

Olsztyn, 20 czerwca 2017 r.

Stanowisko

Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 20 czerwca 2017 r.

w sprawie dostępności, organizacji oraz koordynacji opieki nad seniorami

Z uwagi na zmiany demograficzne zachodzące we współczesnym społeczeństwie i wynikającą z nich konieczność zapewnienia wysokiej jakości opieki nad osobami starszymi Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego, po analizie aktualnej sytuacji opieki długoterminowej i krótkoterminowej kierowanej do seniorów z udziałem specjalistów – praktyków sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej z województwa warmińsko-mazurskiego, wskazuje na potrzebę podjęcia następujących działań w kierunku doskonalenia funkcjonującego systemu opiekuńczo-leczniczego:

1. Przy lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej lub ośrodku pomocy społecznej powinien działać **zespół koordynacyjny** składający się głównie z pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego. Zadaniem zespołu byłaby koordynacja pomocy, której należy udzielić osobie starszej i jej rodzinie z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.
2. Należy wprowadzić akt prawny regulujący współpracę szpitala z placówkami zapewniającymi całodobową opiekę czasową lub bezterminową wskazujący organizację koordynacji działań w celu umieszczenia osoby wymagającej dalszej opieki po zakończeniu leczenia, w tym osoby bezdomnej po leczeniu szpitalnym. Powinien być powołany koordynator, który będzie odpowiedzialny za realizację tego zadania (np. koordynator wojewódzki ds. opieki na wzór wojewódzkiego koordynatora ds. ratownictwa medycznego).
3. W celu upowszechnienia w społeczeństwie informacji o dostępie do świadczeń zdrowotnych należy promować aplikację dotyczącą dostępu do świadczeń zdrowotnych.
4. Należy zwiększyć dostępność do specjalistów z zakresu geriatrici. Ważna jest promocja i ułatwienie zdobycia kwalifikacji w tym zakresie ze względu na zbyt małą liczbę specjalistów (jedynie 7 specjalistów w województwie warmińsko-mazurskim).
5. Lekarz rodzinny, który zdobędzie specjalizację w zakresie geriatrici, powinien być dodatkowo punktowany (uzyskać dodatkowe bonusy rankingujące przy kontraktowaniu z NFZ), co będzie zachętą do podejmowania specjalizacji w tym zakresie.
6. Ministerstwo Zdrowia powinno przeprowadzić wśród lekarzy rodzinnych kampanię informacyjną dotyczącą zjawiska niekorzystnych interakcji leków (polipragmazji). Na podstawie informacji zbieranych przez Światowe Centrum Monitorowania Leków, zjawisko niekorzystnych interakcji lekowych występuje u 100% pacjentów przyjmujących co najmniej 7 leków, zaś na podstawie badań prowadzonych w Polsce - 5 leków. Należy zwiększyć świadomość i odpowiedzialność lekarza POZ w zakresie koordynacji i nadzoru nad farmakoterapią pacjentów, szczególnie seniorów, którzy mają zlecane leki przez wielu specjalistów.

7. Należy zwiększać asortyment leków refundowanych przeznaczonych dla pacjentów powyżej 75. roku życia (Ministerstwo Zdrowia).
8. Niezwłocznie należy podjąć starania w kierunku skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi medyczne (Ministerstwo Zdrowia).
9. Należy promować i zachęcać do kształcenia w zawodach: pielęgniarki, lekarza i opiekuna medycznego, zainteresowanych pracą z seniorami, opieką długoterminową, geriatryczną, paliatywną.
10. Należy wprowadzić przepis umożliwiający uzyskanie dofinansowania realizacji zadań na rzecz osób niepełnosprawnych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych również placówkom zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku podmiotom gospodarczym, które odprowadzają odpowiednie składki na rzecz PFRON.
11. Konieczne jest stworzenie możliwości sprawnego pozyskiwania informacji o wolnych miejscach w placówkach zapewniających całodobową opiekę. Proponowanym narzędziem jest Centralna Aplikacja Statystyczna.
12. Konieczny jest rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych kierowanych do osób starszych oraz zwiększenie do nich dostępności.
13. Z uwagi na specyfikę schorzeń, w ustawie o pomocy społecznej konieczne jest wprowadzenie odrębnej kategorii domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z chorobą Alzheimera i demencją.
14. Należy ujednoczyć przepisy regulujące zasady odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej ze świadczenia rentowego lub emerytalnego. Przepisy ubezpieczeń społecznych mówią o potrąceniu 65% świadczenia brutto, natomiast przepisy ustawy o pomocy społecznej o 70% świadczenia netto. Powoduje to nieporozumienia przy rozliczaniu kosztów pobytu w placówce oraz niepokój mieszkańców domów pomocy społecznej.
15. Rodzinny wywiad środowiskowy decydujący o przyznaniu specjalnego zasiłku opiekuńczego na mocy ustawy o świadczeniach rodzinnych powinien być przeprowadzany w miejscu zamieszkania osoby, która wymaga opieki.
16. Należy wprowadzić przepis pozwalający zachować prawo do zasiłku z tytułu niepełnosprawności, osobie, która w świetle aktualnych przepisów po ukończeniu 75. roku życia, nabywając prawo do zasiłku opiekuńczego, traci prawo do zasiłku z tytułu niepełnosprawności. Kwoty tych świadczeń powinny być takie same i waloryzowane przynajmniej raz w roku.
17. Należy wprowadzić przepis wskazujący, że zasiłek pielęgnacyjny nie jest wliczany do dochodu.
18. Należy wprowadzić przepis umożliwiający pracownikom domu pomocy społecznej pozyskiwanie danych dotyczących m.in. stanu zdrowia osoby skierowanej do danej placówki.
19. Ważne jest stworzenie prawnej możliwości organizacji w ramach systemu pomocy społecznej czasowej opieki nad osobą straszą, tzw. opieki wytchnieniowej.
20. Powinna zostać wprowadzona możliwość prawna świadczenia pomocy sąsiedzkiej z uregulowaniem zasad i źródeł odpłatności za świadczenie takiej pomocy.
21. Konieczna jest intensyfikacja realizacji działań w ramach polityki senioralnej instytucji państwowych, samorządowych i prywatnych, przeprowadzanie kampanii społecznych uwrażliwiających na potrzeby i problemy osób starszych, włączanie do realizacji polityki senioralnej jak największej liczby podmiotów w tym organizacji pozarządowych. Instytucje publiczne (np. kulturalne) powinny posiadać specjalne oferty dla seniorów. W budżecie państwa należy przeznaczyć więcej środków na politykę senioralną.

22. Rekomenduje się podjęcie działań regionalnych mających na celu zwiększenie dostępu do kompleksowych informacji o możliwościach pomocy osobom starszym i ich rodzinom oraz zasadach postępowania w różnych trudnych sytuacjach (link, strona).
23. Konieczne jest systematyczne powoływanie klubów seniora i wydłużenie możliwości przebywania w dziennym domu pomocy społecznej.
24. Konieczne jest tworzenie placówek specjalistycznych z terapią dla osób starszych z problemami wynikającymi z nadużywania alkoholu, powinna funkcjonować przynajmniej jedna na terenie gminy.

*Przewodniczący
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego
Województwa Warmińsko-Mazurskiego
Gustaw Marek Brzezin*

Stanowisko otrzymują:

1. Pan Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia,
2. Elżbieta Rafalska, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
3. Henryka Bochniarz, Przewodnicząca Rady Dialogu Społecznego,
4. Krystyna Lewkowicz, Przewodnicząca Obywatelskiego Parlamentu Seniorów,
5. Aleksander Pieczkin, Przewodniczący Warmińsko-Mazurskiego Zespołu Obywatelskiego Parlamentu Seniorów,
6. Elżbieta Szwałkiewicz – Przewodnicząca „Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym”,
7. Elżbieta Skaskiewicz – Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, w Olsztynie,
8. Ewa Kordaczuk – Dyrektor Domu Opieki „Laurentius”,
9. Andrzej Zakrzewski – Dyrektor NFZ Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie,
10. Małgorzata Tubis – NFZ Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie
11. Zenona Ćwiklińska – Dyrektor DPS „Kombatant” w Olsztynie,
12. Małgorzata Jadczyk - Pracownik Szpitala Powiatowego w Bartoszycach,
13. Eugenia Barcz – Warmińsko-Mazurski Uniwersytet Trzeciego Wieku.