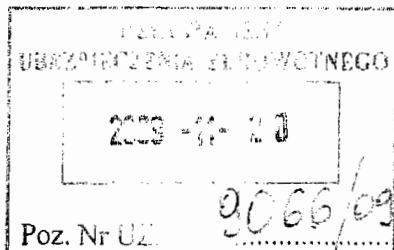


**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

ELŻBIETA SZWAŁKIEWICZ

10-686 Olsztyn, ul. Gdańska 11/13 m.3 tel. (0-89) 541-35-70, tel. kom. 0-602 365 763 e-mail: promocja@post.pl

Olsztyn, 14 listopada 2009



7 Duz
7 DPP
SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Pan
Jakub Szulc
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z pismem Znak: MZ-UZ-RP-0212-17685-1/JC/09, w załączeniu przesyłam moją opinię w sprawie zaproponowanych do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej.

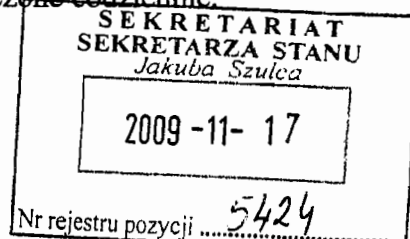
Stoję na stanowisku, że zakreszenie górnej granicy liczby pacjentów, którymi może się jednocześnie opiekować jedna pielęgniarka jest stosunkowo bezpieczne, pod warunkiem, że będzie stosowane indywidualne obliczanie czasu opieki, a to wymagało by odejścia od formy finansowania osobodnia na rzecz wyceny i finansowania konkretnych, wykonanych świadczeń i procedur. To wskazuje na konieczność zamieszczenia w Rozporządzeniu wykazu świadczeń. Nie jest możliwe zabranie głosu w tej sprawie jeżeli nie ma w rozporządzeniu zdefiniowanego pojęcia „jednoczasowe opiekowanie się pacjentami przebywającymi pod różnymi adresami”. Należy przy tym pamiętać, że z założenia przyjętego przez rozporządzenie (kryteria kwalifikacyjne) są to głównie osoby obłożnie, przewlekle chore, całkowicie niesamodzielne.

W sytuacji pacjentów będących mieszkańcami domów pomocy społecznej, realizowanie świadczeń pielęgnarskich jednocześnie dla 15 osób być może będzie możliwe ale pod warunkiem, że wszystkie świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze nadal będą gwarantowane w ramach pomocy społecznej i wykonywane przez opiekunów będących pracownikami DPS. Proponowana zmiana budzi wątpliwości gdyż nie wiadomo o jaki zakres świadczeń pielęgnarskich chodzi.

Zmiana dotycząca długoterminowego leczenia tlenem nie odnosi się do świadczeń pielęgnacyjnych, które z założenia muszą być realizowane codzienne lecz do terapii i w tym zakresie kompetentny do wydania opinii jest konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Nie jest mi znane żadne merytoryczne uzasadnienie, że specjalistyczne badanie potencjałów wywołanych powinno być procedurą gwarantowaną w ramach opieki długoterminowej, tym samym propozycję by to świadczenie wykreślić uważam za oczywistą.

Jeżeli częstotliwość wizyt lekarzy i pielęgniarek w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej mają się tak istotnie zmniejszyć to wskazuje to na zawężenie świadczeń tego zespołu tylko do nadzoru nad długotrwałą terapią tlenem. Powstaje pytanie kto wykonuje świadczenia pielęgnacyjne, które z natury rzeczy powinny być świadczone codziennie.



Rozporządzenie ma gwarantować świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze a odnosi się do nich tylko w tytule, natomiast treść dotyczy niesprecyzowanych świadczeń zdrowotnych, określonych tylko poprzez zawód realizatora np. lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Należy się spodziewać, że o zakresie świadczeń gwarantowanych będzie nadal decydował NFZ w zależności od posiadanych środków. Należy postawić pytanie czy płatnik może być gwarantem.

Wielokrotnie podkreślałam, że niezbędne jest zamieszczanie w Rozporządzeniu definicji podstawowych pojęć dotyczących opieki długoterminowej i unikanie utożsamiania pojęcia „pielęgnacja i opieka” z szerokim pojęciem „świadczenie pielęgniarstwa oraz „opieka długoterminowa”, która jest formą organizacyjną świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych na rzecz chorych i niesamodzielnych osób.

Panie Ministrze załącznik Nr 4 wymaga daleko idących zmian, szczególnie proszę o zweryfikowanie narzuconych wymogów, które nie mają wpływu na jakość pielęgnowania a znacznie podnoszą koszty oraz podejścia NFZ do Skali Barthel.

NFZ bez zgody właściciela praw autorskich do Skali Barthel zmodyfikował ją i zmienił jej ideę. Oryginalna Skala służy jako narzędzie oceny poziomu samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i rozróżnia trzy poziomy sprawności: samodzielny, przy pomocy, niesamodzielny. We wszystkich interpretacjach dostępnych w literaturze i zaobserwowanych w trakcie mojej praktyki w Niemczech, Holandii, Szwecji, Niemczech, niesamodzielną w jedzeniu jest ta osoba, którą trzeba karmić, w Skali Barthel oznacza to „0”. Sposób karmienia i używany przy tym sprzęt nie mają w tej ocenie znaczenia. Są to osoby w stanie wegetatywnym oraz te, które ze względu na stan zdrowia i sprawności nie są w stanie użyć rąk do nabrania jedzenia z talerza i włożenia go do ust, jak również i te które nie mogą przełykać. Ponieważ bez karmienia przez inne osoby, pacjenci ci umrą z głodu i odwodnienia, mieszczą się oni, zgodnie z intencją autorów Skali, w kategorii osób z punktacją 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść. Nie jest mi znany ani jeden przypadek, poza naszym krajem, gdzie ktokolwiek oficjalnie, czy to autorzy czy też praktycy, dopasowywali by to narzędzie do swoich potrzeb poprzez modyfikację interpretacji i wprowadzenie do niej nowych i niespójnych metodologicznie treści. Tak właśnie zrobił Narodowy Fundusz Zdrowia, który uznał, że „0” punktów w jedzeniu mają jedynie ci pacjenci, którzy nie mogą przełykać i są karmieni przez sondę, gastrostomię, jejunostomię lub żywieni pozajelitowo. Tym czasem, zarówno **te osoby jak i te które trzeba karmić są niesamodzielne** w jedzeniu i zgodnie ze Skalą Barthel mają „0” punktów. W tej Skali, zachowany biologiczny odruch przełykania, w żadnym razie, nie może być traktowany jako sprawność w zaspokojeniu potrzeby jedzenia na poziomie 5 punktów.

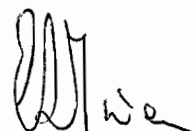
Ponadto, nie wzięto tu chyba pod uwagę, że są pacjenci, którzy mają założoną gastrostomię i sami potrafią ją obsłużyć, a więc zgodnie ze Skalą Barthel mogą otrzymać 5 lub 10 punktów. Nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego ani prawnego dla modyfikacji i zmiany idei Skali. Niedopuszczalne jest żeby to było czynione bez zgody jej właścicieli. NFZ dotychczas uzasadniał wprowadzenie tej zmiany wyższymi kosztami pielęgnowania. Jeżeli tak to, to ta grupa pacjentów powinna być wykazana odrębnie, w części dotyczącej kosztów świadczeń, a nie w części poświęconej diagnozie pacjenta w zakresie samopielęgnacji. Natomiast zupełnie niezrozumiałe i nie do przyjęcia jest uzasadnienie zawarte w przesłanym materiale, że wprowadzona zmiana wynika z konieczności zagwarantowania świadczenia dla pacjentów, u których istnieją wskazania medyczne do żywienia pozajelitowego.

Stanowisko prezentowane przez NFZ by narzędzie oceniające poziom samopielegnacji służyło jako kryterium kwalifikacyjne ograniczające dostęp do opieki długoterminowej oraz jako kryterium do ustalania stawki za świadczenie, w odniesieniu tylko do jednej przyczyny zwiększającej koszty opieki **jest bezpodstawne w odniesieniu do obowiązującego prawa jak również nieuzasadnione medycznie oraz finansowo.**

Zważywszy na powyższe zaproponowany, przez NFZ , sposób wykorzystania Skali Brathel nie może być stosowany w działaniach finansowanych ze środków publicznych.

Wyrażając załączoną opinię stoję na stanowisku, że rozporządzenie o którym mowa na wstępie, wymaga innych daleko istotniejszych zmian dla finansów publicznych niż te, które proponuje Ministerstwo Zdrowia.

Z poważaniem



KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie pielęgniarstwa
przewlekłe chorych i niepełnosprawnych

Elżbieta Szwałkiewicz