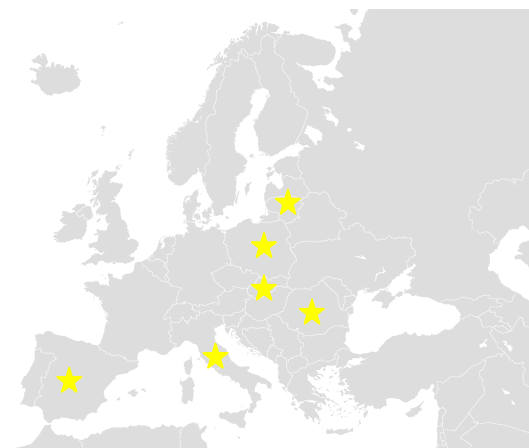


Opieka Zdrowotna w Szpitalach i Opieka Domowa

Raport Międzynarodowy



Numer Projektu: 517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Koordynator: Presidio Sanitario Gradenigo

Raport powstał w okresie: 1 listopada 2011 – 30 kwietnia 2012

Spis treści

Wstęp.....	3
1. System opieki zdrowotnej w krajach partnerskich	4
2. Główne trendy w krajach partnerskich.....	14
3. Instytucje zarządzające systemem opieki zdrowotnej na poziomie krajowym	23
4. Polityka w zakresie poprawy i rozwoju systemu opieki zdrowotnej, w tym zdrowotnej opieki domowej.....	32
5. Strategie i inicjatywy mające na celu polepszenie stanu, organizacji i dostępności do zdrowotnej opieki domowej.....	37
6. System kształcenia kadr medycznych w zakresie profesjonalnej opieki zdrowotnej	46
7. Dobre praktyki.....	56
8. Wnioski	70
9. Bibliografia	71



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Opieka Zdrowotnych w Szpitalach i Opieka Domowa

Raport Międzynarodowy

Sabrina Grigolo

Presidio Sanitario Gradenigo

Turyń, Włochy

sabrina.grigolo@gradenigo.it

Wstęp

Każdy Kraj Partnerski ma swoją własną historię, kulturę oraz własny sposób na organizowanie usług i zarządzanie usługami zdrowotnymi.

Heppy to eksperymentalny projekt, w którym staramy się między innymi opisać systemy opieki zdrowotnej w krajach partnerskich oraz ich podejście do Medycyny Narracyjnej. W projekcie Heppy stosujemy perspektywę integracji systemu usług zdrowotnych i poprawy wyników terapii.

Medycyna Narracyjna, Pedagogika Rodziny oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia są elementami innowacyjnymi, które, po zastosowaniu ich w kilku adekwatnych przypadkach, staną się strategiami mającymi na celu poprawę jakości opieki nad pacjentami.

Raport międzynarodowy jest rezultatem pracy zespołowej. Do stworzenia go przyczynili się wszyscy partnerzy projektu, realizując następujące zadania :

- 1. zaangażowanie opiekunów społecznych, pracowników służby zdrowia i pacjentów*
- 2. zbieranie opisów narracyjnych od uczestników projektu*
- 3. raport dotyczący systemu opieki zdrowotnej*
- 4. raport dotyczący stanu i organizacji zdrowotnej opieki domowej*
- 5. zatwierdzenie raportu międzynarodowego*

Każdy z partnerów przyczynił się w istotny sposób do napisania niniejszego raportu.

Chciałabym podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w stworzenie raportów krajowych, a w szczególności firmie „PIXEL” za nadzorowanie pracy wszystkich partnerów.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

1. System Opieki Zdrowotnej w Krajach Partnerskich

We **Włoszech** zdrowie jest traktowane jako fundamentalne prawo każdej jednostki. Co ważne, Państwo zapewnia nieodpłatną opiekę medyczną dla osób ubogich. Żaden z obywateli nie może zostać zobligowany do poddania się leczeniu, chyba że zezwala na to prawo. Przede wszystkim jednak należy pamiętać o szacunku do drugiego człowieka i nie przekraczać pewnych granic, nawet jeśli jest to zgodne z prawem.

Podstawowe zasady obowiązujące w systemie opieki zdrowotnej we Włoszech są następujące:

- Publiczna odpowiedzialność za opiekę zdrowotną
- Uszanowanie drugiego człowieka
- Równy dostęp do opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli
- Odpowiedzialne i oszczędne korzystanie z zasobów
- Publiczne finansowanie opieki zdrowotnej poprzez ogólne opodatkowanie

Zgodnie z Ustawą nr 833 z 1978 roku zwaną "Legge di riforma sanitaria" (Reforma dot. opieki zdrowotnej) System Opieki Zdrowotnej jest stworzony w celu zabezpieczenia zdrowia fizycznego i psychicznego jako podstawowego prawa jednostki (Artykuł 1).

Włoski System Opieki Zdrowotnej jest regulowany zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym.

Na szczeblu krajowym, Rząd Centralny i Ministerstwo Zdrowia zajmują się sprawami dotyczącymi podstawowych zasad zdrowotnych, ustalonych w ustawach i wytycznych oraz określeniem zasadniczych poziomów opieki zdrowotnej, oraz usług, które system ma zapewnić wszystkim obywatelom bezpłatnie lub po uiszczeniu pewnej opłaty i dla których Ministerstwo Zdrowia jest gwarantem na poziomie krajowym. Na szczeblu regionalnym, 19 Regionów i 2 prowincje autonomiczne funkcjonują jako ogólne władze ustawodawcze i administracyjne, a ich rola polega na ustanowieniu i organizacji struktur opieki zdrowotnej i usług zdrowotnych. Władze Regionów są również bezpośrednio odpowiedzialne za lokalne oferty usług zdrowotnych, które powinny być dostosowane do wymogów terytorialnych. Władze krajowe i regionalne muszą pamiętać o zapewnieniu równych praw w zakresie opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli.

Narodowy Plan Zdrowia, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia, Władze Regionów, syndykaty i innych partnerów, określa wytyczne dla włoskiej polityki zdrowotnej, które muszą być zatwierdzone podczas posiedzenia władz Państwa i Regionów.

Obszar działalności i odpowiedzialności służb medycznych jest określony przez Dekrety Ministerialne ustanawiające profile zawodowe i przez system kształcenia, jak również przez konkretne kodeksy postępowania.

W dziedzinie pielęgniarstwa, położnictwa, rehabilitacji, opieki zdrowotnej i profilaktyki, Władze Regionów mają wymagane kompetencje, jeśli chodzi o identyfikację i tworzenie profili pracowników publicznej służby. Jednak identyfikacja nowych zawodów dla jednej z dziedzin określonych w artykułach 1, 2, 3 i 4 ustawy z dnia 10 sierpnia 2000 r., nr 251 (pielęgniarstwo, położnictwo, rehabilitacja, opieka zdrowotna i profilaktyka), których wykonywanie musi być uznane na terenie całego kraju, odbywa się podczas transpozycji dyrektyw UE, z inicjatywy państwa lub Regionów, z uwzględnieniem wymagań dotyczących celów zdrowotnych przewidzianych w Narodowym Planie Zdrowia lub w regionalnych planach zdrowotnych. Przy określaniu funkcji nowych zawodów należy unikać powtórzeń, a dokładniej nie mogą one się pokrywać z już istniejącymi specjalizacjami.

Ministerstwo Zdrowia we Włoszech zajmuje się opracowywaniem zarówno jakościowych jak i ilościowych potrzeb Krajowej Służby Zdrowia dotyczących wykwalifikowanego personelu medycznego.

Obecnie, we Włoszech są 22 rodzaje uznanych zawodów medycznych. Około 500 000 osób jest zatrudnionych w dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa, rehabilitacji, opieki zdrowotnej, profilaktyki.

W grupie osób zatrudnionych w tych dziedzinach znajdują się:

- Lekarz odpowiedzialny za opiekę domową,
- Lekarz Higienista i Lekarz w Ośrodku Medycyny Prewencyjnej,
- Lekarz rodzinny, Lekarz Pierwszego Kontakt,
- Pielęgniarka
- Psycholog
- Pedagog
- Opiekun społeczny,
- Opiekun zdrowotny

W kontekście zdrowia i opieki społecznej, warto wspomnieć o: a) działalności służby zdrowia o znaczeniu społecznym, czyli te działania mające na celu promocję zdrowia, zapobieganie, wykrywanie, usuwanie i powstrzymywanie patologii wrodzonych i nabytych, b) działalności społecznej o znaczeniu opiekuńczym, tj. wszystkie czynności wykonywane przez system społeczny, które mają na celu wspieranie ludzi w potrzebie, z problemami wykluczenia społecznego, osób niepełnosprawnych; c) pomoc zdrowotna i społeczna, charakteryzująca się znaczeniem terapeutycznym, dotycząca głównie pomaganiu matkom i dzieciom, osobom starszym, niepełnosprawnym, z zaburzeniami psychicznymi, z uzależnieniami, zakażonymi HIV, osobami niezdolnymi do pracy lub z niepełnosprawnością wynikająca z warunków przewlekłych-zwyrodnieniowych.

Taki podział próbuje rzucić światło na jeden z centralnych punktów w dziedzinie pielęgniarstwa, dotyczący kompetencji w zakresie zarządzania, na poziomie planowania oraz w odniesieniu do obciążeń finansowych, gdyż takie funkcje mają wspólne interesy zarówno dla Regionalnej Służby Zdrowia, jeśli chodzi o aspekty bezpośrednio związane z opieką zdrowotną jak i dla Gmin, w przypadku profili, które są bardziej związane z pomocą społeczną.

W wyniku wejścia w życie nowego Tytułu V Konstytucji, możliwe jest zróżnicowanie danej dyscypliny na szczeblu regionalnym. W każdym przypadku, niezależnie od rodzaju zmian czy rozwiązań w danej dziedzinie działalności społecznej, Państwo zachowuje wyłączne kompetencje legislacyjne, kierując się zasadami dotyczącymi prawa obywatelskiego, które muszą być zagwarantowane na terytorium całego kraju.

Zadanie zapewnienia opieki zdrowotnej i integracji społecznej jest przypisane Regionom, funkcjonującym jako lokalne jednostki odpowiedzialne za świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług związanych z działalnością społeczną, jak również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w takich przypadkach, w których nie zapewniają tego gminy.

Wśród różnych sposobów promocji zdrowia i integracji społecznej, znajdują się zbieżność obszarów społecznych z okręgami sanitarnymi i zintegrowane planowanie, promowane przez różne instrumenty: porozumienie w sprawie opieki społecznej i działań zdrowotnych Programu Działania Wspólnoty (PAT), który określa środki w zakresie integracji opieki zdrowotnej i społecznej, jak również lokalizację obiektów; udziału Konferencji Burmistrzów w kontroli realizacji celów w sektorze zdrowia; porozumienia programowe między lokalnymi jednostkami zdrowia/Gminami.

W szczególności, ustawa 328/2000 dotyczy problemu związku między obszarem opieki zdrowotnej a obszarem opieki społecznej i ma na celu ułatwienie prawdziwej integracji tych dwóch obszarów. Ponadto, ustawa dotyczy koordynacji między planowaniem strefowym i powiatowym, gdzie to gminy powinny zapewnić mapę z lokalizacjami ośrodków opieki zdrowotnej i społecznej, oczywiście sporządzoną w zgodzie z lokalną jednostką sanitarną.

Odpowiednie zaplanowanie opieki zdrowotnej i społecznej, ustalenie zintegrowanych ścieżek ma na celu zapewnienie jej ciągłości, co jest kluczowym czynnikiem przy leczeniu pacjentów.

Hiszpański System Opieki Zdrowotnej jest złożony i ma swoje korzenie w konstytucji hiszpańskiej z 1978, który uznaje prawo wszystkich Hiszpanów do ochrony zdrowia. Ponadto, artykuł 43 Konstytucji stanowi, że "do kompetencji władz publicznych należy organizacja zdrowia publicznego i zapewnienie odpowiednich usług."

Ustawa z roku 1986 dotyczyła zasady decentralizacji oraz stanowiła podstawę ustalenia 17 podsystemów zdrowotnych, które współpracują ze sobą. W 2002 r. proces przeniesienia kompetencji zdrowotnych od państwa do Wspólnot Autonomicznych zakończył się i teraz w Hiszpanii jest 17 podsystemów zdrowotnych oraz obowiązują ogólne ramy.

System Opieki Zdrowotnej opiera się na zasadzie równości, czyli każdy Hiszpan ma takie same prawa, niezależnie od stosunku pracy, sytuacji społecznej lub osobistej. Państwo jest odpowiedzialne za utrzymanie tej zasady, przy uwzględnieniu różnic, które mogą wynikać z istnienia wielości systemów, organów i kompetencji.

Zasady jakie obowiązują w Hiszpanii to:

- **Uniwersalność:** Świadczenie usług zdrowotnych obejmuje całą ludność Hiszpanii, niezależnie od tego czy pracują czy nie. Usługi zdrowotne obejmują również cudzoziemców, o ile są zarejestrowani w miejskim rejestrze. W Hiszpanii obowiązuje finansowanie mieszane, czyli poprzez składki na ubezpieczenie społeczne i podatki.
- **Dekoncentracja:** Odpowiednie rozmieszczenie ośrodków zdrowotnych na terenie całego kraju, reagowanie na zmiany, podążanie za społeczeństwem.
- **Decentralizacja:** Władze autonomiczne odpowiadają za świadczenie usług zdrowotnych i są w rzeczywistości głównymi dostawcami tych usług w Hiszpanii.

Jeśli chodzi o podział organizacyjny, System Opieki Zdrowotnej obejmuje kilka poziomów. W odniesieniu do organizacji terytorialnej wyróżniamy:

- **Dział Zdrowotny:** Dział ten ma na celu ustanowienie ogólnych ram i zasad dla hiszpańskiego Krajowego Systemu Zdrowia.
- **Wspólnoty Autonomiczne:** Mają uprawnienia prawne dotyczące organizacji służby zdrowia i mogą one podejmować decyzje w odniesieniu do poziomu wydatków, priorytetów i systemów zarządzania. Ale nie mogą odmówić pomocy osobie, która jej potrzebuje. Według ustawy o Systemie Zdrowotnym i zasady ustanowionej dekoncentracji, służba zdrowia musi być zorganizowana w obszarach zdrowia i podstawowych strefach zintegrowanych z nimi, za określenie granic terytorialnych są odpowiedzialne Wspólnoty Autonomiczne. Są one definiowane biorąc pod uwagę geograficzne, kulturowe, społeczne, infrastrukturalne i inne kryteria zbliżeniowe oprócz kryteriów demograficznych (obszar obejmuje od 200,000 do 250,000 ludzi, podczas gdy podstawowa strefa od 5,000 do 25,000).

W odniesieniu do organizacji usług zdrowotnych, możemy wyróżnić dwa poziomy pomocy:

- **Pomoc Podstawowa:** Ten poziom dotyczy rozwiązywania często powtarzających się problemów zdrowotnych, zajmuje się wykonywaniem podstawowych badań, odpowiada za ocenę ryzyka i ewentualne skierowanie pacjenta na leczenie specjalistyczne. Poziom ten jest najbliższy obywatela, jest dostępny całą dobę, w nagłych przypadkach obejmuje pacjenta opieką domową. Na tym poziomie pacjentami opiekuje się lekarz rodzinny.
- **Pomoc Specjalistyczna:** Jest to drugi poziom systemu i jest on dostępny tylko za skierowaniem uzyskanym na poziomie podstawowej pomocy. Poziom ten zajmuje się bardziej specjalistycznymi i złożonymi metodami i technikami diagnozy. Te specjalistyczne działania mają miejsce w szpitalach, których jest, co najmniej, jeden na strefę. Oba poziomy są koordynowane w celu zapewnienie najlepszej opieki medycznej i najbardziej efektywnego wykorzystania zasobów całego Systemu Opieki Zdrowotnej.

Hiszpański Narodowy System Zdrowia obejmuje w ramach podstawowej pomocy tak zwaną "Opiekę Domową". Tego rodzaju pomoc jest oferowana przez lekarzy rodzinnych i pielęgniarki z danego obszaru (w tym udzielanie pomocy przez telefon lub przy pomocy nowych technologii). Zarówno

lekarze rodzinni jak i pielęgniarki są odpowiedzialni za tego rodzaju opiekę, jednak można powiedzieć, że pielęgniarki są dużo bardziej zaangażowane w tego rodzaju działalność.

Ustawa z 1986 roku, wprowadza do systemu zdrowia tzw. wizyty domowe. Obejmują one nie tylko leczenie pacjenta ale także działania profilaktyczne.

Tego rodzaju działanie, w ramach podstawowej pomocy, ma następujące cele: Research (dotyczący stanu zdrowia obywateli); Pomoc przy zaspokajaniu różnych potrzeb zdrowotnych; Edukacja pacjenta – zalecenia i przeciwwskazania. Zatem, ten rodzaj pomocy jest dosyć złożony, dotyczy zapobiegania jak i opieki paliatywnej.

Aby być pewnym, że program został dobrze wdrożony należy prowadzić rejestr działalności. Co więcej, opieka nad pacjentami musi się odbywać według następujących zasad: Jednakowy stosunek do każdego pacjenta, każdy obywatel ma prawo do tego rodzaju opieki; Decentralizacja, konieczności uwzględnienia różnych rozgraniczeń; Chęć ze strony pacjenta; Rozwaga przy wykorzystywaniu odpowiednich zasobów dla różnego rodzaju interwencji; Normalizacja, w sensie nie izolowanie pacjentów, a zapewnianie im opieki w ich codziennym środowisku.

Poza podejściem ściśle sanitarnym jest też podejście społeczno-sanitarne, ustalone w jednej z ustaw z Ogólnego Systemu Ochrony Zdrowia z 1986 roku. Podejście to, w 2006 roku zostało szczególnie podkreślone w jednej z dodatkowych ustaw i definiuje ono zależność pacjenta jako kwestię zdrowotną i społeczną, uznając, że zależność jest związana z ograniczeniami spowodowanymi przez chorobę/niepełnosprawność. W Hiszpanii starzenie się społeczeństwa jest większym problemem niż w jakimkolwiek innym kraju na świecie. Osoby zależne to te, które potrzebują pomocy innej osoby w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb czy wykonywania podstawowych czynności.

Koordinacja pomiędzy pomocą społeczną i opieką domową (zapewnianą przez lekarza rodzinnego lub przez szpital - specjalistyczne usługi) jest niezbędna, aby zapewnić integralną uwagę, która poprawia sytuację chorych. Głównym zadaniem do spełnienia jest zapewnienie dostępu do niezbędnych usług i zasobów, które przyczynią się do poprawy stanu zdrowia pacjentów.

Wszystkie działania muszą odbywać się zgodnie z zasadami określonymi Konstytucją z 1978 r. oraz w ustawie regulującej system opieki zdrowotnej, czyli: Uniwersalność; Racjonalizacji wydatków; Dostępność do różnego rodzaju usług; Decentralizacja.

Prawo w Hiszpanii zwraca uwagę na szczególną sytuację niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Poza dostępem do publicznych usług zdrowotnych, opiekę oferują różne instytucje i fundacje, które powstają po to, aby te osoby miały nieustanny dostęp do usług zdrowotnych.

Właściwie w Hiszpanii możemy wyróżnić dwa krajowe główne programy dotyczące opieki zdrowotnej. Dzieje się tak ze względu na to, że tak został stworzony system. Każda wspólnota autonomiczna samodzielnie organizuje własną służbę zdrowia zgodnie z hiszpańskim modelem decentralizacji. To oznacza, że bardzo trudno jest mówić o jednorodnych programach czy trendach.

Do tych dwóch programów krajowych, wspomnianych powyżej, zaliczamy program skierowany do osób niepełnosprawnych ruchowo, które nie mogą same wybrać się do gabinetu lekarza, dlatego też oferowana jest im pomoc w ich domach. Oraz program dla osób nieuleczalnie chorych, który zapewnia pomoc pacjentom i pomaga ich rodzinom w ostatnich chwilach życia pacjenta.

Te dwa programy są częścią podstawowego poziomu opieki i obejmują całą Hiszpanię. Inne usługi mogą zostać określone przez poszczególne regiony. Te inne usługi, takie jak opieka paliatywna, lub leczenie konkretnych chorób, takich jak AIDS lub EPOC, są częścią pomocy specjalistycznej i mogą być różne w zależności od regionu Hiszpanii.

W 2009 roku, zarys reorganizacji **litewskiego systemu opieki zdrowotnej** został zaprojektowany, ustanawiając główne kierunki tych zmian. Rząd wprowadził program dotyczący restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej i usług zdrowotnych, który przewidywał rozmieszczenie instytucji szpitalnych na trzech poziomach - lokalnym, regionalnym i krajowym – każde dostarczało szereg usług bez powielania ich. Sieć instytucji szpitalnych i struktury usług zdrowotnych zostały zoptymalizowane dla realizacji programu w 2010 roku. Oszczędności były przeznaczone na rozwój umiejętności lekarzy rodzinnych oraz konsultantów przychodni specjalistycznych.

Zgodnie z konkretnymi działaniami zaplanowanymi w programie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej i usług zdrowotnych, zatwierdzonym przez Zarządzenie nr V-1114 wydane przez Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Litewskiej dnia 30 grudnia 2009 r. (3) aż 16 ośrodków opieki zdrowotnej zostało połączonych w większe szpitale. W 2010 roku, z 81 szpitali pozostało 65. Z powodu tych zmian, poważne dyskusje miały miejsce w mediach i w Parlamencie.

Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za ogólny nadzór całego systemu opieki zdrowotnej. Jest zaangażowane w przygotowanie aktów prawnych oraz wydawanie regulacji. Istnieją 34 instytucje, które są podporządkowane Ministerstwu Zdrowia, w tym 8 szpitali i klinik. Połowa szpitali litewskich to szpitale ogólne. Istnieje także 36 szpitali specjalistycznych, trzy szpitale rehabilitacyjne i 33 sanatoria. Do lipca 2010 roku Ministerstwo Zdrowia zarządzało bezpośrednio 13 publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w kraju. Na poziomie regionalnym, okręg administracyjny reguluje sprawy dotyczące opieka szpitalna i specjalistyczna, przy współudziale Ministerstwa. Władze gmin często są odpowiedzialne za prowadzenie małych i średnich szpitali. Prowadzą też kilka zakładów opieki zdrowotnej.

Wraz ze spadkiem liczby publicznych zakładów opieki zdrowotnej, celem działań administracyjnych w Ministerstwie Zdrowia stało się utrzymanie i rozwój szkolnictwa. Obecnie, Ministerstwo odpowiada za prowadzenie dwóch szpitali Litewskich dla celów dydaktycznych wraz z Państwowym Uniwersytetem Wileńskim oraz Uniwersytetem Medycznym w Kownie. Ministerstwo Zdrowia ma całkowitą odpowiedzialność za wydajność systemu zdrowia publicznego. Poprzez Państwowe Centrum Zdrowia Publicznego, Ministerstwo zarządza siecią instytucji, w tym dziesięcioma powiatowymi ośrodkami zdrowia z ich lokalnymi oddziałami (w sumie 50 instytucji).

Na poziomie regionalnym, każdy z dziesięciu powiatów ma swojego starostę, który jest mianowany przez rząd litewski i jest odpowiedzialny za realizację polityki państwa w wielu dziedzinach, w tym w dziedzinie opieki zdrowotnej. Niektórzy dostawcy usług zdrowotnych (szpitale powiatowe, specjalistyczne placówki służby zdrowia) są zarządzane przez administrację powiatu. Podejmowanie decyzji w grupie dostawców wymaga udziału Ministerstwa Zdrowia. Okręgi są odpowiedzialne za realizowanie programów zdrowotnych państwa w swoich regionach.

Krajowe badania wśród pacjentów i pracowników służby zdrowia w 2010 r. wykazały, że dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej na obszarach miejskich jest dużo gorszy niż na obszarach wiejskich. W dużych miastach średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego wynosi 4,2 dni, a na obszarach wiejskich 2 dni.

Można stwierdzić, iż system ubezpieczeń zdrowotnych w **Rumunii** do 1989 roku, a nawet kilka lat później, charakteryzował centralizm i ograniczona wolność wyboru. W związku z powyższym, cele reformy z 1998 roku były następujące:

- zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów;
- poprawa relacji lekarz – pacjent;
- poprawa stanu zdrowia ludności;
- zwiększenie poziomu satysfakcji pacjentów i pracowników służby zdrowia;
- solidarność i subsydiarność przy wykorzystywaniu funduszy;
- udział osób ubezpieczonych, państwa i pracodawców w zarządzaniu środkami Narodowego Funduszu Zdrowia;
- konkurencja wynikająca z wolności wyboru przy wyborze lekarzy;
- dostarczenie pakietu podstawowych usług zdrowotnych, sprawiedliwie i bez dyskryminacji któregośkolwiek ubezpieczonego;
- poufność dokumentacji medycznej.

Jedną z zasad systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Rumunii to również swoboda przy wyborze ubezpieczenia zdrowotnego: ubezpieczony nie jest związany z miastem, czy z krajem, w którym mieszka, sam może zdecydować gdzie będą kierowane jego pieniądze ze składek oraz informacje o jego stanie zdrowia.

Funkcje systemu ubezpieczeń zdrowotnych polegają głównie na pozyskiwaniu funduszy i zarządzaniu nimi.

Wkład każdej aktywnej osoby - bezpośrednio i przez pracodawcę - do tworzenia funduszu ubezpieczeń zdrowotnych jest obowiązkowy.

Ubezpieczenie zdrowotne składa się z: składek pracowników (5,5%) i pracodawców (5,2%), dotacji z budżetu państwa i budżetów lokalnych, inne dochody.

Miejsca przeznaczenia tych funduszy to: koszty administracyjne, operacyjne (max 3%) fundusz rezerwowany (1% udziału), płatność za leki i usługi medyczne (do 100%).

Oscylacyjna ewolucja przychodów i wydatków z funduszu zdrowia wskazuje na to, że władze rumuńskie nie ma spójnej strategii w zakresie zdrowia.

Głównym celem funduszu jest płacenie za leki i usługi medyczne, które dostarczają firmy i ośrodki z którymi podpisana została stosowna umowa, dostawcy są akredytowani przez Kolegium Lekarzy w Rumunii.

Rumuński system ochrony zdrowia nie jest efektywny, nie odnosi się do głównych problemów zdrowotnych swoich obywateli, koncentrując się przede wszystkim na leczeniu i opiece w szpitalach, mniej na opiece ambulatoryjnej i podstawowej opiece medycznej.

Niektóre krytyczne aspekty reformy ubezpieczeń zdrowotnych w Rumunii mogą prowadzić do:

- niedofinansowanie systemu opieki zdrowotnej;
- dowolne korzystanie z zasobów;
- brak integracji usług zdrowotnych;
- złe zarządzanie informacjami dotyczącymi zdrowia pacjentów;
- brak realnej kontroli jakości usług zdrowotnych.

Pomysłodawcy reform i rozwiązań, które mogłyby się odnosić do wspomnianych wyżej aspektów, muszą mieć na uwadze główny cel systemu opieki zdrowotnej, jakim jest poprawa stanu zdrowia obywateli Rumunii i sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych, które z kolei powinny być bezpieczne, skuteczne i szybkie. .

Obecnie, sporządzana jest nowa ustawa dotycząca organizacji funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rumunii, ustawa która budzi wiele dyskusji.

Radykalne polityczne, społeczne i gospodarcze zmiany wywołane przez Czechosłowację w listopadzie 1989 r. doprowadziły również do nowych reform w sektorze zdrowia. Po roku 1989, były widoczne niewielkie, ale na pewno potrzebne różnice w rozwoju systemów ochrony zdrowia w Republikach **Słowacji** i Czech.

Tabela 3: Średnia długość życia oraz jej wzrost.

		1960	1970	1980	1990	2001	2002
ŚREDNIA DŁUGOŚĆ ŻYCIA	MĘŻCZYŹNI	67.70	66.73	66.75	66.64	69.51	69.86
	KOBIETY	72.47	72.92	74.25	75.44	77.54	77.63
WZROST ŚREDNIEJ DŁUGOŚCI ŻYCIA	MĘŻCZYŹNI	..	-0.10	0.00	-0.01	0.29	0.03
	KOBIETY	..	0.05	0.13	0.12	0.21	0.01

Źródło: Zbiór Danych Statystycznych Republiki Słowacji z roku 2003.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

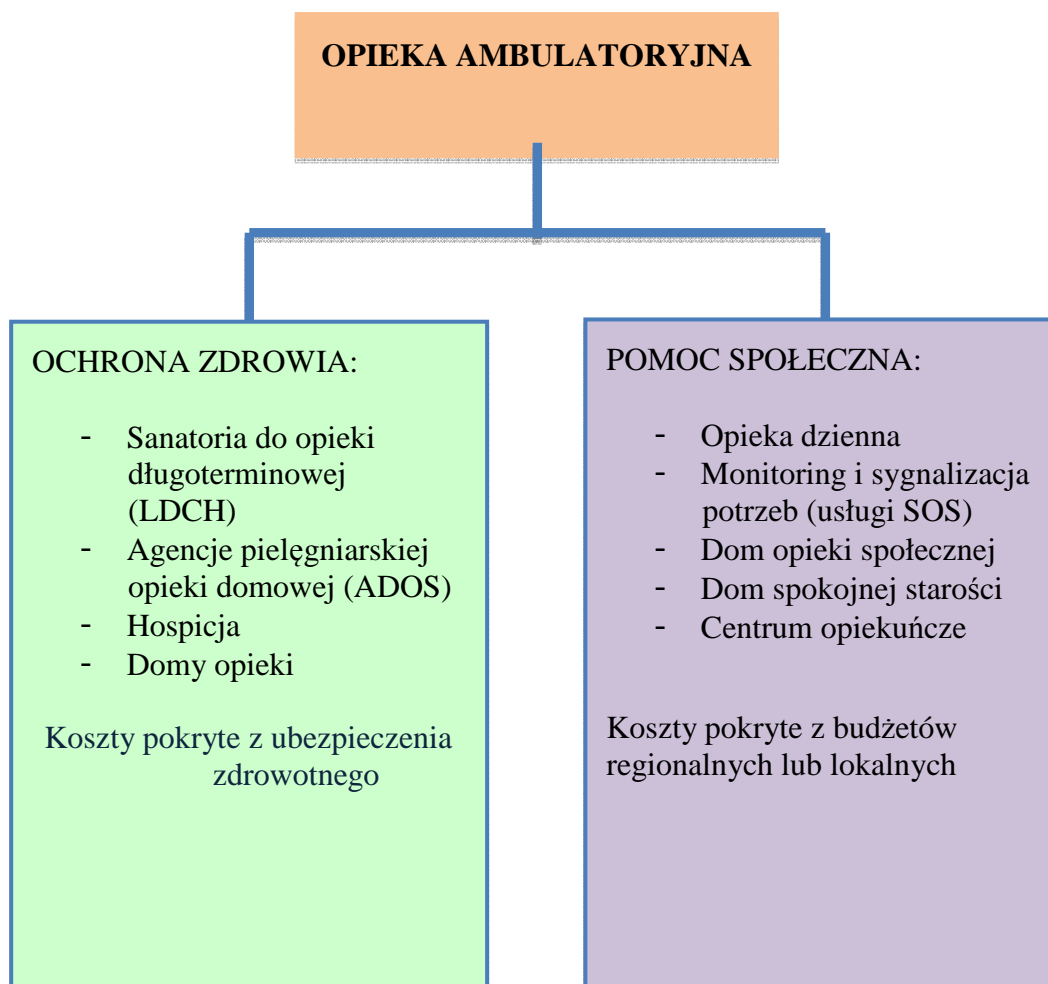
W Słowacji istnieje dość niepraktyczny podział opieki zdrowotnej i społecznej: niektórzy z dostawców są administrowani przez Ministerstwo Zdrowia (np. Agencje Opieki Domowej - ADOS, itp.), natomiast Ministerstwo Pracy, Spraw Socjalnych i Rodzinnych zarządza innego rodzaju usługami. Zatem, jeśli korzystamy z różnych usług, należy się ubiegać o zwrot kosztów do dwóch różnych organów. Usługi dostarczane przez lekarzy i specjalistów, pielęgniarki, usługi opiekuńczych są pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, a opieka społeczna, wyżywienie, transport są regulowane przez Ministerstwo Pracy, Spraw Socjalnych i Rodziny. Może się zdarzyć, że w zakładach opieki zdrowotnej lub w domu opieki, niektóre usługi nie są finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto, istnieją instytucje gdzie opieka pielęgniarska jest zapewniana ale jej koszty muszą być zwracane z ubezpieczenia zdrowotnego. Jednym słowem, brakuje zintegrowanego podejścia zorientowanego na pacjenta który wymaga opieki ambulatoryjnej dla tych. Opieka ambulatoryjna może się odbywać zarówno w szpitalu jak i w domu pacjenta.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Tabela 5: Opieka ambulatoryjna



W 2004 r. wprowadzono w życie ustawę nr 576/2004 dotyczącą systemu opieki zdrowotnej. Artykuł 5 tej ustawy określa domową opiekę pielęgniarską jako rodzaj opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne ze specjalnymi kompetencjami zgodnie z odpowiednimi procedurami. Opieka domowa jest formą opieki ambulatoryjnej oferowanej osobie, której stan zdrowia nie wymaga ciągłej hospitalizacji. Ustawa nr 751/2004 dotyczy minimalnych wymogów dla opieki domowej, 1 pielęgniarka przypada na 1 000 mieszkańców.

W 2008 r. wydatki za tego typu usługi wyniosły 1,90 mld €, co stanowi 0,5% wszystkich działań finansowanych z ubezpieczeń zdrowotnych, zatem kwota ta jest bardzo niska.

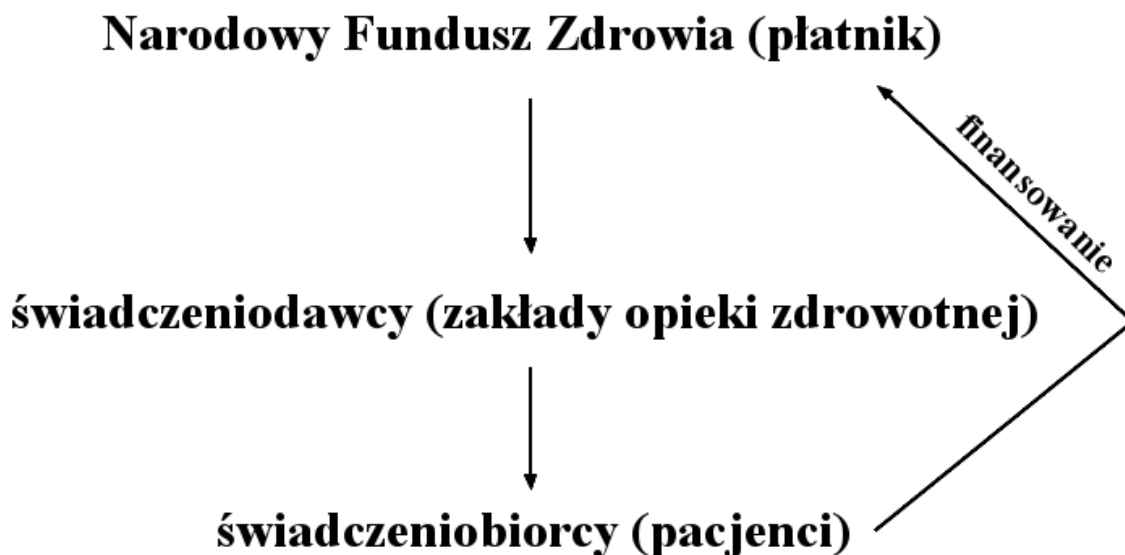
W zakładach opieki zdrowotnej jest możliwe, aby skorzystać z usług opieki społecznej, w przypadku braku umowy między placówkami, to do pacjenta lub rodziny należy zwrot kosztów takich usług.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, a konkretnie jej artykuł 68 stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia [1]. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym (obowiązkowe ubezpieczenie powszechne), a w jego skład wchodzi zespół osób i instytucji mających za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności.

System opieki zdrowotnej w Polsce koncentruje się na dostarczaniu świadczeń medycznych obywatelom. Cel ten realizowany jest poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej pacjentom (świadczeniobiorcom) przez zakłady opieki zdrowotnej (świadczeniodawców) przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). NFZ pełni w systemie rolę płatnika, kontraktując z zakładami opieki zdrowotnej usługi medyczne świadczone dla pacjentów oraz refundując leki. NFZ finansowany jest z środków publicznych, a konkretnie z środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wyniósł w 2008 roku prawie 49 miliardów złotych (ok. 10 miliardów euro) [2]. Rolę świadczeniodawców w systemie pełnią przede wszystkim samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) czyli szpitale, przychodnie, poradnie, ale również instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne czy pielęgniarek i położnych oraz apteki. Uproszczony schemat działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce przedstawiono na rycinie 1.

Podstawą systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest lekarz rodzinny funkcjonujący w strukturze zwanej Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ) i współpracujący z pielęgniarką środowiskową oraz położną. Odpowiedzialny jest on za leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej zapisanych do niego pacjentów. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz POZ wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej lub szpitala. Zasadniczym celem POZ jest utrzymywanie pacjentów w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej, a także leczenie najczęstszych schorzeń.



Rycina 1. Schemat systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Medycyna rodzinna wymaga interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, niemniej praktycznie najbardziej jest zbliżona do interny i pediatrii, dlatego często rolę lekarza POZ pełni nie specjalista medycyny rodzinnej, ale zespół złożony z internisty i pediatry. Zespół podstawowej opieki zdrowotnej składający się z lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki i położonej ściśle współpracuje podczas pełnienia swojej roli z pracownikami opieki społecznej oraz zespołami opieki paliatywnej.

2. Główne trendy w krajach partnerskich

W ostatnim dziesięcioleciu stosunek potrzeby/popytu na opiekę zdrowotną i świadczenie usług zdrowotnych zmienił się we **Włoszech** w istotny sposób, z powodu różnych czynników, takich jak: postępujące starzenie się ludności (ok. 20% mieszkańców Włoch ma więcej niż 65 lat); zmiana w strukturze rodzin; większa liczba chorób przewlekło-zwyrodnieniowych; rozwój medycyny i techniki.

Prognozy wskazują na wzrost długości życia. Może to spowodować również spadek jakości życia, gdyż problem niepełnosprawności często dotyka osoby starsze.

Świadczenia opieki zdrowotnej i opieki społecznej się zmieniały, z dużym spadkiem liczby łóżek szpitalnych, w tym samym czasie nastąpił powolny i nierównomierny wzrost w rozwoju usług lokalnych, gdzie wciąż jest wiele niepewności jeśli chodzi o referencje lekarzy i opiekunów.

Modele referencyjne weszły w okres kryzysu (kryzys w sektorze szpitalnym: leczenie choroby nie jest już jedynym wskaźnikiem interwencji medycznej; kryzys modelu społecznego: leczenie choroby jest integralną częścią "zdolności do życia" dla osoby w potrzebie, obejmuje wymiar afektywny, jak i stosunek społeczny), z potrzebą ponownego zdefiniowania priorytetów opieki domowej.

Cechy sprawiedliwego, skutecznego i efektywnego systemu opieki domowej, są wymienione poniżej:

- jest to system, który skupia się na pacjencie i jego rodzinie i promuje podmiotowość,
- jest to system jednolity charakteryzujący się silną integracją sektora zdrowia i opieki społecznej, tak aby te dwa różne rodzaje interwencji (zdrowotna lub społeczna) były na tym samym poziomie,
- jest to system, który inwestuje bardzo dużo w zakresie dostępności i działa intensywnie, aby zagwarantować niski próg dostępu oraz ciepłe i przyjazne powitanie,
- jest to system obdarzony silną zdolnością orientacji i pomocy osobom w potrzebie, dokładnością w ocenie potrzeb; jest w stanie monitorować jakość i efekty interwencji
- jest to system silnie zróżnicowany, ze znaczną obecnością nieformalnych sieci, skoncentrowanych na rodzinie, na pracy wolontariuszy, na trzecim sektorze. Przede wszystkim, system ten jest bardzo skupiony na rozpoznaniu, zapobieganiu i zwalczaniu izolacji i samotności ludzi i rodzin, którzy muszą sobie radzić z wieloma problemami.

Trzeci sektor będzie zaangażowany w sposób bardziej rozsądny. W pierwszej kolejności należy go traktować jako bodziec do innowacyjności i elastyczności usług oraz dyfuzji zasady wzajemności (co oznacza proporcjonalność usług) oraz zasady równoważnej wymiany.

Jeśli celem systemu ochrony osób znajdujących się w bardzo trudnym położeniu i osób chorych przewlekłe, jest niedopuszczenie do sytuacji w której zostaną sami lub ich stan się pogorszy, musimy zadać sobie pytanie, w jakim stopniu ich potrzeby mogą zostać spełnione w ramach interwencji publicznej (ostatecznie i tak zostaną spełnione tylko częściowo), ale także w jaki sposób i w jakim stopniu instytucje opiekuńcze (zarówno w opiece zdrowotnej i społecznej) mogą być naprawdę wiarygodne jako podmioty dyfuzji i wzmocnienia zasady wzajemności, która wiąże się z rozwojem społeczności lokalnej, solidarności i subsydiarności.

Centralnym punktem jest wciąż ustalenie, czy i jak publiczny system będzie w stanie nie tylko wzmocnić rozwój kapitału gospodarczego i finansowego, ale także społecznego. Nawet jeśli ten cel (wzrost kapitału ekonomicznego) jest rozsądny i wspólny, jest on z natury ograniczony, jeśli weźmiemy pod uwagę długoterminowe skutki (progresja popytu) i jeśli ocenimy jego opłacalność lub jego terminowość (wzrost efektywności instytucji zdrowotnych i opiekuńczych jest trudny do osiągnięcia).

Istnieje potrzeba stosowania dodatkowych środków, które, po pierwsze, powinny wynikać z rekonwersji (np. ze szpitala – zasoby mieszkalne), ale nie możemy uniknąć centralnego problemu: jak wypełnić lukę między popytem, który nieustannie rośnie, zarówno w aspektach ilościowych i

jakościowych, w odniesieniu do zasobów publicznych, ale także prywatnych - które nie wzrosną, nawet w dłuższej perspektywie.

Trudno znaleźć inne rozwiązania niż świadome i spójne zaangażowania społeczności jako całości, przy uwzględnieniu obowiązków jakie mamy jako obywatele, oraz ściślejsza współpracy między sektorem publicznym i prywatnym oraz społecznością lokalną.

W tym przypadku, władze służby zdrowia i usług socjalnych stanowią podstawowe filary systemu publicznego. Sektor opieki zdrowotnej i społecznej wydaje się być w stanie przeprowadzić proces integracji.

System zdrowia publicznego musi postawić sobie następujące cele:

- zwiększenie efektywności
- udoskonalenie metody oceny potrzeb pacjentów
- pokonanie logiki wydajności w sektorze usług oraz promowanie stosowania praktyki zintegrowanego "zarządzania" pacjentem
- integracja z innymi obszarami społecznościowymi
- tworzenie organizacji wolnych od biurokracji, które potrafią dzielić się umiejętnościami i wiedzą, koncentrując się na odnowieniu bezpieczeństwa i zaufania obywateli i podmiotów gospodarczych, dzięki czemu będą bardziej świadomi znaczenia swoich decyzji. Obywatele/użytkownicy, gdy są lepiej poinformowani, ich zapotrzebowania są bardziej dojrzałe, są zdolni do korzystania z usług w sposób bardziej odpowiedni co może przyczynić się do wypełnienia luki między podażą i popytem oraz stworzenia złożonych organizacji, które będą w stanie rzeczywiście "dawać więcej tym, którzy mają mniej".

Aktualnie w **Hiszpanii** istnieje wiele rodzajów domowej pomocy zdrowotnej. Mając na uwadze sektor publiczny, istnieje dekret który ustanawia ogólny zapis wspólnych usług Krajowego Systemu Zdrowia (RD 1030/2006 z dnia 15 września). W tym dekrete możemy znaleźć grupę usług, które są wspólne dla wszystkich regionów. W tych usługach możemy znaleźć pomoc podstawową, przede wszystkim zwrócono uwagę na pomoc na żądanie, w przypadkach nagłych, zarówno w gabinecie jak i w domu pacjenta. W hiszpańskim systemie ochrony zdrowia jest również hospitalizacja domowa, którą stosuje się w przypadkach, w których jest to konieczne.

W dzisiejszych czasach jednym z głównych problemów w Hiszpanii, jak i w całej Europie, jest problem związany z ogólnym starzeniem się społeczeństwa. Wielu autorów mówi o konieczności integracji różnego rodzaju działań w celu zwiększenia uwagi poświęcanej pacjentom (na podstawie podejścia wszechstronnego i społeczno-sanitarnego) i zaoszczędzenie pieniędzy dzięki unikaniu podwójnych i nie skoordynowanych działań.

W Hiszpanii jest około 20.000.000 pacjentów chorych przewlekle. Właśnie tego rodzaju choroby są przedmiotem 80% działań w podstawowej opiece i 60% w opiece specjalistycznej. Z ekonomicznego punktu widzenia, uważa się, że ich leczenie stanowi 70% całkowitych wydatków na zdrowie w Hiszpanii i 6,7% PKB. Pomoc domowa stanowi około 40% całej działalności lekarzy w podstawowej opiece.

Ważną część tych 20.000.000 ludzi stanowią osoby potrzebujące stałej opieki (około 4.000.000 pacjentów). Nie są one w stanie wykonywać samodzielnie codziennych czynności (np. utrzymanie higieny osobistej, ubieranie się) i potrzebują pomocy innej osoby. Z tych 4 milionów pacjentów, 3.874.900 osób żyje w swoim własnym domu (z rodziną, opiekunami lub krewnymi) i tylko 269,139 mieszka w domach opieki.

Jeśli weźmiemy pod uwagę osoby, które mieszkają we własnych domach, 2.088.200 otrzymuje jakąś pomoc z zewnątrz, pomaga im najbliższa rodzina lub krewni (1.413.000 ma nieformalnych opiekunów), natomiast reszta otrzymuje pomoc od zawodowych opiekunów. Hiszpania jest w tak zwanym śródziemnomorskim modelu państwa opiekuńczego, w którym opieka jest zasadniczo świadczona na podstawie znanego i przyjaznego systemu. Opieka nieformalna to ta świadczona przez rodzinę, krewnych lub przyjaciół pacjenta, w sposób całkowicie altruistyczny (bez jakiegokolwiek



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

organizacji pośredniczącej, bez wynagrodzeń). Formalna opieka domowa to ta dostarczana przez ośrodki publiczne lub prywatne. W Hiszpanii szacuje się, że 88% stanowią opiekunowie „nieformalni”.

Właściwie jeden z głównych trendów został wprowadzony przez Ustawę z 2006 r., która dotyczy systemu opieki zdrowotnej dla osób niesamodzielnych. Ustawa ta dzieli osoby potrzebujące stałej opieki na różne kategorie i przyporządkowuje różnego rodzaju usługi w odniesieniu do stopnia niepełnosprawności. Ponadto, ustawa ta określa jednolity system usług społecznych na terytorium Hiszpanii, próbując przezwyciężyć różnice istniejące ze względu na fakt, że usługi socjalne są jedną z kompetencji Wspólnot Autonomicznych. Obecnie, dzięki tej ustawie, istnieją wspólne ramy dotyczące udzielania pomocy osobom nieautonomicznym w Hiszpanii. Ale nadal mogą istnieć różnice między 17 Systemami usług społecznych, gdyż Krajowy System ustanawia tylko minimum jeśli chodzi o usługi zdrowotne w różnych Wspólnotach Autonomicznych.

Zatem, w Hiszpanii jedną z ważniejszych spraw jest to aby istniał związek między służbą zdrowia i usługami społecznymi. Tylko tym sposobem można będzie opracować kompleksowy rodzaj domowej opieki zdrowotnej. Podczas opiekowania się należy mieć na uwadze środowisko społeczne i warunki, w których żyją osoby chore, jak i jego/jej stan zdrowia.

Główni użytkownicy tych usług są zróżnicowani, ale najważniejszą grupę tworzą starsi ludzie, którzy cierpią na wszelkiego rodzaju choroby przewlekłe, problemy funkcjonalne lub osoby śmiertelnie chore, które potrzebują opieki paliatywnej w ich własnym domu. Wśród ludzi, którzy potrzebują opieki domowej, 14% to osoby starsze niż 65 lat. W tych przypadkach, opieka ma polegać przede wszystkim na zaspokojeniu podstawowych potrzeb pacjentów oraz na edukacji i wsparciu ich opiekunów w rodzinie.

Przed uzyskaniem niepodległości w 1991 roku, żaden formalny system opieki zdrowotnej w domu nie istniał na Litwie. Jednakże różne usługi były świadczone w domach, w tym opieka dodatkowa w nagłych przypadkach; opieka społeczna i opieka zdrowotna dla osób niepełnosprawnych i osób starszych oferowana przez wolontariuszy; oraz dostęp do leków i leczenie przez pielęgniarki z przychodni państwowych. Po roku 1991, liczba dodatkowych usług zdrowotnych w domach pacjentów oraz domów opieki zaczęła się zwiększać, głównie w odpowiedzi na potrzeby opieki nad rosnącą populacją osób starszych.

Usługi te są również opisane jako czynniki ułatwiające rozwój krajowego systemu opieki zdrowotnej na Litwie. System opieki długoterminowej na Litwie nie uległ zmianie w 2010 roku. Usługi opieki długoterminowej tak jak poprzednio są organizowane za pomocą usług społecznych i systemu opieki zdrowotnej.

System opieki długoterminowej jest zapewniany i finansowany z Państwowego Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (w tym przypadku, Ministerstwo Ubezpieczeń Społecznych i Pracy działa jako organ polityczny). W przypadku opieki szpitalnej, służba zdrowia finansuje długotrwałe pobyty w szpitalu do 120 dni. TB, leczenie psychologiczne, opieka paliatywna i rehabilitacja chorych są finansowane przez SHIF. 4, 614 łóżek szpitalnych (o 178 więcej niż w roku 2009) jest przeznaczonych na opiekę długoterminową. Ponadto, istnieje wiele domów opieki lub innych instytucji gdzie osoby chore mogą uzyskać długoterminową pomoc..

W 2010 roku, kontynuowano polepszanie stanu opieki długoterminowej w szpitalach oraz rehabilitacji (tabela 5).



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Tabela 5: Długotrwała opieka zdrowotna w latach 2008-2010

Wskaźniki	2008		2009		2010	
	Hospitalizacja długotrwała (liczba łóżek)	Hospitalizacja zwykła (liczba łóżek)	Hospitalizacja długotrwała (liczba łóżek)	Hospitalizacja zwykła (liczba łóżek)	Hospitalizacja długotrwała (liczba łóżek)	Hospitalizacja zwykła (liczba łóżek)
Długotrwała opieka pielęgniarska	4,400	30,765	4,436	31,020	4,614	32,141
Opieka paliatywna	26	67	43	247	96	600
Rehabilitacja	1,290	16,175	1,320	15,647	1,378	17,333
Gruźlica	1,267	5,720	1,231	5,510	1,150	4,966
Zdrowie psychiczne	3,453	39,530	3,409	37,436	3,303	37,618

Źródło: Centrum Informacji Zdrowotnej w Instytucie Higieny Zdrowia, 2011.

Świadczenie usług opieki domowej dla osób ze specjalnymi potrzebami rozpoczęło się w 2010 roku. Były one finansowane z SHIF. Lekarze rodzinni pracują we współpracy z profesjonalnymi opiekunami i specjalistami opieki społecznej aby zapewnić odpowiednią opiekę osobom starszym i niepełnosprawnym w ich domach. Prywatni dostawcy opieki domowej również istnieją, ale ich usługi nadal nie są za bardzo popularne na Litwie. Ponadto, zakres opieki paliatywnej został zwiększony i nowe usługi długoterminowej rehabilitacji medycznej stają się coraz bardziej popularne.

Reforma służby zdrowia jest procesem ciągłym na Litwie, a problemy są dobrze znane zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu: długie listy oczekujących, dodatkowe opłaty i nieformalne płatności pomimo obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, niskie płace personelu, olbrzymie obciążenie pracą, niedostateczna dbałość o zdrowie publiczne i brak uwagi poświęcanej zdrowemu trybowi życia, niepokojące wskaźniki zdrowia ludności, brak jasnego systemu opieki profilaktycznej, itp. Większość z tych problemów jest związanych z trybem życia obywateli Litwy i nieefektywnym zarządzaniem zasobami opieki zdrowotnej, a także z brakiem podejścia strategicznego. Problemy i ich uzasadnienie oceniono i przedstawiono w 2010 w dokumencie strategicznym "Zarys dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia do 2015 roku", który został zatwierdzony przez rząd litewski w dniu 26 stycznia 2011 roku.

Wizja systemu i sposoby, jak osiągnąć wyznaczone cele są opisane w tym dokumencie. Narodowy program ochrony zdrowia, przyjęty przez Sejm w 1998 roku, zakończył się w 2010 roku. Zewnętrzna i wewnętrzna ocena programu odbywała się w całym 2011 r., a nowy program zostanie przedstawiony w następnym dziesięcioleciu.

Narodowy system usług zdrowotnych stanowił 7,6% PKB w 2009 r. (6,931.5 mln LTL), 5,6% PKB wydatków publicznych i 2,0% prywatnych. Dla porównania, w 2008 ta kwota wynosiła 7,395.9 mln LTL co stanowiło 6,6% PKB (4,8% wydatki publiczne i 1,8% prywatne). Spadek ten był wynikiem kryzysu finansowego i gospodarczego oraz ogólny spadek PKB.

W **Rumunii**, rozporządzenie 318 z dnia 7 kwietnia 2003 r. dotyczy zatwierdzenia norm dotyczących organizacji i funkcjonowania opieki domowej oraz upoważnionych podmiotów prawnych i osób świadczących te usługi.

Opieka domowa oznacza wszelką działalność wykonywaną przez personel medyczny w domu pacjenta, co przyczynia się do poprawy jego stanu fizycznego i psychicznego. Opieka domowa jest wykonywana tylko na wskazania lekarza. Płatność za opiekę domową jest ustanowiona na podstawie umowy między stronami, uwzględniając ustalone i uzgodnione wcześniej ceny.

Odbiorcy opieki domowej to ludzie przewlekle chorzy, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować i mają ograniczonej zdolności do poruszania się, zatem nie mogą udać się do danego zakładu opieki zdrowotnej, w celu uzyskania odpowiedniej opieki zalecanej przez lekarzy.

Prywatne podmioty świadczące opiekę domową lub opiekunowie indywidualni muszą zostać zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia w celu nabycia praw do świadczenia tych usług.

Opiekunowie zdrowotni są zobowiązani do zgłaszania jakichkolwiek zmian stanu zdrowia pacjenta, którym się opiekują, do lekarzy którzy rekomendowali ich usługi.

Wykaz usług opieki domowej, które mogą być świadczone przez osoby prawne i osoby upoważnione przez Ministerstwo ds. Rodziny i Zdrowia:

1. Wstępna ocena: wizyta u pacjenta w ciągu 48 godzin od złożenia wniosku, ustanowienie kompleksowego planu domowej opieki zdrowotnej wraz z lekarzem, doradztwo i szkolenia dla pacjenta i rodziny;
2. Dokładna ocena: trwa do 3 miesięcy w ostrych przypadkach, nawet do 6 miesięcy w przypadku chorób przewlekłych;
3. Monitorowanie parametrów fizjologicznych: temperatura, oddech, puls, ciśnienie krwi, diureza, itp.;
4. Dbanie o higienę pacjentów z problemami medycznymi i/lub unieruchomionych;
5. Działalność terapeutyczna;
6. Techniki opieki chirurgicznej;
7. Monitorowanie dializy otrzewnowej;
8. Opieka paliatywna świadczona tylko przez wyspecjalizowanych lekarzy z odpowiednimi kompetencjami;
9. Indywidualna kinezyjologia;
10. Indywidualna terapia mowy;
11. Badanie i ocena psychologiczna.

Czas w którym ubezpieczony pacjent może otrzymywać świadczenia zdrowotne w domu zależy od lekarza, który wydał takie zalecenie, określa się regularność/okresowość usług.

Wśród głównych celów strategicznych reformy opieki zdrowotnej na **Słowacji** było ograniczenie monopolu państwa i decentralizacji świadczenia opieki zdrowotnej. Choć monopol został zmniejszony dzięki prywatyzacji służby zdrowia (w szczególności lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i apteki) w połowie lat 1990, proces decentralizacji stał w miejscu aż do początku nowego tysiąclecia. Podczas procesu reformowania, zniesienie krajowych instytutów zdrowia spowodowało niepożądaną centralizację funkcji placówki służby zdrowia w zakresie zarządzania na szczeblu ministerialnym. Choć uważało się to za etap przejściowy umożliwiającą późniejszą prywatyzację, scentralizowane zarządzanie obiektami szpitalnymi przetrwało aż do niedawna. Powody były dwojakie. Po pierwsze, początkowo gminy odrzuciły odpowiedzialność za szpitale, ze względu na obawy, że nie będą w stanie nimi zarządzać, finansować je i utrzymywać. Po drugie, rząd był niechętny, aby umożliwić prywatyzację zakładów opieki zdrowotnej.

W rezultacie, 161 ośrodków opieki zdrowotnej (praktycznie wszystkie szpitale, przychodnie i specjalistyczne instytuty terapeutyczne) oraz 69 instytucji kontrolnych i referencyjnych (np. Państwowy Instytut Kontroli Leków, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia i Instytut Informacji Zdrowotnej i Statystyk) pozostawały pod bezpośrednią kontrolą Ministerstwa Zdrowia. Szpitale miały niewielką władzę dyskrecyjną nad własnymi zasobami; minister powoływał dyrektorów szpitali gwarantując sobie tym samym pełną kontrolę. Pomysł szpitala, w którym kadra zarządzająca składałaby się z przedstawicieli zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, administracji państwowej, samorządów, pacjentów, sektora prywatnego, nie był praktykowany. W skrócie, na Słowacji istniał nieefektywny system zarządzania, ponieważ samo Ministerstwo Zdrowia nie było w stanie nadzorować pracy ponad 90 szpitali. Ponadto, te dodatkowe obowiązki stanowiły obciążenie dla Ministerstwa i przysłaniały jego ważniejszą rolę strategiczną jako ustawodawcy.

Jednakże, był widoczny niewielki postęp jeśli chodzi o przychodnie i lokalne ośrodki zdrowia świadczące opiekę ambulatoryjną. Odpowiedzialność za te ośrodki była przekazana do regionalnych

urzędów administracji państwowej lub do gminy i niektóre z zadań administracyjnych Ministerstwa Zdrowia zostały przekazane do powiatowych i regionalnych lekarzy państwowych. To była decentralizacja przez dekoncentrację. Regionalni lekarze państwowi byli upoważnieni do wydawania licencji dla prywatnych praktyk opieki ambulatoryjnej. Oni byli odpowiedzialni za organizację opieki zdrowotnej i świadczenia ambulatoryjne na swoich terytoriach, oraz udział w rozwoju sieci usługodawców.

W czerwcu 2001 r. Uchwała nr 577 zatwierdziła drugi etap prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Obejmował on 36 lokalnych ośrodków zdrowia, 13 sanatoriów, 2 instytuty rehabilitacyjne dla dzieci, 1 ośrodek opieki długoterminowej, 27 apteki szpitalne, 49 przychodni, 1 naturalne centrum odnowy i 7 specjalistycznych instytutów terapeutyczny. Dzięki Uchwale Nr 101, w lutym 2002 roku dodano kolejne 3 przychodnie oraz 1 ośrodek opieki długoterminowej, natomiast dzięki Uchwale nr 274 z marca 2002 do tej grupy dołączyło 6 lokalnych ośrodków zdrowia, 9 sanatoriów, 1 instytut rehabilitacji dla dzieci, 3 ośrodki opieki długoterminowej oraz 20 przychodni.

W styczniu 2003 r. przepisy przeniesienia własności kilku placówek służby zdrowia z Ministerstwa Zdrowia do wyższych jednostek terytorialnych i gmin weszły w życie. Dotyczyło to większości wymienionych powyżej zakładów opieki zdrowotnej. Ze względu na prawa sprzeczności, że tylko majątek państwa (nie samorządnych regionów lub gmin) może być sprywatyzowany lub przekształcony, nie można było sprywatyzować i przekształcić wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, których transfery były niedokończone na koniec 2002 roku. Nowe przepisy dotyczące własności wyższych jednostek terytorialnych i gmin zostały przyjęte w 2003 roku. To dało im więcej kompetencji dotyczących zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej i na początku 2004 r. zarządzanie niektórymi instytucjami należącymi do większych jednostek terytorialnych, zostało przeniesiony do prywatnych instytucji na podstawie umów.

W zależności od zapotrzebowania pacjentów system opieki domowej w **Polsce** oferuje szerokie spektrum usług. Jak wspomniano wcześniej najbardziej rozpowszechniona jest podstawowa opieka zdrowotna, w której kluczową rolę pełni pielęgniarka najczęściej odwiedzająca chorego oraz lekarz. W przypadku gdy sytuacja wymaga opieki innej niż podstawowa wizyta domowa lekarza kończy się skierowaniem na badania do przychodni specjalistycznej, skierowaniem na leczenie szpitalne bądź natychmiastowym transportem chorego do szpitala. Drugą najczęstszą formą zdrowotnej opieki domowej są hospicja domowe oferujące opiekę nad osobami przewlekle chorymi, bardzo często w stanie terminalnym. Znaczącą większość pacjentów korzystających z usług hospicjum domowego stanowią osoby z zaawansowanym nowotworem złośliwym. W odróżnieniu od hospicjum stacjonarnego w hospicjum domowym opieka nad pacjentem odbywa się w jego środowisku domowym. Należy wyróżnić, iż w Polsce hospicja domowe wyspecjalizowały się w dwie grupy opiekujące się albo osobami starszymi albo dziećmi. W powszechnej opinii hospicja domowe dla dzieci są najlepiej rozwiniętą formą zdrowotnej opieki domowej w Polsce. Poza POZ oraz hospicjami domowymi w skład systemu wchodzi również Pomoc Społeczna oferująca usługi opiekunek świadczących pomoc w znacznie mniejszym zakresie niż pielęgniarki, ukierunkowaną znacznie bardziej na wsparcie społeczne niż medyczne, oraz cały szereg fundacji, wolontariatów i innych organizacji oferujących pomoc wolontariuszy bez wykształcenia medycznego.

Podkreślić należy, iż wszystkie formy zdrowotnej opieki domowej w Polsce, a zwłaszcza dwie podstawowe czyli POZ i hospicja domowe funkcjonują zarówno w zakresie państwowym, finansowane z środków publicznych (NFZ) jak i w systemie prywatnym, finansowane z środków prywatnych (prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub opłat bezpośrednich). Koszty usług w sektorze prywatnym są bardzo zróżnicowane i wahają się w szerokim spektrum w zależności od wachlarza oferowanych usług.

W strukturze podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotnej opieki domowej kluczową funkcję pełni lekarz rodzinny oraz pielęgniarka środowiskowa. Lekarz pracujący w POZ aby zostać lekarzem rodzinnym zgodnie z systemem kształcenia podyplomowego odbywa specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej trwającą około 5 lat. W Polsce obecnie praktykuje około 150000 lekarzy w tym ponad 8000 specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej, jest to jedna z najliczniejszych specjalizacji.

Każdy z pacjentów zapisany do swojej przychodni rejonowej ustalanej na podstawie miejsca zamieszkania wybiera lekarza podstawowej opieki zdrowotnej który się nim opiekuje. Lekarz taki oprócz usług stacjonarnych (w przychodni) udziela również pomocy w zakresie zdrowotnej opieki domowej. Dostępność lekarzy rodzinnych w Polsce ogólnie oceniana jest jako zadowalająca, należy jednak zwrócić uwagę, iż waha się ona w bardzo szerokim zakresie w zależności od regionu. Przykład województwa zachodniopomorskiego (rycina 3) pokazuje, iż na 10000 pacjentów przypadać może od 3 do 8 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (średnia 5,6) w tym od jedynie 0,3 do 4 (średnia 2,1) lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej.

Przyczyn tak dużej fluktuacji w dostępie do lekarzy rodzinny upatrywać należy w miejscu prowadzenia przez nich praktyki – zdecydowana większość decyduje się na pracę w ośrodkach miejskich podczas gdy częstym standardem na wsi jest jeden lekarz rodzinny opiekujący się całą wsią. Specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej trwa średnio około 5 lat i w środowisku lekarskim postrzegana jest jako pożądany wybór ścieżki rozwoju zawodowego, co skutkuje dosyć wysokim odsetkiem lekarzy decydujących się specjalizować się w tej dziedzinie. Według zarządzeń NFZ jeden lekarz POZ może mieć pod swoją opieką nie więcej niż 2750 osób. Mediana zarobków deklarowanych przez specjalistów medycyny rodzinnej wynosi 5600 zł (ok. 1300 euro), należy jednak podkreślić iż często lekarze ci zatrudnieni są na więcej niż jednym etacie uzyskując miesięczne przychody przekraczające 8000 zł (około 1800 euro), przekroczenie tej kwoty deklaruje około 20% lekarzy [6]. Dla porównania średnie zarobki w Polsce wynoszą 3719 zł czyli około 830 euro (według stanu na kwiecień 2012)

Kolejnym podstawowym ogniwem POZ obok lekarza rodzinnego jest pielęgniarka rodzinna, zwana również pielęgniarką środowiskową. Tak jak i w przypadku lekarza POZ który nie musi mieć specjalizacji rodzinnej, pielęgniarka może pracować w POZ bez specjalizacji lub też kształcąc się podyplomowo w zakresie medycyny rodzinnej. W zawodzie pielęgniarki wyróżniamy jeszcze tak zwane kursy kwalifikacyjne, również z zakresu medycyny rodzinnej. Różnica pomiędzy specjalizacją a kursem kwalifikacyjnym opiera się na liczbie godzin szkolenia i czasie jego trwania – kurs kwalifikacyjny trwa od 3 do 6 miesięcy, specjalizacja około 1,5 do 2 lat. W przeciwieństwie do lekarzy w grupie zawodowej pielęgniarek znacznie mniej pracowników podejmuje kształcenie podyplomowe, co przejawia się w liczebności specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej – na około 215000 aktywnych zawodowo pielęgniarek jedynie niewiele ponad 2000 posiada specjalizację rodzinną.

Podkreślić należy, że zdrowotną opiekę domową w systemie POZ dotyczą te same poważne problemy z kadrą pielęgniarską co całą polską służbę zdrowia. Znaczący brak personelu, bardzo niskie wynagrodzenia oraz relatywnie niski prestiż zawodu powoduje, iż coraz mniej osób decyduje się na wybór zawodu pielęgniarki. Trend ten, w zestawieniu z coraz starszym personelem który niedługo przechodzić będzie na emeryturę, grozi załamaniem się rynku usług pielęgniarskich w Polsce w niedalekiej przyszłości z powodu braku aktywnych zawodowo pielęgniarek.

Powagę sytuacji obrazuje ilość pielęgniarek nieaktywnych zawodowo, czyli osób które pomimo posiadania prawa wykonywania zawodu przekwalifikowały się i zaniechały pracy w zawodzie pielęgniarki. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w 2011 roku na 275652 zarejestrowane w Polsce pielęgniarki [8] jedynie 214349 było aktywnych zawodowo [9] co stanowi 77%. Brak wyraźnych korzyści finansowych oraz znaczącego awansu zawodowego zniechęca również pielęgniarki do kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej. Średnio jedynie około 50 pielęgniarek rocznie kończy specjalizację rodzinną (rycina 5). Jest to wartość dramatycznie niska. Jedną z jej przyczyn jest z pewnością wysoki koszt kształcenia, który przy niewysokich zarobkach jest często poza zasięgiem pielęgniarek. Lepiej wygląda sytuacja w zakresie kursów kwalifikacyjnych z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego, średnio kurs taki kończy około 1500 pielęgniarek rocznie (rycina 6), jest to jednak jedynie system podnoszenia kwalifikacji, a nie zdobywanie specjalizacji. W chwili obecnej na ponad 23000 pielęgniarek zatrudnionych jako pielęgniarki rodzinne jedynie niecałe 10% posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego

Dane te są tym bardziej niepokojące, że w systemie domowej opieki zdrowotnej przyjąć należy, iż pielęgniarka pełni kluczową rolę. Pojawia się ona u pacjenta znacznie częściej niż lekarz wykonując zlecone zabiegi pielęgnacyjne często przez długi okres czasu. Długoterminowa opieka w zakresie

podstawowej opieki zdrowotnej realizowana jest w znacznym stopniu przez pielęgniarki środowiskowe, dlatego ich niedobór odbija się na jakości i dostępności usług. Pomimo iż Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego ocenił dostępność do pielęgniarek środowiskowych jako dobrą [3] zwrócić należy uwagę, że Polska posiada jeden z najniższych współczynników liczby pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej – wynosi on 5 przy średniej wynoszącej 8,6 (rycina 7). Dla porównania w Niemczech współczynnik ten jest prawie dwukrotnie większy niż w Polsce i kształtuje się na poziomie 9,6.

W związku z tendencją starzenia się społeczeństwa oraz coraz większych oczekiwań co do jakości i dostępności usług medycznych należy oczekiwać znaczącego wzrostu zapotrzebowania na usługi pielęgniarstwa, w tym na usługi z zakresu pielęgniarstwa wchodzącego w skład zdrowotnej opieki domowej. W związku z tym konieczne są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek.

Realizacja zdrowotnej opieki domowej przez pielęgniarki odbywa się na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza, który prowadził leczenie w szpitalu. Pacjent obłożnie długotrwale chory wymagający zabiegów pielęgniarstwa może być zakwalifikowany do:

- ⤴ opieki długoterminowej realizowanej w domu
- ⤴ stacjonarnego zakładu opieki długoterminowej lub
- ⤴ objęty opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej

Niezbędnym uzupełnieniem powyższych zadań pielęgniarstwa są usługi opiekuńcze, do zapewnienia których zobowiązane są rodzina, opiekunowie prawni lub – w razie takiej konieczności - instytucje opieki społecznej. Aby lekarz mógł skierować pielęgniarkę do opieki domowej nad chorym musi zaistnieć konieczność wykonania u chorego przynajmniej jednego z następujących świadczeń:

- ⤴ kroplowe wlewy dożylnie
- ⤴ opatrywanie ran, odleżyn lub owrzodzenia troficzno-podudzi
- ⤴ karmienie przez zgłębnik
- ⤴ karmienie przez przetokę
- ⤴ pielęgnacja przetoki
- ⤴ zakładanie i usuwanie cewnika
- ⤴ płukanie pęcherza moczowego
- ⤴ pielęgnacja rurki tracheotomijnej

Ocena stanu zdrowia pacjenta zakwalifikowanego do opieki domowej, aktualizowana jest raz w miesiącu. Lekarz, dokonując tej oceny, powinien uwzględnić także czynności życia codziennego, które pacjent może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale. Pod uwagę brane są takie kryteria, jak: samodzielność w spożywaniu posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej. Warty podkreślenia jest fakt, że rola pielęgniarki rodzinnej nie ogranicza się jedynie do procesu leczniczego. Działania podejmowane przez pielęgniarki POZ mają również na celu przygotowanie pacjentów w możliwie najkrótszym czasie do samodzielności w chorobie lub niepełnosprawności, jak również edukację rodziny i opiekunów w celu zapewnienia pacjentowi pomocy w realizacji czynności życia codziennego. Wedle przepisów Narodowego Funduszu Zdrowia pielęgniarka, skierowana do opieki domowej, powinna swe czynności wykonywać w dni powszednie od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach. Opieka bezpośrednia nad jednym pacjentem nie może trwać krócej niż 1,5 godziny dziennie, średnio 4 razy w tygodniu. Czas objęcia chorego pielęgniarstwą opieką długoterminową jest uzależniony od stanu zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 6 miesięcy.

W zdrowotnej opiece domowej realizowanej w ramach POZ działania lekarza oraz pielęgniarki uzupełniają położną środowiskową. Położna środowiskowa/rodzinna to położna zatrudniona w podstawowej opiece zdrowotnej realizująca zadania z zakresu opieki nad rodziną, szczególnie z



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

zakresu opieki położniczo-ginekologicznej i nad dzieckiem. Z uwagi na specyfikę miejsca świadczenia usług położna środowiskowa podejmuje działania z zakresu:

- ⤴ promocji zdrowia
- ⤴ profilaktyki chorób
- ⤴ świadczeń pielęgnacyjnych
- ⤴ świadczeń leczniczych
- ⤴ świadczeń diagnostycznych
- ⤴ świadczeń rehabilitacyjnych

W ramach swoich działań położna realizuje kompleksową opiekę obejmującą:

- ⤴ opiekę przedkoncepcyjną
- ⤴ opiekę okołoporodową nad kobietą, noworodkiem i rodziną
- ⤴ opiekę w schorzeniach ginekologicznych i onkologicznych
- ⤴ opiekę nad płodem, noworodkiem i niemowlęciem
- ⤴ opiekę nad kobietą w każdym okresie życia

Podkreślić należy, że wyżej opisane problemy dotyczące środowiska pielęgniarstwa są równie aktualne w przypadku położnych. Znaczące braki w personelu oraz niskie wynagrodzenia powodują, iż często spotkać można się z niedoborem położnych większym nawet niż w przypadku personelu pielęgniarstwa. W Polsce prawo wykonywania zawodu położnej posiada 33841 położnych [8] z czego aktywnych zawodowo jest jedynie 24844 [9] czyli 73%. Wskaźnik odejścia z zawodu jest więc jeszcze większy niż w przypadku pielęgniarek i wynosi 27% wobec 23% dla pielęgniarek.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

3. Instytucje zarządzające systemem opieki zdrowotnej na poziomie krajowym

Biorąc za punkt odniesienia to, co już zostało dokonane w różnych regionach **Włoch**, sieć lokalnych ośrodków opiekuńczych może oferować następujące usługi: opieka szpitalna na poziomie lokalnym, kontrolowana przez lekarzy i pielęgniarki; w ciężkich przypadkach opieka w domu za pośrednictwem zespołów, które mogą zaoferować natychmiastowe konsultacje; zorganizowane "zarządzanie" pacjentem na podstawie indywidualnego planu terapeutycznego; udostępnianie łóżek w obiektach pośrednich w szpitalach, których koordynacja jest w rękach zespołów pielęgniarskich, lekarz odpowiada za udzielanie rad w zakresie pomocy i monitorowanie pracy opiekunów bądź pielęgniarek; pomoc pacjentom, którzy czekają na hospitalizację, w oparciu o programy hospitalizacji domowej; rehabilitacja; wizyty u pacjentów chorych przewlekle, nieuleczalnie chorych lub wymagających rehabilitacji, oferując różne usługi opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do opieki domowej, poziom usług jest zapewniony przez dokument zatwierdzony przez prezesa rady ministrów 29.11.2001 "Essential Levels of Welfare", który wprowadza opiekę domową świadczoną przez lekarzy i przez pediatrów, przy wsparciu usług pielęgniarskich i rehabilitacyjnych. Pomoc pielęgniarska zostanie przeprowadzona w sposób zintegrowany z władzami gminnymi dzieląc z nimi koszty (50%). Usługi opieki domowej rozwinęły się na tyle, że powstał zintegrowany system opieki domowej (ADI). W prawie wszystkich regionach Włoch, opieka domowa jest uważana za część opieki podstawowej.

W skomplikowanych przypadkach, w celu przygotowania planu zindywidualizowanej pomocy zaczynamy od "Oceny wielowymiarowej", identyfikacji kierownika przypadku, którym jest manager/kierownik projektu pomocy i kończymy cały proces, sprawdzając wyniki i oceniając przyjęty program pomocy pod względem jakości i adekwatności.

Opieka domowa przeszła proces postępującej artykulacji, aby sprostać rosnącej złożoności potrzeb i problemów pacjentów: od chorób przewlekłych, niepełnosprawności (ALS, itp.), do patologii onkologicznych i terminalnych.

Obecne technologie i urządzenia stosowane w opiece domowej pomagają osobom chorym, nawet tym którzy są ciężko chorzy, niepełnosprawni i/lub nie są samowystarczalni, gwarantują one proces stopniowej zmiany ich jakości życia.

W tej perspektywie, w szczególności w przypadku chorób przewlekłych, opieka domowa wydaje się być alternatywą dla nieodpowiedniej hospitalizacji i lepszą formą opieki ze względu na korzyści wynikające z poprawy jakości życia.

Na poziomie klinicznym, odpowiednie zaplanowanie opieki domowej pozwala spełnić następujące warunki: "zarządzanie" pacjentem na podstawie kryteriów kwalifikowania pacjentów do opieki, ciągłość opieki i zarządzanie planami opieki oraz różnymi usługami zawartymi w opiece podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej (opieka pielęgniarska, opieka rehabilitacyjna, itp.); zarządzanie zintegrowane z ośrodkami opieki domowej oferowanymi przez władze lokalne; współpraca pomiędzy różnymi profesjonalistami; oceny przeprowadzonych interwencji i oceny wydatków.

Istotne jest również, aby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie systemu informacyjnego dla opieki domowej, w celu efektywniejszego „zarządzania” pacjentami i systematycznej analizy intensywności i złożoności dostarczonych usług, jak również w celu sprawdzenia wyników i kosztów.

Lekarze rodzinni i inni lekarze specjaliści w zależności od stanu zdrowia pacjenta, pielęgniarka, terapeuta, rehabilitant i pracownicy pomocy społecznej, wspólnie tworzą wielodyscyplinarny zespół zajmujący się opieką domową.

Zintegrowana sieć między społecznością i szpitalem, składa się z wielu usług i udogodnień, mających na celu zapewnienie ciągłości opieki oraz reagowanie na różne potrzeby zdrowotne biorąc pod uwagę zróżnicowaną intensywność opieki.

Usługi świadczone przez te struktury są jasno określone i uwarunkowane przez ogólną organizację i dostępne środki i są związane z:

- techniczne, organizacyjne i profesjonalne cechy "zespołu"; cechy charakteryzujące prowadzoną działalność;
- charakterystyka pacjenta, w celu określenia "sprawy" poprzez dane identyfikacyjne użytkownika usługi i niektóre wskaźników dotyczące potrzeb i rodzaju opieki, które pozwalają określić, czy zastosowane leczenie jest właściwe;
- w dziedzinie niepełnosprawności, możemy zidentyfikować struktury, które różnią się w zależności od rodzaju świadczonych usług:
 - struktury/zespoły, które dostarczają diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i społeczno-rehabilitacyjne usługi dla osób niepełnosprawnych, które potrzebują intensywnej rehabilitacji, a także zabiegi higieniczne dla osób, które wymagają bardzo intensywnej opieki;
 - struktury/zespoły, które dostarczają diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i społeczno-rehabilitacyjne usługi dla dzieci cierpiących na zaburzenia zachowań lub z chorobami związanymi z neuropsychiatrią;
 - struktury/zespoły, które zapewniają terapeutyczne, rehabilitacyjne i społeczno-rehabilitacyjne usługi dla pacjentów o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - struktury/zespoły, które zapewniają terapeutyczne, rehabilitacyjne i społeczno-rehabilitacyjne usługi dla pacjentów niepełnosprawnych pacjentów bez wsparcia rodziny.

Na poziomie terytorialnym, swoistą rolę odgrywa osiemnaście tysięcy aptek, które są obecne we Włoszech, zarówno publiczne jak i prywatne, które przyczynią się do zwiększenia liczby i dostępności możliwych punktów referencyjnych, także ze względu na wsparcie działań monitorujących. W rzeczywistości, reforma dotycząca aptek przedstawiona w dekreście 153/09, która będzie ważnym krokiem w reformie służby zdrowia, wyraźnie wpłynie na funkcjonowanie aptek we Włoszech.

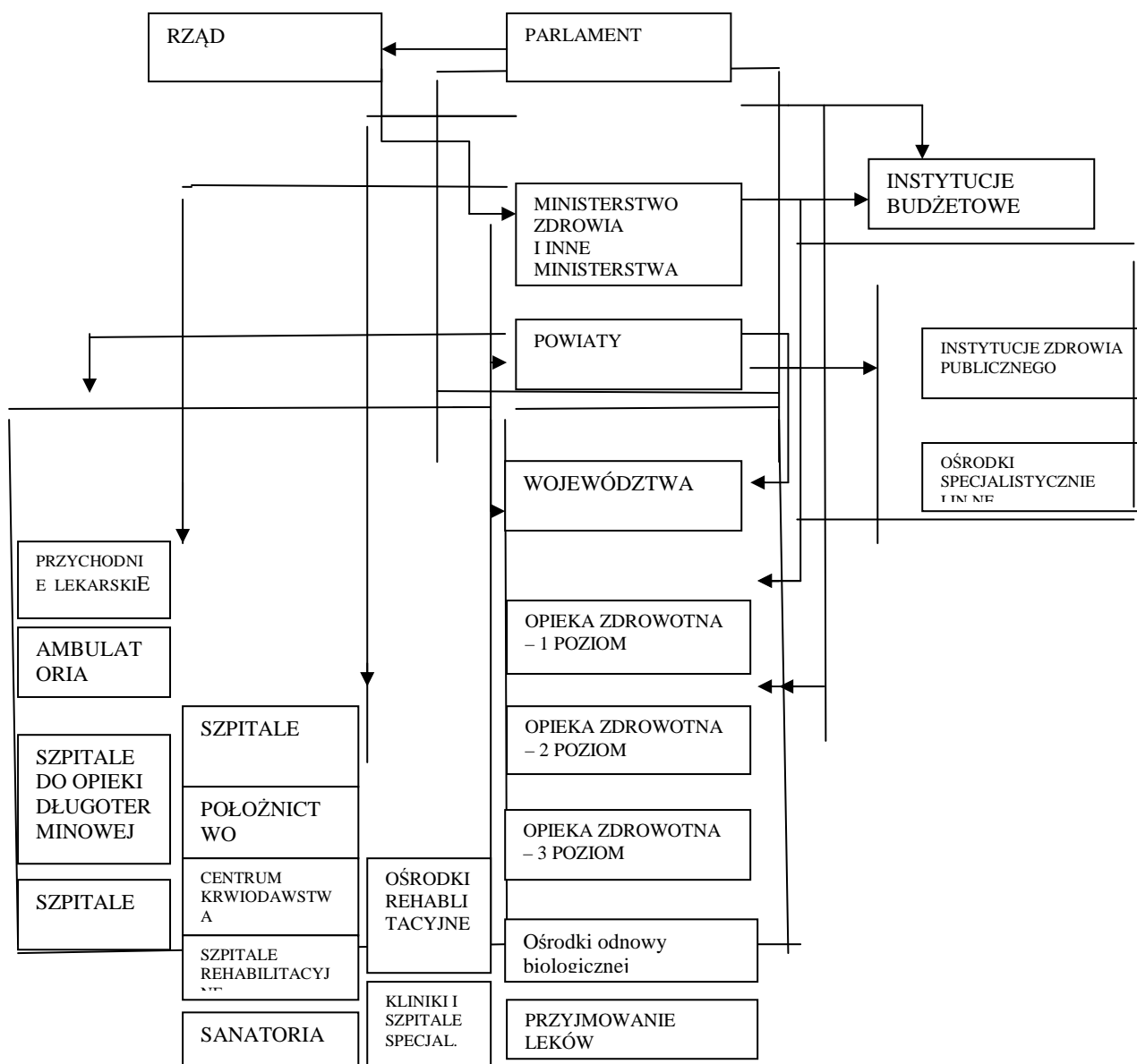
W **Hiszpanii**, jak to już zostało powiedziane, usługi zdrowotne są zapewniane w dużej mierze dzięki ubezpieczeniom socjalnym i są finansowane z podatków. Tak więc każdy obywatel ma prawo do ubiegania się o opiekę od agencji zdrowia publicznego.

Tego rodzaju usługi są świadczone, na poziomie krajowym, przez następujące organy i agencje:

- Podstawowa opieka domowa: jest określona przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki i dzieli się na opiekę zaplanowaną oraz opiekę w nagłych przypadkach, w sytuacjach Kryzysowych (przed dostarczeniem pacjenta do szpitala).
- Zespoły opieki domowej: W niektórych Wspólnotach Autonomicznych istnieją tzw. zespoły opieki domowej zapewniające opiekę dla ludzi, którzy nie są w stanie korzystać z usług podstawowych ośrodków zdrowia. W takich przypadkach zespół (złożony z lekarzy, pielęgniarek i asystentów społecznych), odwiedza pacjenta i zapewnia konieczną opiekę.
- Opieka zdrowotna dla osób nieuleczalnie chorych: jest oferowana przez system opieki zdrowotnej dla tych ludzi, którzy są w końcowej fazie śmiertelnej choroby. To pomaga pacjentowi i rodzinie, aby ten proces stał się łatwiejszy.
- Hospitalizacja domowa: grupa usług zdrowotnych, które są świadczone w domu pacjenta, a które mają intensywność, złożoność i czas trwania, podobne do tych, które są dostarczane w szpitalu. W tych przypadkach powstaje zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, asystentów zdrowia, rehabilitantów i pracowników socjalnych, którzy opracowują odpowiednie działania w tej dziedzinie. Jednostki te zależą od szpitala i są kierowane przez szpital do dokonania pilnej lub wcześniej zaplanowanej interwencji w domu pacjenta. Taki rodzaj opieki ma na celu przyczynienie się do poprawy jakości życia i zmniejszenie liczby nieodpowiednich hospitalizacji.
- W obszarze usług społecznych możemy znaleźć domowe usługi. Składają się one z działań pomocowych udzielanych przez pracowników opieki społecznej w domach pacjentów i obejmują wykonywanie takich prac jak sprzątanie, pomoc przy utrzymaniu higieny osobistej, regularne zakupy, gotowanie, itp. Jest to rodzaj pomocy, który jest uzupełniany dzięki nieformalnej pomocy świadczonej

przez rodzinę pacjenta. W Hiszpanii to gminy są odpowiedzialne za realizację tych usług i zapewnianie ich ludziom, którzy ich potrzebują.

Ogólna struktura organizacyjna **litewskiego** systemu opieki zdrowotnej została przedstawiona na poniższym Wykresie.



Wyk. 2. Struktura organizacyjna Systemu Opieki Zdrowotnej na Litwie.

System pomocy społecznej obejmuje ministerstwa, departamenty i inne struktury rządowe. Najważniejszym Ministerstwem w **Rumunii** jest Ministerstwo Pracy, Solidarności Społecznej i Rodziny, które koordynuje cały krajowy system pomocy społecznej i jest odpowiedzialne między innymi za:

- Rozwój polityki pomocy społecznej;
- Ustalanie strategii rozwoju pomocy społecznej;
- Promocja praw osób potrzebujących;
- Współpraca z kluczowymi przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego;
- Finansowanie krajowych programów pomocy społecznej;
- Rozwijanie programów kształcenia i szkoleń dla pracowników opieki społecznej;

Władze powiatowe mają na celu realizację polityki społecznej i spełniają funkcje: strategiczne, koordynacyjne, zarządzania, współpracy i reprezentacji.

Funkcje społeczne to:

- Profesjonalne wsparcie poprzez plany Rady, terapię;
- Efektywność wsparcia społecznego;
- Ułatwienia absorpcji wsparcia społecznego;
- Obrona interesów i praw ludzi potrzebujących..

W pracy społecznej bierzemy pod uwagę wszystkie wymiary, które definiują człowieka: psychologiczny, społeczny, duchowy i ekonomiczny, aby integracja jednostki była całkowita.

Ministerstwo Zdrowia i Rodziny akceptuje dostawców opieki domowej, którzy spełniają następujące kryteria:

- Spójność celów do osiągnięcia przez dostawców opieki domowej oraz potrzeb i priorytetów społeczeństwa;
- Istniejące w zakresie statusu prawnego dostawców wyraźne wzmianki o zapewnianiu opieki w domu jako działalności;
- Istnienie zespołu zdolnego do wspierania działań zawartych w pakiecie, złożonego z ludzi, którzy mają odpowiednie kwalifikacje (świadectwo ukończenia) oraz pozwolenie na wykonywanie zawodu uzyskane zgodnie z prawem;
- Istniejący opis pracy dla każdego pracownika, wskazując poziom wykształcenia, umiejętności i obowiązków;
- Posiadanie biura;
- Odpowiednia przestrzeń do przechowywania i dostępu do dokumentacji medycznej (baza danych, dokumentacja medyczna pacjentów, archiwum);
- Odpowiednie wyposażenie – odpowiedni sprzęt medyczny, zestawy medyczne dla opiekunów, farmaceutyki i inne.

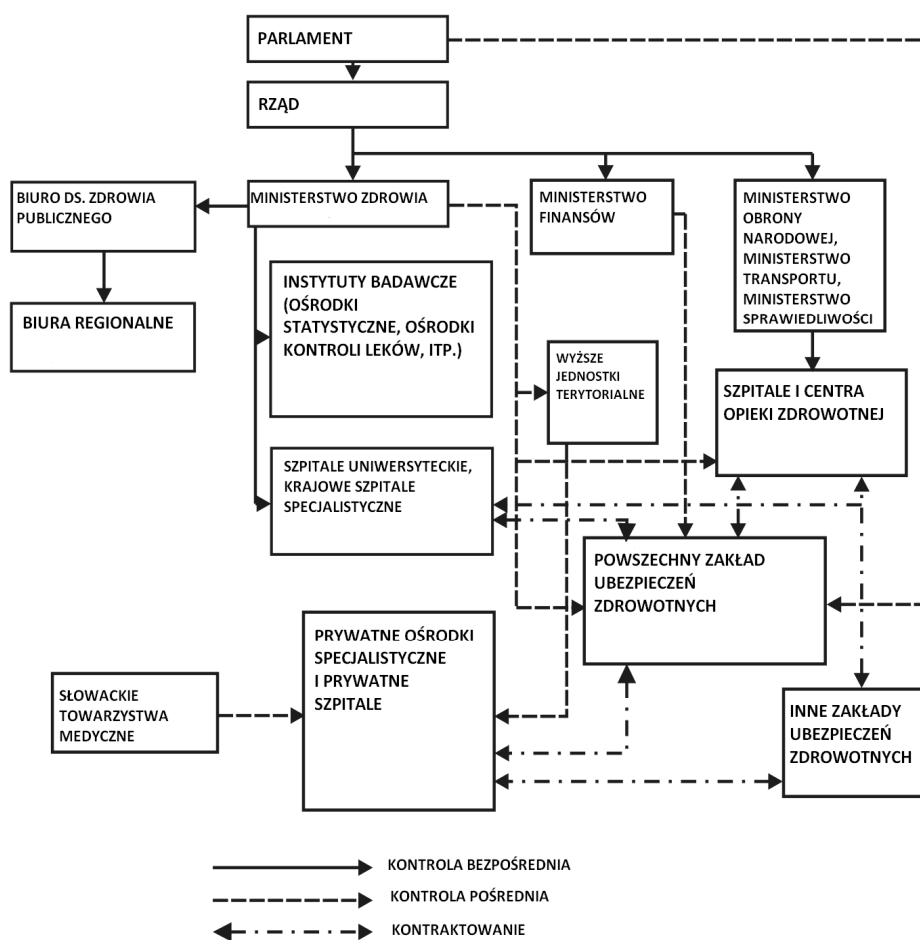
Krajowy Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych ustala standardy dla akredytacji jednostek medycznych oferujących usługi zdrowotne w domu opieki. Normy te są ustalane z pomocą Narodowej Podkomisji Akredytacyjnej ds. domowej opieki zdrowotnej, firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne oraz ośrodków domowej opieki zdrowotnej.

Struktura organizacyjna służby zdrowia **Republiki Słowacji** radykalnie się zmieniła od czasów PRL. W latach 90-tych zintegrowany system opieki zdrowotnej został zastąpiony przez system zdrowotnych ubezpieczeń społecznych. Zintegrowany funkcja administracji publicznej (nabywca-dostawca) z

trójwarstwową strukturą organizacyjną na szczeblu lokalnym, powiatowym i regionalnym została zniesiona. Większość dostawców podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki specjalistycznej wybrało prywatną praktykę. Zatem świadczenia opieki zdrowotnej stały się fragmentaryczne, oparte na indywidualnych świadczeniodawcach działających głównie samemu. Również związki między podstawową opieką zdrowotną i specjalistyczną opieką zdrowotną stały się słabsze. Do 2001 r. jedynie trzy szpitale były nadal własnością Ministerstwo Zdrowia a ich pracownicy pozostawali urzędnikami państwowymi. Szpitale nie były zamykane lub likwidowane z powodu długów, a dyrektorzy nie byli zwalniani z powodu niegospodarności finansowej, nie było również znaczących redukcji liczby pracowników. Innymi słowy, sektor zdrowia na Słowacji nadal działał, tak jak przed rokiem 1990 a przekazywanie niektórych zadań służby zdrowia do nowopowstałych samorządnych regionów w 2001 roku nie było panaceum.

Tak więc, choć na Słowacji nastąpiło bezbolesne przejście od socjalistycznego planowania centralnego do pluralistycznego systemu opieki zdrowotnej opartego na ubezpieczeniach zdrowotnych, wiele trudności finansowych i organizacyjnych nadal pozostało. Po wyborach z 2002 r. rząd deklarował, że głównym celem jest zwiększenie zdolności reagowania na potrzeby społeczeństwa, uwzględniając dostępne środki finansowe. Rząd zamierza zwiększyć efektywność wykorzystania przyznaných środków finansowych na ochronę zdrowia, głównie pochodzących z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a jako priorytet stawia sobie zapewnienie ochrony osób fizycznych w szczególności w zakresie świadczenia drogich usług opieki zdrowotnej, których koszty nie mogą być pokryte przez obywateli. Aktualna organizacja systemu opieki zdrowotnej opiera się na mieszaninie struktur zdecentralizowanych i scentralizowanych.

Tabela 4: Struktura Systemu Opieki Zdrowotnej



Większość usług medycznych na Słowacji jest bezpłatnych dla tych, którzy się kwalifikują, ale niektóre usługi są wyłącznie objęte dotacjami, a obywatele muszą zapłacić część kosztów. Współ-płacenie dotyczy niektórych leków na receptę, leczenia dentystrycznego oraz niektórych wyrobów medycznych. Dodatkowe metody leczenia, takie jak zabiegi chirurgii plastycznej, leczenie za granicą czy akupunktura są wyłączone z ubezpieczenia.

Koszty leków na receptę dla tych, którzy cierpią z powodu chorób przewlekłych lub tych, którzy należą do grup szczególnie narażonych, np. kobiety w ciąży, weterani wojenni, diabetycy i chorzy na gruźlicę, są w pełni pokrywane przez państwo. Leki są podzielone na trzy grupy, pierwsza kategoria obejmuje podstawowe leki, które są w pełni refundowane przez firmy ubezpieczeniowe. Druga kategoria jest częściowo dotowana i trzecia grupa nie otrzymuje dotacji. Spotkania z lekarzem i skierowania do konsultanta są bezpłatne.

Niewielu ludzi wykupuje dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, które jest oferowane przez pięć firm ubezpieczeniowych. Te osoby, które z tego korzystają albo nie mają praw do ubezpieczenia oferowanego przez państwo albo wykorzystują je do uzupełnienia praw do opieki zdrowotnej w obszarach nie objętych podstawowym pakietem opieki. Wykupując takie dodatkowe ubezpieczenie można również otrzymać zwrot kosztów leczenia za granicą.

Lekarze i ośrodki zdrowia. Lekarze należą do jednej z trzech grup na Słowacji: lekarzy ogólnych dla dorosłych, lekarzy ogólnych dla osób poniżej osiemnastego roku życia, ginekologów-położników. Lekarze ogólni zapewniają podstawowe badania, diagnozy, opiekę profilaktyczną, recepty, skierowania, wizyty domowe i opiekę w sytuacjach awaryjnych.

Lekarze mają tendencję do wykonywania jednoosobowej praktyki, przede wszystkim prywatnie. Jednak prywatni lekarze wynajmują pomieszczenia i urządzenia z obiektów państwowych i zawierają umowy z firmami ubezpieczeń zdrowotnych. Większość lekarzy zatrudnia co najmniej jedną pielęgniarkę. Obywatele mogą zarejestrować się u wybranego przez siebie lekarza i mają prawo do zmiany swojego lekarza co sześć miesięcy. Większość osób, wybiera lekarza w zależności od swojego miejsca pracy. Osoby szukające państwowej opieki medycznej muszą mieć pewność, że ich lekarz ma umowę z jedną z firm ubezpieczeniowych. Lekarze na Słowacji nadal przyjmują łapówki, co, naturalnie, nie jest dozwolone. Lekarze mają obowiązek poinformować swoich pacjentów o możliwości otrzymania leków bezpłatnie.

Wielu lekarzy wynajmuje pokoje w przychodniach i ośrodkach zdrowia. Obiekty te są odpowiedzialne za ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Usługi medyczne świadczone w tych miejscach obejmują ogólną praktykę, opiekę położniczą, opiekę dziecięcą i opiekę stomatologiczną. Zapewniają one również pomoc medyczną w nagłych przypadkach, jak również laboratoria i inne usługi diagnostyczne.

W ośrodkach zdrowia pracują wykwalifikowani lekarze i pielęgniarki. Niektóre przychodnie są prywatne.

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza jest zróżnicowany i zaleca się, aby umawiać się na wizytę z wyprzedzeniem. Jeśli potrzebujesz natychmiastowej pomocy, można odwiedzić lekarzy w szpitalu – na pogotowiu, ale należy się przygotować na długie oczekiwanie.

Konsultanci. Wielu pacjentów nie korzysta z usług lekarzy ogólnych i od razu zgłasza się do lekarzy specjalistów. Konsultanci to starsi lekarze, którzy ukończyli specjalistyczne szkolenia w danej dziedzinie medycyny. Lekarze ogólni kierują pacjentów do konsultanta jeśli uważają, że pacjent może wymagać specjalistycznej pomocy i diagnostyki. Istnieje wiele specjalistycznych dziedzin medycyny na Słowacji jak ginekologia, onkologia, pediatria i dermatologia. Wielu konsultantów jest zatrudnionych w instytucjach państwowych.

Szpitala. Na Słowacji istnieją 44 szpitale, które są zarządzane przez regiony. Szpitale były niedofinansowane w ostatnich latach i potrzebują nowego sprzętu i technologii. Czasami szpitale nie są w stanie zakupić niektórych leków i wyrobów medycznych, choć sytuacja się poprawia. Szpitale i kliniki znajdują się we wszystkich większych miastach. Lekarz kieruje pacjenta do szpitala albo przez

pogotowie lub poprzez skierowanie. Kiedy pacjent jest dopuszczony do leczenia szpitalnego, leczenie jest kontrolowane przez jednego z lekarzy szpitalnych. Istnieje lista oczekujących na niektóre zabiegi i usługi.

Pogotowie alarmowe. Jest dostępne za darmo dla wszystkich, także tych bez państwowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak, gdy twój stan jest ustabilizowany będą chcieli dowód statusu ubezpieczeniowego. Pogotowie znajduje się przy wszystkich szpitalach. Oddziały ratunkowe są czynne non-stop przez cały rok. Można korzystać z ich usług, jeśli pacjent potrzebuje natychmiastowej opieki, jeśli otrzymuje skierowanie od lekarza rodzinnego, lub jeśli żaden lekarz ogólny nie jest dostępny.

Prywatne kliniki. Większość lekarzy i specjalistów prowadzi prywatną praktykę na Słowacji. Działają w wynajętych biurach w obiektach publicznych finansowanych przez samych lekarzy i z dodatkowych dobrowolnych składek prywatnych ubezpieczeń. Z usług prywatnych klinik korzysta jedynie określony odsetek osób, często jako dopełnienie do podstawowej opieki zdrowotnej i w celu skorzystania z usług, których ubezpieczenie nie pokrywa.

Dentyści. Opieka dentystyczna na Słowacji jest głównie prywatna. Niektóre leczenie stomatologiczne jest dostępne za pośrednictwem systemu opieki zdrowotnej państwa, ale to dotyczy tylko rutynowych wizyt i wizyt kontrolnych. Obywatele muszą płacić sami za dokładniejsze leczenie stomatologiczne.

Apteki. Tylko lekarze ogólni i lekarze specjaliści mogą przepisywać leki na Słowacji. Lek na receptę jest dostępny tylko u wykwalifikowanego farmaceuty lub w zarejestrowanej aptece szpitalnej. Leki bez recepty mają wyższe ceny niż leki na receptę. Można zapłacić mniej za aspirynę, jeśli lekarz ją przepisał niż jeżeli sami pójdziemy do apteki. Koszty leków na receptę są refundowane przez krajowy system opieki zdrowotnej.

Szpitalne. Są dwa rodzaje szpitali: Szpitale akademickie i szpitale ogólne. Obecnie 8 szpitali to szpitale akademickie, pozostałe 14 szpitali jest własnością państwa, a niektóre z nich funkcjonują jako spółki giełdowe z większościovym udziałem skarbu państwa (jak np. Szpital w Popradzie). Pomysł, aby zmienić status prawny państwowych szpitali w ostatnim roku spotkał się z silnym oporem ze strony lekarzy, którzy rozpoczęli strajki. Przekształcanie szpitali w spółki giełdowe zostało wstrzymane, choć wszystkie dokumenty administracyjne zostały już przygotowane. Koszty tego nieudanego procesu szacuje się na około 30 mln €.

Podczas reformowania systemu opieki zdrowotnej w Słowacji powstało 5 dodatkowych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych. Ich status prawny pozwala im generować zyski, co jest w obecnym systemie opieki zdrowotnej układem raczej dziwnym. Główny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych obejmuje większość populacji. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych jest drugim największym ubezpieczycielem. Obywatele mogą zmienić firmę ubezpieczeniową w każdej chwili, ale konkurencja między firmami ubezpieczeniowymi jest naprawdę niewielka, chociaż od niedawna firmy ubezpieczeniowe próbują przyciągnąć ludzi do swoich funduszy. Wydaje się, że posiadanie takiego nie ma wymiernych korzyści dla społeczeństwa.

Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe dla wszystkich osób zatrudnionych. Rząd płaci składki za tych obywateli, którzy są zwolnieni z opłat, czyli za bezrobotnych, emerytów i ludzi na długoterminowym zasiłku chorobowym, na urlopie macierzyńskim, poszukujących pracy, na rencie i rezerwistów. Pracodawcy muszą rejestrować swoich pracowników w jednej z kas chorych, gdy nowy pracownik rozpoczyna pracę. Pracownicy płacą 4 procent ich podstawowego dochodu do funduszu, podczas gdy pracodawcy płacą 10 proc. Zatrudnione osoby niepełnosprawne płacą tylko 2,6 procent, ponieważ państwo pokrywa resztę. Samo-zatrudnieni obywatele muszą zapłacić pełny 14-procentowy wkład, który jest liczony jako 50 procent dochodu, od którego zapłacili podatek w roku poprzednim. Płaca minimalna dla składek zdrowotnych wynosi około 91 EUR i istnieje również granica po przekroczeniu której nie trzeba płacić więcej składek ubezpieczeniowych, co sprawia, że ten system jest dość stronniczy wobec osób mających wysokie dochody.

Lista firm oferujących ubezpieczenia medyczne:

- Główny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych

- Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Dôvera
- Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Apollo
- Unijny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych
- Powszechny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych

Jak wspomniano wcześniej w **polskim** systemie opieki zdrowotnej kluczową rolę pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, będący płatnikiem, a jednocześnie pośrednikiem pomiędzy pacjentami a placówkami ochrony zdrowia. Na poziomie krajowym do instytucji zarządzających systemem opieki zdrowotnej zaliczyć należy jeszcze organy kontroli i nadzoru:

- ⤴ Państwową Inspekcję Sanitarną,
- ⤴ Państwową Inspekcję Farmaceutyczną,
- ⤴ Rzecznika Praw Pacjenta,

oraz posiadające uprawnienia kontrolne, ale przede wszystkim wytyczające politykę zdrowotną kraju Ministerstwo Zdrowia.

Instytucje zarządzające systemem opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym, czyli jednostki samorządu terytorialnego to samorzady gmin, powiatów i województw. Na nich spoczywa bardzo ważne i odpowiedzialne zadanie, ponieważ to samorząd terytorialny jest w polskim systemie jednostką założycielską publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). W związku z tym jako założyciel samorząd posiada prawo aby w drodze uchwały tworzyć, przekształcać i likwidować SPZOZ. Na samorządzie spoczywa również obowiązek nadania statutu jednostce oraz wyłonienia w drodze konkursu i nawiązania stosunku pracy z kierownikiem SPZOZ.

Ponadto samorząd pełni rolę kontrolną nad podległymi mu placówkami. W związku z tak szerokimi uprawnieniami w praktyce to samorzady terytorialne kształtują w Polsce system opieki zdrowotnej. Realizują one politykę krajową prowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia, podkreślić jednak należy, iż posiadają znaczącą autonomię. Pozostałe zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki zdrowotnej z podziałem na gminę, powiat i województwo wyszczególnione zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki zdrowotnej.

samorząd województwa	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy ⤴ tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej ⤴ realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ⤴ realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej
samorząd powiatu	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ tworzy powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych ⤴ zapewnia kobietom w ciąży opiekę medyczną, socjalną i prawną ⤴ wystawia skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego ⤴ ustala rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych ⤴ finansuje uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny ⤴ realizuje zadania z zakresu inspekcji sanitarnej ⤴ realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej
samorząd gminy	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ realizuje zadania zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

alkoholowych

↗ realizuje usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Polityka w zakresie poprawy i rozwoju systemu opieki zdrowotnej, w tym opieki domowej

Jednym z głównych celów **włoskiego** NHS jest zapewnienie ciągłości opieki pomiędzy poszczególnymi wewnątrz-i poza-szpitalnymi specjalistami, tak aby nastąpiła pełna integracja (praca zespołowa, rozwój i wdrażania wspólnych ścieżek terapeutycznych, itp.); pomiędzy różnymi poziomami wsparcia, w szczególności jeśli chodzi o delikatną granicę między szpitalem i społecznością, w okresie tuż po opuszczeniu szpitala, gdy pacjent jest zmuszony do radzenia sobie ze wszystkim bez pomocy lekarza czy pielęgniarki; oraz zapewnienie ciągłości leczenia terapeutycznego, jeśli jest to wymagane.

Model systemu zorientowanego na ciągłość opieki polega na ustalaniu odpowiednich ścieżek i na "zarządzaniu" pacjentem w sposób ciągły przez zespół charakteryzujący się umiejętnościami społecznymi i zdrowotnymi, jak również monitorowanie fazy przejścia pomiędzy różnymi strukturami opieki za pomocą odpowiednich narzędzi do oceny zasadności, biorąc pod uwagę to, co jest dostępne za pośrednictwem Systemu Karty Zdrowia.

Organizacyjną metodą mającą na celu ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej, zdrowia publicznego i usług społecznych jest "Indywidualny Punkt Dostępu" (PUA), który zajmuje się zbieraniem informacji od pacjentów, zarządzaniem usługami, aktywacją usług dla tzw. prostych potrzeb, jak również uruchomieniem wielowymiarowej oceny złożonych potrzeb, co poprawia współpracę i koordynację między różnymi podmiotami publicznymi i prywatnymi.

Pacjenci, którzy najbardziej potrzebują ciągłości opieki to Ci, którzy byli w ciężkim stanie i zostali wypisani ze szpitala i w przypadku których istniało wysokie ryzyko powrotu do szpitala. Oni potrzebują stałej opieki specjalistów, pod nadzorem kierownika „przypadku”, w specjalnym ośrodku lub w domu. Kolejną grupą są pacjenci przewlekle chorzy, którym grozi nieodpowiednia hospitalizacja, jeśli co chwilę zmienia się ich lekarz prowadzący. Wymagana jest silna integracja pomiędzy wielodyscyplinarnymi zespołami opieki zdrowotnej (lekarz, pielęgniarka i pracownik socjalny. Osoby przewlekle chore, ogólnie w dobrym stanie zdrowia, które są odpowiedzialne za monitorowanie swojego stanu zdrowia, powinny zostać odpowiednio przeszkolone aby być zdolnym do samodzielnego diagnozowania (dotyczy to osób cierpiących na takie choroby jak cukrzyca, astma).

Dla pacjentów, którzy są zwolnieni ze szpitala i są leczeni w ośrodkach lokalnych, ciągłość opieki musi być zagwarantowana już w trakcie pobytu w szpitalu, za pośrednictwem wielowymiarowej oceny, która bierze pod uwagę warunki kliniczne opieki zdrowotnej i społeczną sytuację pacjenta w celu określenia ścieżki opieki, która jest najbardziej odpowiednia i zgodna z istniejącymi sieciami usług socjalnych i rejonowych, oczywiście w porozumieniu z lekarzem.

Również, w zakresie zintegrowanego zarządzania, lekarz prowadzący jest głównym punktem odniesienia i odpowiada za "zarządzanie" pacjentem oraz diagnostykę ścieżki terapeutycznej, najbardziej odpowiedniej dla danego pacjenta. Zarządzanie zintegrowane może wymagać zapewnienia miejsca w ośrodku zdrowotnym, opieki lekarza ogólnego i personelu pielęgniarskiego, w ramach odpowiednich struktur opieki pośredniej.

Zarządzanie zintegrowane i ciągłości opieki w dużym stopniu polegają na użyciu innowacyjnych metod, w tym tele-medycyny, wsparcia zdalnego oraz, bardziej ogólnie, technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT), w szczególności w celu zapewnienia realizacji metody sieci operacyjnych, która integruje różne instytucjonalne i pozainstytucjonalne podmioty, których zadaniem jest "zarządzanie" przypadkami przewlekłymi (LHA, szpitale, podstawowa opieki zdrowotnej, domy opieki, gminy, województwa, ale także rodziny, stowarzyszenia, fundacje, instytucje niekomercyjne; innymi słowy, bogaty kapitał społeczny, który charakteryzuje wiele lokalnych realiów we Włoszech).

Podczas trzyletniego okresu, którego celem jest wdrożenie sieci pomocy poprzez określenie głównych punktów odniesienia i funkcjonalnych relacji pomiędzy specjalistami, w taki sposób, że nawet jeśli jest ona oparta na pracy zespołowej, to można jasno określić obowiązki i procedury. Ten skomplikowany

system integracji/ciągłości musi charakteryzować się elastycznością dozwoloną dzięki mieszaninie różnorodnych usług. Koordynacja i integracja wszystkich działalności związanych z opieką zdrowotną i społeczną na poziomie lokalnym są gwarantowane przez władze powiatowe, które są również odpowiedzialne za research, promowanie i wdrażanie odpowiednich synergii pomiędzy wszystkimi systemami z oferty lokalnej oraz za koordynację podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto Powiat reprezentuje rozmówcę władz lokalnych i sprawuje tę funkcję w sposób skoordynowany z polityką korporacyjną.

Jednym z najtrudniejszych realiów dla **hiszpańskiego** systemu ochrony zdrowia jest to, że populacja się starzeje, co zwiększa liczbę przypadków, w których pomoc, czy to w gabinecie lekarskim czy w domu, jest konieczna. Jest to jeden z najważniejszych powodów do poprawy opieki zdrowotnej świadczonej dla osób powyżej 65 roku życia.

Ta sytuacja ma bardzo silny związek z opieką domową, gdyż te osoby są bardziej podatne na różnego rodzaju choroby i dolegliwości, a zatem potrzebują opieki, które nawet lepiej gdyby była oferowana w domu, z różnych powodów. W przypadku osób starszych uważa się, że gorszym sposobem jest zamykanie ich w różnych instytucjach czy ośrodkach. Należy odpowiedzieć sobie na pytania: czy dane rozwiązanie będzie lepsze dla ich życia społecznego i dla ich środowiska (czy np. ułatwi to życie ich rodzinie), oraz czy będzie lepsze dla ich stanu zdrowia. W wielu przypadkach hospitalizacja nie jest wskazana (co pozwala wykorzystać zasoby szpitalne w innych przypadkach). Dlatego rosnąca presja systemu związana ze starzeniem się społeczeństwa zmusza do dokonania niezbędnych zmian w służbie zdrowia w celu zaspokojenia tych realiów.

W dokumencie dot. poprawy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Hiszpanii na lata 2007-2012, przedstawiona została wizja strategiczna, opracowana przez Departament Stanu ds. Zdrowia Publicznego. Dokument ten zawiera wytyczne dla całego kraju. Jedną z strategii jest opisana w następujący sposób: Promowanie i wspieranie rozwoju domowej opieki zdrowotnej i udziału specjalistów sanitarnych w opiece nad osobami niesamodzielnymi. Cel strategii: poprawa stanu domowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z tymi wytycznymi i z tymi celami, są opracowywane następujące działania:

- Wspieranie planów domowej opieki zdrowotnej, realizowanych w ramach podstawowego zakresu opieki, w których cele pomocy zdrowotnej świadczone są na rzecz osób niesamodzielnymi i ich opiekunów.
- Promowanie i zwiększenie koordynacji tych planów z innymi środkami sanitarnymi (np. hospitalizacja domowa) i usługami socjalnymi.
- Włączenie do domowej opieki medycznej, konieczną pomoc dla pacjentów niesamodzielnymi, dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i śmiertelnie chorych.
- Szerzenie działań dotyczących promocji zdrowia, działań prewencyjnych i wszelkich innych koncentrujących się na utrzymaniu lub odzyskaniu zdolności do wykonywania codziennych czynności życiowych.
- Uwzględnianie w programach domowej opieki zdrowotnej, wsparcia psychologicznego dla opiekunów osób niesamodzielnymi.
- Uwzględnienie w programach domowej opieki zdrowotnej, niezbędnych działań dla osób, które potrzebują żywienia dojelitowego, stosowanie terapii oddechowej i innych technik fizjoterapeutycznych.

Podczas Kongresu **Litewskiego** Stowarzyszenia Medycznego, została podjęta decyzja, aby poprosić o pomoc międzynarodową z Finlandii. To było bardzo przydatne, gdyż Finlandia, wspierana przez Urząd Wojewódzki oraz zespół międzynarodowych ekspertów, była w trakcie przeglądu własnej polityki krajowej i programów ochrony zdrowia. Politycy litewscy i nowa administracja zdrowia dowiedzieli się wiele ciekawych rzeczy. Najważniejszą rzeczą była potrzeba jasnego politycznego zaangażowania w ochronę zdrowia obywateli oraz równowaga między odpowiedzialnością krajową, regionalną i lokalną. Ponadto, zaangażowanie społeczeństwa w proces podejmowania decyzji, do

określenia priorytetów opieki domowej, ukierunkowanie działań i mobilizację zasobów. Po raz pierwszy po odzyskaniu niepodległości, rozpoczął się prawdziwy proces optymalizacji sieci placówek służby zdrowia i struktury usług. Planowane jest regularne informowanie społeczeństwa o postępach realizacji tego procesu. Wzrost wynagrodzeń pracowników służby zdrowia uważa się za jeden z priorytetów polityki Ministerstwa Zdrowia. Zasadnicza reforma dotycząca szkoleń specjalistycznych, została już wprowadzona. Edukacja, kształcenie zawodowe i rozwój pracowników służby zdrowia jest jednym z ważniejszych priorytetów.

Litwa również opracowała różne projekty strukturalne UE o znaczeniu krajowym. Rozwój uniwersalnych wielofunkcyjnych centrów przyczynił się do dostosowania placówek edukacyjnych do potrzeb osób niepełnosprawnych. W dziedzinie polityki zdrowotnej, odpowiednie instytucje rozpoczęły świadczenie usług w zakresie opieki pielęgniarskiej w domu, jak również opieki paliatywnej finansowanej z budżetu funduszu ubezpieczeń zdrowotnych. Działania obejmują również: rozwój opieki paliatywnej i opieki pielęgniarskiej, poprawa podstawowej opieki zdrowotnej i realizacji programów profilaktycznych. Organizując usługi społeczne na Litwie priorytetowo traktuje się ośrodki opieki społecznej, których rola to zapewnienie tymczasowego zakwaterowania oraz opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych. Litwa realizowała także projekty specjalne mające na celu zapewnienie wsparcia dla rodzin, które opiekują się osobami z chorobami przewlekłymi oraz wiele innych projektów skierowanych do osób niepełnosprawnych.

W **Rumunii**, rok 2001 był ostatnim krokiem w tworzeniu prawnych i instytucjonalnych spójności, gdy ustawa nr 705/2001 dotycząca krajowego systemu pomocy społecznej została przyjęta. Była to reforma regulacyjna, która otwiera drogę do rozwoju krajowego systemu pomocy społecznej. W 2006 r. nowa ustawa ramowa nr 47/2006 dot. krajowego systemu pomocy społecznej wspiera szereg działań w celu wzmocnienia spójności społecznej poprzez promowanie solidarności w społeczeństwie.

Wyznaczone instytucje promują prawa rodziny, dzieci, osób starszych, niepełnosprawnych i innych osób, które potrzebują pomocy finansowej i nie tylko.

Krajowy system pomocy społecznej w Rumunii musi być skupiony na swoich celach aby zapewnić spójne i skuteczne działanie. Do celów zaliczamy: zapobieganie i zwalczanie dyskryminacji i marginalizacji społecznej lub intensyfikacji i rozwoju partnerstwa społecznego jako sposobu kontroli i efektywność środków wspierających ludzi i ich rodziny w potrzebie.

Materializacja tych celów jest zapewniana dzięki dwóm rodzajom pomocy społecznej: zaplanowana pomoc społeczna i obecna pomoc społeczna.

Zaplanowana pomoc społeczna, za którą odpowiedzialne jest Ministerstwo Pracy i Solidarności Społecznej, ma na uwadze następujące działania: zapewnienie prawnych, instytucjonalnych i administracyjnych ram tworzenia polityki w tej dziedzinie, ustanowienie mechanizmów wsparcia dla osób uprzywilejowanych - rodziny w potrzebie, dzieci, osoby starsze, niepełnosprawne i przewlekle chore, itp.

Obecna pomoc społeczna, za którą odpowiedzialne są wyspecjalizowane służby Dyrekcji ds. Pracy i Solidarności Społecznej, we współpracy z gminami, dotyczy następujących działań: identyfikacja rodziny, niektórych jej członków i pojedynczych osób w sytuacji zagrożenia społecznego; udzielanie pomocy w formie pieniężnej lub w innej formie w zależności od obowiązujących przepisów, na wniosek, dla osób uprawnionych; udzielanie pomocy w domach osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i starszych ludzi bez wsparcia rodziny.

Pomimo zamiaru przekształcenia Ministerstwa Zdrowia **Słowacji** w organ koncentrujący się głównie na funkcjach regulacyjnych, jego status zmienił się raczej niewiele w ciągu ostatniej dekady. Jako główny organ wykonawczy państwa, odpowiedzialny za opiekę zdrowotną i ochronę zdrowia, Ministerstwo Zdrowia proponuje główne kierunki i priorytety polityki zdrowotnej państwa oraz przygotowuje i przesyła odpowiednie projekty ustaw. Na podstawie Ustawy o Opiece Zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za regulację systemu opieki zdrowotnej w celu zapewnienia równego dostępu do wszystkich świadczeń. Od stycznia 2002 r. (na podstawie ustawy nr 416/2001 w sprawie przeniesienia kompetencji z administracji rządowej do samorządnych regionów i gmin) znaczna część kompetencji Ministerstwa Zdrowia do wydawania licencji świadczeniodawcom została



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

zdecentralizowana i przekazana lokalnej administracji terytorialnej - samorządnym regionom (wyższe jednostki terytorialne).

W 2003 roku zarządzanie 44 szpitalami zostało przeniesione do regionów. Spośród nich, 16 szpitali wraz z przychodniami typu I zostało przeniesionych do gmin i 28 szpitali z przychodniami typu II zostało przeniesionych do wyższych jednostek terytorialnych. Po przyjęciu Ustawy o Przekształceniu (nr 13/2002), kolejne 14 szpitali stało się organizacjami non-profit. Do 2004 r. Ministerstwo Zdrowia brało odpowiedzialność za inwestycje kapitałowe w zakładach opieki zdrowotnej, które były własnością państwa. Działalność tą praktycznie zatrzymano i pracownicy służby zdrowia muszą pokrywać inwestycje z własnych źródeł.

Ministerstwo Zdrowia, ponosi odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe i kursy dokształcające personelu służby zdrowia, jak również uznawania dyplomów i świadectw kwalifikacji zawodowych uzyskanych za granicą. Ponadto, wcześniej Ministerstwo Zdrowia zarządzało szkołami pielęgniarskimi, szkoły te należą teraz do samorządnych regiony. 1 września 2002 r. Słowacka Podyplomowa Akademia Medyczna została przekształcona w Uniwersytet Medyczny (Slovenska zdravotnícka Univerzita).

Poprzez Państwowy Urząd Zdrowia Publicznego Republiki Słowackiej, Ministerstwo Zdrowia zapewnia nadzór i kontrolę nad chorobami zakaźnymi, bezpieczeństwo żywności, bezpieczne i zdrowe warunki pracy i życia, a także inne funkcje publiczne uregulowane w Ustawie o Ochronie Zdrowia. 36 biur regionalnych zdrowia publicznego w następstwie procesu decentralizacji w 2004 r. samodzielnie przeprowadza większość kontroli.

Usługi opieki społecznej obejmują m.in. długoterminową opiekę szpitalną, usługi socjalne dla osób starszych, pacjentów z chorobami przewlekłymi lub innymi grupami osób o szczególnych potrzebach, z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem fizycznym. Towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych finansują leczenie natomiast opieka społeczna jest finansowana zarówno z budżetu państwa jak i z płatności bezpośrednich. Dalsza opieka obejmuje pielęgnację, rehabilitację, pomoc psychologiczną i ewentualne leczenie uzdrowiskowe.

W 1994 r. na Słowacji było 6 szpitali z 665 łózkami dla chorych, głównie dla osób starszych. Do 1997 roku liczba ta wzrosła do 14 szpitali z 1122 łózkami. W 2002 r. liczba ta wynosiła prawie 2500 łóżek. Zasoby te jednak wciąż nie są wystarczające, a pacjenci często muszą czekać miesiącami aby zostać przyjętym do szpitala. Również popyt jest większy, gdyż pobyt w ośrodku opieki społecznej jest odpłatny.

W 1997 r. istniało 6 ośrodków rehabilitacyjnych z 511 łózkami, ale w 2002 r. zostały one zredukowane do 3 z zaledwie 294 łózkami. Wiele sanatoriów i ośrodków uzdrowiskowych zostało sprywatyzowanych.

Specjalna opieka zdrowotna obejmuje opiekę psychiatryczną i opiekę nad osobami uzależnionymi od alkoholu lub narkotyków. W 1994 r. było 11 instytutów psychiatrycznych z 3215 łózkami, w 1997 r. było ich 12 z 3310 łózkami. W 2002 r. było 6 szpitali psychiatrycznych z 2300 łózkami i 5 instytutów psychiatrycznych z 900 łózkami, w tym jeden dla dzieci z 90 łózkami. Liczba oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wynosiła 29 (1384 łóżek). Leczenie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków odbywało się w 5 wyspecjalizowanych oddziałach szpitali psychiatrycznych z 420 łózkami. Ponadto, w 2002 roku istniało 9 ośrodków specjalizujących się w leczeniu uzależnień od alkoholu i narkotyków z 146 łózkami. Projekt Wymiany Strzykawek, Program Szczepień przeciwko Wirusowemu Zapaleniu Wątroby typu B dla osób nadużywających narkotyków i Metadon - Projekt Leczenia Substytucyjnego zostały wprowadzone w ramach Krajowego Programu Walki przeciwko Narkotykom.

Choć infrastruktura opieki nad osobami starszymi poprawiła się, liczba łóżek wzrosła ze 195 w 1998 roku do 263 łóżek w trzech instytutach geriatrycznych oraz 856 łóżek w 21 przyszpitalnych oddziałach geriatrycznych w 2002 r., to wciąż liczba miejsc nie jest wystarczająca. Stan opieki społecznej poprawił się poprzez wprowadzenie agencji opieki domowej, których liczba wzrosła z 2 w 1997 r. do 173 na koniec 2003 r. i do ponad 200 w 2009 roku. Opieka społeczna i opieka domowa dla osób starszych i niepełnosprawnych jest wspierana przez ustawodawstwo, które zapewnia korzyści dla opiekunów osób niepełnosprawnych. Ten rodzaj opieki społecznej rozwija się.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

W 1994 roku Ministerstwo Zdrowia odpowiadało za 8 instytucji dla niemowląt, 12 domów dla dzieci oraz 20 domów dla niemowląt. Następnie odpowiedzialność za te ośrodki została przekazana Ministerstwu Pracy, Spraw Socjalnych i Rodziny, a później większość z nich została przekazane do regionalnych organów administracji państwowej. Wiele ośrodków opieki społecznej zostało przekazanych do gmin.

W ramach systemu społecznego istnieją domy opiekuńcze dla dorosłych osób niepełnosprawnych; dla osób niepełnosprawnych umysłowo i z trudnościami w uczeniu się; dla osób niewidomych, niesłyszących. W 2002 r. było 98 takich ośrodków z 8330 miejscami. Istnieją również domy dla niepełnoletnich osób niepełnosprawnych. W 65 takich instytucjach liczba miejsc wynosiła 3749 w 2002 roku. Istnieją również 252 zakłady pomocy społecznej z 16202 miejscami. Podsumowując, sytuacja uległa znacznej poprawie w latach 1999-2002.

Agencje opieki domowej były promowane od końca lat 90-tych. Projekty społeczne zostały wprowadzone w ostatnich latach. Jednakże, ośrodki opieki domowej i gminne służby wciąż napotykają przeszkody finansowe i prawne aby móc rozwijać się w sposób, który jest odpowiedni do zmieniających się priorytetów i potrzeb ludności. Aby wesprzeć rozwój opieki społecznej, ostatnia nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dokładniej określiła pojęcie usług opiekuńczych.

Podstawową politykę w zakresie opieki zdrowotnej w **Polsce**, w tym zdrowotnej opieki domowej, ogłasza i realizuje Ministerstwo Zdrowia na podstawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015 przyjętego Uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015. Projekt Narodowego Programu Zdrowia za podstawowy cel uznaje zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzące do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków. Program ten daje ministrowi zdrowia możliwość wpływu na działania innych sektorów w zakresie zdrowia i stanowić ma narzędzie do wspólnych działań w zakresie zdrowia publicznego. Uwzględniając determinanty zdrowia oraz promocję zdrowia, sytuację demograficzną, sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego oraz różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji w Programie postawionych zostało szereg strategicznych oraz operacyjnych celów zdrowotnych. Cele bezpośrednio wpisujące się w poprawę stanu zdrowotnej opieki domowej to:

- ⤴ Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych
- ⤴ Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom
- ⤴ Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji
- ⤴ Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości
- ⤴ Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju

Środki wykorzystywane do realizacji postawionych celów to:

- ⤴ Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa
- ⤴ Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta
- ⤴ Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej
- ⤴ Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

5. Strategie i inicjatywy mające na celu polepszenie stanu, organizacji i dostępności do domowej opieki zdrowotnej

Według Raportu przedstawionego przez Ministerstwo Pracy we **Włoszech**, nowoczesne rodziny (samotni rodzice, separacje, rozwody itp.) charakteryzują się obecnością wielowymiarowego charakteru roli kobiet (praca, dom, opieka nad dziećmi), zmniejszeniem się liczby urodzeń, wzrostem liczby osób starszych i niepełnosprawnych.

Rodzina często nie może sobie poradzić z zaspokajaniem potrzeb osób niepełnosprawnych i osób starszych. Ta sytuacja stworzyła warunki dla szybkiego wzrostu liczby opiekunów „nieformalnych” (ponad 400.000 między rokiem 2001 i 2008). Często jako opiekuni zatrudniani są imigranci, głównie pochodzący z krajów Europy Wschodniej, ale także z Ameryki Południowej i Azji, często jednak ich praca nie jest regularna. Dziś, liczba tzw. opiekunów „nieformalnych” szacowana jest na 770.000 osób, spośród których pewna część nie ma umowy o pracę.

W nowym modelu opieki domowej, opiekun rodziny jest szczególnie ważną postacią (jest ich około 9 milionów we Włoszech) i jest ciekawym przedmiotem badań. Opiekun rodzinny jest osobą, która opiekuje się osobą niesamodzielną, często członkiem swojej własnej rodziny, niezależnie od wieku tej osoby, w sposób ciągły, przy różnych poziomach intensywności, w domu jak i poza nim. Opiekun dba o wszystkie codzienne potrzeby osoby chorej (higiena osobista, jedzenie, itp.), spędza z nią czas, podaje leki, zapewnia rozrywkę o ile to możliwe, itp.

Obecnie we Włoszech, konieczne jest sformalizowanie roli i funkcji opiekuna. Ponadto, opiekun powinien korzystać ze zindywidualizowanego planu opieki, ustalonego wcześniej z pacjentem i jego lekarzem. Uznanie praw i obowiązków opiekuna jest elementem nadrzędnym, jak również, wspieranie go w jego działaniach. Należy również zauważyć, że świadczenie tego typu usług nie jest obowiązkowe.

Taka osoba jest w rzeczywistości narażona na psychologiczne i emocjonalne zagrożenia, zwłaszcza mowa tutaj o opiece, który non stop przebywa z osobą chorą nieustannie wymagająca opieki. Stąd konieczne jest wynegocjowanie odpowiednich warunków umowy, tak aby praca nie była zbyt uciążliwa dla opiekunów rodzinnych.

W Hiszpanii, jak wspomniano wcześniej, system ochrony zdrowia składa się z 17 podsystemów, dokładnie tyle ile jest regionów, co sprawia, że niemal każda inicjatywa ma charakter regionalny lub lokalny. Jednak niektóre z nich są do siebie bardzo podobne.

Jedną z najczęściej stosowanych jest inicjatywa zwana Program Opieki Domowej, realizowana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W tych obszarach, ale także w szpitalach, coraz bardziej powszechne staje się stosowanie takich określeń jak „pielęgniarka łącząca” lub „kierownik przypadku”. Jest to model, w którym uwaga lekarza prowadzącego i pielęgniarki jest skierowana na pacjenta, każdy przypadek jest traktowany w sposób szczególny.

Pielęgniarki mają obowiązek zarządzania i koordynacji różnych usług zdrowotnych świadczonych na rzecz użytkownika opieki domowej (np. opieka podstawowa, zabiegi specjalistyczne). Przy ich pomocy „kierownik przypadku”, znając sytuację i dokumentację medyczną pacjenta, jest w stanie zmniejszyć fragmentację i uniknąć powielania działań w sektorze usług zdrowotnych świadczonych na rzecz każdego pojedynczego pacjenta. „Kierownik przypadku” przygotowuje również plan opieki domowej, dostosowany do każdej sytuacji. Wniosek jest taki, iż ten podział ról przyczynia się do poprawy jakości i stosunku kosztów do skuteczności usług zdrowotnych.

Podsumowując, kierownicy przypadków mają w swoim zakresie obowiązków: poinformować pacjentów o możliwości skorzystania z usług opieki domowej; kiedy tego potrzebują, wspomagać opiekunów, pacjentów i ich rodziny; oraz przygotować plan opieki kompleksowej dla każdego pacjenta.

Funkcja „kierownika przypadku”, została wprowadzona w Hiszpanii przez Służbę Zdrowia Wspólnoty Autonomicznej Andaluzji w 2002, natomiast reszta regionów wprowadza ten zawód, nie bez

problemów, stopniowo. Przez charakterystykę tej pracy, tego rodzaju specjaliści mają bardzo istotny wymiar społeczny, co może stanowić problem w przypadku gdy obszary działalności nie są dobrze zdefiniowane. Chodzi o podział między usługami społecznymi a usługami opieki zdrowotnej. Jest to opinia jednego z ważnych naukowców - Mariano Sánchez Robles z CSI w Hiszpanii.

Inną ważną kwestią jest poprawa jakości hospitalizacji domowej. Ten rodzaj opieki jest nadal rzadki ze względu na wymagane środki. Jak wspomniano wcześniej, hospitalizacja domowa powstała z powodu braku miejsc w szpitalach dla szczególnych przypadków, w których opieka zdrowotna może być świadczona, w sposób kontrolowany, w domu. Czasami jednak, tego rodzaju opieka daje lepsze efekty niż opieka szpitalna. Ponadto, pacjenci zwykle czują się lepiej, gdy znajdują się w ich własnym środowisku, w otoczeniu rodziny i przyjaciół.

Tego rodzaju usługi zdrowotne w Hiszpanii są przewidziane w ramach opieki specjalistycznej i zajmuje się nimi zespół składający się z lekarza, pielęgniarki, psychologa (zarówno dla pacjentów jak i ich opiekunów), asystentów społecznych, fizjoterapeutów, i innych osób w zależności od rodzaju choroby. Hospitalizacja domowa trwa przez ograniczony czas, aż do czasu znacznej poprawy stanu zdrowia pacjenta lub do czasu aż wystarczą mu usługi oferowane w ramach opieki podstawowej.

Ten rodzaj hospitalizacji jest bardzo pomocny, jak zaznaczono wcześniej, ale jest również bardzo kosztowny ze względu na koszty zespołu i sprzętu, który musi być udostępniony wyłącznie do użytku pacjenta. Dodatkowo, należy wspomnieć, że w Andaluzji, na południu Hiszpanii, są też "menedżerowie opieki" w szpitalach związanych z tego rodzajem hospitalizacji.

Ogólnie można stwierdzić, że tego rodzaju opieka jest zawsze związana z publiczną służbą zdrowia i jest stosunkowo nowoczesna, nie jest jeszcze dobrze rozwinięta w Hiszpanii. Brak wspólnego planu i decentralizacja w służbie zdrowia spowodowały to, że tego typu opieka nie została równomiernie rozwinięta na terenie całej Hiszpanii. Do 2011 było 100 jednostek (tylko 3 z nich były prywatne) w Hiszpanii, które oferowały hospitalizację domową w 15 z 17 regionów autonomicznych.

Z punktu widzenia pacjentów (którzy uważają, że tego rodzaju hospitalizacja spełnia ich wymagania dotyczące dostępności, ciągłości, zdolności adaptacyjnych i personalizacja opieki zdrowotnej), pracowników służby zdrowia i kierowników (którzy są w stanie zarządzać zasobami w sposób bardziej efektywny, czas leczenia zmniejsza się niż w przypadku normalnej hospitalizacji oraz w szpitalach zostaje więcej miejsc dla pilniejszych przypadków) tego rodzaju opieka ma wiele zalet. Takie są wnioski z oceny sytuacji w Hiszpanii, po ponad 25 latach stosowania tego rodzaju usług (po raz pierwszy w 1981 roku w Madrycie).

Innym działaniem, które jest podejmowane, w wielu wspólnotach autonomicznych, jest pomoc dla opiekunów nieformalnych. Wielu z tych opiekunów znajduje się w dość ciężkiej sytuacji, jako że ich pacjentami są, bardzo często, ich krewni, do wszystkiego podchodzą bardzo osobiście i dużo bardziej wszystko przeżywają. Uważa się, że 80% opiekunów nieformalnych udziela opieki swoim rodzicom, dzieciom, krewnym, przyjaciołom itd. każdego dnia, bez jakiegokolwiek przerwy. Ponadto, jeśli wierzyć badaniom, 50% z nich bierze środki uspokajające a wielu z nich cierpi na tak zwany 'syndrom głównego opiekuna'.

Jak ustalono w badaniach dotyczących konsekwencji jakie niesie praca takiego głównego opiekuna, gdy ktoś jest przeciążony pracą jego/jej jakość życia znacznie się zmniejsza, a jego/jej ryzyko zachorowalności i śmierci wzrasta. To przeciążenie bardziej zależy od subiektywnych doświadczeń i wsparcia psychicznego jakie oferują opiekunowie, niż od rzeczywistej fizycznej pomocy jakiej udzielają pacjentom. Jednym z głównych zagrożeń dla opiekunów jest zwiększenie ryzyka zachorowalności na choroby psychiczne takie jak depresja i część programów zdrowotnych ma na celu ograniczenia tego ryzyka.

Badania wymienione powyżej dotyczyły działań mających na celu pomóc opiekunom w okresie 15 miesięcy podczas opieki nad 79 pacjentami i krewnymi (używając 39 z nich jako grupę kontrolną). Wyciągnięto wniosek, że tego rodzaju opieka nie zmniejsza nadkładu pracy opiekunów ale zmniejsza ryzyko ich zachorowalności na choroby psychiczne. Zatem, można stwierdzić, że ten rodzaj działań jest niezbędny w przypadku domowej opieki zdrowotnej, i powinien być świadczony przez lekarzy i

pielęgniarki podczas swoich regularnych wizyt w domach pacjentów. Nie powinni oni skupiać się jedynie na pacjentach, gdyż uczucia i doświadczenia opiekunów również są ważne.

Ale jeśli mówimy o tego rodzaju działaniach nie powinniśmy zapominać, że znajdują się one na granicy pomiędzy opieką zdrowotną i opieką społeczną, co może doprowadzić do problemów, jeśli zakresy działania obu systemów nie są dobrze zdefiniowane.

Musimy również wspomnieć o ogólnej dyskusji jaka ma miejsce w tej chwili w Hiszpanii, będącej konsekwencją zatwierdzenia Ustawy dot. opieki medycznej i promowania autonomii z 2006 roku. Chodzi o integrację opieki społecznej i opieki zdrowotnej w przypadku usług dla osób niesamodzielnych. Bardzo ważne jest, aby mieć na uwadze najbliższe środowisko pacjentów, czy mają przy sobie osoby, które są chętne udzielić im pomocy. Choroba zmniejsza ich autonomię i stają się zależni od innych ludzi. Właśnie ten stopień zależności jest głównym kryterium przy ustalaniu planu opieki dla pacjenta. Jest on badany podczas wizyt domowych.

Ale rzeczywistość jest taka, że niezależnie od oceny dokonanej w domu, prawo ustanawia tzw. service charter, w którym nie ma przepisów dla integracji społeczno-sanitarnej. Konsekwencją jest to, że osoby, które potrzebują tych usług, muszą podwajać swoje wysiłki, aby uzyskać do nich prawo. Koordynacja ta jest obowiązkiem poszczególnych regionów autonomicznych na ich terytoriach. W artykule n^o 11, czytamy, że obowiązkiem organów wykonawczych tych jednostek jest tworzenie niezbędnych oddziałów koordynacji. Niestety, do dnia dzisiejszego, przepisy dotyczące integracji społeczno-sanitarnej zostały uregulowane w zaledwie kilku wspólnotach autonomicznych.

W grudniu 2011 opublikowana została biała księga dot. koordynacji społeczno-sanitarnej przez Narodowy Instytut Usług dla Osób Starszych i Usług Społecznych. Dokument ten analizuje sytuację w odniesieniu do tego rodzaju wspólnych działań. W białej księdze stwierdzono, że istnieje ogólna i pozytywna tendencja do rozwijania sposobów wspierania integracji i koordynacji opieki zdrowotnej i społecznej. Niektóre działania, ujawniają prawdziwe i wyraźne polityczne zaangażowanie (zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym). Ale sposób wdrażania i szybkość rozwoju tych działań bardzo się różnią w poszczególnych regionach.

Jeśli chodzi o akty, protokoły, modele organizacyjne dotyczące domowej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, integracji opieki domowej i zdrowotnej nadal jest ich w Hiszpanii bardzo niewiele. Natomiast opieka szpitalna, podstawowa opieka zdrowotna i in. są bardzo dobrze uregulowane w każdej wspólnotce autonomicznej, na terenie całego kraju.

Ustanowienie wspólnego schematu usług społeczno-sanitarnych, dopasowanie usług socjalnych i mapy świadczeń zdrowotnych, stworzenie jasnych reguł dotyczących „przenoszenia” pacjentów między różnymi rodzajami opieki (podstawowa, specjalistyczna, opieka szpitalna, opieka domowa, itp.) są kluczowymi działaniami, na które należy zwrócić uwagę w celu poprawy dostępu do domowej opieki zdrowotnej i jej integracji z usługami społecznymi.

Na koniec, ważne jest, aby mieć na uwadze to, iż niektóre usługi świadczone przez system opieki społecznej mają także wymiar zdrowotny. W Hiszpanii bardzo ważnym środkiem pomocy jest tak zwana tele-pomoc. Pomoc ta polega na użyciu specjalnego urządzenia alarmowego, które jest połączone z pogotowiem ratunkowym. Kiedy osoba niepełnosprawna lub przewlekłe chora mieszka sama, może żądać od służb opieki społecznej, zainstalowania jednego z tych urządzeń w jego/jej domu. Jeżeli pacjent upadnie, źle się poczuje lub ma jakikolwiek problem wymagający opieki z zewnątrz, może użyć tego urządzenia naciskając przycisk lub pociągając za sznurek, połączenie jest szybkie i skuteczne.

Ważne jest, aby zauważyć, że nowe technologie zdecydowanie ułatwiają pracę osobom świadczącym usługi domowej opieki zdrowotnej. Jest na to mnóstwo przykładów: korzystanie z różnych urządzeń przez pacjentów (PDA lub Tablet PC) pozwala na monitorowanie ich stanu zdrowia, inne urządzenia ułatwiają rozdysponowanie leków, itp. To wszystko i inne ciekawe rozwiązania mogą pomóc w rozwoju systemu domowej opieki zdrowotnej.

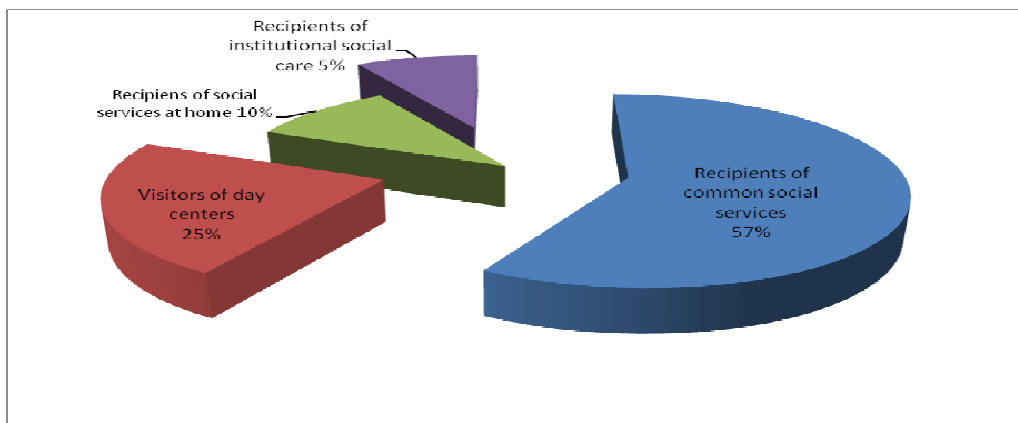
Ministerstwo Zdrowia na Litwie postanowiło zrealizować trzy cele strategiczne w 2010 r.:

Stworzenia wiarygodnego i skutecznego systemu ochrony zdrowia poprzez reorganizację instytucji opieki zdrowotnej; możliwość zaoferowania bezpiecznej, jakościowej i dostępnej opieki zdrowotnej dla pacjentów; ochrona i wzmocnienie sektora zdrowia publicznego. Restrukturyzacja placówek opieki zdrowotnej, wysiłki zmierzające do zrównoważenia budżetu ubezpieczeń zdrowotnych, a także środki mają na celu zmniejszenie cen leków, finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych, unikanie pogorszenia dostępności opieki zdrowotnej dla mieszkańców - były wymieniane wśród pozytywnych aspektów w 2010 roku. Litwińska metoda do zbierania składek na ubezpieczenie zdrowotne zawiera zmienną dla szacowania wysokości składek uwzględniając stan zdrowia ubezpieczonego, co umożliwi regulowanie Państwowego Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych bez istotnych zmian legislacyjnych. Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i nielegalne pobieranie opłat są wciąż wyzwaniem na Litwie. (Raport 14)

Podczas realizacji projektów usług dla osób niepełnosprawnych, w zależności od rodzaju niepełnosprawności i problemów osób niepełnosprawnych reprezentowanych przez stowarzyszenia, prawa osób niepełnosprawnych były reprezentowane, dostęp do informacji i konsultacje dla osób niepełnosprawnych były zapewnione. Ponadto oferowano wsparcie psychologiczne dla niepełnosprawnych i członków ich rodzin, usługi kulturalne i sportowe, usługi socjalne (informacje, konsultacje, organizacja transportu, usługi społeczno-kulturalne, krótko- i długoterminowa opieki społeczna), poparte zostały działania mające na celu promowanie zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz akcje pomagające w poszukiwaniu pracy dla osób niepełnosprawnych.

Według danych z Departamentu Statystyki, który podlega Rządowi Republiki Litewskiej, te przedsięwzięcia regularnie zapewniały usługi socjalne 91.200 osobom niepełnosprawnym, osobom starszym, dzieciom pozbawionym opieki rodzicielskiej, osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym i innym. Około 27.600 osób i 4.800 rodziny korzystały z usług socjalnych w domu. Ponadto, 161.400 osób skorzystało z tzw. ogólnych usług socjalnych (bezpłatny catering, zapewnienie niezbędnych środków pomagających w utrzymaniu higieny osobistej, dostęp do podstawowych produktów niezbędnych do codziennego życia, korzystanie z usług transportowych).

Odbiorcy usług socjalnych w 2010 roku.



Główna część (57 procent) odbiorców usług socjalnych korzystała z ogólnych usług socjalnych, ¼ z nich uczęszczała do ośrodków oferujących opiekę dzienną, co dziesiąty beneficjent otrzymał pomoc w domu. Instytucjonalna opieka społeczna została wykorzystana przez 5 procent odbiorców, około 3 procent odbiorców korzystało z usług świadczonych przez tymczasowych domy opieki, ośrodki kryzysowe lub niezależne instytucje oferujące usługi mieszkaniowe.

W 2010, infrastruktura usług społecznych zmieniła się. Główne zmiany dotyczyły reformy powiatu oraz przeniesienia praw i obowiązków od założycieli pewnych instytucji opieki społecznej, które wcześniej należały do powiatów, gmin i Ministerstwa Opieki Społecznej i Pracy.

Ministerstwo Opieki Społecznej i Pracy stało się organem ustanawiającym prawa i obowiązki założycieli 28 placówek opieki zdrowotnej dla niepełnosprawnych osób dorosłych.

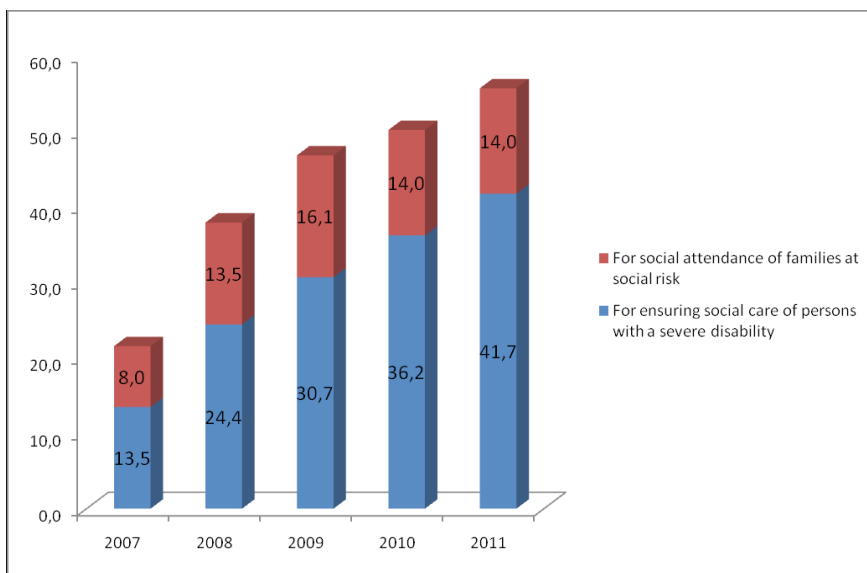
Zapotrzebowanie finansowe gmin w odniesieniu do świadczenia usług opieki społecznej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności jest ustalane biorąc pod uwagę informacje przedstawione przez gminy dotyczące prognozowanej liczby mieszkańców o znacznym stopniu niepełnosprawności na ich terytorium, które będą wymagały opieki społecznej. Zapotrzebowanie jest obliczane przy użyciu 7.2 podstawowych benefitów socjalnych (BSB), określonych w Metodologii Finansowania Świadczeń Socjalnych i Kalkulowania Funduszy (Dziennik Ustaw Valstybės Žinios, 2006, nr 110-4163), na świadczenie opieki społecznej dla jednej osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w skali miesiąca. Kwotę zapotrzebowania szacuje się uwzględniając tendencję zmian liczby osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w ciągu ostatnich trzech lat, przeprowadzając analizę porównawczą liczby osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, które miały zapewnioną opiekę społeczną, które miały mieć zapewnioną opiekę społeczną w najbliższym czasie oraz które jej nie otrzymały oraz oceniając efektywności wykorzystania funduszy przeznaczonych na opiekę społeczną dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Z uwagi na fakt, że gminy rozbudowały infrastrukturę usług społecznych, liczba osób ubiegających się o dotacje państwowe na świadczenie usług opieki społecznej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności rośnie z każdym rokiem (w latach 2008-2010, około 20 procent wzrostu).

Miejsca pracy dla pracowników socjalnych są rozdysponowane uwzględniając liczby osób potrzebujących ich pomocy, zamieszkałych na terytorium danej gminy.

13.962.600 litów zostały przeznaczone na wynagrodzenia i składki dla 630,5 pracowników socjalnych w 2010 i 2011 roku.

Szacowany grant na usługi społeczne z budżetu państwa, w milionach litów.





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Strategie i inicjatywy podejmowane na poziomie narodowym i lokalnym w **Rumunii**, są następujące:

Narodowy program "Usługi w zakresie domowej opieki zdrowotnej"

Projekt ma na celu poprawę warunków życia osób niepełnosprawnych, unieruchomionych, które nie mogą zaspokoić podstawowych potrzeb i wymagają opieki.

Cele są następujące:

- Zapewnienie powszechnego dostępu do opieki społecznej i medycznej, czyli kompleks działań, które są przyznawane w ramach zintegrowanego systemu medycznego i społecznego, a głównym celem jest utrzymywanie autonomii osoby i zapobieganie pogorszeniu jej/jego sytuacji;
- Zapewnienie dostępu do informacji, konsultacje i pomoc członkom rodziny osób chorych oraz wsparcie ich aktywnego uczestnictwa w procesie pomocy;
- Promowanie odpowiedzialności i udziału społeczności lokalnych w procesie pomocy. Integracja modelu usług realizowanych w publicznym systemie pomocy społecznej i medycznej w Rumunii;
- Szerzenie kultury empatycznej, koncentrującej się na innych;
- Wzmocnienie poczucia szczególnej troski o innych w naszym społeczeństwie, zwłaszcza w rodzinach, uświadamianie bliskich osoby chorej, że ich pomoc jest niezbędna.

Usługi dzielimy na:

- **Usługi Podstawowe:** pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, ubieranie i rozbieranie, odżywianie i nawadnianie, pomoc w przemieszczaniu się, ruch, komunikacja;
- **Usługi Wsparcia:** pomoc w przygotowywaniu posiłków, robienie zakupów, pomoc w wykonywaniu różnych czynności domowych, organizowanie transportu, pomoc przy sprawach administracyjnych i finansowych, wspólne spędzanie czasu wolnego;
- **Usługi zdrowotne:** monitorowanie parametrów fizjologicznych, manewry terapeutyczne takie jak zastrzyki, opatrunki, cewnikowanie, profilaktyka i leczenie ran, profilaktyka powikłań żylnych, płucnych i układu mięśniowo-szkieletowego związanych z unieruchomieniem stawów itd.,
- **Usługi rehabilitacyjne i przyspieszające powrót do zdrowia:** medyczne i społeczne: fizjoterapia, rehabilitacja, terapia zajęciowa, psychoterapia, terapia mowy, itp.
- **Usługi adaptacyjne:** pozwalające wrócić do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie,
- **Administracja, koordynacja i kontrola usług** w celu zapewnienia jakości,
- **Działania mające na celu zwiększenie i poprawę usług.**

Wszystkie te usługi są świadczone przez wielodyscyplinarne zespoły, które mają obejmować szeroki zakres potrzeb beneficjentów. Zespoły składają się z lekarzy, pielęgniarek, opiekunów osób starszych i osób chorych, pracowników socjalnych i wolontariuszy.

Narodowy Program Opieki Domowej jest częścią sieci usług opieki domowej Caritas, która ma przedstawicieli we wszystkich krajach europejskich. Jest on również członkiem-założycielem Federacji Dostawców Usług Opieki Domowej w Rumunii (FFIDR).

Hospicjum Perspektyw Zdrowotnych świadczy usługi opieki paliatywnej w Cluj-Napoca, w Rumunii.

Należą do nich opieka medyczna, psychospołeczna i wsparcie duchowe.

Hospicjum, członek Narodowego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej, jest organizacją pozarządową (NGO), organizacją non-profit, która zapewnia opiekę medyczną i pomoc społeczną dla osób z chorobami zagrażającymi ich życiu (wg definicji WHO opieki paliatywnej). Dostarcza także



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

emocjonalne i duchowe wsparcie dla pacjentów i ich opiekunów. Większość pacjentów jest w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.

Aby zostać przyjętym do Hospicjum, pacjent musi mieć zdiagnozowaną nieuleczalną chorobę oraz musi zaakceptować ideę leczenia ukierunkowanego na podniesienie jakości życia, a nie na wyleczenie z choroby.

Zespół medyczny Hospicjum utrzymuje kontrolę na podstawie kompleksowego planu opieki i objawów choroby. Usługi medyczne oferowane są do domów pacjentów. Problemy emocjonalne są powiązane z problemami rodzinnymi spowodowanymi przez chorobę, dlatego też, członkami zespołu są przeszkoleni wolontariusze, którzy zapewniają doradztwo i wsparcie dostosowane do potrzeb każdego pacjenta.

Hospicjum organizuje grupy wsparcia dla pacjentów i daje im możliwość wyrażenia swoich uczuć, obaw i wątpliwości, tym samym wspierając się nawzajem.

Hospicjum oferuje dla pacjentów terapie uzupełniające skupiające się na działaniach i czynnościach, które dają im radość i pozwalają na chwilę zapomnieć o chorobie. Zespół organizuje również pikniki i wycieczki w góry, zarówno dla pacjentów jak i ich rodzin.

Hospicjum organizuje kursy z opieki paliatywnej, które pozwalają zdobyć niezbędną wiedzę dotyczącą tego rodzaju opieki a następnie na kontynuację programu edukacji medycznej dla pracowników służby zdrowia, kursy dla lekarzy, kursy pielęgniarstwa, konferencje i sympozja na różne tematy dotyczące opieki paliatywnej.

"Diakonia" Fundacja Chrześcijańska

Fundacja zaczęła funkcjonować i oferować usługi opieki domowej w Cluj w 1992 r., a w lutym 2006 r. dostała akredytację Ministerstwa Zdrowia.

Diakonia, jest w stosunku umownym od maja 2006 r. z Narodowym Funduszem Ubezpieczeń Zdrowotnych, umowa jest odnawiana co roku. Zgodnie z tym, pacjenci korzystają z bezpłatnych usług opieki domowej (90 dni w roku) tylko na zalecenie lekarza specjalisty lub lekarza rodzinnego. Koszty są pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne.

Od 2007 roku, dzięki wsparciu ze strony Szkockiego Stowarzyszenia POMOC DLA RUMUNII, Diakonia zapewnia opiekę paliatywną dla pacjentów z nieuleczalnymi chorobami w zaawansowanym stadium, traktowanymi jako "wykluczeni", w wizji klasycznego systemu opieki zdrowotnej. Ubezpieczenie zdrowotne nie uznaje opieki paliatywnej jako usługi finansowanej, a więc obsługuje tylko niewielką część tej inicjatywy.

Usługi opieki paliatywnej wykonywane są przez wielodyscyplinarny zespół składający się z 2 lekarzy, 5 pielęgniarek, 1 pracownika społecznego i 1 opiekuna medycznego. Charakteryzuje ich poważne podejście do pacjenta i zaangażowanie. Zespół jest członkiem Krajowego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej.

Fundacja Biały Żółty Krzyż Rumunii, przy wsparciu Urzędu Miasta w Bukareszcie, realizowała projekt "Centrum koordynujące ds. opieki domowej", który powstał dla mieszkańców stolicy, potrzebujących opieki w ich własnych domach. Pacjenci w ramach projektu otrzymywali pomoc medyczną ale także wsparcie od pracowników, którzy dostarczali im pakiety żywności i leków, robili zakupy, itp.

Fundacja powstała 15 lat temu, i przez sześć lat współpracowała z Fundacją Biały Żółty Krzyż Belgii. Zespół fachowców, który został stworzony był odpowiedzialny za dostarczanie usług opieki domowej w ramach pracy w Fundacji, ale także znacznie wpłynął na cały Rumuński system opieki zdrowotnej.

31 pracowników, 22 pojazdy do transportu chorych, 11 finansowanych projektów oraz 700 pacjentów miesięcznie. Bardzo często pracownicy fundacji otrzymują wyrazy uznania od swoich pacjentów oraz od partnerów projektów. Mają oni zdolność do reagowania na wszystkie prośby osób, które potrzebują opieki domowej.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Hospicjum "Emanuel"

"Hospicjum Emanuel" to ośrodek opieki paliatywnej w Oradea dla pacjentów, dorosłych i dzieci w końcowych etapach nieuleczalnych chorób. Hospicjum oferuje pacjentom przyjazne środowisko, w którym zarówno relacje z lekarzami jak i z całym personelem są bardzo pozytywne, pacjenci czują się jak w domu, są traktowani z szacunkiem i godnością, aż do ostatniej chwili swego życia.

Fundacja "Hospicjum Emanuel" jest organizacją pozarządową i charytatywną, której głównym przedmiotem działalności jest opieka paliatywna dla pacjentów, dorosłych i dzieci, u których zdiagnozowano nieuleczalną chorobę w zaawansowanym stadium. Wśród pacjentów są mieszkańcy gminy Oradea i okolic. Głównym zadaniem hospicjum jest zapewnienie optymalnej jakości życia pacjentów i ich rodzin.

Usługi w hospicjum są bezpłatne i są dostępne dla wszystkich pacjentów, dorosłych i dzieci, niezależnie od pochodzenia etnicznego, kultury czy religii. Zespół hospicjum składa się z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych (po specjalistycznych szkoleniach z zakresu opieki paliatywnej) i wolontariuszy oferujących pomoc w domu pacjenta:

Hospicjum oferuje:

- Usługi medyczne i pielęgniarstwo
- Usługi socjalne
- Wsparcie psycho-emocjonalne oraz wsparcie duchowe
- Usługi wsparcia dla rodzin w żałobie
- Inne usługi wykonywane w ramach wolontariatu na prośbę pacjenta lub rodziny

Beneficjenci "Hospicjum Emanuel" to:

- Dorośli z rozpoznaniem raka w zaawansowanym stadium choroby i na etapie końcowym, mieszkający w Oradei lub okolicach (w odległości do 15 km),
- Dzieci z chorobami onkologicznymi, z wadami wrodzonymi, AIDS i innymi chorobami nieuleczalnymi, zamieszkałe w Oradei lub okolicach (w odległości do 50 km),

Fundacja posiada kilka budynków: centrum ambulatoryjne, centrum opieki paliatywnej dla dzieci i dorosłych, ośrodki dla dzieci i dorosłych, centrum opieki paliatywnej z 15 łózkami dla dorosłych i 5 łózkami dla dzieci z nieuleczalnymi chorobami w stadium zaawansowanym, centrum kształcenia dla osób chcących posiąść wiedzę dotyczącą opieki paliatywnej.

Oprócz Narodowego Programu Zdrowia realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia Polski na szczeblu lokalnym oraz z inicjatywy różnych społeczeństwach, nie opracowano wiele programów, które mają wpływ na poprawę stanu, organizacji i dostępności usług medycznych w Polsce. Liczba krajowych programów promocyjnych są realizowane przez różne jednostki systemu opieki zdrowotnej. W dziedzinie opieki zdrowotnej domu, takie role należy głównie do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, która obecnie uruchamia programy, takie jak:

- Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy
- Narodowy Program Promocji Zdrowia Psychicznego
- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków

Inne programy do czynienia z opieką zdrowotną w domu, ale nie związanych bezpośrednio z medycyną rodzinną może być np. Narodowy Program leczenia bólu nowotworowego. Wdrażając powyższe programy konferencje i szkolenia dla personelu medycznego są organizowane w trosce o poprawę ich kwalifikacji. Ponadto, cele strategiczne zostały określone i środki do osiągnięcia tych celów są proponowane.

Oprócz Narodowego Programu Zdrowia realizowanego i wdrażanego przez Ministerstwo Zdrowia w **Polsce** na szczeblu lokalnym oraz z inicjatywy różnego rodzaju stowarzyszeń rozwinęło się wiele programów mających wpływ na polepszenie stanu, organizacji oraz dostępności do zdrowotnej opieki



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

domowej w Polsce. Szereg narodowych programów promocji wdrażanych jest przez poszczególne jednostki systemu opieki zdrowotnej. Na polu zdrowotnej opieki domowej rolę tę pełni głównie Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, które aktualnie prowadzi takie programy jak:

- ✧ Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy
- ✧ Narodowy Program Promocji Zdrowia Psychiatrycznego
- ✧ Narodowy Program Ochrony Antybiotyków

Inne programy mające swój udział w zdrowotnej opiece domowej, nie związane jednak tak bezpośrednio z medycyną rodzinną to na przykład Narodowy Program Leczenia Bólu Nowotworowego.

W ramach realizacji wyżej wymienionych programów organizowane są konferencje i szkolenia dla kadr medycznych pozwalające na podniesienie ich kwalifikacji. Określone są również strategiczne cele do osiągnięcia jakich dążyć powinna dana dziedzina medycyny oraz proponowane są środki prowadzące do osiągnięcia tych celów.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

6. System kształcenia kadr medycznych w zakresie profesjonalnej opieki zdrowotnej

We **Włoszech**, pierwszy kurs szkoleniowy dotyczący promocji zdrowia oferował Uniwersytet w Perugii, było to w 1990 roku.

DoRS (Regionalne Centrum Promocji Zdrowia) to organizacja finansowana przez Piemont na poziomie regionalnym, która została założona w 1998 roku. [...] Organizacja jest zaangażowana w szkolenia dla pracowników i ustawodawców w celu rozwijania wiedzy i umiejętności niezbędnych dla praktyki promocji zdrowia. Organizacja zapewnia również pomoc w planowaniu, realizacji i ocenie interwencji, projektów i strategii na rzecz zdrowia.

We współpracy z DoRS, Departament Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie w Turynie pracował nad rozwijaniem umiejętności uczniów poprzez stworzenie studiów magisterskich w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji żywieniowej (region Piemont, 2005) [...].

W ostatnich latach, kursy wydziału medycyny zostały poddane procesowi reorganizacji na terenie całych Włoszech, aby sprostać obecnym i przyszłym potrzebom branży medycznej. Promocja zdrowia jest traktowana jako kluczowy element w nowym programie nauczania, co pokazuje, że wzrasta świadomość, iż promocja zdrowia jest niezbędna w szkoleniu przyszłych lekarzy.

Wśród innych kursów oferowanych we Włoszech, istnieją studia magisterskie z planowania, koordynacji i oceny zintegrowanych interwencji edukacji zdrowotnej i promocji na Uniwersytecie w Perugii. Inne kursy z promocji zdrowia są oferowane w Sienie, Turynie, Cagliari, Mediolanie i w Rzymie.

Zaczynając od tego, co jest napisane w powyższym akapicie, staraliśmy się dowiedzieć, jakiego rodzaju szkolenia w zakresie promocji zdrowia istnieją we Włoszech, kto je oferuje i jakie są ich cele.

W 1990 roku, Modolo i Briziarelli napisali, że edukacja zdrowotna we Włoszech stała się obecna na Uniwersytecie i tylko tam. Kilka lat temu, została włączona do planu zajęć w Podyplomowej Szkole Higieny i Medycyny Prewencyjnej w Perugii i stała się ważną częścią programu nauczania. Następnie, została włączona do programu nauczania na Wydziale Lekarskim, jako dyscyplina zintegrowana łącząca Higienę i Zdrowie Publiczne. Do niedawna problemem był niedobór nauczycieli specjalizujących się w dziedzinie edukacji zdrowotnej. W kursach dla zawodowych pielęgniarek, natomiast, plan nauczania zawierał wiele informacji dotyczących ochrony zdrowia i profilaktyki zachorowań.

Dwadzieścia lat później, sytuacja za bardzo się nie zmieniła. W rzeczywistości, według Briziarelliego pomimo powszechnej świadomości i akceptacji, niewiele zrobiono, aby wprowadzić edukację zdrowotną do podstawowego planu szkoleń dla pracowników służby zdrowia.

Podkreśla on, że zarówno na poziomie podstawowym jak i specjalistycznym, obszary szkoleń pozostały bardzo niejasne i, o ile w planie nauczania znalazło się miejsce dla profilaktyki i edukacji zdrowotnej, promocja zdrowia praktycznie nadal jest nieobecna na Wydziale Lekarskim. Stało się tak nie tylko się we Włoszech, ale na całym świecie, z wyjątkiem kilku regionów w Wielkiej Brytanii i Holandii. Różne próby zostały dokonane we Włoszech w sektorze MED/42 (higiena ogólna i higiena stosowana), ale w każdym przypadku, zmiany nie zostały wprowadzone we wszystkich regionach. Jedynie w kursach specjalizacyjnych dla nauczycieli można było znaleźć niewielką część dotyczącą promocji zdrowia.

Jak w przypadku wielu innych powszechnych paradoksów we Włoszech, sektor MED/42 rozwinął się w sposób bardzo ciekawy, jeśli chodzi o promocję zdrowia i edukację zdrowotną. Kursy te stały się dostępne na kierunkach studiów dla zawodów medycznych, w szczególności na studiach pierwszego stopnia (pielęgniarstwo i położnictwo) i czwartego stopnia (opieka zdrowotna i profilaktyka).

Choć w mniejszym stopniu, to samo zjawisko charakteryzuje inne kursy. Wszystkie kierunki studiów związane z zawodami medycznymi, wszystkie dyscypliny humanistyczne (antropologia, psychologia, pedagogika, itp.). Co ciekawe, Uniwersytet w Perugii, był jednym z pierwszych we Włoszech, który oferował kursy z antropologii medycznej. Promocja zdrowia i dyscypliny z nią związane były nauczane

i praktykowane bardziej intensywnie tylko w niektórych regionach Włoch. Jednak, jak stwierdza Briziarelli, można powiedzieć, że obecnie młodzi nauczyciele z różnych uczelni, dużo większą wagę przywiązują do promocji zdrowia, co daje nadzieję na przyszłość.

Jeśli chodzi o kształcenie psychologów, promocja zdrowia/psychologia społeczna znajduje się w obszarach nauczania specjalizacji dotyczącej psychologii zdrowia, która ma na celu wyszkolić specjalistów do prowadzenia następujących działań w różnego rodzaju organizacjach, wspólnotach i ośrodkach:

- Promocja zdrowia i dbanie o własne zdrowie;
- Zapobieganie i leczenie chorób;
- Analiza i poprawa systemów ochrony zdrowia (zasadność polityki zdrowotnej);
- Wykorzystanie kompetencji i technik, które są charakterystyczne dla zawodu psychologa.

We Włoszech istnieją 3 szkoły specjalizujące się w psychologii zdrowia, w Turynie, Rzymie i Bolonii.

Pielęgniarstwo, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna są głównie związane z opieką społeczną, w ramach publicznej opieki zdrowotnej. W wielu dokumentach, WHO wzywa państwa członkowskie do wdrożenia reform opieki zdrowotnej, w celu priorytetyzacji podstawowej opieki zdrowotnej skupiającej się na rodzinie i społeczeństwie (Community Care). Ponadto nacisk jest kładziony na profilaktykę i promocję zdrowego trybu życia.

Kursy Szkoleniowe w **Hiszpanii**.

W związku z nowymi ustawami oraz ze znacznym rozwojem domowej opieki zdrowotnej, w Hiszpanii zwiększyła się również liczba kursów dotyczących tego rodzaju opieki. Wiele z nich jest realizowanych przez instytucje prywatne (opieka społeczna), w celu wyszkolenia przyszłych pracowników. Plany nauczania zawierają zagadnienia zarówno dotyczące opieki społecznej jak i zdrowotnej.

Jednym z najbardziej popularnych kursów jest "Higiena i Opieka Medycznej w domu pacjenta". Kurs ten został dopuszczony przez Międzynarodową Komisję Kształcenia UNESCO. Skupia się ustanowieniu zasad i podstaw specjalistycznej interwencji w przypadku osób zależnych. Stara się przekazać niezbędną wiedzę, umiejętności i kompetencje oraz ma na celu promowanie autonomii osób starszych, niepełnosprawnych.

Poniższy przykład kursu jest przeznaczony dla ludzi, którzy nie mają kompetencji w obszarze opieki domowej. Kurs ten jest odpowiedzią na model społeczno-sanitarny, który jest coraz bardziej wymagający.

Program szkolenia obejmuje następujące moduły:

- Identyfikacja cech i potrzeb osób zależnych.
- Specyfikacja zakresu opieki domowej.
- Techniki dbania o higienę osób zależnych.
- Planowanie menu.
- Wykorzystanie technik żywienia.
- Defekacja.
- Jak lek powinny być przyjmowane w domu.
- Mobilność osób zależnych.
- Jak sprawdzić parametry życiowe.
- Techniki pierwszej pomocy.

Istnieją również specjalistyczne kursy związane z różnymi obszarami domowej opieki zdrowotnej. Te kursy cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem ze względu na istnienie wielu firm prywatnych, zapewniających opiekę medyczną w domu oraz opiekę społeczną.

Kompetencje 7.2.

W odniesieniu do odpowiednich kompetencji specjalistów społeczno-sanitarnych (mając na uwadze, fakt, iż opieka zdrowotna domu ma zawsze wymiar społeczny), niektóre kursy szkoleniowe i programy studiów zostały rozbudowane. Specjalista w tej dziedzinie powinien charakteryzować się następującymi cechami (zgodnie z Bienvenida Gala Fernandez, Sergio Romeo López Alonso i Rosa Maria Perez Hernandez):

- Profesjonalność: powinien posiadać odpowiednie przeszkolenie aby świadczyć usługi w ramach systemu opieki zdrowotnej.
- Kompetencja: umiejętność integrowania wiedzy, umiejętności i postaw
- Wizja ogólna: aby właściwie oceniać różne potrzeby pacjentów.
- Umiejętność przewidywania: obserwowanie i odpowiednie reagowanie na zmiany stanu zdrowia pacjentów.
- Umiejętność zarządzania pacjentami.

Na Litwie, pracownicy socjalni są szkoleni przez większość uniwersytetów i szkół wyższych. W przybliżeniu jest to około 900 pracowników socjalnych rocznie.

Nowe ośrodki metodyczne dla pracowników socjalnych

W 2011 roku, lista ośrodków metodycznych dla pracowników socjalnych została uzupełniona o dodatkowe trzy instytucje: Rejonowe Centrum Usług Społecznych Jonava, Dom Starców Kaunas Panemunė oraz instytucja publiczna Centrum Trakai. Oprócz tego istnieje 51 innych ośrodków.

Rozwój zawodowy pracowników socjalnych i asystentów pracowników socjalnych

Pod koniec 2010, opis procedury rozwoju zawodowego pracowników socjalnych i asystentów pracowników socjalnych oraz procedury oceny pracowników socjalnych zostały ustalone i zatwierdzone.

Opis procedury oceny pracowników socjalnych przewiduje możliwości oceny pracy profesjonalnych pracowników socjalnych. Określa także działalność lokalnej komisji dotyczącej oceny pracowników socjalnych; na początku 2011 roku skład podkomisji został zmieniony, przez co zmieniły się nieco procedury.

Zmiany w stosunku do procedury oceny pracowników socjalnych

Po wyeliminowaniu regionalnych usług szkoleniowych i doradczych, w ramach których funkcjonowało 7 lokalnych komisji zajmujących się oceną pracowników socjalnych, została utworzona lokalna komisja oceny, w której skład wchodziło 6 podkomisji (Wilno, Kowno, Kłajpeda, Szawle, Poniewież, Alytus), które, tak jak poprzednio, będą oceniały pracowników socjalnych w zależności od ich miejsca zamieszkania lub miejsca pracy. Lokalna komisja oceny będzie miała wsparcie techniczne od urzędu zajmującego się administracją instytucji świadczących usługi domowej opieki społecznej podlegajacemu Ministerstwu Opieki Społecznej i Pracy.

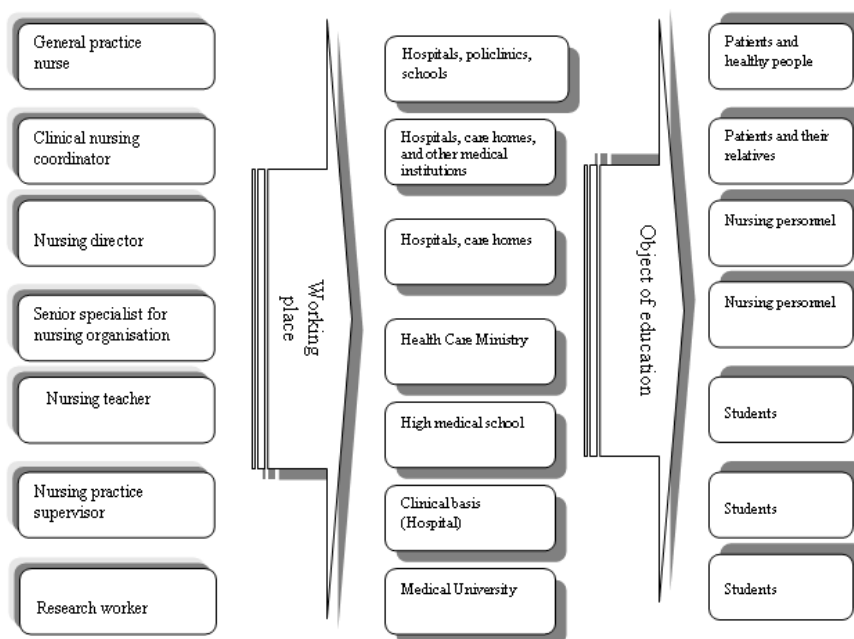
Wymagane wykształcenie dla pracowników socjalnych

Począwszy od dnia 1 lipca 2011 r., jak przewidziano w ustawie o Usługach Socjalnych, tylko osoby, które nabyły wyższe wykształcenie (uniwersytet, akademia, college) mogą ubiegać się o stanowisko pracownika socjalnego. Wymóg kształcenia pracowników socjalnych istnieje od 2006 roku. W okresie od 2009 r. do 2011 r. środki z funduszy strukturalnych UE były wykorzystywane na rzecz krajowej akcji umożliwiającej przekwalifikowanie się pracowników socjalnych, którzy posiadali wykształcenie

wyższe inne niż to wymagane obecnie. Praca niektórych osób zatrudnionych na stanowisku pracownika socjalnego nie jest w żaden sposób związana z działalnością społeczną (obliczanie świadczeń, dodatków, odszkodowań, przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków o wsparcie dla uczniów, itp.), niektórzy pracownicy są klasyfikowani jako pracownicy socjalni, ale, w zależności od ich obowiązków, mogą oni pracować jako asystenci pracowników socjalnych lub specjaliści w innych dziedzinach (np. opiekowanie się osobami niepełnosprawnymi, opieka nad dziećmi, dbanie o higienę).

Podobna sytuacja została ostatnio zaobserwowana w centrach pomocy dziennej dla osób niepełnosprawnych, w ośrodkach dla dzieci i instytucjonalnych placówkach opieki społecznej, w których niektóre stanowiska pracowników socjalnych zostały skategoryzowane w zależności od dziedziny, w której dany pracownik się specjalizuje. Pracownicy socjalni pracują z osobami niepełnosprawnymi, dziećmi i osobami w podeszłym wieku, organizując im wypoczynek i prowadząc różne zajęcia plastyczne, muzyczne, sportowe, itp. Ich funkcje nie są identyczne i nie mogą być również przypisane do ogólnych funkcji pełnionych przez nieformalnych specjalistów edukacji (pedagogów).

Starając się wyjaśnić i rozróżnić stanowiska pracowników socjalnych oraz różne działania społeczne, powstała specjalna lista stanowisk uwzględniająca wszystkich specjalistów zaangażowanych w pracę socjalną. Dzięki temu pozycja pracownika socjalnego została uregulowana, lista uwzględnia również rozróżnienie o którym wspomniano powyżej.



Wykres 3. Główne parametry w nauczaniu na kierunku pielęgniarstwa

Według danych z czerwca 2011 r. zebranych przez Ministerstwo, wymóg wyższego wykształcenia w pracy społecznej lub wykształcenia równoważnego dotyczy 3196 pracowników socjalnych. Około 84 procent (2697 osób) wszystkich pracowników socjalnych, którzy mieli wymagane wykształcenie, stwierdziło, że tak naprawdę wykształcenie jest bez znaczenia (badania wśród osób w wieku przedemerytalnym). Obecnie, 56 procent (1786 osób) uważa, że wyższe wykształcenie w pracy społecznej lub równoważne wykształcenie jest konieczne. Około 16 procent (w przybliżeniu 500 osób) nie posiada wymaganego wykształcenia i nie kwalifikuje się jako wyjątki przewidziane w Ustawie o usługach społecznych. Część z tych osób (około 11 procent) dostało oferty pracy na innych stanowiskach (asystent pracownika socjalnego, specjalista ds. świadczeń i zasiłków, oraz inne stanowiska dostępne w ośrodkach pomocy społecznej, w centrach opieki dziennej, ośrodkach dla dzieci, dla osób starszych i niepełnosprawnych, itd.).

Sytuacja w Rumunii jest następująca:

Wzmacnianie kompetencji pracowników systemu domowej opieki zdrowotnej

Kurs obejmuje pięćdziesiąt modułów podzielonych na cztery główne obszary:

A. Zagadnienia medyczne

A1 Wspomaganie dostępu i uczestnictwa w zajęciach rekreacyjnych

- Środowisko Opieki
- Ocena potrzeb
- Promowanie aktywności

A2 Pomoc w życiu codziennym

- Spełnianie potrzeb osobistych
- Zapewnianie jedzenia i picia
- Higiena osobista

B. Aspekty psychologiczne

B3 Komunikacja z osobami starszymi

- Późna dorosłość
- Czynniki wpływające na komunikację osób starszych
- Umiejętności komunikacyjne – jak je poprawić

B4 Komunikacja z pacjentami umierającymi i ich rodziną

- Komunikacja z nieuleczalnie chorymi i pacjentami umierającymi
- Komunikacja z rodziną umierającego pacjenta
- Jak rozmawiać o śmiertelnej chorobie

B5 Komunikacja z pacjentami niesłyszącymi

- Co to za choroba?
- Utrata słuchu
- Jak skutecznie komunikować się z osobą niesłyszącą?

B6 Komunikacja z pacjentem niewidomy

- Problemy ze wzrokiem, zaburzenia widzenia, ślepotą
- W jaki sposób osoby niewidome i niedowidzące widzą świat
- Zasady komunikacji z niewidomymi i niedowidzącymi

B7 Relacje z rodziną pacjenta

- Słuchanie i komunikowanie się
- Wsparcie dla rodziny

B8 Nawiązanie relacji pomocy

- Mediacja i mediatorzy
- Relacja Pomocy

C. Krajowe/Europejskie ustawy zdrowotne

C9 Wprowadzenie do głównych przepisów UE dotyczących domowej opieki zdrowotnej

- Traktaty Unii Europejskiej
- Prawa fundamentalne
- Europejska strategia ochrony zdrowia

C10 Pracownicy opieki społecznej – prawodawstwo UK

- Standardy prawne dotyczące opieki nad pacjentami
- Minimalny poziom standardów
- Wychodzenie poza normy

C11 Pracownicy opieki społecznej – prawodawstwo SI

- Ogólne warunki prawne
- Ustawodawstwo w sektorze opieki zdrowotnej

D. Aspekty społeczne/etyczne

D12 Zawód Pielęgniarki

- Pielęgniarka i pacjent
- Pielęgniarka i etyczne aspekty jej pracy
- Pielęgniarka i etyczne decyzje

D13 Różnice kulturowe w podejściu do pacjenta

- Różne Kultury
- Teoria o uniwersalności i różnorodności
- Zwyczaje, rytuały

D14 Zawód Opiekuna społecznego

- Charakterystyka zawodu
- Standardy opieki
- Zasady i procedury

D15 Dodatkowe nauczanie

- Nauka samodzielna
- Doskonalenie praktyki

Kluczowe kompetencje jakie powinni posiadać domowi opiekunowie, aby móc zaoferować wysokiej jakości usługi

Tytuł zawodowy: Pielęgniarka środowiskowa

Poziom: CNC3 / EQF 4.

Pielęgniarka środowiskowa przyczynia się do poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjenta poprzez zapewnienie mu opieki, której celem jest promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, opieka nad chorym w domu.

Profesjonalna pielęgniarka środowiskowa musi być zdolna do:

- Zaangażowania pacjentów, ich rodzin w leczenie i kształtowanie odpowiedzialność za zdrowie;

- Reprezentowanie pacjentów na różnych poziomach, gdzie podejmowane są decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, potrzeb pacjentów i interweniowanie w celu uznania ich praw;
- Współpraca w charakterze członka w multidyscyplinarnym zespole i wewnątrz innych organizacji rządowych i pozarządowych w zakresie ochrony zdrowia;
- Zapewnienie jakości opieki.

Główne obowiązki pielęgniarki środowiskowej to:

- Promocja zdrowia, profilaktyka, usługi lecznicze i rehabilitacyjne, zapewnienie wsparcia pacjentom i ich rodzinom;
- Przekazywanie wiedzy i umiejętności zdobytych na szkoleniach pacjentom i innym beneficjentom;
- Bycie członkiem zespołu, co wymaga solidnej wiedzy z zakresu komunikacji, relacji interpersonalnych; zawieranie relacji opartych na wzajemnym szacunku i zrozumieniu; współpraca z innymi specjalistami; aktywne i odpowiedzialne zaangażowanie w podejmowanie decyzji, itd.
- Poprawa praktyki klinicznej poprzez krytyczne myślenie, wykorzystanie istniejących badań w tej dziedzinie na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Kluczowe kompetencje	Poziom
C1. Komunikacja w języku oficjalnym	CNC3/ EQF 4
C2. Komunikacja w obcym języku	CNC3/ EQF 4
C3. Podstawowe umiejętności matematyczne, techniczne	CNC3/ EQF 4
C4. ICT	CNC3/ EQF 4
C5. Umiejętność uczenia się	CNC3/ EQF 4
C6. Kompetencje społeczne	CNC3/ EQF 4
C7. Przedsiębiorczość	CNC3/ EQF 4
C8. Ekspresja kulturowa	CNC3/ EQF 4
G1. Umiejętność udzielenia pierwszej pomocy	CNC3/ EQF 4
G2. Planowanie pracy własnej	CNC3/ EQF 4
G3. Interaktywna komunikacja	CNC3/ EQF 4
S1. Identyfikacja potrzeb	CNC3/ EQF 4
S2. Opieka nad kobietą ciężarną	CNC3/ EQF 4
S3. Opieka nad noworodkiem	CNC3/ EQF 4
S4. Promocja zdrowia w społeczeństwie	CNC3/ EQF 4
S5. Przygotowywanie dossier	CNC3/ EQF 4
S6. Działania prewencyjne	CNC3/ EQF 4
S7. Działania monitorujące	CNC3/ EQF 4
S8. Pomoc medyczna w domach pacjentów	CNC3/ EQF 4

Systemu studiów opieki pielęgniarskiej i opieki społecznej na **Słowacji**.

Studia pielęgniarskie magisterskie trwają 5 lat, a licencjackie 3 lata i są dostępne na 2 uczelniach: Univerzita sv. Alzbety, Slovenská zdravotnícka Univerzita.

Absolwenci tych Uniwersytetów mogą pracować w opiece zdrowotnej, być częścią zespołu oferującego opiekę zdrowotną lub pracować niezależnie i zajmować się planowaniem, koordynacją czy oceną opieki pielęgniarskiej w ramach opieki zdrowotnej, opieki społecznej lub opieki domowej. Absolwenci posiadają wiedzę teoretyczną związaną z pielęgniarstwem i opieką nad pacjentem, potrafią wykonać czynności pielęgniarskie, są w stanie podjąć ważne decyzje i są gotowi wziąć odpowiedzialność za własne decyzje. Wykonują procedury diagnostyczne i terapeutyczne, świadczą usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, potrafią ocenić stan zdrowia pacjenta. Potrafią rozwiązywać problemy bez pomocy osób trzecich, i jednocześnie potrafią pracować w zespole, nie boją się podejmowania ryzyka, są odpowiedzialni i bez problemów wykorzystują wiedzę i umiejętności zdobyte na studiach.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Podczas studiów studenci nie tylko zdobywają wiedzę z zakresu medycyny i ochrony zdrowia ale również uczą się zarządzania pacjentami, personelem, co zdecydowanie przydaje się w ich zawodzie.

Czas trwania: 5 lat (10 semestrów) – Magister

3 lata (6 semestrów) - Licencjat

Ponadto, na Słowacji dostępne są kursy dla opiekunów społecznych. Taki kurs trwa 220 godzin. Celem kursu jest przygotowanie studentów do pracy z pacjentem, tak aby byli w stanie zapewnić mu niezbędną opiekę. Nacisk kładzie się również na nauczanie różnych działań aktywizujących pacjentów, tak aby całkowicie zlikwidować ryzyko wykluczenia społecznego.

Kurs uczy również organizacji pracy, planowania i opracowywania dokumentacji, podstaw higieny, uświadamia przyszłych opiekunów jeśli chodzi o ryzyko zakażeń. Zawiera również szkolenie z udzielania pierwszej pomocy, przedstawia zasady opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi, chorymi przewlekle lub śmiertelnie. Podstawy psychologii, fizjoterapii, zasady bezpieczeństwa i działania zapobiegające urazom. Zasady komunikacji, radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych, sposoby rozwiązywania problemów.

Kursy są organizowane przez instytucje edukacyjne, posiadające akredytację na kursy z opieki społecznej, wydawane przez Ministerstwo Edukacji. Tego typu kursy organizowane są również przez zagranicznych agencje i wówczas certyfikat jest ważny w całej Europie.

System kształcenia kadr medycznych w **Polsce** opiera się na szkolnictwie wyższym oraz kształceniu podyplomowym. Studia lekarskie trwają 6 lat i kończą się uzyskaniem stopnia lekarza medycyny, studia pielęgniarskie trwają 3 lata i pozwalają uzyskać stopień licencjata pielęgniarstwa (istnieje możliwość kontynuowania nauki na studiach II stopnia – uzupełniających magisterskich). Zarówno lekarz jak i pielęgniarka z prawem wykonywania zawodu pracować mogą po ukończeniu studiów w zdrowotnej opiece domowej, jednak aby zostać specjalistą w tym zakresie każde z nich musi ukończyć specjalizację w systemie kształcenia podyplomowego. W przypadku opieki domowej realizowanej w systemie POZ będą to specjalizacje rodzinne (nazwa specjalizacji tożsama dla lekarzy i pielęgniarek), w przypadku hospicjum domowego najczęściej specjalizacje z onkologii lub pediatrii. Dla potrzeb tego opracowania jako przykład omówione zostały specjalizacje lekarska rodzinna i pielęgniarska rodzinna, przyjąć należy, iż system specjalizacyjny z innych dziedzin jest zbliżony pod względem organizacyjnym oraz wymiaru czasu, różne są jedynie zagadnienia. Kształcenie podyplomowe w Polsce dla lekarzy prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) natomiast dla pielęgniarek Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP).

Lekarz rodzinny

Specjalizacja lekarska z zakresu medycyny rodzinnej trwa minimum 48 miesięcy, najczęściej jednak zajmuje ona lekarzom 5 lat. Istnieje możliwość skrócenia czasu trwania specjalizacji w przypadku gdy przystępujący do niej lekarz posiada już specjalizację z zakresu interny, pediatrii lub chirurgii, następuje wtedy zaliczenie części działań. Kształcenie specjalizacyjne składa się z [11]:

- ✦ etapu wstępnego – wprowadzenia do medycyny rodzinnej
- ✦ etapu kształcenia w szpitalu i poradniach specjalistycznych w skład którego wchodzi staże i dyżury
- ✦ etapu kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
- ✦ udziału w kursach specjalistycznych
- ✦ samokształcenia

W trakcie trwania specjalizacji postępy lekarza sprawdzane są w kolokwjach i sprawdzianach, jest on również zobowiązany do opracowywania i wdrażania programów poprawy jakości w praktyce lekarza rodzinnego oraz przygotowywania materiałów szkoleniowych. Tytuł specjalisty w zakresie medycyny



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

rodzinnej uzyskuje się po ukończeniu wszystkich zajęć przewidzianych programem oraz zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Szczegółowy plan kształcenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Plan kształcenia specjalizacyjnego dla lekarzy w zakresie medycyny rodzinnej.

Etap wstępny (wprowadzenie do medycyny rodzinnej) w praktyce lekarza rodzinnego	Etap kształcenia szpitalnego i specjalistycznego								Etap kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
	Choroby wewnętrzne	Pediatrya	Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna	Psychiatria	Dermatologia, Neurologia zakaźne	Fizykoterapia	Fakultatywne	
2 miesiące	6 miesięcy	6 miesięcy	3 miesiące	1 miesiąc	1 miesiąc	4 miesiące	1 tydzień	1 miesiąc	24 miesiące

Pielęgniarka

Specjalizacja pielęgniarska realizowana jest w czasie od 18 do 24 miesięcy z możliwością skrócenia czasu jej trwania w przypadku gdy pielęgniarka nabyła już wykształcenie tożsame z tym zawartym w programie specjalizacji (np. na innej specjalizacji czy na studiach magisterskich). Łączna liczba godzin szkolenia wynosi 995 godzin dydaktycznych z czego 330 godzin przypada na blok ogólnozawodowy, a 665 godzin na blok specjalistyczny. Celem specjalizacji pielęgniarskiej z pielęgniarstwa rodzinnego jest przygotowanie pielęgniarki do profesjonalnego sprawowania opieki nad osobą zdrową i chorą w jej środowisku zamieszkania, a zwłaszcza do:

- ✦ świadczenia opieki jednostkom, rodzinom i osobom z grup ryzyka, grupom zaniedbanym, społeczności lokalnej w sytuacjach nietypowych i trudnych,
- ✦ pełnienia roli konsultanta i doradcy do spraw zdrowia,
- ✦ pełnienia roli lidera w zespole pielęgniarek rodzinnych.

Specjalizacja pielęgniarska kończy się Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym dla Pielęgniarek i Położnych. Szczegółowy program kształcenia przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Plan kształcenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek w zakresie medycyny rodzinnej

	Moduł	Teoria	Staż	Łączna liczba godzin
Blok ogólnozawodowy, wspólny dla wszystkich	Elementy psychologii. Dydaktyka z elementami edukacji medycznej. Socjologia zdrowia i choroby. Etyka, deontologia i prawo.			330

specjalizacji	Organizacja i zarządzanie z elementami ekonomiki ochrony zdrowia. Polityka społeczna i zdrowie publiczne. Ocena stanu zdrowia i badanie fizykalne. Teorie pielęgnowania. Badania naukowe w pielęgniarstwie. Rozwój zawodowy. Informatyka i statystyka w praktyce zawodowej pielęgniarki, położnej.			
Blok specjalistyczny pielęgniarstwa rodzinnego	Wybrane zagadnienia z epidemiologii i demografii	30	-	30
	Rozwój praktyki zawodowej - jakość opieki w podstawowej opiece zdrowotnej	30	-	30
	Formy, zakres i metody aktywizacji społeczności lokalnej	15	35	50
	Socjologia rodziny z elementami antropologii kultury	30	-	30
	Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna w rodzinie i społeczności lokalnej	45	35	80
	Pielęgniarstwo rodzinne	30	-	30
	Zaawansowana opieka pielęgniarska w wybranych problemach zdrowotnych	240	175	415

7. Dobre praktyki

Poprzez Program Zdrowia Publicznego, Komisja Europejska wspiera wiele istotnych inicjatyw w tej dziedzinie, wśród których znajduje się rozwój kompetencji dotyczących promocji zdrowia - projekt EUMAHP (European Master in Health Promotion) i inne wspólne inicjatywy projektowe organizowane przez PHETICE (Public Health Education w kontekście rozszerzającej się Europy) oraz ASPHER (Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego w Regionie Europejskim).

European Masters in HP (EUMAHP): EUMAHP jest jedną z inicjatyw finansowanych przez Komisję Europejską, opracowaną w odniesieniu do promocji zdrowia w Europie (Meresman, 2004). Grupa ekspertów uczestniczących w szkoleniach z promocji zdrowia ze wszystkich państw członkowskich i Norwegii zebrała się w 1997 roku. Rozwój programu EUMAHP rozpoczęto w 1998 roku z myślą o poprawie jakości promocji zdrowia poprzez szkolenia zawodowe promotorów zdrowia w Europie. Projekt również dążył do "dalszego rozwoju i wzmocnienia europejskiej conceptualizacji promocji zdrowia po Karcie Ottawskiej" (Colomer i in., 2002).

Rozwój kompetencji był centralnym celem początkowej pracy przy projekcie EUMAHP (Davies i in., 2000). Dodatkowe cele projektu EUMAHP to:

- Poprawa standardów edukacyjnych w kontekście promocji zdrowia w ramach instytucji akademickich
- Certyfikacja lub akredytacja specjalistów i operatorów w promocji zdrowia
- Profesjonalizacja dziedziny promocji zdrowia i jej uznanie.

Opracowanie programu nauczania dla kształcenia z zakresu promocji zdrowia było jednym z głównych obszarów pracy w grupie. Koncentrowano się również na kontroli jakości odpowiednich programów edukacyjnych. Opracowanie programów nauczania i rozwój kompetencji kluczowych na poziomie europejskim to centralne cele projektu (Davies i in., 2000). Grupa ekspertów ds. standardów zawodowych i akademickich, pracujących przy projekcie EUMAHP, określiła umiejętności niezbędne do promocji zdrowia jako "wiedzę, umiejętności i postawy niezbędne do realizacji konkretnych działań w zakresie promocji zdrowia w poszczególnych dziedzinach praktyki na podstawie określonych norm" (Meresman i in., 2006). W ramach zadań tej grupy roboczej, było stworzenie kwestionariusza odnoszącego się zarówno do promocji zdrowia w ogóle oraz działań realizowanych w określonych warunkach i przy poszczególnych grupach ludzi. Został on opracowany przez 33 ekspertów, specjalizujących się w dziedzinie promocji zdrowia z całej Europy. Uczestnicy zostali poproszeni o wybranie umiejętności, które są uważane za niezbędne, pożądane lub nieistotne. Zidentyfikowano 27 umiejętności i podzielono je na 5 obszarów:

1. umiejętności analityczne; np. zrozumienie społeczne, kulturowe i subiektywne determinanty zdrowia
2. umiejętności społeczne; np. umiejętność zarządzania grupą ludzi, wrażliwość na dynamikę grupy i instytucji, umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach
3. umiejętności polityczne; np. zrozumienie podziału na sektory, zasad politycznych i usług publicznych
4. umiejętności komunikacyjne; np. umiejętność rozmowy, umiejętność słuchania, empatia i współczucie
5. umiejętności operacyjne; przywództwo, podejmowanie decyzji, zdolność do mobilizacji zasobów, a także do organizowania zadań.

Ramy kwalifikacji powstałe w projekcie EUMAHP dały podstawy do rozwoju programu nauczania. Początkowe prace dostarczyły ważne podstawy dla wspólnego rozwoju spójnego programu nauczania w dziedzinie promocji zdrowia w całej Europie.

Szkolenie 'Zdrowie Publiczne w kontekście rozszerzającej się Europy' (PHETICE)

Kolejnym projektem finansowanym przez Komisję Europejską, który opiera się na wiedzy jako podstawy do rozwoju programu nauczania jest projekt PHETICE (Public Health Training w kontekście rozszerzającej się Europy), w którym opracowano schemat szkolenia przyszłych pracowników publicznej służby zdrowia.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Projekt PHETICE ruszył w 2005 roku, z myślą, że rozwój publicznej służby zdrowia w Unii Europejskiej wymaga jednolitego podejścia do rozwoju umiejętności jej pracowników. Wiercono, że wprowadzenie wspólnego wymiaru europejskiego jest konieczne do uzyskania odpowiednich zmian.

Projekt został zapoczątkowany przez 5 programów Europejskich studiów magisterskich, finansowanych przez Komisję Europejską, z dziedziny zdrowia publicznego, w najszerszym tego słowa znaczeniu, czyli obejmujących żywienie, gerontologię, epidemiologię i promocję zdrowia. Prace prowadzone w ramach projektu PHETICE zawierały mapowanie aktualnej sytuacji szkoleń w zakresie zdrowia publicznego oraz zbiorów najważniejszych dokumentów i informacji o tym, jak wspólny europejski system monitorowania zdrowia może być wspierany przez szkolenia i jak systemy kompetencji i jakości kontroli zostały opracowane w Europie.

Projekt PHETICE został podzielony na 7 pakietów roboczych, nad którymi pracowało pięciu partnerów. W ramach programu PHETICE partnerzy przeprowadzili mapowanie aktualnej sytuacji szkoleń w kontekście zdrowia publicznego w celu uzyskania informacji kontekstowych, a także stworzyli zbiór najważniejszych dokumentów i informacji na temat szkolnictwa wyższego w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie. Zbierali również informacje o strategiach edukacyjnych i pedagogicznych, które były zgodne z procesem bolońskim. Zostało przeprowadzone badanie wśród uczelni publicznych i szkół wyższych z całej Europy, wykorzystując wspólną listę kursów ASPHER (Association of Schools of Public Health) i Europejskie kursy magisterskie już istniejące. Odpowiedzi przyszły z 86 uczelni (PHETICE, 2008).

Został opracowany model w celu analizy kompetencji w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Ten model ma być elastyczny, tak by umożliwić jak najszersze zastosowanie czyli, aby można go było łączyć z innymi obszarami i jego użycie może być rozszerzona na poziomie europejskim, krajowym i lokalnym. Model ten został specjalnie dostosowany w celu umożliwienia włączenia określonych dyscyplin i kompetencji. Jest podzielony na 3 części połączone ze sobą. Model jest przeznaczony do poprawy jakości zdrowia publicznego i zawiera przykłady głównych grup referencyjnych (od stowarzyszeń do osób fizycznych).

W celu poprawy jakości zdrowia publicznego, cały proces opiera się na kluczowych wartościach programu "Zdrowie dla wszystkich" (np., sprawiedliwość społeczna, równość), który określa warunki, w których umiejętności są wykorzystywane i stosowane w praktyce. Kluczowe kompetencje są podzielone na następujące kategorie:

- Ocena i analiza
- Planowanie
- Realizacja i ocena
- Komunikacja
- Przetwarzanie informacji
- Praca w grupie
- Przywództwo.

W Projekcie PHETICE możemy znaleźć różne odniesienia do pracy wykonanej przez stowarzyszenie ASPHER.

Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego w Regionie Europejskim (ASPHER)

ASPHER zostało założone w 1966 w celu reprezentowania szkół zdrowia publicznego, innych rodzajów szkół oferujących edukację drugiego stopnia w dziedzinie zdrowia publicznego oraz innych programów. Szkoły te i programy przygotowują studentów do pracy sektorze zdrowia publicznego, przez uzyskanie dyplomów w dziedzinie zdrowia publicznego na wszystkich poziomach (licencjat,



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

magister, doktor). ASPHER opracowuje obecnie standardy oparte na umiejętnościach w kształceniu specjalistów w zakresie zdrowia publicznego, w tym tych, którzy pracują w promocji zdrowia.

Uwaga skierowana jest na opracowaniu listy kluczowych kompetencji, które Szkoły Zdrowia Publicznego uważają za konieczne. Kompetencje te są niezbędne, aby sprostać wyzwaniom, jakie stwarzają obecne systemy opieki zdrowotnej. Ponadto, systemy zapobiegania chorobom i promocji zdrowia są bardzo ważnym elementem tego portfela kompetencji (Birt i Foldspang, 2009).

Kompetencje były postrzegane jako właściwe i ważne, jeżeli zostały one opracowane metodą bottom-up, w ścisłej współpracy z publiczną służbą zdrowia. Pierwszy etap projektu polegał na kolekcjonowaniu danych. Wszystkie szkoły zostały zaproszone do przesyłania listy umiejętności, które były dla nich ważne (Birt i Foldspang, 2009). Kompetencje podzielono na sześć obszarów tematycznych:

1. Metody (epidemiologia, biostatystyki, metody jakościowe)
2. środowisko społeczne i zdrowotne
3. środowisko fizyczne, chemiczne, biologiczne i zdrowotne
4. polityka, organizacja, zarządzanie i ekonomia
5. promocja zdrowia i profilaktyka
6. badania interdyscyplinarne, w tym strategia, etyka i inne zagadnienia.

Obszary te w dużej mierze zgadzały się z obszarami ASPH - Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego w Stanach Zjednoczonych. Każdy obszar posiada własną grupę roboczą i przewodniczący grupy roboczej może sugerować tworzenie dowolnych poddziałów. Aby zoptymalizować proces, jeśli członek grupy zaproponował daną kompetencję, zostało to uwzględnione na liście. Celem było stworzenie solidnych ram kompetencji w szkoleniach w zakresie zdrowia publicznego w Europie. Nie został ustalony żaden limit jeśli chodzi o liczbę kompetencji (ASPHER, 2007).

W wymienionych obszarach, kompetencje zostały podzielone na dwie grupy: praktyczne (które wymagają praktycznych umiejętności) i intelektualne (które wymagają wiedzy i rozumienia) i każda grupa zawierała listę kompetencji dla każdego z następujących obszarów:

- Determinanty zdrowia, czynniki ryzyka
- Teorie i zasady promocji zdrowia i profilaktyki
- Strategia, rozwój, zarządzanie i ocena programów
- Komunikacja.

Niektóre kompetencje ujęte w grupie kompetencji praktycznych wymagały od studentów umiejętności polegających na opisanu i ocenie czynników wpływających na zdrowie, opisanu i określeniu zasad biologicznych, fizycznych, chemicznych, społecznych i psycho-społecznych oraz zdefiniowaniu elementów mających udział w zapobieganiu chorobom, prowadzenie badań dotyczących stylu życia pacjentów, analizowania danych i posiadanie wiedzy jak korzystać z metod badań jakościowych. Jeśli chodzi o intelektualne kompetencje studenci musieli się zapoznać z wiedzą dotyczącą psychologii, nauk społecznych, w tym podstawy filozofii, wpływ środowiska społecznego na zdrowie pacjentów, i tym podobne.

Tymczasowy wykaz podstawowych kompetencji w zakresie zdrowia publicznego, został opublikowany w październiku 2007 roku. Wykaz ten powstał na podstawie list kompetencji otrzymanych z różnych szkół. Niektóre kompetencje zostały zweryfikowane lub lekko zmodyfikowane, tak aby uniknąć zbyt wielu powtórzeń, które były nieuchronne (ASPHER, 2007).

Podczas 2 etapu, nawiązano kontakty z zainteresowanymi podmiotami zajmującymi się zdrowiem publicznym. Odbłyły się dwie konferencje w 2008 roku (w Danii i we Francji), oraz warsztaty w Słowenii i Szkocji. W wyniku konsultacji wstępny wykaz kompetencji utworzony przez sześć grup roboczych został zmieniony i w październiku 2008 r. została opublikowana druga lista (ASPHER, 2008).

Według Birt i Foldspang (2009), wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej są bardzo zróżnicowane w poszczególnych regionach Europy. Dlatego mamy nadzieję, że proces ten powinien być kontynuowany i rozszerzony w fazie 3, co powinno doprowadzić do utworzenia wspólnych list kompetencji w dziedzinie zdrowia publicznego na różnych poziomach kształcenia. Ostatecznie, kompetencje dla zdrowia publicznego muszą być zdefiniowane w celu odpowiedniego dostosowania ich do różnych poziomów kształcenia. Kompetencje mogą być monitorowane na poziomie krajowym, a wykaz kompetencji stwarza nowy potencjał dla rozwoju dyplomów w dziedzinie zdrowia publicznego na szczeblu europejskim (Birt i Foldspang, 2009).

Faza 3 projektu jest obecnie w toku i dotyczy interakcji między zainteresowanymi podmiotami, są organizowane warsztaty i konferencje.

ASPHER planuje przeprowadzić serię badań Delphi w celu skonsolidowania listy priorytetów.

W 2005 r. Europejski Komitet Regionalny IUHPE stworzył podkomitet w celu opracowania zaleceń dotyczących rozwoju zawodowego, akredytacji i standardów zawodowych w zakresie promocji zdrowia w Unii Europejskiej. Przeprowadzono badania na temat rozwoju sytuacji w zakresie promocji zdrowia w Europie.

Celem badania było:

- określenie poziomu specjalistycznego szkolenia w zakresie promocji zdrowia w regionach europejskich
- określenie aktualnej sytuacji w zakresie akredytacji i profesjonalnej rejestracji podmiotów w zakresie promocji zdrowia w krajach europejskich
- ocena obecnych działań na poziomie krajowym/regionalnym, z zakresu ustalania kompetencji i norm zawodowych
- ustalenia aktualnych ścieżek kariery w promocji zdrowia w różnych krajach

Dane pochodziły z 33 krajów i badania wykazały, że szkolenie w zakresie promocji zdrowia przechodzi proces rozwoju w Europie. Tylko niewielka liczba krajów zgłosiła aktywny rozwój kompetencji dla promocji zdrowia. Badanie dowodzi, że jest co najmniej 7 krajów rozwijających kompetencje w zakresie promocji zdrowia, a 4 z nich opracowuje standardy zawodowe. Mimo niewielkiej liczby istniejących systemów, wnioski z badania wskazują, że istnieją przykłady, które mogą być wykorzystane do opracowania kompetencji i standardów zawodowych na poziomie europejskim (Santa-Maria Morales i Barry, 2007).

Na podstawie informacji zebranych podczas badania, podkomisja IUHPE/EURO aktywowała projekt pilotażowy z uczestnikami z siedmiu krajów, w celu sprawdzenia możliwości systemu akredytacji na podstawie kompetencji na poziomie europejskim. Projekt realizowany przez Battel-Kirk i Barry (2009) określa poziom zainteresowania i postęp w kierunku rozwoju w państwach uczestniczących i bada bariery. Ogólnie rzecz biorąc, projekt potwierdził swoje poparcie dla europejskiego systemu i zaproponował, że system ten powinien wziąć pod uwagę różnice między państwami europejskimi w zakresie systemów ochrony zdrowia, infrastruktury i rozwoju promocji zdrowia. Z ośmioma innymi partnerami, uczestnikami tego projektu, staraliśmy się uzyskać fundusze z Agencji Wykonawczej Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej (obecnie Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów). Projekt zakończył się sukcesem i obecnie został przekształcony w CompHP. Partnerzy projektu pracowali również nad rozwojem Galway Consensus Statement, dotyczącego obszarów kluczowych kompetencji dla Promocji Zdrowia (Allegrante i in., 2009), który był postrzegany jako zwolennik ram odniesienia, które mogą być przydatne dla rozwoju europejskiego.

Na podstawie rozwoju sytuacji międzynarodowej, Konferencja 2008 Galway Consensus została zorganizowana, jako pierwszy krok w kierunku międzynarodowego porozumienia w sprawie kluczowych kompetencji niezbędnych do przygotowania zawodowego specjalistów w zakresie promocji zdrowia i edukacji. Konferencja ta miała na celu promowanie wymiany i większą współpracę w zakresie rozwoju kompetencji kluczowych dla promocji zdrowia i wzmocnienie wspólnego podejścia do rozwijania kompetencji i siły roboczej. We współpracy z SOHPE (Towarzystwo Zdrowia Publicznego), CDC ze Stanów Zjednoczonych (Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) i innymi

partnerami, IUHPE zorganizowało na Uniwersytecie Irlandzkim w Galway konferencję od 16 do 18 czerwca 2008 na konsensusie Galway konferencji, która zakończyła się w publikacją oświadczenia dotyczącego obszarów kluczowych kompetencji na rzecz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (Allegrante i wsp., 2009; Barry i wsp., 2009). Uczestnicy konferencji pochodzili z wyższych uczelni i najważniejszych organów rządowych, organizacji pozarządowych, stowarzyszeń zawodowych na poziomie krajowym, jak i globalnym. Konferencja miała na celu zgromadzenie liderów i innych osób zainteresowanych ze wszystkich stron świata, jednak spośród około 35 specjalistów, którzy zostali zaproszeni do udziału, jedynie 26 ekspertów, w większości pochodzących z Europy i Ameryki Północnej, przyjęło zaproszenie i wzięło udział w konferencji. Różne regiony świata, w tym Afryka, Azja, Ameryka Łacińskiej, nie były reprezentowane lub odmówiły udziału z powodu braku środków finansowych na pokrycie kosztów podróży.

Raporty przygotowane przez sekretariat konferencji zawierały najbardziej aktualny przegląd literatury dotyczącej akredytacji w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, która obejmowała przygotowanie zawodowe i ocenę na podstawie umiejętności, norm i podejście do kontroli jakości.

Uczestnicy konferencji w Galway osiągnęli porozumienie w sprawie podstawowych wartości i zasad, i ośmiu obszarów kluczowych kompetencji niezbędnych do skutecznej praktyki w zakresie promocji zdrowia. Oświadczenie końcowe (Consensus Statement) opracowany przez organizatorów nie odnosi się do konkretnych kompetencji, zamiast tego koncentruje się na obszarach kluczowych kompetencji, które są podstawą do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia. Osiem obszarów kompetencji jest zdefiniowanych w następujący sposób:

1. Kataliza zmiany - aby umożliwić zmianę i pozwolić jednostkom i wspólnotom na poprawę ich zdrowia
2. Przywództwo - zapewnić strategiczne kierownictwo i możliwości udziału w rozwoju polityki publicznej w zakresie zdrowia, zarządzania zasobami dla promocji zdrowia oraz rozwoju kompetencji
3. Ocena - ocena potrzeb i zasobów obecnych w społeczności oraz w systemach, które mogą prowadzić do identyfikacji i analizy zachowań, uwarunkowań kulturowych, itp.
4. Planowanie - opracowanie wymiernych celów w odpowiedzi na ocenę potrzeb i zasobów oraz określenie strategii, opartych na wiedzy zaczerpniętej z teorii, praktyki i dowodów
5. Wdrożenie - zastosowanie skutecznych i efektywnych strategii, zapewniających możliwie największą poprawę zdrowia, w tym zarządzania zasobami ludzkimi
6. Ocena - określenia zakresu, skuteczności i wpływu programów i projektów na rzecz promocji zdrowia. Stosowanie odpowiednich metod oceny i badań na rzecz usprawnienia, trwałości i rozpowszechniania programu
7. Rzecznictwo – działania na rzecz osób fizycznych i wspólnot w celu poprawy ich zdrowia i ich dobrego samopoczucia
8. Partnerstwo - praca w drodze współpracy z innymi dyscyplinami, sektorami i partnerami w celu zwiększenia wpływu i trwałości programów i polityki promocji zdrowia.

Hiszpańskie dobre praktyki

REPOCA®.

University Hospital Dr Peset z VitalAire, opracowali program opieki nad osobami chorującymi na POChP. Jest to program ciągłej opieki domowej, który zawiera monitoring telefonicznych oraz na żądanie opiekę lekarza i pielęgniarki. Oprócz tego zawiera sesje edukacyjne, podczas których specjaliści współpracują z pacjentami i ich opiekunami omawiając kwestie dotyczące zastrzyków, zanieczyszczenia środowiska, odżywiania, detoksykacji, itp.

Głównym celem tego programu była ocena skuteczności zastosowania domowej opieki zdrowotnej, u pacjentów z poważnym stadium POChP. Program przyniósł zadowalające rezultaty. Uczestnicy

projektu pracowali przez okres 6 miesięcy w Walencji. W czasie trwania projektu pomogli 25 pacjentom w początkowym, zaawansowanym i bardzo zaawansowanym stadium POChP.

Kryteria jakości tej dobrej praktyki są następujące:

- Zastosowanie innowacyjnego planu domowej opieki zdrowotnej.
- Osiągnięcie zamierzonych celów.
- Udało się to osiągnąć za pośrednictwem programu opartego na prewencji i edukacji sanitarnej, co przyczyniło się do poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin. Jest to podstawowe kryterium sukcesu tego programu, oprócz faktu, że pacjenci czuli się bezpieczniej wiedząc, że mogą liczyć na pomoc opiekuna w każdej chwili.

System Pomocy Telefonicznej

Jest to program, który jest obecnie testowany w publicznej służbie zdrowia w Andaluzji.

Program ma na celu zapewnienie pomocy telefonicznej dla opiekunów pacjentów zależnych i niepełnosprawnych, w sytuacji zagrożenia życia lub pogorszenia stanu zdrowia. System daje opiekunom możliwość konsultacji i uzyskania porady od lekarzy, pielęgniarek czy 'kierowników przypadków' w razie problemów wymagających nagłej interwencji.

Cele szczegółowe programu to: uniknięcie lub zmniejszenia powikłań; udzielenie odpowiedzi na pytania i wątpliwości opiekunów; udzielenie natychmiastowej pomocy bez potrzeby wzywania karetki, o ile to możliwe; zwiększenie poczucia pewności i bezpieczeństwa wśród opiekunów oraz wśród pacjentów.

Praktyka ta została wybrana ze względu na jej innowacyjność. Program rozpoczął się w dniu 1 września 2011 r. oraz ma zakończyć się z końcem 2012 roku.

W 1996 roku Litewska Organizacja Samarytanin (LSB) opracowała program szkolenia i metodologię szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych. Program ten, po trzyletnim okresie próbnym, został zatwierdzony przez Ministerstwo Edukacji oraz Ministerstwo Pracy. Obecnie, cztery uczelnie szkolą przyszłe zawodowe pielęgniarki zgodnie z tym programem. LSB w celu zapewnienia miejsc pracy dla pielęgniarek środowiskowych, utworzyło instytucje publiczne, które świadczą usługi opiekuńcze dla osób chorych i usługi domowej opieki zdrowotnej. Wolontariusze, którzy zostali przeszkoleni z podstawowych umiejętności opiekuńczych przez nauczycieli LSB, współpracują z profesjonalistami, wuręczając ich w najprostszych czynnościach. Dodatkowo, od dwóch lat LSB prowadzi kursy dla rodzin osób zależnych, osób starszych i osób niepełnosprawnych. Inicjatywa ta otrzymała dofinansowanie z kilku gmin, jest to bardzo ważny rodzaj wsparcia dla rodzin, które nie mogą sobie pozwolić na zatrudnienie opiekunów czy pielęgniarek środowiskowych.

Dobre praktyki w Rumunii są następujące:

Kurs e-learningowy COACH BOT

OPIS WSKAŹNIKÓW

<p>Użycie środków wykorzystywanych w medycynie narracyjnej</p>	<p>Środkami używanymi w medycynie narracyjnej są filmy, książki i inne formy, stosowane w celu ułatwienia pacjentom opowiadania o swoich własnych doświadczeniach.</p>
<p>Użycie środków wykorzystywanych w pedagogice rodziny</p>	<p>Środkami używanymi w pedagogice rodziny są: opisy narracyjne, kontrakty edukacyjne pomiędzy rodzicami a profesjonalną opieką zdrowotną, zaangażowanie stowarzyszeń rodziców w szkolenia prowadzone przez profesjonalistów.</p>
<p>Użycie środków wykorzystywanych w</p>	<p>Środkami używanymi w ICF są: Lista kontrolna ICF, zestaw podstawowy ICF, WHODAS OMS, Manual</p>

Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (OMS 2011)	ICF, Ocena pacjenta z wykorzystaniem ICF.
Użycie strategii dot. kolekcjonowania opisów narracyjnych	Strategiami podejmowanymi w celu zebrania opisów narracyjnych są: otwarte spotkania, wywiady z obywatelami i pacjentami dotyczące ich doświadczeń w celu ewaluacji opieki zdrowotnej, kolekcjonowanie rekomendacji, komentarzy.
Użycie opisów narracyjnych w celu poprawy jakości usług świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej	Przykładami opisów mogą być tutaj: skargi, listy pochwalne, inne formy informacji zwrotnych na temat służby zdrowia.
Użycie różnych metodologii w celu zaangażowania obywateli w szkolenia oraz zdobywanie wiedzy z zakresu systemu zdrowia	Przykładami metodologii służącej do zaangażowania obywateli w szkolenia oraz edukację są: liczenie się z opinią obywateli, wykorzystywanie ich opinii, zaangażowanie rodzin/przyjaciół pacjentów jako uprzywilejowanych świadków etc.

Opis dobrej praktyki:

Projekt COACH BOT ma na celu opracowanie i testowanie innowacyjnej e-learningowej metodyki kształcenia dorosłych, który łączy technologię Conversational Agent (chatterbot lub chatbot) z zaprojektowaną modułową ścieżką nauki.

Projekt łączy należycie zaprojektowaną modułową ścieżkę e-learningową zgodną z potrzebami pracowników z interfejsem człowiek-komputer (chatbot) w celu zwiększenia skuteczności e-learningu.

Dzięki temu, rozwinęło się środowisko e-learningowe, które pozwala użytkownikom komunikować się i współdziałać z chatbot, zwanym "wirtualnym Trenerem".

Pilotażowe e-kursy zostały zaprojektowane specjalnie dla pracowników służby zdrowia, domów opieki, takich jak personel medyczny, pielęgniarki, opiekunowie i lekarze, którzy stanowią bezpośrednią grupę docelową projektu.

Główną innowacją projektu jest "Wirtualny Trener", który wspiera uczestników zapewniając im różnego rodzaju usługi. "Wirtualny Trener" działa jako osobisty nauczyciel, trener i asystent, zapewniając uczniom:

- Stworzenie spersonalizowanej ścieżki szkoleniowej
- Zapewnienie szczegółowych informacji
- Możliwość oceny i propozycji treści szkolenia
- Wsparcie techniczne
- Studia przypadków

Metodologia COACH BOT obejmuje również e-kursy opracowane ad hoc według indywidualnego podejścia. To podejście pozwala uczniom skorzystać ze ścieżki szkoleniowej opartej na ich konkretnych potrzebach. Biorąc pod uwagę, że każdy uczeń ma swoje własne specyficzne potrzeby,

wiedzę, wymagania i umiejętności, uczniowie mają możliwość stworzenia swojego osobistego programu szkoleniowego. Na przykład, uczeń może skupić się na wybranych tematach, unikając innych lub ograniczyć je do jedynie podstawowych informacji. "Wirtualny Trener" czatuje z uczniami w celu stworzenia profilu każdego studenta, co może pomóc im w wyborze przydatnych modułów.

Projekt oparty jest na technologii, którą nazywamy conversational agent technology. Kurs został stworzony przy użyciu technologii AIML (Artificial Intelligence Mark-up Language), oraz XML standard.

Rezultaty:

E-kurs "Wzmacnianie kompetencji europejskich pracowników domowej opieki zdrowotnej", opiera się na metodologii e-learningowej, która pozwala uczącym na stworzenie indywidualnej ścieżki edukacyjnej.

- Indywidualna ścieżka uczenia się składa się z kilku tematów, wybranych z listy modułów, na podstawie konkretnych potrzeb każdego ucznia. Kompletny program kursu obejmuje 15 modułów podzielonych na 4 główne obszary w sposób następujący:

- A) Zagadnienia medyczne: Moduł A1 Wspieranie dostępu i uczestnictwa w zajęciach rekreacyjnych; Moduł A2 Pomoc w codziennym życiu pacjentów.
- B) Aspekty psychologiczne: Moduł B3 komunikacja z osobami starszymi; Moduł B4 Komunikacja z umierającymi i ich rodziną; Moduł B5 Komunikacji z pacjentami z niesłyszącymi, Moduł B6 komunikacji z pacjentami niewidomymi; Moduł B7 Relacje z rodziną pacjentów; Module B8 Ustanowienie relacji pomocy.
- C) Krajowe/Europejskie ustawy zdrowotne: Moduł C9 Wprowadzenie do prawodawstwa UE; Moduł C10 Prawodawstwo UK; Moduł C11 Ustawodawstwo SI.
- D) Aspekty społeczne/etyczne: Moduł D12 Pielęgniarka: profesjonalny kod i aspekty etyczne; Module D13 Różnice kulturowe w relacjach pomocy; Modułu D14 Pracownicy opieki społecznej: profesjonalny kod; Moduł D15 Samodoskonalenie i kontynuacja nauki.

Więcej informacji na temat projektu: www.coachbot.eu

GAT4ProVIP - Doradztwo i szkolenia dla rodziców i krewnych osób niewidomych i niedowidzących

OPIS WSKAŹNIKOW

<p>Użycie środków wykorzystywanych w medycynie narracyjnej</p>	<p>Środkami używanymi w medycynie narracyjnej są filmy, książki i inne formy, stosowane w celu ułatwienia pacjentom opowiadania o swoich własnych doświadczeniach.</p>
<p>Użycie środków wykorzystywanych w pedagogice rodziny</p>	<p>Środkami używanymi w pedagogice rodziny są: opisy narracyjne, kontrakty edukacyjne pomiędzy rodzicami a profesjonalną opieką zdrowotną, zaangażowanie stowarzyszeń rodziców w szkolenia prowadzone przez profesjonalistów.</p>
<p>Użycie środków wykorzystywanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (OMS 2011)</p>	<p>Środkami używanymi w ICF są: Lista kontrolna ICF, zestaw podstawowy ICF, WHODAS OMS, Manual ICF, Ocena pacjenta z wykorzystaniem ICF.</p>
<p>Użycie strategii dot. kolekcjonowania opisów narracyjnych</p>	<p>Strategiami podejmowanymi w celu zebrania opisów narracyjnych są: otwarte spotkania, wywiady z obywatelami i pacjentami dotyczące ich doświadczeń w celu ewaluacji opieki zdrowotnej, kolekcjonowanie rekomendacji, komentarzy.</p>

Użycie opisów narracyjnych w celu poprawy jakości usług świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej	Przykładami opisów mogą być tutaj: skargi, listy pochwalne, inne formy informacji zwrotnych na temat służby zdrowia.
Użycie różnych metodologii w celu zaangażowania obywateli w szkolenia oraz zdobywanie wiedzy z zakresu systemu zdrowia	Przykładami metodologii służącej do zaangażowania obywateli w szkolenia oraz edukację są: liczenie się z opinią obywateli, wykorzystywanie ich opinii, zaangażowanie rodzin/przyjaciół pacjentów jako uprzywilejowanych świadków etc.

Opis dobrej praktyki

Celem projektu jest pomoc osobom, które nagle stały się opiekunami członka swojej rodziny, który stracił wzrok.

Projekt oferuje opiekunom praktyczną pomoc i wskazówki co do tego, jak radzić sobie z problemami i co zrobić aby dać możliwie jak najlepsze wsparcie.

Projekt próbował rozwiązać wszystkie kwestie praktyczne, poruszył wszystkie tematy, tak aby opiekunowie mieli poczucie, że będą potrafili się odnaleźć w tej trudnej sytuacji, nie tylko dla nich ale przede wszystkim dla osoby chorej. Kurs oferuje także wsparcie psychologiczne zarówno poprzez kontakt z ekspertami jak i dostęp do forum internetowego gdzie można zadawać pytania, wymieniać się doświadczeniami.

Rezultaty:

3-dniowy kurs wyjaśniający rolę przewodnika osoby niewidomej, podstawowe czynności jakie powinien wykonywać opiekun, jak najlepiej zrozumieć psychologiczny wpływ zdarzenia, jakie wsparcie jest dostępne.

Kursy będą dostępne w krajach partnerów projektu, jednak ich struktura i zawartość będzie łatwa do zastosowania w innych państwach UE.

Kursy dotyczą:

Podręcznik 1 – Fizyczne aspekty pogorszenia widzenia

Podręcznik 2 - Psychologiczne problemy opiekunów osób niedowidzących

Podręcznik 3 - Doradztwo, poradnictwo i szkolenia

Podręcznik 4 - Technologie wspomagające

Podręcznik 5 – Umiejętności życiowe i motywacja

Więcej informacji na temat projektu można znaleźć na stronie: <http://www.gat4provip.eu>

Projekt Domowej Opieki Zdrowotnej – Fundacja Biały Żółty Krzyż

OPIS WSKAŹNIKÓW

Użycie środków wykorzystywanych w medycynie narracyjnej	Środkami używanymi w medycynie narracyjnej są filmy, książki i inne formy, stosowane w celu ułatwienia pacjentom opowiadania o swoich własnych doświadczeniach.
Użycie środków	Środkami używanymi w pedagogice rodziny są: opisy narracyjne,

wykorzystywanych w pedagogice rodziny	kontrakty edukacyjne pomiędzy rodzicami a profesjonalną opieką zdrowotną, zaangażowanie stowarzyszeń rodziców w szkolenia prowadzone przez profesjonalistów.
Użycie środków wykorzystywanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (OMS 2011)	Środkami używanymi w ICF są: Lista kontrolna ICF, zestaw podstawowy ICF, WHODAS OMS, Manual ICF, Ocena pacjenta z wykorzystaniem ICF.
Użycie strategii dot. kolekcjonowania opisów narracyjnych	Strategiami podejmowanymi w celu zebrania opisów narracyjnych są: otwarte spotkania, wywiady z obywatelami i pacjentami dotyczące ich doświadczeń w celu ewaluacji opieki zdrowotnej, kolekcjonowanie rekomendacji, komentarzy.
Użycie opisów narracyjnych w celu poprawy jakości usług świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej	Przykładami opisów mogą być tutaj: skargi, listy pochwalne, inne formy informacji zwrotnych na temat służby zdrowia.
Użycie różnych metodologii w celu zaangażowania obywateli w szkolenia oraz zdobywanie wiedzy z zakresu systemu zdrowia	Przykładami metodologii służącej do zaangażowania obywateli w szkolenia oraz edukację są: liczenie się z opinią obywateli, wykorzystywanie ich opinii, zaangażowanie rodzin/przyjaciół pacjentów jako uprzywilejowanych świadków etc.

Opis dobrej praktyki

Projekt powstał we współpracy z United Way w Rumunii w 2005, obejmował w sumie 50 beneficjentów, i był kontynuowany w każdym kolejnym roku, osiągając korzystne rezultaty. W 2007 roku projekt zdobył nagrodę dla najlepszego programu w latach 2006/2007 w ramach Gali Społeczeństwa Obywatelskiego.

Projekt proponuje kompleksowe usługi zdrowotne dla osób ze specjalnymi potrzebami, głównie osób starszych, zależnych i niepełnosprawnych z Bukaresztu.

Grupa docelowa składa się z 60 osób. Są to osoby bardzo potrzebujące wsparcia (nie są w stanie się poruszać i/lub zaspokajać podstawowych potrzeb). Większość z nich to osoby w podeszłym wieku, inne osoby nie podlegają przyjęciu do szpitala lub nie mogą przebywać w szpitalu przez dłuższy okres czasu. Wśród pacjentów znajdziemy osoby chore na raka i wymagające opieki paliatywnej.

Rezultaty:

- Zdobycie wiedzy i umiejętności do samodzielnej opieki dla pacjentów, którzy mają rodzinę
- Redukcja stresu spowodowanego opieką nad pacjentem w fazie terminalnej, zapewniona obecność zespołu w krytycznych momentach
- Niezależność w monitorowaniu parametrów fizjologicznych i glukozy we krwi u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i / lub cukrzycą
- 20% beneficjentów otrzymuje leki bezpłatnie

- Edukacja rodziny, jak opiekować się chorym

Inne rezultaty:

- Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa;
- Polepszenie jakości życia;
- Zmniejszenie liczby pacjentów hospitalizowanych = więcej miejsc w szpitalach;

Opieka nad osobami starszymi

OPIS WSKAŹNIKÓW

Użycie środków wykorzystywanych w medycynie narracyjnej	Środkami używanymi w medycynie narracyjnej są filmy, książki i inne formy, stosowane w celu ułatwienia pacjentom opowiadania o swoich własnych doświadczeniach.
Użycie środków wykorzystywanych w pedagogice rodziny	Środkami używanymi w pedagogice rodziny są: opisy narracyjne, kontrakty edukacyjne pomiędzy rodzicami a profesjonalną opieką zdrowotną, zaangażowanie stowarzyszeń rodziców w szkolenia prowadzone przez profesjonalistów.
Użycie środków wykorzystywanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (OMS 2011)	Środkami używanymi w ICF są: Lista kontrolna ICF, zestaw podstawowy ICF, WHODAS OMS, Manual ICF, Ocena pacjenta z wykorzystaniem ICF.
Użycie strategii dot. kolekcjonowania opisów narracyjnych	Strategiami podejmowanymi w celu zebrania opisów narracyjnych są: otwarte spotkania, wywiady z obywatelami i pacjentami dotyczące ich doświadczeń w celu ewaluacji opieki zdrowotnej, kolekcjonowanie rekomendacji, komentarzy.
Użycie opisów narracyjnych w celu poprawy jakości usług świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej	Przykładami opisów mogą być tutaj: skargi, listy pochwalne, inne formy informacji zwrotnych na temat służby zdrowia.
Użycie różnych metodologii w celu zaangażowania obywateli w szkolenia oraz zdobywanie wiedzy z zakresu systemu zdrowia	Przykładami metodologii służącej do zaangażowania obywateli w szkolenia oraz edukację są: liczenie się z opinią obywateli, wykorzystywanie ich opinii, zaangażowanie rodzin/przyjaciół pacjentów jako uprzywilejowanych świadków etc.

Opis dobrej praktyki

Projekt proponuje świadczenie opieki społecznej i opieki paliatywnej w domach dla osób starszych, przyczyniając się do:

- Rozwoju opieki paliatywnej i usług społeczno-leczniczych dostosowanych do osób w podeszłym wieku oraz w oparciu o zasadę równości;
- Ułatwienia dostępu osób starszych do usług opieki społecznej;
- Rozwoju partnerstwa pomiędzy instytucjami, które oferują pomoc dla osób starszych



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Beneficjenci to:

- Unieruchomione osoby starsze, pozbawione opieki;
- Osoby starsze, które są w fazie terminalnej choroby;
- Pacjenci w podeszłym wieku, którzy są w miejscach bez dostępu do usług socjalnych i opieki medycznej oraz dla których brak tego typu usług prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia.

Więcej informacji na temat projektu: <http://www.ingrijirevarstnici.ro>

Rezultaty:

Normy jakościowe dla opieki domowej

Społeczno-medyczna opieka domowa

Opieka paliatywna w domu

Standardy jakości dla opieki paliatywnej

OPIS WSKAŹNIKÓW

Użycie środków wykorzystywanych w medycynie narracyjnej	Środkami używanymi w medycynie narracyjnej są filmy, książki i inne formy, stosowane w celu ułatwienia pacjentom opowiadania o swoich własnych doświadczeniach.
Użycie środków wykorzystywanych w pedagogice rodziny	Środkami używanymi w pedagogice rodziny są: opisy narracyjne, kontrakty edukacyjne pomiędzy rodzicami a profesjonalną opieką zdrowotną, zaangażowanie stowarzyszeń rodziców w szkolenia prowadzone przez profesjonalistów.
Użycie środków wykorzystywanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (OMS 2011)	Środkami używanymi w ICF są: Lista kontrolna ICF, zestaw podstawowy ICF, WHODAS OMS, Manual ICF, Ocena pacjenta z wykorzystaniem ICF.
Użycie strategii dot. kolekcjonowania opisów narracyjnych	Strategiami podejmowanymi w celu zebrania opisów narracyjnych są: otwarte spotkania, wywiady z obywatelami i pacjentami dotyczące ich doświadczeń w celu ewaluacji opieki zdrowotnej, kolekcjonowanie rekomendacji, komentarzy.
Użycie opisów narracyjnych w celu poprawy jakości usług świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej	Przykładami opisów mogą być tutaj: skargi, listy pochwalne, inne formy informacji zwrotnych na temat służby zdrowia.
Użycie różnych metodologii w celu zaangażowania obywateli w szkolenia oraz zdobywanie wiedzy z zakresu systemu zdrowia	Przykładami metodologii służącej do zaangażowania obywateli w szkolenia oraz edukację są: liczenie się z opinią obywateli, wykorzystywanie ich opinii, zaangażowanie rodzin/przyjaciół pacjentów jako uprzywilejowanych świadków etc.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Opis dobrej praktyki

Jest to dokument, w którym są prezentowane standardy opieki paliatywnej w Rumunii. Projekt opracował minimalne normy jakości, w celu poprawy stanu opieki medycznej dla osób starszych i niepełnosprawnych oraz dla tych z chorobami nieuleczalnymi. W wyniku projektu powstał zestaw kryteriów, które mają być spełnione przez każdego potencjalnego usługodawcę opieki paliatywnej oraz może on być wykorzystywany przez organy służby zdrowia jako praktyczne narzędzie do oceny opieki paliatywnej w Rumunii.

Opierając się na minimalnych normach jakościowych obliczone zostały również koszty opieki paliatywnej w Rumunii (luty 2010 r.).

Pnadto, powstała propozycja norm dla personelu pracującego w opiece paliatywnej.

Więcej informacji na stronie: <http://www.studiipaliative.ro>

Rezultat:

Ponad 30 stadardów jakości.

Najlepiej rozwiniętym w **Polsce** elementem zdrowotnej opieki domowej są hospicja domowe dla dzieci i w tej dziedzinie najwięcej znaleźć możemy przykładów dobrych praktyk. Opieka nad osobą w stanie terminalnym zawsze jest dużym wyzwaniem i dużym przeżyciem, zwłaszcza jeśli chorym jest dziecko. W celu zapewnienia jak najpełniejszej opieki będącej jednocześnie dla małego pacjenta jak najmniejszym obciążeniem w ostatnich jego miesiącach stosuje się indywidualną opiekę interdyscyplinarną oraz angażuje w ten proces rodzinę chorego.

Dobrym przykładem jest tutaj Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu [15]. Zespół hospicjum składa się z:

- ♣ lekarza anestezjologa
- ♣ dwóch lekarzy pediatrów
- ♣ specjalisty neurologii dziecięcej
- ♣ dwóch pielęgniarek anestezjologicznych
- ♣ pielęgniarki – specjalistki PR
- ♣ dwóch fizjoterapeutów
- ♣ pracownika socjalnego
- ♣ psychoterapeuty
- ♣ diakona

Tak szerokie spektrum specjalistów pozwala na kompleksową opiekę nad chorym dzieckiem. Co ważne, nawet jeśli istnieje konieczność udziału lekarza innego niż prowadzący, jest on na miejscu w zespole i nie jest dla dziecka osobą obcą. Pozwala to otoczyć chorego stałym zespołem osób do których się przyzwyczajają i których nie traktuje jako obcych i bezosobowych lekarzy którzy pojawiają się tylko na chwilę. Wrażenie to potęguje silne zaangażowanie w proces leczniczy rodziny pacjenta.

Oprócz interdyscyplinarnej stałej opieki i zaangażowania rodziców Hospicjum może się pochwalić dwoma przykładami innych dobrych praktyk – organizacją koloni oraz grupy wsparcia. Corocznie organizowane są kolonie dla małych pacjentów na których pod opieką zespołu lekarskiego mogą oderwać się wraz z rówieśnikami od codzienności hospicjum. Powstała również grupa wsparcia dla rodzin pacjentów zarówno w stanie terminalnym jak i tych którzy już odeszli.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Warto podkreślić, iż hospicja domowe pełnią ważną rolę w promocji opieki interdyscyplinarnej, która dzięki temu zdobywa coraz szersze grono zwolenników i implementowana jest w coraz większej liczbie placówek, nie tylko z zakresu zdrowotnej opieki domowej.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

8. Wnioski

Sytuacja na Litwie

Reasumując, znaczną uwagę zwraca się na jakość usług socjalnych oraz zapewnienie przestrzegania praw człowieka w odniesieniu do osób mieszkających w placówkach opieki społecznej. Aby znaleźć najbardziej odpowiedni model infrastruktury instytucji opieki społecznej i ocenić potencjał reorganizacji instytucji opieki społecznej oraz decentralizacji usług, stworzone zostały specjalne grupy robocze oraz organizowano konsultacje z grupami ekspertów. Wyższe wymagania zostały określone nie tylko dla specjalistów pracujących w sektorze opieki społecznej, ale także dla ich kierownictwa. Ocena szefów instytucji opieki społecznej powinna rozpocząć się w 2015 r. Procedura oceny powinna zostać opracowana w 2012 roku.

Zasady dotyczące licencjonowania instytucji opieki społecznej powinny być sporządzone w tym samym roku.

Zmieniła się również struktura kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, co miało wpływ na zmiany w wymiarach kształcenia i szkolenia zawodowego. Pielęgniarki mają bezpośredni kontakt z ludźmi, dlatego jako cel powinniśmy sobie postawić rozwój i poszerzenie ich świadomej postawy wobec zdrowia pacjentów, ich osobistego sposobu życia.

Obecnie szkolenia i kursy dla pielęgniarek skupiają się na zdobywaniu umiejętności ogólnych, które pozwolą na bardziej elastyczne dostosowanie się do szybko zmieniających się potrzeb społecznych, a także nabycie edukacji międzykulturowej, które jest bardzo istotna.

System domowej opieki zdrowotnej w **Rumunii** jest tak naprawdę na początku swojej drogi i jest jeszcze wiele rzeczy do zrobienia w celu prawidłowego funkcjonowania systemu. Poprawa jakości i dostępu do systemu pozwoli znacznie obniżyć koszty szpitali.

Ponadto nadal jest zbyt dużo formalności do załatwienia dla ubezpieczonych, którzy chcą się ubiegać o usługi tego typu. Wiele osób nie jest w ogóle informowanych o możliwości opieki zdrowotnej w domu, z tego powodu pacjenci przebywają pod opieką własnej rodziny, brakuje im specjalistycznej opieki.

Zdrowotna opieka domowa w **Polsce** boryka się z identycznymi problemami jak cały system opieki zdrowotnej. Brak wystarczających nakładów finansowych, nadmierna biurokracja oraz niedobór kadr specjalistycznych powodują, że dostępność do opieki zdrowotnej jest często ograniczona. Skutkuje to gwałtownym rozwojem sektora prywatnego, na korzystanie z usług którego stać jednak niewielką część społeczeństwa. Podkreślić jednak należy, że problemy te uwidaczniają się przede wszystkim w lecznictwie specjalistycznym, zdrowotna opieka domowa realizowana głównie w systemie POZ zapewnia lepszą dostępność. Również drugi podstawowy człon opieki domowej czyli hospicja wyróżniają się na tle całości, poświęca się im szczególną uwagę ze względu na profil pacjentów, a lukę powstałą z niedoboru placówek publicznych wypełniają ośrodki niepubliczne, często nieodpłatne – organizacje, fundacje, Caritas.

Pomimo posiadania wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej głównym problemem wydaje się brak wystarczających nakładów finansowych. Problem ten dotyczy zarówno kształcenia dalszych kadr co powoduje ich niedobór jak i brak środków na sam proces leczenia. Problemy te są powoli acz systematycznie usuwane poprzez wdrażanie Narodowego Programu Zdrowia.

Podkreślić jednak należy, iż pomimo problemów z jakimi boryka się zdrowotna opieka domowa jak i cały system opieki zdrowotnej na wielu przykładach zidentyfikować można dobre praktyki, głównie dzięki ogromnemu zaangażowaniu kadr medycznych.

9. Bibliografia

- Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della Salute
- Libro bianco su principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della salute
- Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS
- Patto della salute 2010-2012
- Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
- Briziarelli L., Necessità formative per la promozione della salute e la salute globale, in Educazione sanitaria e Promozione della salute, vol. 33, n. 2, 2010
- Briziarelli L., La promozione della salute, indicazioni per la formazione dei medici, in ESPS, volume 33, n.1, 2010
- Relazione dello stato sanitario del paese, 1999
- Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
- Resegotti L., Promozione Salute n. 4, CIPES Piemonte, Torino, 2010
- Polish Constitution of 2 April 1997.
- http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet_nfz_w_2008_r_489_mld_zl-a_5027.htm
- Report on the activities of the national consultant in the field of family nursing in 2007.
- http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik_w_UE.pdf
- Employment of doctors in the Zachodniopomorskie province in the years 2008 - 2009, Report - Office of the Marshal of Zachodniopomorskie Province.
- http://www.wynagrodzenia.pl/moja_placa.php?s=480&Lekarz%20rodziny
- Average employment and salary in enterprise sector in April 2012. Central Statistical Office.
- <http://www.izbapiel.org.pl/upload/1%20-%20Liczba%20zarejestrowanych%2031.12.2011.pdf>
- http://www.izbapiel.org.pl/upload/2_Liczba_zatrudnionych_31.12.2011.pdf
- Statement on the long-term nursing services at patient's home on 01.03.2010. National Health Fund.
- The range of competences of family midwife. The Superior Council of Nurses and Midwives.
- Center for Postgraduate Medical Education. Family medicine - program of specialization for physicians.
- Regulation of the Minister of Health on 29 October 2003. Journal of Laws from 2003 No. 197 item 1922.
- <http://www.hospicjum.opole.pl/>
- <http://www.dors.it>
- www.unipg.it/csesi
- www.asnas.it
- www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=86
- http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinInformatiCompetenti.asp
- <http://www.unipg.it/csesi/ita/cipes.htm>
- <http://www.antropologiamedica.it/fondazione.html>
- http://www.ccm-network.it/prg_area4_centri_doc_Asl3TO
- http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf
- <http://www.guadagnaresalute.it/site/la-banca-dati>
- http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm