, przyjętego przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r., oraz ze Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013, przyjętą przez Radę Ministrów w 29 listopada 2006 roku.



Program

Uczenie się
przez całe życie

SYSTEM DOMOWY OBECNIE

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA w ramach

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA – LEKARZ,
PIELEGNIARKA PIERWSZEGO KONTAKTU- RODZINNA

A. PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W DOMU-
SKIEROWANIE OD LEKARZA POZ LUB SPECJALISTY
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

B. HOSPICYJNA OPIEKA PALIATYWNA DOMOWA- SKIEROWANIE
OD LEKARZA POZ LUB SPECJALISTY ONKOLOGA
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA płatna w całości

2. PRYWATNE FIRMY MEDYCZNE I ORGANIZACJE
POZARZĄDOWE ZATRUDNIAJĄCE PIELĘGNIARKI I OPIEKUNKI
DOMOWE.



SYSTEM DOMOWY OBECNIE

1. Opiekunki domowe Miejskich i Gminnych Ośrodków Opieki Społecznej
2. Opiekunki domowe prywatnych podmiotów gospodarczych i organizacji pozarządowych .
3. Opiekunki indywidualne – działalność gospodarcza
4. Opiekunki domowe nieformalne



Program
Uczenie się
przez całe życie

ZINTEGROWANIE SYSTEMU

ZINTEGROWANIE I SKOORDYNOWANIE MEDYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ WŁĄCZENIE W SYSTEM SPOŁECZNEJ OPIEKI JEST NIEZBĘDNE W CELU ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ.





ZINTEGROWANIE SYSTEMU OPIEKI DOMOWEJ



Finansowanie, które istnieje z dwóch ministerstw (Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) rozdziela zadania, a jednocześnie powoduje nakładanie się świadczeń i usług w sektorze opieki domowej:

- Pielęgniarki opieki długoterminowej domowej działają bez koordynacji z opiekunkami domowymi z Ośrodków Opieki Społecznej,
- Usługi prywatnego sektora pielęgniarek i opiekunek nie współpracują z sektorem publicznym – ubezpieczenia zdrowotnego,
- Opiekunki nieformalne nie współpracują w planie opieki pielęgniarskiej
- Brak koordynacji w działaniach opiekuńczych i pielęgniarskich pielęgniarek i opiekunek



Zintegrowanie medycznego systemu opieki:

-Brak informacji w szpitalach i płynności w przekazywaniu pacjenta do dalszej opieki po hospitalizacji. Pacjent wraca ze szpitala (oddany rodzinie) i dopiero rodzina szuka pomocy w różnych instytucjach publicznych lub prywatnych,

-Brak wsparcia Lekarza Podstawowej Opieki. Jeżeli rodzina sama się nie dowie i nie zwróci się do lekarza z prośbą o skierowanie do opieki domowej nie zawsze otrzymuje taką informację i propozycję.

-Brak zróżnicowania i podziału zadań procesu pielęgniarskiego pomiędzy pielęgniarką rodzinną POZ, która świadczy usługi doraźnie, np. podanie iniekcji, a pielęgniarkami opieki domowej długoterminowej, które opiekują się codziennie pacjentem.

Ośrodki stacjonarne np. Zakłady Pielęgniarsko-Lecznicze nie współpracują z Opieką Domową w momencie przekazywania chorego do domu gdy jego stan zdrowia się poprawi.



Program
Uczenie się
przez całe życie

INTEGRACJA I KOORDYNACJA OPIEKI





INTEGRACJA I KOORDYNACJA OPIEKI

Pacjent gubi się w „tłumie” różnorodnych ofert opieki, wielu jednostek, podmiotów gospodarczych,

I. Rola informacyjna, pokazująca wszystkie drogi i możliwości istniejące na rynku usług.

Brak działań koordynujących wszystkie jednostki publiczne i niepubliczne, prywatne podmioty gospodarcze, organizacje pozarządowe i indywidualne działalności.

II. Rola koordynująca – łącznik pomiędzy organizacjami

Konieczny jest łącznik pomiędzy jednostkami w celu poprawy jakości dostępu do usług.



Dziękuję za uwagę !

Projekt został zrealizowany przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej w ramach programu „Uczenie się przez całe życie”

Publikacja powstała w wyniku projektu zrealizowanego przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej w ramach programu „Uczenie się przez całe życie”. Publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko autora. Komisja Europejska ani Narodowa Agencja nie ponoszą odpowiedzialności za umieszczoną w niej zawartość merytoryczną ani za sposób wykorzystania zawartych w niej informacji.