

Co z tą opieką długoterminową?

ELŻBIETA SZWAŹKIEWICZ

KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA

NIEPEŁNOSPRAWNYCH I PRZEWLEKLE CHORYCH

W ostatnich kilku miesiącach przez Polskę przetoczyła się fala niepokoju wśród świadczeniodawców i pacjentów opieki długoterminowej. Świadczeniodawcy natrafili na mur nie do pokonania – Narodowy Fundusz Zdrowia, który jednocześnie jest płatnikiem, gwarantem świadczeń zdrowotnych oraz kreatorem polityki w obszarze opieki długoterminowej. Ten potrójny monopol powoduje, że NFZ ma świadomość i mentalność dyktatora.

Bezsilność świadczeniodawców wobec wielu narzucanych na ich zakłady absurdalnych wymogów wyraża się w rosnącej lawinowo korespondencji do Ministra Zdrowia. Kadra zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL), zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (ZPO), pielęgniarzki domowej opieki długoterminowej, tzw. pielęgniarzki zadaniowej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) oraz pielęgniarzki realizujące swe zadania w domach pomocy społecznej obciążane są ciągłymi zmianami wymogów i warunków podnoszących koszty ich działania przy jednoczesnym utrzymywaniu niebywałego wręcz niedoszacowania stawki płaconej przez NFZ za wykonywane przez nie świadczenia (ponad 60%). W efekcie doprowadzono do niemal całkowitego wyczerpania ich zasobów biologicznych i psychicznych.

Można by zadać pytanie, czy o to chodzi decydując o opiece długoterminowej przestała istnieć. Z pewnością nie, gdyż opieka długoterminowa nadaje sens sukcesom medycyny ratującej i przedłużającej życie ludzkie. Należy sądzić, że głównym powodem zaistniałego zamętu jest brak środków finansowych odpowiednich do rzeczywistych potrzeb i kosztów. W tym kontekście nie sposób zrozumieć dlaczego NFZ narzuca zakładom opieki długoterminowej i świadczeniodawcom wymogi trudne do osiągnięcia, zdecydowanie podnoszące koszty, a przy tym nie mające wpływu na jakość pielęgnacji.

W oparciu o dane z różnych zakładów realizujących stacjonarną opiekę długoterminową oraz o swoje własne doświadczenie uważam, że za kwotę poniżej 180 zł za osobodzień opieki nad pacjentem mającym 0

pkt w Skali Barthel oraz 150 zł za osobodzień opieki nad pacjentem mającym do 40 pkt w Skali Barthel, świadczeniodawca nie jest w stanie wykonać zadania narzuconego przez NFZ określonego umową. Kwoty te dotyczą kosztów pielęgnacji i nie odnoszą się do kosztów leczenia. Ponieważ na zakłady opieki długoterminowej przerzucono koszty leczenia, to rzeczywisty koszt osobodnia opieki i leczenia tych osób, często z wielochorobowością, wynosi łącznie z kosztami leczenia średnio 200 zł. Jest to niewielka kwota w porównaniu z kosztem pobytu tego samego pacjenta na oddziale intensywnej terapii – około 3000 za osobodzień.

Tym czasem NFZ bez odnoszenia się do średnich kosztów jednostronnie ustalił, że za osobodzień opieki stacjonarnej zapłaci 70 zł, a za pacjenta, który ma 0 pkt w Skali Barthel uznał pacjenta żywionego przez gastrostomię lub sondę czym wywołał prawdziwą burzę wśród profesjonalistów. Jest to doskonały przykład jak ciężko chorego człowieka na siłę, nie oglądając się na skutki, dopasowuje się do systemu, a przecież powinno być odwrotnie.

Kim naprawdę jest człowiek oceniony na poziomie 0 pkt w Skali Barthel, która jest standaryzowanym narzędziem badawczym?

Oto jego opis:

Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść

Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie zachować równowagi przy siedzeniu

Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych

Korzystanie z toalety: 0 – nie jest w stanie samodzielnie korzystać z WC

Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – nie jest w stanie samodzielnie się umyć

Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub pokonuje dystans do 50 metrów

Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie



Ubieranie się i rozbieranie: 0 – nie jest w stanie samodzielnie się ubrać i rozebrać
Kontrolowanie stolców / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany

Nie trudno zauważyć, że nie ocenia się tu zdolności do przełykania. NFZ dokonał bezprawnej manipulacji na tej Skali uznając zdolność do przełykania jako sprawność w jedzeniu na poziomie 5 pkt. Tym samym pacjenta, którego trzeba karmić uznano za sprawnego w jedzeniu.

Potrzeba opieki długoterminowej jest spowodowana chorobą, urazem lub wiekiem, bardzo często te przyczyny występują łącznie. Wśród pacjentów ZOL, ZPO i DPS najczęstszą przyczyną niesamodzielności są poważne deficyty neurologiczne. Do tych pacjentów zaliczam także pacjentów w stanie wegetatywnym. Nie wiadomo dlaczego NFZ uznał, że pielęgnacja osób w stanie wegetatywnym wymaga zatrudnienia przez ZOL/ZPO lekarza anestezjologa, pielęgniarzki anestezjologicznych i rehabilitantów w wymiarze 1 etat na 4 pacjentów, czyli w wymiarze zdecydowanie wyższym niż to jest wymagane na oddziałach rehabilitacyjnych.

Średni czas trwania standardowego zakresu podstawowej pielęgnacji osoby, która ma 0 pkt w Skali Barthel wynosi 240 minut indywidualnej opieki na dobę. Należy jednak uwzględnić czynniki utrudniające (wpływają na wydłużenie czasu opieki około 25 %), takie jak: agresja, bolesne rany, ➔

KOSZTY ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO W SKALI MIESIĄCA NA 35 PACJENTÓW

⇒ odleżyny, konieczność prowokacji wydalania (zakładanie czopków, lewatywa, stymulacja pęcherza), konieczność ciągłego odsysania, trudności w połykaniu.

Gorąca dyskusja toczy się wokół pytania co jest istotą opieki długoterminowej? Uważam, że jest zapotrzebowanie na stałą opiekę pielęgniarską.

W opiece pielęgniarskiej, poza podstawową pielęgnacją, którą może i powinien wykonywać medyczny personel pomocniczy oraz specjalistyczną pielęgnacją zastrzeżoną dla kompetencji pielęgniarek, należy wyróżnić jako stałe pielęgniarskie działania świadczenia związane z procesem leczenia, m.in. wykonywanie zleceń lekarskich, czyli podawanie leków, wlewy kroplowe, opatrunki, dokonywanie pomiarów, obserwacji i podstawowych badań diagnostycznych. Tym samym pojęcie „świadczenie pielęgniarskie” nie jest tożsame z pojęciem „pielęgnacja”.

Obserwuję, że poważnym problemem jest brak wyodrębnienia w aktach prawnych obszaru opieki długoterminowej oraz definicji pojęć z tym związanych. Powszechnie nie rozróżnia się pielęgnacji podstawowej obejmującej higienę ciała, odżywianie, wydalanie i przemieszczanie, które może być wykonywane bez specjalnych wymogów od pielęgnacji specjalistycznej. Pielęgnacja specjalistyczna obejmuje np. karmienie przez sondę, gastrostomię, jejunostomię, żywienie pozajelitowe, pielęgnację ciała z odleżynami i innymi ranami przewlekłymi, przemieszczanie pacjenta z zaawansowaną osteoporozą, pielęgnowanie pacjenta pod respiratorem, konieczność systematycznego odsysania.

Do problemów dyskutowanych głównie w gronie decydentów należy kwestia kryteriów kwalifikacyjnych do opieki długoterminowej. Jak scharakteryzować pacjenta opieki domowej, DPS, ZOL i ZPO? Obecnie we wszystkich tych miejscach przebywają osoby z tymi samymi problemami, a o tym gdzie trafia chora osoba niesamodzielna decydują kryteria pozamedyczne.

Proponuję by drzwi do systemu opieki długoterminowej otwierała niezdolność do samodzielnej egzystencji, czyli niesamodzielność, która powstała w związku z urazem, chorobą lub wiekiem. O tym gdzie osoba w systemie opieki długoterminowej trafi powinny decydować następujące kryteria:

– potrzeba stałej pielęgnacji dziennej – osoba kwalifikuje się do opieki w domu, świadczonej przez rodzinę i w formie usług opiekuńczych podstawowych oraz usług opiekuńczych specjalistycznych,

Lp.	Wyszczególnienie	koszt w skali miesiąca w zł	koszt 1 osobodnia
1.	wynagrodzenia pielęgniarek (łącznie z anestezjologicznymi) - brutto z kosztami pracodawcy (5000 zł/etat x 30 etatów)	150 000,00	142,86
2.	lekarz - 7000 zł/m-c - 1 etat przeliczeniowy	7 000,00	6,67
3.	anestezjolog i inni konsultanci - etat częstkowy	3 000,00	2,86
4.	fizjoterapeuci - 8,75 etatu z kosztami pracodawcy (4-400/etat)	38 500,00	36,67
5.	logopeda, terapeuta zajęciowy - 1/2 etatu (4 400 zł/etat) z kosztami pracodawcy	2 200,00	2,10
6.	psycholog - 1/2etatu (4 400 zł/etat)	2 200,00	2,10
7.	badania laboratoryjne	1 400,00	1,33
8.	transport medyczny	1 500,00	1,43
9.	leki	15 500,00	14,76
10.	środki jednorazowego użytku	7 000,00	6,67
11.	pieluchomajtki	6 720,00	6,40
12.	pozostałe usługi medyczne - np. utylizacja odpadów medycznych, sterylizacja, itp.	900,00	0,86
13.	szkolenia pracowników	200,00	0,19
14.	badania lekarskie pracowników	80,00	0,08
15.	odzież ochronna	1 000,00	0,95
Całkowite koszty bezpośrednie medyczne		237 200,00	225,90
liczba osobodni		1 050,00	

– potrzeba pielęgnacji całodobowej – osoba kwalifikuje się do opieki w DPS,

– potrzeba systematycznych dziennych świadczeń pielęgniarskich – osoba kwalifikuje się do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,

– potrzeba całodobowej opieki pielęgniarskiej – osoba kwalifikuje się do ZOL oraz ZPO (stan zdrowia ocenia lekarz)

Mimo, że w dyskusji polityków, decydentów i świadczeniodawców jest wiele punktów zapalnych to jednak najistotniejsza jest sprawa drastycznie ograniczonych środków i przerzucenie całego ryzyka niedoszacowania stawki na świadczeniodawców i pacjentów.

Poniżej przedstawiam średnie koszty oddziału pielęgnacyjno – opiekuńczego w skali miesiąca na 35 pacjentów umożliwiając zainteresowanym porównanie własnej sytuacji i zabranie głosu w dyskusji. Niestety mimo, że od pewnego czasu Ministerstwo Zdrowia pochyla się nad wszystkimi wyżej zasygnalizowanymi kwestiami, to z przykrością informuję czytelników, że do tej chwili nie ma żadnych oficjalnych decyzji, które pozwoliłyby poprawić sytuację świadczeniodawców i pacjentów w opiece długoterminowej.

Źródło: opracowanie autora