

Deinstytucjonalizacja opieki – lokalne i środowiskowe formy opieki

Spotkanie robocze dotyczące deinstytucjonalizacji
i opieki środowiskowej
Ministerstwo Zdrowia
16 marca 2015 r.

- Fundusze europejskie mogą wesprzeć rozwój wysokiej jakości rodzinnych i środowiskowych form opieki, stanowiących alternatywę dla opieki instytucjonalnej oraz zapewnić dostępność tych usług wszystkim, którzy ich potrzebują.

Źródło: *Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r.)*

www.deinstitutionalisationguide.eu

- Deinstytucjonalizacja – to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług w środowisku (w tym usług zdrowotnych), mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych:
 - osobom z chorobami przewlekłymi,
 - osobom niepełnosprawnym,
 - osobom w podeszłym wieku,
 - dzieciom i młodzieży,
 - osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

- Deinstytucjonalizacja opieki – rozumiana jako proces obejmujący:
 1. rozwój w obrębie społeczności lokalnych zindywidualizowanych usług medycznych o wysokiej jakości, w tym o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym) umieszczeniu osoby podopiecznej w systemie opieki instytucjonalnej,
 2. przeniesienie zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług w środowisku lokalnym.

Przykład 1:


- Podmioty lecznicze obecnie udzielające gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej w formie świadczeń całodobowych, mogą poszerzać zakres swoich usług, np.
 - o usługi realizowane w środowisku pacjenta (wykonywane np. przez pielęgniarkę w ramach opieki paliatywno - hospicyjnej – domowej),
 - tworzyć wypożyczalnie sprzętu pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego ,
 - i świadczyć je we współpracy z innymi podmiotami w środowisku (organizacje pozarządowe statutowo zajmujące się opieką nad osobą zależną).

Przykład 2:

- Szpitale/oddziały szpitalne, mogą rozwijać alternatywne formy opieki pozaszpitalnej nad osobami niesamodzielnymi i zależnymi, takie jak tworzenie dziennych domów opieki medycznej/dzienne domy opiekuńczo - rehabilitacyjne, w tym również dla osób starszych.


Przykład 3:

- Środowiskowe praktyki pielęgniarские (pielęgniarka/położna POZ, pielęgniarka długoterminowej opieki domowej), w ramach których mogą być dofinansowane koszty usług pielęgniarских, będących uzupełnieniem świadczeń realizowanych w ramach kontraktu z NFZ lub wykraczających poza katalog świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ.



Opieka środowiskowa może obejmować szeroki zakres różnorodnych usług zdrowotnych pielęgniarских i opiekuńczych umożliwiającą życie osoby chorej i zależnej w domu i społeczności lokalnej z zapewnieniem dostępności do opieki stacjonarnej w sytuacjach okresowych.

W ramach opieki środowiskowej mogą być zapewnione podstawowe i specjalistyczne świadczenia pielęgniarские, opiekuńcze, rehabilitacyjne i terapeutyczne oraz wsparcie i koordynacja opieki.



Opieka środowiskowa może zawierać także różne formy opieki i terapii, w tym ośrodki dzienne, ośrodki opieki zastępczej oraz świadczenia realizowane z wykorzystaniem najnowszych technologii medycznych i informatycznych, takich jak np: tlenoterapia, żywienie dojelitowe, rehabilitacja domowa, leczenie ran, dializoterapia w warunkach domowych.

Propozycje nowych form deinstytucjonalizacji opieki :

1. Lokalne centra opieki domowej - zintegrowane centra opieki środowiskowej (domowej) i ambulatoryjnej, zapewniające skoordynowane usługi zdrowotne dla pacjentów i wsparcie dla opiekunów.

Podstawowe wymogi dla podmiotów ubiegających się o dofinansowanie:


- Uruchomienie formalnej instytucjonalnej współpracy z innymi podmiotami medycznymi i gospodarczymi działającymi na rzecz świadczeń opiekuńczych, środowiskowych i długoterminowych.
- Uruchomienie centrów opieki domowej i środowiskowej pełniących funkcje informacyjne, edukacyjne oraz platformę współpracy różnych podmiotów działających na rzecz opieki środowiskowej i domowej.
- Pełnienie funkcji Centre of Excellence w zakresie opieki środowiskowej na poziomie lokalnym/powiatowym na rzecz: pacjentów, opiekunów, władz lokalnych oraz zainteresowanych podmiotów medycznych.

Kryteria kwalifikacyjne dla lidera konsorcjum:


- doświadczenie w realizacji świadczeń opieki długoterminowej i środowiskowej w systemie NFZ,
- umowa o współpracy z podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne opieki długoterminowej, środowiskowej lub w obszarze POZ na tym samym terenie, co najmniej 3 podmioty medyczne,
- umowa o współpracy z podmiotami niemedycznymi działającymi na rzecz opieki środowiskowej i długoterminowej,
- uruchomienie wspólnego centrum koordynacyjno-informacyjnego (wartość dodana),
- poszerzenie zakresu usług dostępnych na poziomie lokalnych (wartość dodana).

Przedmiot finansowania:


- Prowadzenie działalności edukacyjno-szkoleniowej dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami zależnymi, w tym osobami starszymi,
- prowadzenie działalności informacyjno-koordynacyjnej w zakresie opieki domowej i środowiskowej na poziomie lokalnym,
- rozwój nowych produktów i form usług: pielęgniarstwa opieka domowa / domowa opieka opiekuna medycznego ośrodki dzienne, wypożyczalnie, centra e-monitoringu i teleopieki, ośrodki opieki zastępczej,
- rozwój infrastruktury dla opieki środowiskowej i domowej: samochody, sprzęt do teleopieki.



2. Interdyscyplinarny zespół opieki środowiskowej – powołany przy np. przy jednostkach samorządowych lub poz na rzecz pacjentów opuszczających szpitale lub ZOL i mających wskazanie do dalszych podstawowych świadczeń pielęgniarских, które powinny być zorganizowane w domu pacjenta.



Zadaniem Zespołu może być - po uzyskaniu od pracownika szpitala lub ZOL informacji o planowanym wypisie pacjenta do domu - zajęcie się tym pacjentem poprzez stworzenie indywidualnego planu opieki i wsparcia, w szczególności zabezpieczenie opieki medycznej, społecznej, rozeznanie środowiska w którym pacjent mieszka, zabezpieczenie pomocy ze strony rodziny, sąsiadów (po uprzednim ich przeszkoleniu), dostosowanie domu do potrzeb pacjenta, zabezpieczenie w potrzebny sprzęt rehabilitacyjny.



W skład zespołu mogą wchodzić pielęgniarki, opiekunowie medyczni, którzy będą współpracować z pracownikami opieki społecznej, osobisty rzecznik – dla pacjentów z problemami psychicznymi, itp.)


Zespół ten pełniłby rolę administracyjną na rzecz pacjenta, natomiast opiekę praktyczną przejęłyby podmioty współpracujące z gminą w tym zakresie (wyłonione w konkursach) np. organizacje pozarządowe, podmioty prywatne i inne.

Usługi lokalne o wysokiej jakości nie muszą kosztować więcej.

Porównania uwzględniające potrzeby pensjonariuszy oraz jakość opieki wykazały, że koszty opieki instytucjonalnej i usług świadczonych w obrębie społeczności są podobne.

Źródło: *Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi.*
Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r.)

www.deinstitutionalisationguide.eu



Działania jednostek samorządu terytorialnego mogą stać się podstawą do podjęcia w przyszłości działań legislacyjnych, których celem będzie systemowe wdrożenie „najlepszych praktyk” do systemu opieki zdrowotnej nad osobami niesamodzielnymi (starszymi) i ewentualne wyodrębnienie nowych produktów do objęcia finansowaniem (dofinansowaniem) NFZ.



Dziękuję za uwagę.