

## Artykuł oryginalny

Iwona Damps-Konstańska, Ewa Jassem

Klinika Alergologii  
Gdański Uniwersytet Medyczny

# Współpraca z pomocą społeczną w opiece nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc

## Streszczenie

Zmiany demograficzne, wzrost liczby osób w wieku podeszłym, chorujących przewlekłe sprawiają, że należy poszukiwać nowych systemów opieki nad chorymi. Potrzeby chorego na zaawansowaną POChP nie ograniczają się do leczenia, to jest farmakoterapii, tlenoterapii, rehabilitacji, lecz obejmują także niemedycezne potrzeby takie, jak odpowiednia dieta, kontakt z bliskimi, pomoc podczas transportu, zapewnienie minimum warunków społeczno-ekonomicznych. Odpowiedź na podstawowe potrzeby niemedycezne chorych na zaawansowaną POChP jest warunkiem spełnienia potrzeb medycznych. Zorganizowanie współpracy opieki medycznej z jednostkami pomocy społecznej w zakresie opieki nad chorymi na POChP na Pomorzu, z ośrodkiem w Klinice Alergologii i Pneumonologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, składało się z sześciu etapów: zapoznanie z zasadami udzielania pomocy społecznej, rozpoznanie struktury organizacyjnej jednostek pomocy społecznej w województwie pomorskim oraz lokalnych, poznanie lokalnych możliwości pomocy społecznej, kampania informacyjno-edukacyjna, szkolenie pracowników pomocy socjalnej, szkolenie opiekunów-asystentów chorego na zaawansowaną POChP. Kurs opiekunów, prowadzony przez zespół Kliniki Alergologii i Pneumonologii UCK Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, obejmował: obraz kliniczny POChP, ze szczególnym uwzględnieniem zaawansowanej postaci, rozpoznawanie pierwszych objawów zaostrzeń choroby, a także warsztaty z zasad stosowania leków w postaci wziewnej, w tym w nebulizacji, rehabilitacji w domu chorego. „Pomorski model zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP” zakłada wizyty asystenta w domu chorego co dwa tygodnie. Asystent sprawdza, czy chory we właściwy sposób stosuje leczenie zalecone przez lekarza podczas ostatniej wizyty, technikę inhalacji leków wziewnych, pomaga w realizacji recept, prowadzenie rehabilitacji. Celem wizyt asystentów jest nadzór nad wypełnianiem lekarskich zaleceń, wsparcie chorego. W niektórych przypadkach chorzy wymagają także innych form wsparcia, do którego kwalifikują pracownicy socjalni.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 2: 46–49*

**Słowa kluczowe:** zaawansowana POChP, zintegrowana opieka, pomoc społeczna

Zmiany demograficzne, wzrost liczby osób w wieku podeszłym, chorujących przewlekłe sprawiają, że należy poszukiwać nowych systemów opieki nad chorymi i niepełnosprawnymi. Przewidywana długość życia Polaków wynosi obecnie 72 lata dla mężczyzn, 80 lat dla kobiet, a przewidywana długość życia bez niepełnosprawności wynosi odpowiednio: 58 i 62 lata. W Polsce blisko co czwarta osoba dorosła jest zaliczana

do osób niepełnosprawnych, poziom niepełnosprawności biologicznej wynosi 24% [1]. Choroby płuc stanowią znaczące obciążenie dla społeczeństw, a także w istotny sposób obniżają dobrostan i jakość życia pacjentów; są one jedną z przyczyn niepełnosprawności. Dane epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości występowania chorób płuc, a zwłaszcza przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) [2].

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Iwona Damps-Konstańska  
Klinika Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk, tel./faks: (58) 349 16 25  
e-mail: damik@gumed.edu.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 2, 46–49  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Tabela 1. Skala duszności *Medical Research Council*

Stopień 0	Chory nie odczuwa duszności
Stopień 1	Duszność występująca podczas szybkiego marszu po terenie płaskim lub podczas marszu pod górę albo wchodzenia na pierwsze piętro normalnym krokiem
Stopień 2	Duszność przy dotrzymywaniu kroku w marszu po terenie płaskim osobie zdrowej w tym samym wieku
Stopień 3	Duszność podczas marszu po terenie płaskim we własnym tempie
Stopień 4	Duszność podczas niewielkich wysiłków, jak jedzenie, mycie i ubieranie się

Tabela 2. Potrzeby medyczne i pozamedyczne chorego na zaawansowaną POChP

Potrzeby chorego na zaawansowaną POChP	
Medyczne	Niemedyczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• opieka lekarza POZ</li> <li>• konsultacje u specjalisty chorób płuc</li> <li>• leki, plan leczenia w stabilnym okresie choroby oraz plan postępowania w przypadku wystąpienia objawów zaostrzenia</li> <li>• edukacja dotycząca zasad leczenia i sposobu stosowania leków</li> <li>• terapia tlenem</li> <li>• plan rehabilitacji</li> <li>• leczenie chorób współistniejących</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• odpowiednia dieta, zaopatrzenie w żywność,</li> <li>• pomoc podczas transportu</li> <li>• zachęcanie osoby chorej do zwiększania samodzielności życiowej, zapewnienie niezbędnej pomocy</li> <li>• pomoc w osiągnięciu minimum warunków społeczno-ekonomicznych</li> <li>• kontakt z rodziną i przyjaciółmi chorego</li> <li>• pomoc w problemach natury psychologicznej</li> <li>• wsparcie</li> <li>• rekreacja</li> </ul>

Na POChP w Polsce choruje około 2 milionów osób, w tym na postać zaawansowaną około 400 tysięcy [3]. Zaawansowaną POChP cechuje występowanie uporczywego kaszlu, znaczące ograniczenie tolerancji wysiłku, duszność 3–4 stopień w skali MRC (*Medical Research Council*) (tab. 1).

Obraz terminalnej fazy POChP to: wiek powyżej 70. roku życia, natężona objętość wydechu pierwszosekundowa (FEV1 - *forced expiratory volume*) poniżej 30% wartości należnej, występowanie przewlekłej niewydolności oddychania — konieczność stosowania domowego leczenia tlenem, występowanie co najmniej jednego, w ostatnim roku, zaostrzenia choroby, które wymagało hospitalizacji, lewokomorowa niewydolność serca, wyniszczenie, znacząco zła tolerancja wysiłku oraz zależność od drugich osób [4]. Potrzeby chorego na zaawansowaną POChP nie ograniczają się do leczenia, to jest farmakoterapii, tlenoterapii, rehabilitacji, lecz obejmują także niemedyczne potrzeby, takie jak odpowiednia dieta, kontakt z bliskimi, pomoc podczas transportu, zapewnienie minimum warunków społeczno-ekonomicznych (tab. 2).

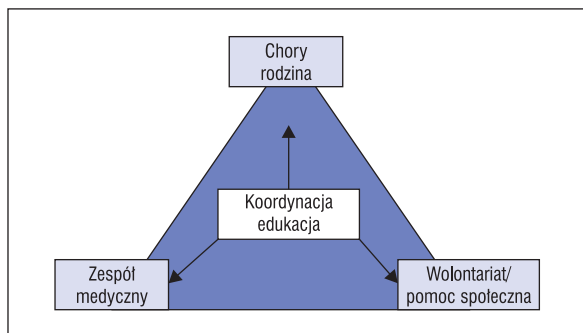
Istnieją mocne dowody na to, że ryzyko rozwoju POChP wykazuje ujemną korelację ze statusem społeczno-ekonomicznym [5]. Status socjoekonomiczny to miara określająca status społeczny jednostki lub grupy społecznej za pomocą wskaźników doświadczenia zawodowego (statusu zawodowego) oraz zbliżonej do innych członków społeczeństwa pozycji

pod względem bogactwa (dochodu), wykształcenia, miejsca zamieszkania, prestiżu, zakresu władzy, stylu życia i sposobu spędzania czasu wolnego [6]. Należy zauważyć, że niski status socjoekonomiczny nie jest jednoznaczny z ubóstwem, jest to pojęcie znacznie szersze niż tylko ekonomiczne.

Badania nad jakością życia chorych na POChP dowodzą, że oprócz zaburzeń spirometrycznych istotnymi czynnikami ją modyfikującymi są: wykształcenie, miesięczny dochód, wykonywany zawód oraz status zatrudnienia [7]. Spełnienie podstawowych potrzeb niemedycznych chorych na zaawansowaną POChP jest warunkiem spełnienia medycznych potrzeb. Przykładowo pomoc w transporcie jest konieczna, aby umożliwić konsultacje lekarzy specjalistów, brak możliwości wykupienia leków (z przyczyn finansowych czy organizacyjnych) jest przyczyną niestosowania się chorego do lekarskich zaleceń w zakresie farmakoterapii.

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje zintegrowaną opiekę nad przewlekle chorymi [8] (ryc. 1). Zorganizowanie współpracy opieki medycznej z jednostkami pomocy społecznej w zakresie opieki nad chorymi na POChP na Pomorzu, z ośrodkiem w Klinice Alergologii i Pneumonologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego składało się z sześciu etapów (tab. 3).

Podstawowym dokumentem, który określa zasady udzielania pomocy społecznej w Polsce jest ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [9]. Jedną



Rycina 1. Zintegrowany zespół opieki wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia

z form pomocy społecznej są usługi opiekuńcze, które przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Ponadto usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Mieszkańcy Gdańska mogą również korzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych obejmujących rehabilitację w warunkach domowych. Odpłatność za specjalistyczne usługi opiekuńcze, ich

rodzaje, kwalifikacje osób świadczących te usługi oraz warunki ustalania i pobierania opłat określone są w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku [10].

Szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, jak również tryb ich pobierania są określone w drodze uchwały przez rady gmin [11]. Wiedza o warunkach udzielania pomocy społecznej i jej lokalna organizacja jest podstawowym warunkiem nawiązania współpracy pomiędzy opieką medyczną a pomocą społeczną. Kolejny etap to działania informacyjno-educacyjne, które miały na celu zapoznanie lokalnych władz samorządowych oraz kadr kierowniczych placówek pomocy socjalnej w czterech wybranych ośrodkach na Pomorzu z epidemiologią oraz potrzebami chorych na POChP. W tym samym czasie podczas konferencji i szkoleń lekarzy i pielęgniarek prezentowano założenia „Pomorskiego modelu zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP” (tab. 4).

Jednym z zadań pracowników socjalnych jest dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń. Kolejny etap działań, czyli szkolenia dla pracowników socjalnych, miały na celu zapoznanie ich z POChP, zwrócenie uwagi na szczególne problemy ich podopiecznych, którzy chorują na POChP, a także zapoznanie z „Pomorskim modelem...”. Szkolenia prowadzono na terenie centrów pracy socjalnej w Gdańsku. Część

Tabela 3. Etapy organizacji współpracy pomiędzy opieką medyczną a pomocą socjalną na Pomorzu

Etap	Działanie
1	Zapoznanie z zasadami udzielania pomocy społecznej
2	Rozpoznanie struktury organizacyjnej jednostek pomocy społecznej w województwie pomorskim oraz lokalnych
3	Poznanie lokalnych możliwości pomocy społecznej
4	Kampania informacyjno-educacyjna
5	Szkolenie pracowników pomocy socjalnej
6	Szkolenie opiekunów-asystentów chorego na zaawansowaną POChP

Tabela 4. Kampania informacyjno-educacyjna o „Pomorskim modelu zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP”

Spotkania		
Z przedstawicielami gmin i powiatów	Z kierownikami placówek pomocy socjalnej w wybranych ośrodkach:	Z lekarzami i pielęgniarkami
Urząd Marszałkowski — 12 maja 2011 — 28 listopada 2011	— Starogard Gdański — 22 września 2011 — Słupsk — 10 października 2011 — Chojnice — 25 października 2011 — Gdańsk — 16 listopada 2011	— Starogard Gdański — 14 stycznia 2011 — Spotkanie gdańskiego oddziału PTCHP — 16 czerwca 2011 — Gdańsk — spotkanie dla lekarzy rodzinnych „Sekstans” — 22 października 2011 — Gdańsk UM — spotkanie dla pielęgniarek w celu szkolenia koordynujących pielęgniarek — 16 grudnia 2011

Tabela 5. Plan wizyty asystenta chorego na zaawansowaną POChP w domu podopiecznego

Działanie	Czas
— Rozmowa	15–30 minut
— Stosowanie inhalatorów, przyjmowanie leków	15–30 minut
— Ćwiczenia ogólnie usprawniające i oddechowe	15–30 minut
— Wsparcie w bieżących problemach, np. realizacja recept	15–30 minut

pracowników socjalnych zgłaszała, że dotychczas nie było im znane pojęcie POChP, nie rozróżniali astmy i POChP. Ponieważ to właśnie pracownicy socjalni kwalifikują podopiecznych do świadczenia im różnej formy pomocy, między innymi usług opiekuńczych, a także nadzorują ich świadczenie, zapoznano ich szczegółowo z planem wizyty asystentów chorego w domach podopiecznych (tab. 5).

Ostatni etap szkoleń były to szkolenia asystentów chorego na POChP. W szkoleniu brały udział osoby, które świadczą usługi opiekuńcze w domach podopiecznych. Kurs, prowadzony przez zespół Kliniki Alergologii i Pneumonologii UCK Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, obejmował: obraz kliniczny POChP, ze szczególnym uwzględnieniem zaawansowanej postaci, rozpoznawanie pierwszych objawów zaostrzeń choroby, a także warsztaty z zasad stosowania leków w postaci wziewnej, w tym w nebulizacji. Ważnym elementem szkolenia było prowadzenie rehabilitacji w domu chorego. „Pomorski model zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP” zakłada wizyty asystenta w domu chorego co dwa tygodnie. Podczas wizyty asystent sprawdza, czy chory posiada i w właściwy sposób stosuje leczenie zalecone przez lekarza podczas ostatniej wizyty. Sprawdza technikę inhalacji leków wziewnych. Ustala czy chory posiada zapas leków do następnej wizyty u lekarza, pomaga w realizacji recept. Asystenci prowadzą w domu chorego rehabilitację. Plan ćwiczeń opracowany został przez rehabilitanta we współpracy z lekarzami. Podczas ćwiczeń asystent kontroluje saturację krwi przy użyciu pulsoksymetru. Celem wizyt asystentów jest nadzór nad wypełnianiem lekarskich zaleceń, wsparcie chorego. W niektórych przypadkach chorzy wymagają także innych form wsparcia (np. finansowego), do którego kwalifikują pracownicy socjalni.

Organizacja współpracy pomiędzy opieką medyczną a pomocą socjalną w zakresie opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP wymaga dalszych działań. Najważniejsze to utrzymanie i rozwój współpracy, a także wprowadzenie obowiązku szkoleń osób świadczących usługi opiekuńcze z zakresu opieki nad chorymi na POChP. Jednym z nierozwiązanych dotychczas problemów jest organizacja pomocy w transporcie chorych na planowe wizyty w poradniach chorób płuc. Wobec liczby chorych na POChP, ograniczonych środków finansowych na pomoc chorym, poszukiwanie nowoczesnych systemów sprawowania nad nimi opieki jest koniecznością. Doświadczenia z organizacji wolontariatu w opiece paliatywnej powinny być wykorzystane także w zintegrowanej opiece nad chorymi na zaawansowaną POChP.

#### Piśmiennictwo

1. GUS. Zdrowie i Ochrona Zdrowia. 2011; [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_12706\\_PLK\\_HTML.htm?action=show\\_archive](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm?action=show_archive).
2. Global Burden of Diseases. WHO, 2004 update 2008.
3. Bednarek M., Maciejewski J., Wozniak M., Kuca P., Zielinski J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax*. 2008 May; 63(5): 402–407.
4. Curtis J.R. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 32: 796–803.
5. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
6. Marshall G. (red.). Słownik socjologii i nauk społecznych. Red. naukowa polskiego wydania Marek Tabin. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005; 357.
7. Bąk-Drabik K., Ziara D. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78, 1: 3–13.
8. [www.who.int/entity/mediacentre/factsheet/fs172/en](http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheet/fs172/en).
9. Dz.U. z 2 lipca 2008 r. Nr 115 poz. 728.
10. Dz.U. z 2005 r. nr 189 poz. 1598.
11. [www.mops.gda.pl/index.php/wsparcie-dla-osoby-starsze/uslugi-opiekuncze-i-specjalistyczne-uslugi-opiekuncze](http://www.mops.gda.pl/index.php/wsparcie-dla-osoby-starsze/uslugi-opiekuncze-i-specjalistyczne-uslugi-opiekuncze) z dnia 14.05.2013.