

ANNA KOZAK-SYKAŁA

PROBLEM OPIEKI NAD PACJENTEM ZE ZNACZNYM STOPNIEM
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PRAKTYCE LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA WSI

*CARE OF PATIENTS WITH CONSIDERABLE DEGREE OF DISABILITY IN
THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN IN RURAL AREAS*

Z Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym .SP ZOZ w Przeworsku

Ordynator Oddziału: dr A. Kozak-Sykała

Praca przedstawia problem opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji w środowisku wiejskim. Pomimo założeń kompleksowości usług opiekuńczych, brak jest przejrzystego systemu organizacyjnego oraz odpowiednich środków finansowych na zadania przydzielone podstawowej opiece zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby niepełnosprawne, ludność wiejska, podstawowa opieka zdrowotna.

KEY WORDS: *people with considerable degree of disability, rural population, primary health care.*

W polskim systemie prawnym istnieją trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki (odpowiedniki dawnej I, II i III grupy inwalidzkiej). Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, wymagające stałej lub długotrwałej opieki, niezdolne do pracy lub zdolne do pracy wyłącznie w zakładach pracy chronionej i/lub zakładach aktywności zawodowej [10]. Oznacza to naruszenie sprawności organizmu w takim stopniu który uniemożliwia zaspokojenie bez pomocy innych osób, podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się, komunikację i porozumiewanie się.

W 2002 roku w Polsce było 5.456.700 niepełnosprawnych, co stanowiło 14,3% populacji kraju. Oznacza to, że co siódmy Polak był osobą niepełnosprawną. W ciągu ostatnich 14 lat (między spisami powszechnymi w 1988 i 2002 roku) liczba niepełnosprawnych wzrosła o 46,1%, co wiąże się w dużym stopniu przede wszystkim z procesem starzenia się społeczeństwa [4].

W latach 1988 – 2002 odnotowano znaczny przyrost liczby osób niepełnosprawnych na wsi (o 53,9% w 2002 roku w stosunku do danych z 1988 roku). Najwyższy wzrost odnotowano w grupie osób niepełnosprawnych prawnie ze znacznym stopniem niepełnosprawności (o 135,6%) oraz w zbiorowości osób niepełnosprawnych tylko biologicznie, odczuwających poważne ograniczenie spraw-

ności (o 118,9%). Są to dane z ostatniego spisu powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku [4]. Problem niepełnosprawności nasila się wraz z wiekiem. Prawie 60% spośród niepełnosprawnych to osoby w wieku poprodukcyjnym [7].

W dzieciństwie powstaje bardzo mała liczba przypadków niesprawności, za to prawie połowa osób niepełnosprawnych przekroczyła 60. r.ż. Niesprawność jest więc problemem związanym ze starzeniem się [6,9]. Wskaźnik niesprawności gwałtownie zwiększa się po przekroczeniu 40., a szczególnie 50. r.ż. [6].

Z tego powodu konieczne są działania ze strony systemu opieki zdrowotnej mające na celu nie tylko ocenę zapotrzebowania na opiekę tej grupy niepełnosprawnych, zwłaszcza że osoby tracące autonomię psychofizyczną i popadające w uzależnienie od pomocy innych osób, nie są w stanie aktywnie domagać się świadczeń ze strony systemu zdrowotno-opiekuńczego, chociażby ze względów ambicjonalnych, poczucia honoru bądź braku siły lub dostępu do informacji [1].

Jednym z celów każdego systemu opieki zdrowotnej jest m.in. zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (dostępność opieki). Niezbędne jest też organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak, aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych – bazy opieki zdrowotnej oraz środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadr medycznych oraz ich kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność) [5].

Pomoc medyczna i opiekuńcza powinna obejmować wyrażone, a także niewyrażone przez osobę niepełnosprawną potrzeby zdrowotne na szczeblu ośrodka zdrowia [2, 8].

Jak wynika z raportu Background Report on Poland opracowanego przez *Bień, Wojszel, Polityńską i Wilmańską* w ramach projektu Carers of Older People in Europe („Opiekunowie Ludzi Starych w Europie”) Polska zalicza się do krajów gdzie centralną pozycję w systemie opiekuńczym stanowi rodzina [1]. Przedmiotem raportu była sytuacja osób starszych ale biorąc pod uwagę liczne podobieństwa można ją odnieść do sytuacji osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Pomimo założeń kompleksowości usług opiekuńczych, są one w praktyce zbyt kosztowne lub niedostępne szerszej klienteli, zwłaszcza na wsi i w uboższych regionach kraju [1]. Brak jest przepływu informacji o chorych wypisywanych ze szpitala, systemu zbierania informacji o potrzebach opiekuńczych oraz faktycznie brak jest w pełni sprawnego zorganizowanego systemu usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Zaniedbania rehabilitacyjne i opiekuńcze generują dalsze powikłania chorobowe, a te wymagają kolejnych hospitalizacji [1]. Niedostępna jest sieć zakładów opieki długoterminowych, a tworzone na bazie prywatnej są zbyt kosztowne dla większości chorych, niektóre z nich nie spełniają zasad profesjonalizmu i kompleksowości świadczeń [1].

Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej wykazują postawę bierną, nie prowadzą rutynowo rozpoznania środowiskowego, a w przypadku zaistnienia określonych potrzeb często pozostają bezradne wobec rozdzielonych kompetencji sektora usług zdrowotnych i społecznych [1].

Subiektywna ocena osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest komplementarna do definicji „zapotrzebowania na opiekę zdrowotną”, gdzie stwierdza się, że „zapotrzebowanie jest odzwierciedleniem potrzeb zdrowotnych w świadomości społeczeństwa...” [5]. Stąd osoby zamieszkałe na wsi niezdolne do samodzielnej egzystencji, kierując się doświadczeniem z zakresu braku tej opieki, nawet tej od pracowników poz i pomocy społecznej nie oczekują. Na podstawie wyników badań nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji – mieszkańcami wsi można stwierdzić, że większość z nich ma bardzo skromne potrzeby i oczekiwania, co do pomocy ze strony instytucji zdrowotnych. [8]. Przyzwyczajeni przez lata, że z pomocy lekarza ośrodka zdrowia i pielęgniarstwa korzysta się tylko w sytuacjach wymagających pilnej interwencji, i że to oni muszą zgłosić się po pomoc do instytucji zdrowotnych, nie liczą na taką pomoc w zakresie opieki nad nimi.

Badanie własne potwierdziło brak zorganizowanego systemu opieki nad osobami o znacznej niepełnosprawności [3]. Wizyty lekarskie i pielęgniarstwa są okazjonalne, rehabilitacja domowa na terenie wiejskim praktycznie nie istnieje częste są natomiast hospitalizacje tych osób. Przyczyn takiej sytuacji jest kilka. Może to być utrudniony dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze rodzinni na wsi obejmują swoją opieką najczęściej kilka wiosek, często znacznie oddalonych od siebie), likwidacja karetek służących do wykonywania wizyt domowych, niechęć lekarzy do korzystania ze swoich prywatnych samochodów, zwłaszcza po złych technicznie drogach oraz małymi wymaganiami pacjentów w stosunku do pracowników medycznych.

Badani niepełnosprawni nie oczekiwali pomocy w opiece, zarówno ze strony profesjonalistów medycznych, jak i osób nieprofesjonalnych (opiekunki pomocy społecznej).

Powyższą sytuację można też tłumaczyć tym, że pacjenci – mieszkańcy wsi, mając przez wiele poprzednich lat bardzo skromną ofertę ze strony poz są realistami i nie oczekują nic ponad to, do czego byli przyzwyczajeni. Powyższa sytuacja nie zwalnia jednak organizatorów podstawowej opieki zdrowotnej, płatnika świadczeń oraz państwa jako kreatora polityki zdrowotnej krajowej jak i lokalnej, do wyjścia z inicjatywą zaspokojenia potrzeb opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Bowiem ta grupa społeczna, nie jest w stanie nie tylko samodzielnie funkcjonować, ale także skutecznie domagać się opieki.

Należałoby zwiększyć ofertę zarówno w zakresie instytucjonalnej opieki długoterminowej i rehabilitacyjnej, jak i przede wszystkim – domowej, skierowanej do tej grupy chorych. Pacjenci obszarów wiejskich (w przeciwieństwie do mieszkańców miast), nie mogą być pozbawieni opieki długoterminowej i rehabilitacyjnej tylko dlatego, że się o nią nie upominają. Ponadto zapewnienie domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji i pomocy nieprofesjonalnej tych osób jest opłacalne dla budżetu płatnika świadczeń zdrowotnych, ponieważ zapobiega częstym i kosztownym hospitalizacjom tej grupy chorych. Na potrzebę rozwijania długoterminowej opieki domowej w zmniejszaniu ogólnych kosztów przeznaczonych na zdrowie, wskazują rozwiązania organizacyjne państw tzw. „starej” Unii Europejskiej, a przede wszystkim krajów skandynawskich, na doświadczeniach których można się wzorować [1].

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania sytuacją ludzi niepełnosprawnych i ich opiekunów, zarówno w zakresie tworzenia narzędzi badawczych do oceny ich potrzeb, jakości życia jak i opisu stanu faktycznego w zakresie tej opieki. Jednak często widoczny jest brak zrozumienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych nie tylko przez organizatorów opieki zdrowotnej i społecznej, ale także lokalnych władz samorządowych, co przy wielości ośrodków decyzyjnych oraz źródeł finansowania prowadzi często do chaosu organizacyjnego.

Efektywność opieki nad osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności wymaga więc, zarówno wczesnego rozpoznania problemu, jak i działań prewencyjnych. Obecny system finansowania usług zdrowotnych nie przewiduje jednak środków na takie działania. Taka sytuacja na pewno nie wpływa motywacyjnie na pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i stan opieki nad tą grupą pacjentów.

Można mieć nadzieję, że nieunikniona w naszych warunkach kolejna reforma systemu opieki zdrowotnej nie tylko przydzieli kolejne zadania i wprowadzi standardy opieki nad osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale stworzy jednocześnie przejrzysty i skuteczny system organizacyjny oraz zapewni wystarczające środki finansowe.

A. Kozak-Sykała

CARE OF PATIENTS WITH CONSIDERABLE DEGREE OF DISABILITY IN THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN IN RURAL AREAS

Summary

According to the data of the 2002 National Census, the number of people with a considerable degree of disability is constantly increasing in rural areas. Therefore, it is necessary to undertake actions in order to cover with care this group of patients, especially because these people are frequently incapable of actively demanding the services from the health care system. Medical and care assistance should cover health needs, both expressed and unexpressed, by a disabled person on the level of a medical centre.

PIŚMIENNICTWO

1. Biń B., Wojszel B. Z., Wilmańska J., Sienkiewicz J.: Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starszych w Polsce – porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego. Oficyna wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
2. Karwat I. D.: Analiza problemów medycznych i społecznych niepełnosprawnych mieszkańców wsi. Rozprawa hab. IMW, Lublin 1996.
3. Kozak-Sykała A.: Ocena zapotrzebowania na opiekę pacjentów z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji na przykładzie osób ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Rozprawa doktorska AM, Lublin 2006. Promotor A. Ksykiewicz-Dorota.
4. Narodowy Spis Powszechny. GUS. 2002. www.stat.gov.pl 2005. 09. 20.
5. Poździoch S.: System zdrowotny. W: Zdrowie Publ. Red. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.

6. Raport Unii Europejskiej o sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce. www.idn.org.pl. 15. 10. 2005.
7. Spisana Polska Socjalna – dane ze spisu powszechnego. Problemy Społeczne, 2003, 4.
8. Szczerbińska K., Hubalewska-Hoła A.: Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Gerontologia Polska, 2003, 11, 3.
9. Szczerbińska K., Tobiasz-Adamczyk B. (promotor): Determinanty zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze osób w wieku podeszłym. Badania populacyjne. Rozprawa doktorska. CM UJ Kraków 2002.
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).

Data otrzymana: 27.08.2007.

Adres Autorki: 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16, SP ZOZ.