

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA W POLSCE

HOME LONG-TERM CARE IN POLAND

Ewa Kułagowska¹, Maria Kosińska², Zofia Nowak-Kapusta³

¹ Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

² Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania im. Generała Jerzego Ziętka w Katowicach
Zamiejscowy Wydział Nauk o Zdrowiu w Tychach

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Streszczenie

Znaczny odsetek ludzi starych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych w społeczeństwie stanowi wyzwanie ekonomiczne i organizacyjne dla polityki społecznej państwa. Wymaga dużych, stale rosnących nakładów ze środków publicznych oraz stworzenia optymalnego modelu opieki dla zaspokojenia potrzeb obywateli i zapewnienia im świadczeń na wysokim poziomie. Pewnym rozwiązaniem jest rozwój opieki długoterminowej.

W artykule omówiono:

- formy, organizację i zadania opieki długoterminowej;
- rolę opieki długoterminowej, a w szczególności opieki długoterminowej domowej, w ochronie zdrowia w Polsce;
- problemy związane z funkcjonowaniem opieki długoterminowej domowej.

Słowa kluczowe: pomoc społeczna, opieka domowa, opieka zdrowotna, świadczenia opiekuńcze, pielęgniarstwo środowiskowe

Abstract

The considerable proportion of the elderly, the chronically ill and the disabled in community is an economic and organizational challenge for the state social policy. It requires a large, steadily increasing financing from the public funds and creating an optional care model to fulfill the needs of citizens and guarantee high quality services. Development of the long-term care is one of the problems to be solved.

This paper presents:

- a long-term care forms, organization and tasks;
- a role of long-term care but particularly home long-term care to protect health in Poland;
- problems related with home long-term care functioning.

Key words: social welfare, home health care, health care system, social care services, community nurse

Nadesłano: 21.05.2011

Zatwierdzono do druku: 5.04.2011

Opieka długoterminowa – zadania i organizacja

Opieką długoterminową obejmowane są osoby przewlekle i obłożnie chore, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach oddziału szpitalnego, uniemożliwia im jednak, niezależne, samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu, są bowiem zależne od innych zarówno w zakresie bytu i higieny, jak również kontynuowania leczenia. Do opieki długoterminowej kwalifikowane są zatem osoby: z przewlekłą niezdolnością do samodzielnego życia, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną, u których wystąpiła konieczność korzystania z długookresowej pomocy i wsparcia ze strony innych osób w codziennej egzystencji, zniechęcające z powodu wieku [1].

Opieka długoterminowa funkcjonuje w oparciu o działania w ramach: sektora zdrowia publicznego i ubezpieczeń zdrowotnych (NFZ), sektora opieki społecznej, sektora komercyjnych usług leczniczych i opiekuńczych oraz stowarzyszeń, fundacji, organizacji kościelnych, które w statutach mają zapis sprawowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi i chorymi przewlekle. Świadczeniodawcami opieki długoterminowej są osoby/institucje formalnie i zawodowo zobowiązane do sprawowania tego rodzaju opieki, znaczny udział w opiece należy jednak do członków rodzin, jak również opiekunów, wolontariuszy, działających w różnych instytucjach opiekuńczych.

W przyjętym obecnie systemie opieki długoterminowej zajął się/nakładają się na siebie – opieka zdrowotna, opieka społeczna, opieka charytatywna. Pojęciem „opieka długoterminowa” określa się różne formy opieki realizowanej w bliżej nie określonym czasie, u niedokładnie określonego biorecy opieki, przy nie do końca określonym/sprecyzowanym rodzaju i formie opieki. Pojęcie to wystarczające jest dla określenia idei, myśli przewodniej tworzenia systemu opieki nad osobami jej potrzebującymi. Dla działań organizacyjnych i praktycznych wymagane jest zawężenie tego pojęcia do działań opieki medycznej (*opieka długoterminowa medyczna*), i społecznej (*opieka długoterminowa społeczna*). Przy czym dla obu form wymagane jest zdefiniowanie biorecy opieki, określenie kryteriów kwalifikacji i rodzajów świadczeń, tak aby świadczenia się nie powielały a gwarantowały sprawną współpracę pomiędzy tymi sektorami.

Opieka długoterminowa w ramach opieki zdrowotnej prowadzona jest w placówkach wskazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, są to:

- placówki opieki zamkniętej
 - oddziały szpitalne dla przewlekle chorych, opieki paliatywnej

- hospicja
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze
- zakłady opiekuńczo-lecznicze
- placówki opieki ambulatoryjnej
- placówki opieki dziennej
- placówki opieki domowej
 - pielęgniarstwa opieka długoterminowa.

Jako uzupełniające wymienia się oddziały opieki geriatrycznej, rehabilitacyjnej, psychiatrycznej [1].

Jednostki te sprawują opiekę długoterminową w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W rozporządzeniu tym określone są między innymi: kryteria oceny świadczeniobiorców kierowanych do objęcia opieką długoterminową, udzielane świadczenia gwarantowane, wymagania dotyczące personelu oraz wymagania dotyczące stosowanego sprzętu medycznego i pomocniczego, z uwzględnieniem odrębności udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych oraz domowych [2]. Ze względów finansowych, na ilość i rodzaj realizowanych świadczeń w ramach opieki długoterminowej, w praktyce istotny wpływ mają natomiast zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia [3, 4].

Z kolei sektor opieki społecznej udziela pomocy w formie usług, rozwiązywania doraźnych problemów życiowych (materialnych, finansowych, prawnych, społecznych). W sektorze tym wymieniane są następujące formy opieki długoterminowej:

- placówki zamknięte
 - domy pomocy społecznej (DPS)
- opieka dzienna
 - dzienne domy pomocy społecznej (DDPS)
- opieka domowa
 - organizowana przez ośrodki pomocy społecznej [1].

Opieka długoterminowa – potrzeby społeczeństwa

Szacuje się, że obecnie około 5 mln (12%) Polaków dotkniętych jest niepełnosprawnością o podłożu biologicznym powodującą ograniczenia w codziennym życiu, związaną z koniecznością korzystania z pomocy innych osób. Możliwości świadczenia pomocy w tym zakresie przez odpowiednie placówki są znacznie ograniczone. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika bowiem, że w 2008 r. (stan na dzień 31 XII 2008 r.) w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej działało w Polsce 307 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 127 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz 64 hospicja, w których liczba łóżek wynosiła w sumie 22.867. Z kolei w ra-

mach opieki społecznej działały 1334 stacjonarne domy i zakłady pomocy społecznej, w których znajdowało się 100,8 tys. miejsc [5]. W przeciągu najbliższych 20 lat, między innymi ze względu na postępujące zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, przewidywany jest znaczny wzrost liczby mieszkańców wymagających wsparcia w codziennym życiu ze strony innych osób. Należy zatem liczyć się ze zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenie opieki długoterminowej [1, 6–8]. Stanie się ona w naszym kraju poważnym problemem społecznym, przy czym prognozy wskazują, że będzie to dotyczyło w szczególności województwa śląskiego i mazowieckiego [1].

Działania w zakresie dostosowania systemu opieki długoterminowej do obecnych i prognozowanych potrzeb sprowadzają się praktycznie do obniżenia kosztów związanych z opieką i przerwania realizacji opieki oraz zapewnienia godnej egzystencji potrzebującym na ich prawnych opiekunów i członków rodzin [1]. Wsparciem dla rodzin w zakresie świadczeń leczniczych i opiekuńczych staje się w takiej sytuacji pielęgniarska opieka długoterminowa udzielana w domu podopiecznego. Jest ona jednak możliwa po uprzednim zakwalifikowaniu pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową i określeniu wymaganych dla danej osoby świadczeń gwarantowanych. Klasyfikację, zgodnie ze specjalną kartą oceny świadczeniobiorcy (Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej), przeprowadza lekarz oraz pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, a na koniec każdego miesiąca pielęgniarka opieki długoterminowej domowej (okresowa weryfikacja kwalifikacji).

Opieka długoterminowa domowa

Opieka długoterminowa domowa realizowana jest w środowisku domowym pacjenta, a bezpośrednim jej świadczeniodawcą jest pielęgniarka opieki długoterminowej domowej. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, powinna ona posiadać wykształcenie wyższe lub średnie oraz roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym. Powinna także posiadać ukończoną/być w trakcie realizacji specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki długoterminowej, lub w jednej z innych wymienionych dziedzin – pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa zachowawczego, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa środowiskowego, pielęgniarstwa środowisko-rodzinnego, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa geriatrycznego [2].

W ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej udzielane są na rzecz podopiecznych świadczenia w zakresie diagnostyki, pielęgnacyjno-lecznicze, pielęgnacyjno-higieniczne, rehabilitacji czy edukacji. Jednak zakres zadań realizowanych przez pielęgniarkę u poszczególnych podopiecznych zależy przede wszystkim od indywidualnych potrzeb każdego z nich [9]. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek województwa śląskiego zajmujących się opieką długoterminową domową wynika, że w praktyce wykonywane są u podopiecznych świadczenia lecznicze tj.: iniekcje, wlewy dożylny, podawanie leków, opatrywanie ran, owrzodzeń i odleżyn; świadczenia diagnostyczne tj. pomiary ciśnienia tętniczego, pomiar poziomu cukru, pobieranie materiału do analiz; świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze tj. toaleta przeciwoleżynowa oraz świadczenia pielęgnacyjno-higieniczne tj.: toaleta całego ciała pacjenta i wymiana pampersów. W zależności od potrzeb podejmowane są także działania w zakresie rehabilitacji ruchowej podopiecznych, karmienia, edukacji i promocji zdrowia (ryc. 1–4) [10].



Rycina 1. Diagnostyka lecznicza – pomiar poziomu cukru we krwi pacjenta.

Figure 1. Curative diagnostics – patient blood sugar level measurement.



Rycina 2. Opatrywanie ran pacjenta.

Figure 2. Patient wounds dressing.



Rycina 3. Rehabilitacja pacjenta.
Figure 3. Patient rehabilitation.



Rycina 4. Świadczenia pielęgnacyjno-higieniczne – toaleta pacjenta.
Figure 4. Nursing and hygienic care – patient toilet.

Liczba podopiecznych objętych w tym samym czasie opieką przez jedną pielęgniarkę jest zróżnicowana. Formalnie, limitowana jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, w którym przyjęto opiekę nad sześcioma świadczeniobiorcami jako równoważnik jednego etatu rozliczeniowego [2]. W praktyce jest zmienna i zależy od potrzeb mieszkańców obszaru objętego udzielaniem świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, a także od formy zatrudnienia, czy jest to jedyne czy dodatkowe zatrudnienie oraz wymiaru czasu pracy poszczególnych pielęgniarek.

Problemy w opiece długoterminowej domowej

1. Kwalifikacja do opieki długoterminowej

Kwalifikację do opieki długoterminowej domowej przeprowadza się na podstawie oceny świadczeniobiorcy wykonywanej wg skali opartej na skali Barthel. Skala ta uwzględnia możliwości podopiecznego w zakresie: – samodzielnego przygotowania i spożywania posiłków – przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadania – utrzymania higieny osobistej – korzystania z toalety

(WC) – mycia i kąpieli całego ciała – poruszania się po płaskich powierzchniach – wchodzenia i schodzenia po schodach – ubierania się i rozbierania – kontroli stolca / zwieracza odbytu – kontrolowania mocz / zwieracza pęcherza moczowego.

Określone jest ponadto, czy świadczeniobiorca wymaga:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywania opatrunków
- karmienia przez zgłębnik
- karmienia przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- założenia i usunięcia cewnika (stałe zlecenia lekarskie)
- płukania pęcherza moczowego
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną [2].

Skala Barthel, jako jedyne obecnie kryterium kwalifikacji do opieki długoterminowej, znacznie ogranicza krąg osób objętych tego rodzaju świadczeniem i nie zabezpiecza rzeczywistych potrzeb społeczeństwa. Kryterium 40 pkt pozwala praktycznie uzyskać status świadczeniobiorcy osobom nie poruszającym się samodzielnie, niezdolnym do samodzielnego życia. Nie uwzględnia natomiast na przykład sytuacji, gdy osoby poruszają się samodzielnie natomiast ich stan umysłu, spowodowany zmianami chorobowymi, nie pozwala na pozostanie w domu bez opieki. Nie uwzględnia się także sytuacji zdrowotnej opiekunów, uniemożliwiającej sprawowanie opieki, a nawet udzielanie pomocy przy jej świadczeniu.

W takich przypadkach rodzina, prawni opiekunowie, szczególnie dysponujący niewielkimi środkami finansowymi, nie są w stanie zapewnić swoim podopiecznym profesjonalnej opieki w zakresie bezpieczeństwa, pielęgnacji, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego.

2. Zakres realizowanych świadczeń

Przyjęty w wytycznych NFZ podział na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze jest nieporozumieniem tak w teorii jak i w praktyce. Istotą pielęgniarstwa i pielęgnowania jest opieka, troska, pomoc i wsparcie. Nie może być mowy o świadczeniach pielęgnacyjnych bez tych komponentów. Wymaga to redefinicji świadczeń pielęgniarstwa i świadczeń opieki społecznej. Obowiązujące regulacje prawne dotyczące opieki społecznej stosują określenie – „specjalistyczne usługi opiekuńcze”. W ich ramach usługi pielęgnacyjne stanowią jedną z pięciu grup usług i dotyczą głównie wspierania procesu leczenia tzn. pomoc w dostępie do świad-

czeń zdrowotnych, a tylko „w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc przy użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny” [11]. Zarówno po stronie świadczeń zdrowotnych jak i po stronie opieki społecznej występują sytuacje zazębiania się czynności „medycznych” z „opiekuńczo-wspierającymi”. Dla takich sytuacji powinny być opracowane reguły współpracy, aby świadczenia nie były dublowane.

3. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne

Zakłada się, że realizacja opieki długoterminowej w domu pacjenta jest tańsza niż opieka w zakładach opiekuńczych czy leczniczych. Niewątpliwie ma ogromne pozytywne znaczenie psychologiczne, gdy osoba potrzebująca pozostaje wśród najbliższych. Budzi jednak wątpliwość gdy podejmie się analizę wszystkich (poza rodzinnymi) ponoszonych kosztów tj. opieki medycznej, opieki społecznej i pracownika realizującego zadania pielęgnacyjno-higieniczne. Symulacje kosztów powinny uwzględniać wszystkie komponenty opieki domowej gwarantującej wysoką jakość.

4. Warunki realizacji i jakość świadczeń opieki długoterminowej domowej

Warunki i sposób realizacji świadczeń zależne są bezpośrednio od warunków bytowych, stanu posiadania poszczególnych podopiecznych. Mają one wpływ zarówno na jakość i wydajność pracy, jak również na bezpieczeństwo samych pielęgniarek. W środowisku domowym świadczeniobiorcy istniejące warunki ograniczają i znacznie utrudniają wykonywanie prac w ramach realizowanych świadczeń opieki długoterminowej. Świadczenia z reguły udzielane są jednoosobowo, co szczególnie przy pracach wymagających podnoszenia, podtrzymywania czy przenoszenia podopiecznych stanowi duże utrudnienie. W większości wypadków czynności te wykonywane są też w ograniczonej, nie ergonomicznej przestrzeni, bez wsparcia ze strony innych osób, bez zastosowania sprzętu pomocniczego (ryc. 5). Znacznemu ograniczeniu ulega przez to możliwość zastosowania bezpiecznych technik podnoszenia i transportu podopiecznego, będąc przez to powodem znacznego obciążenia fizycznego pielęgniarek, a także ujemnie wpływając na bezpieczeństwo oraz komfort świadczeniobiorców w trakcie realizacji świadczeń, szczególnie pielęgnacyjno-higienicznych, pielęgnacyjno-leczniczych czy też rehabilitacji, przy których nieuniknione jest wykonywanie prac transportowych [10].



Rycina 5. Przenoszenie pacjenta na wózek.
Figure 5. Patient transferring on wheelchair.

Równie istotna jest kwestia warunków higieniczno-sanitarnych w poszczególnych środowiskach. Środowiska są też w wielu wypadkach nierozpoznane pod kątem występujących schorzeń zakaźnych takich jak: gruźlica, wzw, HIV, robaczyce. Pielęgniarki mając kontakt z materiałem zakaźnym przy czynnościach higienicznych – myciu chorego, zmianie opatrunków, wykonywaniu wstrzyknień, pobieraniu prób do badań: krwi, płwociny, moczu, kału, zobowiązane są do zabezpieczenia odpadów (tj. zużyty sprzęt, materiał opatrunkowy, opakowania), które zabierają ze sobą wywożąc do miejsc utylizacji. Przy złych warunkach sanitarno-higienicznych, praktycznie nie są w stanie zapewnić podopiecznym bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji świadczeń. Sytuacje te stanowią zagrożenie również dla pielęgniarek.

5. Czas pracy

Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi udzielanie świadczeń gwarantowanych powinno odbywać się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, nie mniej jednak niż cztery razy w tygodniu u jednego świadczeniobiorcy, a w medycznie uzasadnionych przypadkach świadczenia udzielane mogą być także w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy [2]. Dobowy wymiar czasu pracy pielęgniarki na etacie to 7 godzin 35 minut. W rozliczeniach czasu pracy w kontraktach nie uwzględnia się jednak czasu dojazdu do domu pacjenta i czasu przemieszczania się pomiędzy poszczególnymi podopiecznymi, podczas gdy z badań wynika, że średni czas poświęcany przez pielęgniarki na przemieszczanie się pomiędzy środowiskami to około 2 godziny, a dla około 30% z nich to powyżej dwóch godzin dziennie [10]. W takich przypadkach faktyczny czas pracy wydłuża się do a nawet powyżej 10 godzin dziennie. Należy

liczyć się z tym, że na terenach górskich, podgórskich, wiejskich czas ten będzie jeszcze dłuższy.

Kolejną nierozwiązaną kwestią jest ograniczony czasem i rodzajem kontraktu udzielanych świadczeń, kontakt pielęgniarki ze świadczeniobiorcą. Jest on krótszy niż wskazywałyby potrzeby zdrowotne podopiecznego np. porozumiewanie się, tempo pracy, które dostosowuje się do jego wydolności. Jednemu podopiecznemu pielęgniarka może poświęcić w ciągu dnia od 1 do 1,5 godziny w zależności od wskazań kwalifikacyjnych.

Podsumowanie

Opieka długoterminowa niezbędna dla zapewnienia opieki osobom potrzebującym jest obszarem przyszłościowych działań, zadań społecznych i medycznych. Wymaga szeregu uregulowań prawnych i organizacyjnych zarówno z punktu widzenia potrzeb świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców.

Wykaz piśmiennictwa

1. Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość. A. Kozierkiewicz, K. Szczerbińska (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2007
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (DzU z 2009 r. nr 140, poz. 1147, ze zm.)
3. Zarządzenie Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12>

4. Zarządzenie Nr 25/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 czerwca 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12>
5. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa LIII.
6. Wdowiak W., Budzyńska-Kapczuk A., Siwińska V.: Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia. Zdr Publ 2005;115(1):82-87.
7. Worach-Kardas H.: Starzenie się populacji jako wyznacznik potrzeb zdrowotnych i wyzwanie dla zdrowia publicznego. Zdr Publ 2006;116(1):128-131.
8. Włodarczyk A.: Starzenie się ludności wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce i Europie. Zdr Publ 2005;115(4):611-616.
9. Musialik K.: Świadczenia pielęgniarstwa u ludzi w podeszłym wieku na przykładzie analizy pracy pielęgniarzek środowiskowo-rodzinnych. Zdr Publ 2005;115(1):68-70
10. Kułagowska E, Kosińska M.: Warunki pracy pielęgniarzek środowiskowo-rodzinnych. Med Pr 2010;61(6): 641-647.
11. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005r w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (DzU z 2005r. nr 189, poz.1598 ze zm.)

Adres do korespondencji:

Ewa Kulagowska

Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego

41-200 Sosnowiec, ul. Kościelna 13

tel. 32/ 266 08 85 wew. 264; fax. 32/ 266 11 24

e-mail: e.kulagowska@imp.sosnowiec.pl