

# Jak uzdrowić system opieki długoterminowej?

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

**R**esort zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W niniejszym artykule prezentuję moją ocenę proponowanych zapisów będącą wynikiem rozległych i długotrwałych konsultacji ze świadczeniodawcami, jak również kontaktów z pacjentami i ich rodzinami, którzy zgłaszają do mnie problemy dotyczące opieki długoterminowej. Uważam, że ww. rozporządzenie powinno zawierać słowniczek, gdzie poza wyjaśnieniem pojęcia zakładu opiekuńczego należy zdefiniować opiekę długoterminową, a także pielęgnację z rozróżnieniem na pielęgnację podstawową oraz pielęgnację specjalistyczną. Jest to niezwykle ważne, gdyż z powodu braku tych definicji, także w innych aktach prawnych, nie rozróżnia się w systemie ochrony zdrowia pojęć takich jak świadczenie pielęgnacyjne i świadczenie pielęgniarstwo. Powoduje to duże zamieszanie, szczególnie w długoterminowej opiece domowej na styku ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Główny zakres rzeczowy opieki długoterminowej jest zawarty w pojęciu „świadczenie pielęgniarstwo”, które jest nieporównanie szersze w swym zakresie od „pielęgnacji”. Brak poprawności metodologicznej (chaos pojęciowy) rodzi nieporozumienia kompetencyjne. Równie ważne jest, by wykaz gwarantowanych świadczeń został uzupełniony o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które zostały wymienione w tytule rozporządzenia, ale nie w jego treści. To uzupełnienie jest konieczne, gdyż czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze z zakresu podstawowej pielęgnacji nie są świadczeniem zdrowotnym, ale muszą być gwarantowanym świadczeniem towarzyszącym świadczeniom zdrowotnym u pacjentów niesamodzielnych we wszystkich stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, także w szpitalach. Ponadto mogą i powinny być one wykonywane przez opiekuna medycznego. W takim przypadku mogą, ale nie muszą wchodzić w zakres świadczeń pielęgniarki. Takie uzupeł-



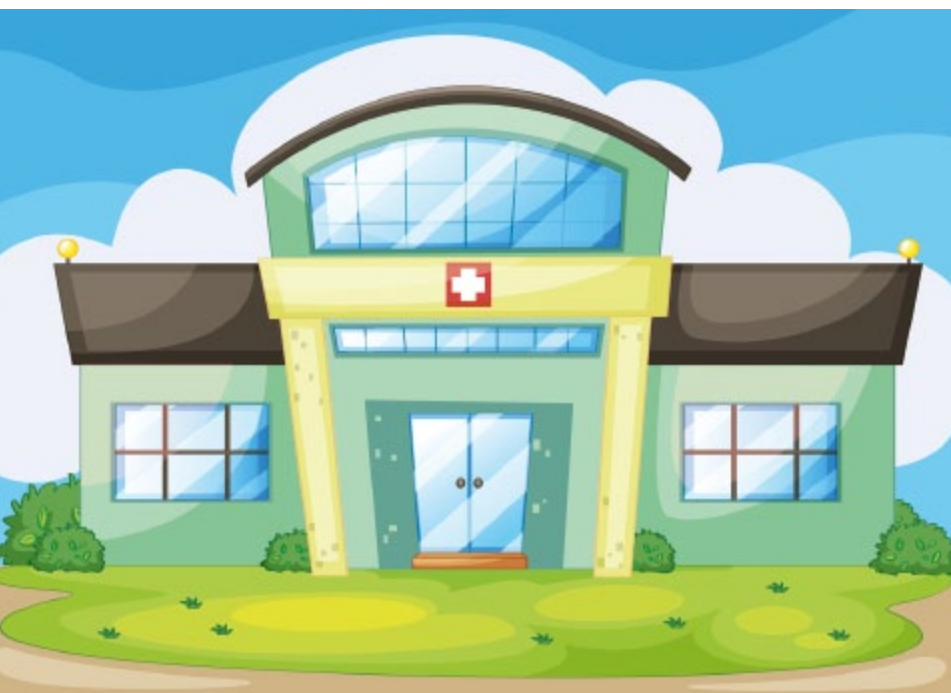
nienie wykazu świadczeń gwarantowanych pozwoli świadczeniodawcom na właściwe obliczanie norm zatrudnienia pracowników medycznych, zgodnie z wymogami prawnymi.

Sądzę, że błędem jest zamknięcie dostępności do opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), czy też pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową. Przecież pacjent w schyłkowej fazie choroby nowotworowej najczęściej potrzebuje podstawowej bądź specjalistycznej pielęgnacji oraz leczenia objawowego, najczęściej bólu i niegojących się ran. Nie ma uzasadnienia merytorycznego dla odmowy pomocy tym pacjentom, gdy zwracają się o umieszczenie w zakładzie opiekuńczym. Nie ma bowiem zastrzeżenia co do możliwości podawania leków przeciwbólowych w zakładzie opiekuńczym, jak też nie ma zastrzeżenia, by pacjent zakładu mógł korzystać z porady lekarza specjalisty leczenia bólu. Rekomenduję zniesienie tego ograniczenia, gdyż ZOL, ZPO oraz hospicja są nierównomiernie usytuowane na terenie kraju, a ze względu na stan pacjenta, należy zadbać o jak największą dostępność w uzyskaniu pomocy.

Ponadto, w systemie obowiązuje generalna zasada ograniczenia dostępności do świadczeń dla osób przewlekle chorych, których sprawność przekroczyła 40 pkt w Skali Barthel. Poza dramatycznym niedoszacowaniem, stawki płaconej za osobodzeń opieki, takie ograniczenie dostępności jest najpoważniejszym problemem opieki długoterminowej. Obecny projekt rozporządzenia tę sytuację utrzymuje.

Projekt rozporządzenia odnosi się także do warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Przy analizie tych

wymogów nasuwa się myśl, że charakterem są one bliższe oddziałom szpitalnym dla przewlekle chorych, ale z pewnością nie ZOL czy ZPO. Chciałabym tu podkreślić, że opieka długoterminowa to długookresowa profesjonalna pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych osoby, która w związku z chorobą utraciła zdolność do samoopieki i samopielęgnacji i która wymaga profesjonalnego nadzoru (pielęgniarka, lekarz) nad kontynuacją zaleconego przez lekarzy specjalistów (wielochorobowość) leczenia farmakologicznego. Tak więc, obok podstawowej i specjalistycznej pielęgnacji, pacjent otrzymuje także pomoc w kontynuowaniu zaleconego le-



czenia. Zabiegi lecznicze oraz leczenie farmakologiczne wykonywane jest przez pielęgniarki, pod merytorycznym nadzorem lekarza, który powinien tu pełnić rolę konsultanta. Nie widzę żadnej przesłanki, która by uzasadniała określanie wymiaru czasu pracy lekarza w ZOL/ZPO na jeden etat na 35 pacjentów. Jest to zdecydowanie wygórowane, a ponadto to świadczeniodawca ponoszący odpowiedzialność wobec pacjentów sam powinien decydować o formie i wymiarze zatrudnienia lekarza.

Wielokrotnie zadawałam pytanie dlaczego przetrzuca się na zakłady opieki długoterminowej koszty leczenia specjalistycznego i na jakiej podstawie odmawia się pacjentowi, który trafia do ZOL czy ZPO, kontynuacji leczenia choroby przewlekłej w jego poradni specjalistycznej i u jego lekarza specjalisty oraz zaopatrywania się w leki na zasadach ogólnych. Prawda jest taka, że z racji takich a nie innych zapisów rozporządzenia, pacjent w zakładzie trafia pod opiekę innego lekarza specjalisty i często, z powodu możliwości finansowych zakładu, ma zmieniane leki. Jest to modyfikacja leczenia, a nie jego konty-

nuacja. Żeby zmienić tę sytuację należałoby uznać, wzorem innych krajów, że do opieki długoterminowej pacjent nie trafia po to, by leczyć chorobę przewlekłą, ale w związku ze skutkami tej choroby wywołującymi potrzebę pielęgnacji i całodobowej opieki pielęgniarskiej. W zakładzie tylko nadzoruje się i pomaga w przyjmowaniu zaleconych przez lekarza specjalistę leków. Rozporządzenie do tej kwestii się nie odnosi.

Wątpliwości mam także, gdy czytam proponowane warunki zatrudnienia fizjoterapeutów. Szczególnie w kontekście zróżnicowania wymiaru czasowego rehabilitacji w zależności od stanu świadomości pacjenta i formy żywienia. Uważam, że w zakładach opiekuńczych powinny być gwarantowane jednakowe normy zatrudnienia fizjoterapeutów, tj. równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek. Dyrektorzy zakładów ponosząc odpowiedzialność za stan pacjenta, sami powinni decydować, w zależności od potrzeb lub specyfiki zakładu opiekuńczego, czy zwiększą poziom zatrudnienia fizjoterapeutów.

Na uwagę zasługują także propozycje dotyczące domowej opieki długoterminowej, które ograniczają istotnie dostęp do kompleksowej opieki pielęgniarki i fizjoterapeuty. Osoby cierpiące na choroby neurologiczne połączone z dystrofią mięśni, korzystające z nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej wspomagającej oddychanie, oceniają projektowane zmiany w rozporządzeniu jako niekorzystne i zgłaszają się do mnie z prośbą o wsparcie ich protestu

przeciw ustaleniom dotyczącym minimalnej liczby wizyt fizjoterapeuty i pielęgniarki. Jest to istotne, gdyż nie można łączyć pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej z opieką zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Podział wentylacji mechanicznej na inwazyjną i nieinwazyjną spowodował m.in., że ta druga grupa pacjentów może liczyć na wizytę pielęgniarską tylko raz na kwartał.

W sytuacji, gdy nie można udzielić pomocy wszystkim i odpowiednio do potrzeb, należy precyzyjnie zdefiniować świadczenia gwarantowane oraz określić ich zakres. Ponadto potrzebne jest spojrzenie na opiekę długoterminową nie przez pryzmat lekarza i leczenia, a przez pryzmat pielęgnacji specjalistycznej i podstawowej oraz wyeliminowanie tych wymogów wobec świadczeniodawców, które nie mają wpływu na jakość pielęgnowania, a podnoszą koszty. Tego niestety proponowane zamiany nie obejmują. Jednak do momentu wydania nowego rozporządzenia nie należy uznawać sprawy za zamkniętą.