

Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne

Ubezpieczenie od niedołęstwa

Elżbieta Buczkowska



foto: images.com/Corbis

Procesy transformacji społecznej, demograficznej i epidemiologicznej są istotnym elementem kształtującym sytuację zdrowotną i społeczną. Wzrost odsetka osób starszych w populacji rzuca na gospodarkę i kulturę kraju oraz stawia nowe wyzwania związane z zapewnieniem im opieki medycznej i socjalnej. Osoby w podeszłym wieku, powyżej 65 lat, stanowią w Polsce około 13 proc. populacji. Według danych Państwowego Zakładu Higieny, wskaźniki hospitalizacji w tej grupie wiekowej są trzykrotnie wyższe niż dla ogółu ludności.

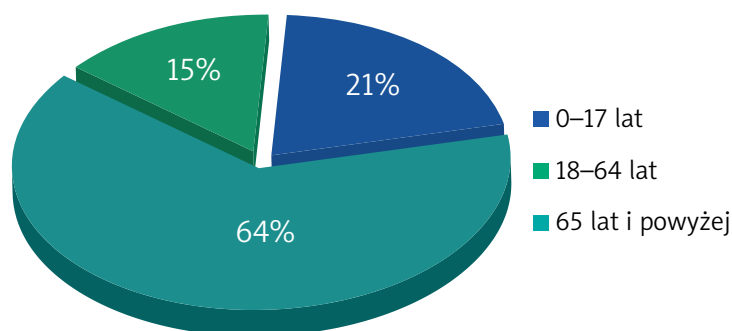
Wyniki badań Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego wykazują również zwiększający się udział osób w wieku poprodukcyjnym negatywnie oceniających stan swojego zdrowia. Prawie 70 proc. ankietowanych zadeklarowało, że cierpi na chorobę przewlekłą, z czego połowa była niepełnosprawna (orzeczona niepełnosprawność), a 30 proc. zgłaszało niepełnosprawność biologiczną.

Prognozy demograficzne dla Polski opracowane przez Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia w ramach raportu dla WHO „Project on AGEING and HEALTH” wykazują systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia – do 77,6 roku dla mężczyzn oraz 83,3 roku dla kobiet.

Starzenie się społeczeństwa

Malejący przyrost naturalny oraz wzrastająca długość życia powodują starzenie się społeczeństwa. W związku z wydłużaniem się średniej długości życia, przy równoczesnym spadku wskaźnika urodzeń w wielu krajach, w tym również w Polsce, wzrasta odsetek osób powyżej 60. roku życia. Problemy starszej części polskiej populacji wymagają kompleksowego,

Ogółem ludność	Wiek 0–17 lat	Wiek produkcyjny		Wiek poprodukcyjny > 65 lat
		18–44 lat	45–64 lat	
38 161 313	7 977 865	15 254 786	9 068 318	5 860 344

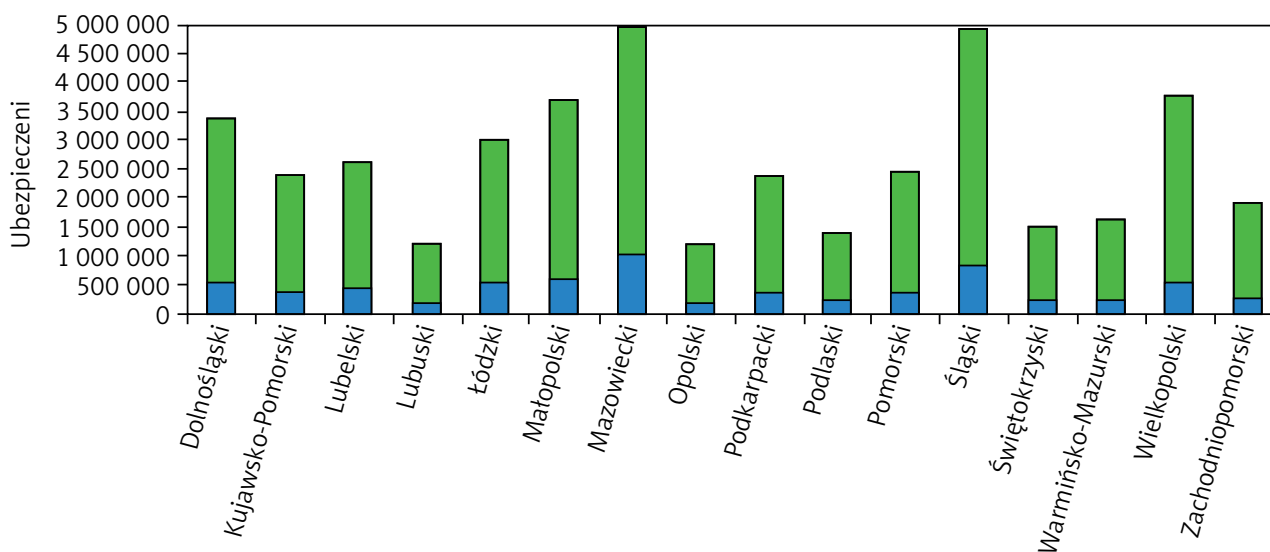


Rycina 1. Ludność Polski w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym (GUS, stan na 30.06.2005 r.)

medycznego i społecznego podejścia. Trwają prace nad Narodowym Programem Promocji Zdrowego Starzenia, którego celem będzie:

- kształtowanie w społeczeństwie przekonania o znaczeniu zdrowego stylu życia w każdym okresie życia (dzieciństwo, dojrzewanie, dojrzałość) jako warunku zdrowej starości,

- opracowanie i promocja podstawowych zasad zdrowego stylu życia,
- poprawa jakości i dostępności opieki medycznej, rehabilitacyjnej i socjalnej dla osób starszych i ich opiekunów,
- przeciwdziałanie nierównemu traktowaniu osób ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia i opieki społecznej.

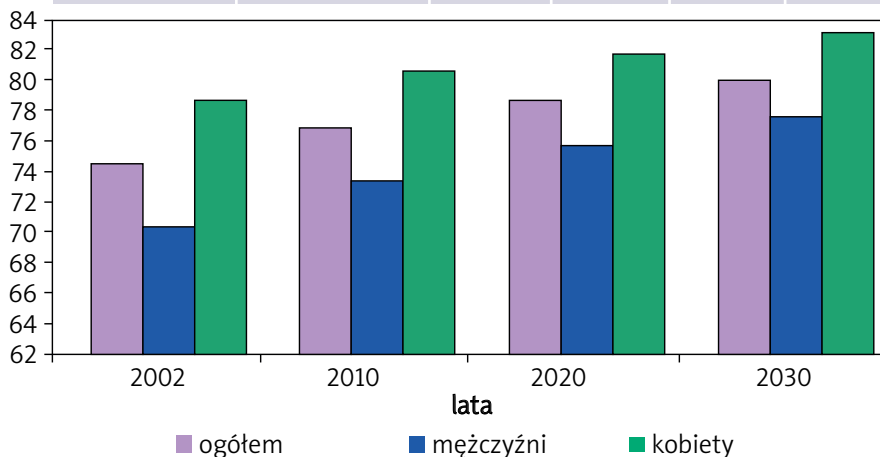


Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia

- liczba ogółem ubezpieczonych
- liczba ubezpieczonych powyżej 60. roku życia

Rycina 2. Liczba ludności w Polsce powyżej 65. roku życia (zestawienie liczbowe ubezpieczonych, dane za 2005 r.)

Rok		2002	2010	2020	2030
Trwanie życia	ogółem	74,5	76,9	78,7	80
	mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
	kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3



Rycina 3. Długość trwania życia do 2030 r.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa zmieniają się potrzeby zdrowotne. W wieku podeszłym wzrasta zachorowalność na choroby przewlekłe, pojawiają się liczne dysfunkcje narządów zmysłu i ruchu powodujące pogarszanie się funkcjonowania społecznego.

Na co chorują starsi

Wśród schorzeń najczęściej dotykających osoby w wieku podeszłym na pierwszym miejscu znajdują się

choroby sercowo-naczyniowe. Kolejnym istotnym problemem w starzejącym się społeczeństwie są postępujące zmiany zwyrodnieniowe mózgu. Niewątpliwym problemem wieku podeszłego są też choroby narządu ruchu. Są to przede wszystkim zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów biodrowych i kolanowych, ograniczające sprawność i znacząco pogarszające jakość życia. Wśród innych dysfunkcji związanych z podeszłym wiekiem istotne znaczenie mają

zaburzenia snu, depresję, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zaburzenia zwieraczy. Osoby starsze są bardzo często obciążone równocześnie różnymi schorzeniami.

Dużą część polskiej społeczności ludzi starszych cechują następujące zjawiska:

- izolacja społeczna i psychiczna,
- brak zadowolenia,
- utrata sensu życia.

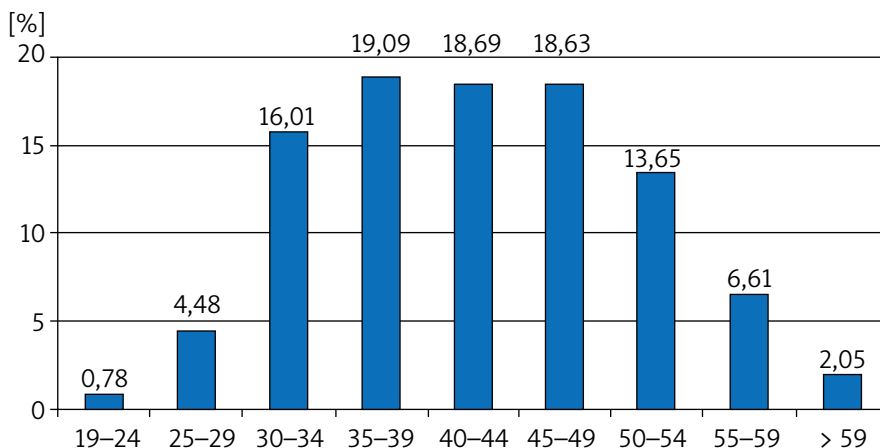
W Polsce nie ma tradycji i kultury przygotowania i oswojenia się ze starością, a ze względów ekonomicznych i wobec braku ofert zagospodarowania czasu odsuwa się osoby starsze na margines życia społecznego. System opieki nad osobami starszymi jest niewydolny zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, podstawowej, jak i specjalistycznej.

Starzenie się populacji pielęgniarek i położnych

Problemy opieki

Wraz z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na usługi leczniczo-pielęgnacyjne, leczniczo-rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze. Nie ma programów rozwoju tej opieki wspieranych przez ministra zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, co uniemożliwia wdrażanie jej standardów. Niekorzystna sytuacja materialna służby zdrowia ogranicza możliwości skutecznego postępowania. Problemem tej opieki staje się nieuwzględnienie odrębności psychofizycznej starszych pacjentów oraz osób niepełnosprawnych, typowych i nietypowych cech medycyny geriatrycznej oraz pielęgniarstwa geriatrycznego, wielochorobowości i zasad kontraktowania usług z NFZ.

Świadczenia wyceniane są poniżej kosztów, co przyczynia się do pogorszenia stanu finansowego placówek. Oddziały dzienne nie zostały w obecnym systemie zdefiniowane ani umiejscowione w oficjalnych strukturach opieki medycznej. Nieliczne działające tego typu placówki mają wielkie problemy z zakontraktowaniem swoich usług.



Rycina 4. Struktura wiekowa grupy pielęgniarek i położnych

Postulowane jest tworzenie form opieki domowej i ambulatoryjnej, uważanych za najbardziej właściwe. Zapewniają one bowiem holistyczną opiekę medyczną nie tylko pacjentowi, lecz także jego rodzinie lub opiekunom.

Opieka długoterminowa

Interdyscyplinarny zespół powinien się składać z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta/fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka, pracownika socjalnego, a w zależności od doraźnych potrzeb chorego należy go rozszerzać o niezbędnych konsultujących specjalistów. Obecne procedury NFZ nie przewidują takich rozwiązań.

Opieka długoterminowa jest realizowana w dwóch obszarach: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wymaga ona reorganizacji z powodu stosunkowo niskiej dostępności.

Obecnie panuje dychotomiczny podział funkcjonowania ludzi w wieku podeszłym i niepełnosprawnych: jestem zdrowy – jakoś sobie radzę w swoim środowisku, jestem chory – muszę być hospitalizowany. Nadal ciężar leczenia przerzucany jest na szpital, co podraża funkcjonowanie opieki stacjonarnej, długoterminowej. Należy przypomnieć, że jednym z głównych założeń systemu ochrony zdrowia było tworzenie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych jako alternatywnej formy leczenia stacjonarnej osoby w podeszłym wieku, wymagających całodobowej opieki pielęgnarskiej. Również kontraktowane przez NFZ świadczenia w zakresie opieki długoterminowej domowej dotyczą tylko niewielkiej liczby osób potrzebujących. Pielęgniarska opieka domowa obejmuje także przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w zakresie, który pozwoliłby osobie z chorobą przewlekłą bądź niepełnosprawnej pozostać w środowisku domowym.

Konieczne jest więc wprowadzenie różnych form tej opieki, szczególnie gdy osoby przewlekle chore



for: iStockphoto

„ W badaniu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego prawie 70 proc. ankietowanych zadeklarowało, że cierpi na chorobę przewlekłą, z czego połowa była niepełnosprawna „

z ustaloną diagnozą oraz terapią i niewymagające leczenia szpitalnego powinny być kwalifikowane do opieki domowej lub ambulatoryjnej.

Ubezpieczenia pielęgnacyjne

Ubezpieczenia pielęgnacyjne powinny poprzez system świadczeń wspierać pielęgnację domową oraz gotowość pielęgnacji ze strony krewnych czy sąsiadów, aby osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji jak najdłużej mogły pozostawać w swoim środowisku.

Wprowadzenie takich rozwiązań to przyszłość w obowiązkowym ubezpieczeniu społecznym (nowy filar). Muszą to być rozwiązania ustawowe, które przyczynią się do rozbudowy i koordynacji działania niezbędnych struktur zaopatrzenia pielęgnacyjnego, rozwoju świadczeń medyczno-rehabilitacyjnych zapobiegających niezdolności do samodzielnej egzystencji lub uzupełniających pielęgnację.

Wymaga to:

1) ustalenia wspólnej, ponadresortowej polityki państwa wobec osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych – Ministerstwo Zdrowia,

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Edukacji Narodowej;

2) przygotowania wspólnej strategii samorządów lokalnych – gminy, powiatu, województwa, szczególnie w zakresie poprawy jakości usług na rzecz osób w podeszłym wieku;

3) nowelizacji aktów prawnych wprowadzającej jednolite przepisy dotyczące zakładów opieki długoterminowej i domów pomocy społecznej;

4) rozwoju usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, m.in. poprzez wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych;

5) poprawy dostępności świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, standaryzacja usług.

Rola samorządów

Z dezaprobatą przyjąłem stanowisko urzędników samorządowych, którzy stanowczo sprzeciwiają się propozycjom zawartym w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącym sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach



fot.: iStockphoto

„ Dużą część polskiej społeczności ludzi starszych cechują izolacja społeczna i psychiczna, brak zadowolenia i poczucie utraty sensu życia „

leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Rzeczywiście, wdrożenie regulacji dotyczącej obsad pielęgniarskich z uwzględnieniem klasyfikacji pacjentów pozwoli wreszcie na przyjęcie norm czasu opieki dostosowanych do różnoprofilowych oddziałów szpitalnych dla dorosłych i dzieci w zależności od zapotrzebowania chorych na opiekę.

Bezsprzeczny jest fakt, że zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, potrzeba liczenia kosztów oraz racjonalizacja zatrudnienia są istotne dla zapewnienia opieki zdrowotnej społeczeństwu. Jakież było moje zdumienie, gdy przeczytałam, że „wzrost liczby pielęgniarek o 10–30 proc. wpłynie na ograniczenie

dostępności świadczeń oraz obniżanie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali”. Należy zatem rozumieć, że im mniej jest pielęgniarek, tym lepiej dla chorych, bo niższy jest koszt procedur i za tę samą cenę można wykonać więcej usług zdrowotnych. Nie bierze się jednak pod uwagę ich skuteczności, efektywności, bezpieczeństwa, satysfakcji, jednym słowem – jakości opieki i jakości życia „po chorobie”. Miałam nadzieję, że dotarło wreszcie do rządzących i zarządzających, że niedobór kadry pielęgniarskiej jest groźny dla zdrowia społeczeństwa, a tu wręcz przeciwnie – pielęgniarki są straszakiem dla systemu ochrony zdrowia. Nadal twierdzę i jestem przekonana, że świadczenia pielęgniarskie są i powinny być realizowane w celu zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa niezbędnego do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego, zapewniającego skrócenie okresu leczenia, a także do zapewnienia realizacji edukacji i przygotowania do samoopieki, zwiększenia potencjału pacjenta w realizacji codziennych zadań związanych z pełnieniem ról społecznych, w tym związanych z nauką, pracą i samodzielnym funkcjonowaniem.

Normy zatrudnienia

Wreszcie – normy zatrudnienia są niezbędne do zapewnienia pielęgniarkom bezpiecznego środowiska pracy, satysfakcji z wykonywanego zawodu, do zatrzymania personelu, promocji zawodu i wspierania jego wyboru przez przyszłe pokolenia. Od kilku lat samo środowisko wskazywało, że w codziennej praktyce pielęgniarskiej daje się zauważyć niedobór w każdym zakresie. Dane z rejestru samorządu zawodowego, centrum systemów informatycznych, GUS, a także dane o czynnych zawodowo pielęgniarkach i położnych przekazywane do NFZ wskazują na postępujący niedobór kadr. Wszyscy decydenci przymykali oczy na destabilizację tej grupy zawodo-

wej – od ministra zdrowia, wojewodów, marszałków województw, posłów i dyrektorów szpitali. Szkoda, że nie wykazali się oni wyobraźnią, bowiem zarejestrowane pielęgniarki i położne to osoby posiadające prawo wykonywania zawodu, ale nie wszystkie go wykonują. Szafowanie danymi z rejestru o zarejestrowanych ponad 300 tys. osób jest statystycznie poprawne, ale nie oddaje rzeczywistych liczb czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Tylko ok. 200 tys. osób wykonuje zawód pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia. Niektóre są już na emeryturze, niektóre zmieniły zawód, wyjechały za granicę, są na urloпах wychowawczych, nie pracują zawodowo itd. Być może dopiero luka pokoleniowa związana z transformacją kształcenia zawodowego (1996–2004), która ujawni się w najbliższym czasie, oraz zmniejszający się nabór na uczelnie, co w dramatyczny sposób pogłębi niedobór pielęgniarek, sprawią, że decydenci zastanowią się nad problemem polskiego pielęgniarstwa. Uważam, że polityka zdrowotna powinna się opierać na ocenie kosztów nie tylko związanych z zatrudnianiem pielęgniarek i położnych, ale również lekarzy, personelu pomocniczego wspomagającego opiekę nad chorym, a ponadto kosztów wynikających z braku odpowiedniej liczby medycznej kadry pielęgniarskiej, co będzie prowadzić do zdarzeń niepożądanych, błędów medycznych, zaniedbań, niepowodzeń diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych.

Udowodniono w badaniach naukowych, że nieodpowiednia obsada pielęgniarska to większa śmiertelność i zachorowalność, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych (Hampton 2004; Alken, Clarke, Sloane 2002; Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett 2001; Lisowska 2005; Landon *et al.* 2006; Milisen 2006). Warto się zastanowić nad tym, czy szpitale zapewniają odpowiedni poziom opieki. Istnieją dowody, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo że ge-

neruje koszty, jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów leczenia wynikających ze zdarzeń niepożądanych (Landon *et al.* 2006). Nie są jeszcze znane dane z postępowań odszkodowawczych prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta i komisje wojewódzkie zajmujące się roszczeniami pacjentów i ich rodzin wynikającymi z braku odpowiedniej opieki zdrowotnej, co doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu lub życiu. Argumenty przedstawione w stanowisku wykazują ignorancję merytoryczną, a wskazywanie tzw. Ustawy 203 jako głównego powodu kryzysu polskich szpitali jest nie na miejscu. Warto może się przyjrzeć strukturze kosztów płac, zasadom zawierania kontraktów z lekarzami zatrudnionymi w szpitalu i poza nim w konkurencyjnych placówkach, aby nie dochodziło do dwuznacznych sytuacji i przejmowania pacjentów, a ponadto zwiększyć transparentność dystrybucji pieniędzy publicznych na ochronę zdrowia itp. Odsyłam rów-

niez do dokumentu wydanego przez Państwową Inspekcję Pracy „Przestrzeżenie przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia” (Warszawa, sierpień 2012), a także do Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy, która ustanawia minimalne wymagania higieny i bezpieczeństwa w odniesieniu do organizacji czasu pracy w związku z okresami dobowego odpoczynku, przerw, odpoczynku tygodniowego, maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy, corocznego urlopu wypoczynkowego oraz pracy w porze nocnej, pracy w systemie zmianowym itd. Pielęgniarki i położne w szpitalach pra-

cują ciągle w nadgodzinach, w systemie pracy zmianowej, są bardziej narażone na wyczerpanie emocjonalne, dysfunkcje układu kostnowstawowego, co ma wpływ na życie i zdrowie oraz satysfakcję z wykonywanego zawodu. Nie wspomnę o ustawicznym kształceniu i doskonaleniu zawodowym oraz odpowiedzialności zawodowej. Oczekujemy wspierania i długofalowej polityki na poziomie kraju, ale również polityki regionalnej, która będzie wykraczać poza kadencję wyborów parlamentarnych i samorządowych. Bezpieczeństwo, higiena pracy i ochrona zdrowia pielęgniarek i położnych w miejscu pracy powinny być celem, który nie może być podporządkowany względem ekonomicznym. ■

„ W wieku podeszłym wzrasta zachorowalność na choroby przewlekłe, pojawiają się liczne dysfunkcje narządów zmysłu i ruchu powodujące pogarszanie się funkcjonowania społecznego ”

termedia

**Bezpłatny
dostęp**

www.termedia.pl

do archiwum internetowego
czasopism