

Kamilla Mitura¹

¹ Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

PACJENT W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Patient in long-term care

Streszczenie

Wstęp

Opieka długoterminowa to stosunkowo nowy sektor ochrony zdrowia, sektor, który wypełnia lukę powstałą w tym systemie. Dłuższy przeciętnie okres trwania życia i jednoczesny wzrost osób z niepełnosprawnością, przewlekłymi chorobami sprawia, że nawarstwiają się problemy zdrowotne i społeczne kształtują pacjenta opieki długoterminowej.

Cel

Celem pracy jest przegląd doniesień z zakresu opieki nad pacjentem długoterminowym.

Przegląd

Zakres i dynamika świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę w opiece długoterminowej ulega ewaluacji i jest kształtowany potrzebami zdrowotnymi pacjenta tejże opieki. Pielęgniarka stacjonarnej i niestacjonarnej opieki długoterminowej organizuje, wykonuje i nadzoruje świadczenia profilaktyczne, pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze i edukacyjne względem pacjenta biorąc pełną odpowiedzialność za jakość tych usług. Sektor opieki długoterminowej pozwolił pielęgniarce na realizację podstawowego założenia współczesnego pielęgniarstwa jakim jest jego autonomia.

Wnioski

Pacjent opieki długoterminowej jest pacjentem zróżnicowanym, wymagającym, schorowanym, niepełnosprawnym fizycznie i/lub psychicznie i tylko profesjonalne, holistyczne podejście do chorego zarówno pielęgniarki, jak i pozostałych członków zespołu terapeutycznego może przynieść oczekiwane efekty postępowania terapeutycznego

Słowa kluczowe: jakość życia zależna od zdrowia, definicja jakości życia, kwestionariusz jakości życia

Abstract

Introduction

Long-term care is a relatively new sector of health care, a sector which is filling the gap occurring in the system. Longer, on average, span of longevity and the simultaneous increase in people with disability and with chronic illnesses have caused the patient of the long-term care to be viewed in terms of accumulated health and social problems.

The aim

The aim of the paper is to analyze reports about the patient in the long-term care

Overview

The scope and dynamics of health benefits carried out by the nurse in the long-term care undergo evaluation and are shaped by health needs of the patient within the care. The nurse of the stationary and nonstationary long-term care organizes, performs and supervises preventive, nursing, diagnostic, healing and educational benefits towards the patient, taking the full liability for the quality of these services. The sector of the long-term care enabled the nurse to fulfill the fundamental assumption of the contemporary nursing – autonomy.

Conclusion

The patient of the long-term care is a diversified, requiring, ailing, disabled patient in physical and/or mental terms, and only professional, holistic approach towards the patient, both of the nurse and other members of the therapeutic team can bring expected effects in therapeutic procedures.

Keywords: health-dependent quality of life, definition of life quality, life quality survey

Wstęp

Opieka długoterminowa to stosunkowo nowy sektor ochrony zdrowia, sektor, który wypełnia lukę powstałą w tym systemie. Dłuższy przeciętnie okres trwania życia i jednoczesny wzrost osób z niepełnosprawnością, przewlekłymi chorobami sprawia, że nawarstwiają się problemy zdrowotne i społeczne kształtują pacjenta opieki długoterminowej. Oczekiwania

chorego względem ochrony zdrowia i jej świadczeniodawców jest coraz większe. Liderem opieki długoterminowej i jej głównym świadczeniodawcą jest pielęgniarka. Pielęgniarka, która realizuje świadczenia względem pacjenta w sposób niezależny, samodzielny. Złożoność tych zadań sprawia, że prestiż zawodu jest wyższy, a pielęgniarki postrzegane są z większym szacunkiem. Kompetencje zawodowe pielęgniarki długoterminowej to planowanie indywidualnych planów opieki nad i z pacjentem we współpracy z jego rodziną oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego, realizacja tych planów i ich niestawiczna, systematyczna ocena. Pielęgniarkę opieki długoterminowej charakteryzuje umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, kreatywność i rzetelność, a także wszechstronna wiedza teoretyczna i duże umiejętności praktyczne.

Cel

Celem pracy jest wykazanie zależności zakresu i dynamiki świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę od potrzeb pacjentów opieki długoterminowej.

Przegląd

Opieka długoterminowa jest stosunkowo młodym sektorem ochrony zdrowia, którego początek przypada na 1991 rok i wiąże się ze zmianą Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej. Rozwój opieki długoterminowej datuje się na lata 1999 – 2004, kiedy to w Polsce doszło do restrukturyzacji ochrony zdrowia [Biercewicz i wsp., 2010].

Wg WHO opieka długoterminowa jest systemem działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele) oraz formalnych (specjalistów w dziedzinie zdrowia, opieki społecznej oraz innych) w celu zapewnienia osobie, która nie jest w pełni zdolna do samodzielnej opieki, najwyższej możliwej jakości życia, według jej indywidualnych preferencji, przy zachowaniu możliwie wysokiego stopnia niezależności, autonomii, samorealizacji i godności ludzkiej. Na potrzeby polskiego systemu ochrony zdrowia opiekę długoterminową zdefiniowano jako długookresową, ciągłą, profesjonalną pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuacją leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowaną instytucjonalnie (stacjonarnie lub w domu chorego) w celu podtrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym z dużym deficytem w samoopiece i samopielęgnacji, niekwalifikującym się do leczenia szpitalnego [Kuźmicz i wsp. 2014].

Ustawa z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej wprowadziła nomenklaturę podmiotów leczniczych z podziałem stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych na szpitalne i inne niż szpitalne. Do tych drugich zaliczamy zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej oraz hospicja. W ustawie tej zawarty jest również podział ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych na podstawowe lub specjalistyczne do których zaliczamy pielęgniarstwo długoterminowe domowe oraz wielodyscyplinarny zespół opieki długoterminowej. Podstawowy zakres świadczeń zdrowotnych w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej polega na objęciu całodobową pielęgnacją i kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych oraz pacjentów, którzy przebyli leczenie szpitalne mają ukończony proces diagnozowania, ale ze względu na swój stan zdrowia i niepełnosprawność, a także brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają dalszej kontroli lekarskiej, opieki pielęgniarstwa, profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji, kontynuacji leczenia farmakologicznego, żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia i edukacji zdrowotnej. Pacjenci objęci opieką długoterminową wymagają takiego postępowania, które przyczyni się do poprawy stanu ich zdrowia, co wpłynie na jakość ich życia. Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka sprawowana nad obłożnie i przewlekle chorym w środowisku domowym. Pacjent objęty tego rodzaju opieką wymaga systematycznego specjalistycznego świadczenia wykonywanego przez pielęgniarkę długoterminowej opieki domowej np. kroplowe wlewy dożylnie, wykonanie opatrunku, karmienie przez zgłębnik lub przetokę odżywczą, założenie i usunięcie cewnika, pielęgnacja rurki tracheostomijnej.

Podstawowy katalog świadczeń opieki długoterminowej to:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym,
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci i młodzieży, opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży,
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci wentylowanych mechanicznie, opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej [Zarządzenie Prezesa NFZ 60/2016/DSOZ].

Determinanty zapotrzebowania na opiekę długoterminową w Polsce.

Zapotrzebowanie na różne formy opieki długoterminowej jest bardzo duże. Szacuje się, że z roku na rok będzie ono systematycznie wzrastać. Do czynników mające wpływ na rosnące zainteresowanie tą formą ochrony zdrowia należą:

- Narastający proces starzenia się społeczeństwa w wyniku spadku liczby urodzeń, postępu medycyny i zwiększonej skuteczności terapii, która przyczynia się do wydłużenia się przeciętnego trwania życia człowieka. Zgodnie z założeniami prognozowanymi przez GUS obejmującymi okres do 2050 roku wzrośnie liczba osób starszych – powyżej 65 roku życia o 5,4 mln w skali kraju. Proces starzenia się można zdefiniować jako naturalne, nieodwracalne, narastające z upływem lat zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji oraz regeneracji organizmu, a także przemian morfologicznych i czynnościowych jego narządów i tkanek [Horoch i wsp., 2014].

- Problemem jest fakt, że choć starość nie jest równoznaczna z niesamodzielnnością, większość tych ludzi będzie obciążona chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością. Osoba niesamodzielnna - osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku wymaga pomocy osoby drugiej dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Uzależnienie od innych osób, niesamodzielnność i jej konsekwencje, oznacza wzrost zapotrzebowania społeczeństwa na różne formy opieki długoterminowej. Starzenie się populacji rodzi konsekwencje ekonomiczne dla państwa. Duże koszty związane z pobytem osób w podeszłym wieku w oddziałach szpitalnych, gdzie brak jest kompleksowości sprawowanej opieki nad nimi, właściwie wyspecjalizowanej kadry, która holistycznie podeszłaby do problemu choroby w wieku starszym sprawia, że priorytetem dla naszego państwa powinno stać się stworzenie kompleksowego i spójnego systemu opieki długoterminowej [Bielawska, 2015].
- Brak wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny. Duży odsetek rodzin to rodziny nuklearne – pracujący rodzice i jedno lub więcej dzieci. Coraz mniejszy odsetek rodzin wielopokoleniowych powoduje coraz większy dysonans między zapotrzebowaniem na opiekę a możliwością jej zapewnienia. Brak wydolności opiekuńczej rodziny często ma związek z problemami w sferze ekonomicznej. W wyniku choroby przewlekłej jednego z członka rodziny dochodzi do braku możliwości kontynuowania pracy zawodowej, konieczności przejścia na rentę, a koszty związane z leczeniem i rehabilitacją powodują zubożenie rodziny. Skutki choroby przewlekłej w rodzinie widoczne są także w sferze zdrowia psychofizycznego jej członków. Poczucie zagrożenia przyszłości rodziny, przewlekłe zmęczenie, lęk o życie osoby chorej, brak pomocy ze strony otoczenia, osamotnienie wywierają wpływ na stan fizyczny i psychiczny. W takich sytuacjach rodzina szuka wsparcia i pomocy w specjalistycznych sektorach ochrony zdrowia, a takim jest opieka długoterminowa [Bielawska, 2015].
- Choroby cywilizacyjne takie jak między innymi choroby układu krążenia – nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, udar mózgu, choroby układu oddechowego – przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby przewodu pokarmowego – zespół jelita drażliwego, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz zaburzenia psychiczne, cukrzyca, to schorzenia, które rozpowszechniły się w wyniku intensywnego uprzemysłowienia i urbanizacji [Horoch i wsp., 2014].
- Choroby społeczne wg WHO to trwałe uszkodzenie zdrowia, które ogranicza zdolność do wykonywania typowych zadań życiowych lub w ogóle je uniemożliwia, skraca średni oczekiwany okres życia, wymaga stałej medycznej i społecznej opieki oraz którego wskaźnik chorobowości jest wyższy niż 1 %.
- Choroby cywilizacyjne i społeczne tworzą tzw. błędne koło ze względu na wspólne przyczyny i wzajemnie nakładające się powikłania. Przyczyniają się do uzależnienia chorego od innych i do potrzeby wsparcia profesjonalną opieką [Horoch i wsp., 2014].

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – rola pielęgniarki.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze otworzyły możliwość rozwoju samodzielnego, profesjonalnego pielęgniarstwa. Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do nadzorowania i koordynowania świadczeń pielęgniarstkich i opiekuńczych co gwarantuje wysoką jakość opieki nad pacjentem. Kierownikiem zakładu zgodnie wytycznymi jest mgr pielęgniarstwa co podnosi renomę tego zawodu. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych nie ma lekarza na stałe i to na zespole pielęgniarstkim spoczywa największa odpowiedzialność za pacjenta. Pielęgniarka musi posiadać kompleksową, wszechstronną wielodyscyplinarną wiedzę. Wobec pielęgniarki opieki długoterminowej stawiane są poważne wymagania dotyczące kwalifikacji zawodowych - w szczególności posiadanie przygotowania specjalistycznego dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej lub legitymująca się ukończeniem kursu kwalifikacyjnego w odpowiedniej dziedzinie, doświadczenia zawodowego, szczególnych predyspozycji i właściwych postaw etycznych. Ważną rolę pielęgniarki w tego typu zakładach jest współpraca z wielodyscyplinarnym zespołem terapeutycznym sprawującym opiekę nad pacjentem. Pielęgniarka jest bezpośrednim partnerem lekarza, rehabilitanta, psychologa, dietetyka i terapeuty zajęciowego. Od właściwych, holistycznych działań całego zespołu zależy efekt pracy nad i z chorym oraz jego rodziną. Chory przebywający w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym jest pacjentem ze złożonymi problemami i życiowymi. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem jest konieczność spójności działań z różnych dziedzin nauki – pielęgniarstwa, rehabilitacji, pedagogiki, psychologii oraz socjalnych i prawnych. Podstawową rolą pielęgniarki jest pozyskanie pacjenta i jego rodziny do współpracy. Edukowanie chorego i jego bliskich, motywowanie do samodzielnego zaspokajania potrzeb wsparcie w działaniach opiekuńczych, przyczyniają się do usamodzielniania chorego i przygotowania pacjenta i jego rodziny do powrotu do środowiska domowego. Inną równie ważną rolą jest współpracy ze specjalistami, organizacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz pacjenta niepełnosprawnego, przewlekle chorego i ich rodzin [Biercewicz i wsp., 2010].

Pielęgniarka zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego realizuje następujące zadania:

- ustala diagnozę pielęgniarstwą oceniając stan zdrowia chorego,
- ustala plan działania opierając się na deficycie pacjenta w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji,
- organizuje i koordynuje opiekę nad chorym,
- wdraża odpowiednie standardy postępowania,
- prowadzi edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny w celu przygotowania chorego do powrotu do środowiska domowego,

- prowadzi edukację, pomoc w zdobyciu sprzętu rehabilitacyjnego, pomocniczego niezbędnego do funkcjonowania chorego,
- współpracuje z instytucjami w celu znalezienia wspólnego rozwiązania problemów zdrowotnych, socjalnych i prawnych pacjenta,
- współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego w tym z lekarzem zakładowym wykonując zlecenia lekarskie.

Świadczenia realizowane przez pielęgniarkę i pozostałych członków zespołu terapeutycznego w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym możemy podzielić na:

1. zakres świadczeń zdrowotnych:
 - pielęgniarskie wynikających z diagnozy pielęgniarskiej,
 - rehabilitacyjne – aktywizacja chorego, rehabilitacja fizyczna i poprawa sprawności psychicznej,
 - lecznicze – kontynuacja leczenia farmakologicznego, konsultacje specjalistyczne,
 - dietetyczne,
 - w zakresie terapii zajęciowej,
 - wsparcie psychologiczne,
 - edukacja pacjenta.
2. Zakres świadczeń socjalno-opiekuńczych:
 - pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, zapewnienie podstawowych potrzeb,
 - pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
 - zapewnienie dostępu do różnych form pomocy społecznej,
 - aktywizacja pacjenta np. poprzez ergoterapię,
 - organizacja opieki w środowisku domowym poprzez współpracę z bliskimi chorego po zakończonym pobycie w placówce.
3. zakres świadczeń związanych z potrzebami bytowymi:
 - zakwaterowanie,
 - wyżywienie,
 - utrzymanie czystości.
 - zakres świadczeń wspomagających:
 - zapewnienie kontaktu z bliskimi,
 - umożliwienie realizację potrzeb religijnych.

Pielęgniarka – lider zespołu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym kontroluje, współpracuje w zakresie realizacji w/w świadczeń na rzecz uzyskania jak najlepszych wyników z pacjentem. Powstanie nowego sektora ochrony zdrowia jakim jest opieka długoterminowa, a w niej zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze przyczyniło się do rozwoju samodzielnego, kompleksowego, autonomicznego pielęgniarstwa. Pielęgniarstwa, w którym to pielęgniarka podejmuje samodzielne, profesjonalne decyzje ponosząc za nie pełną odpowiedzialność [Biercewicz i wsp., 2010].

Zakres świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę w opiece długoterminowej domowej.

Opieka długoterminowa domowa realizowana jest w środowisku domowym pacjenta, a świadczeniodawcą tej opieki jest pielęgniarka opieki długoterminowej domowej. Udziela ona świadczeń z zakresu diagnostyki, pielęgnacyjno-lecznicze, pielęgnacyjno-higieniczne, rehabilitacyjne i edukacyjne oraz pozyskiwania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. Podstawowym elementem opieki długoterminowej domowej jest indywidualne, holistyczne podejście do podopiecznego. Pielęgniarską opieką długoterminową domową objęci są pacjenci nie kwalifikujący się do leczenia stacjonarnego, którzy z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej. Chorzy ci wymagają specjalistycznej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, która wykonywana jest w środowisku domowym we współpracy z lekarzem i pielęgniarką POZ. Pielęgniarka udziela świadczeń zdrowotnych nie rzadziej niż 4 razy w tygodniu. Jej praca polega na stałym i systematycznym kontakcie z chorym w jego środowisku zamieszkania, co zmusza pielęgniarkę do często trudnych, samodzielnych i odpowiedzialnych decyzji. Dlatego też charakteryzuje ją posiadanie obszernej wiedzy medycznej, umiejętności oraz doświadczenia w pracy z pacjentem. Do świadczeń gwarantowanych w opiece długoterminowej domowej należą:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
 - przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
 - świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
 - edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
 - pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
 - pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Wyzwaniem dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej jest choroba psychiczna pacjenta, ograniczenie możliwości rodziny w zapewnieniu opieki, leczenie i pielęgnacja odleżyn, walka z bólem. Pielęgniarkę opieki długoterminowej domowe charakteryzować powinny umiejętności samodzielnej organizacji pracy, kompetencje zawodowe, profesjonalizm,

wiedza i umiejętności, sumienność i opanowanie. Z predyspozycji osobowościowych najważniejsze to troskliwość, opiekuńczość, asertywność i wyrozumiałość [Rozporządzenie Ministra Zdrowia].

Najważniejszą i niepodważalną zasadą opieki długoterminowej jest jej kompleksowość. Osoby, które korzystają z tej formy opieki, to pacjenci, u których proces diagnozowania i leczenia w warunkach szpitalnych został zakończony, jednakże wymagają oni dalszej profesjonalnej i systematycznej opieki pielęgniarstwa w warunkach stacjonarnych lub w środowisku domowym. Podstawową kartą zakwalifikowania chorego do opieki długoterminowej jest zmodyfikowana skala Barthel, która określa sprawność pacjenta, a co za tym idzie jego zapotrzebowanie na opiekę. Skala ta składa się z dziesięciu czynności dnia codziennego takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie kąpieli całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach oraz ubieranie i rozbieranie. Ocenia się zdolność chorego do samodzielnego wykonania powyższych czynności, a co za tym idzie deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Pacjent oceniony za pomocą skali Barthel może otrzymać od 0 do 100 punktów. Do objęcia opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową kwalifikuje się świadczeniobiorca, który uzyska od 0 do 40 punktów, co oznacza, że pacjent potrzebuje stałej pomocy. Wyjątek stanowi chory, u którego podstawowym wskazaniem jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie w takim przypadku nie może być on objęty opieką długoterminową. [Rozporządzenie Ministra Zdrowia]

Istnieją trzy przedziały punktowe w powyższej skali: uzyskanie od 0 do 20 punktów oznacza całkowitą niesamodzielność chorego, od 20 do 80 oznacza, że pacjent potrzebuje pomocy w jakimś stopniu, a od 80 do 100, że przy niewielkiej pomocy może on funkcjonować samodzielnie. Oceny skalą Barthel dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wraz z pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego przed objęciem pacjenta opieką długoterminową, a po umieszczeniu w placówce pielęgniarka zakładu w dniu przyjęcia i wypisu, a także, gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy ulegnie zmianie w trakcie pobytu.

Decyzję o przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczego podejmuje kierownik placówki we współpracy z lekarzem zakładu. Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej oceny świadczeniobiorcy za pomocą skali Barthel dokonuje na koniec każdego miesiąca. Przeciwskazaniem do objęcia tą formą opieki chorego jest ostra faza choroby psychicznej. Przekrój pacjentów objętych opieką długoterminową jest bardzo zróżnicowany. Największą grupę stanowią osoby w wieku podeszłym, ale przyjmowane są również osoby we wczesnym, średnim i późnym okresie dorosłości. Wspólnym mianownikiem dla świadczeniobiorców opieki długoterminowej jest fakt, że wymagają oni z różnych przyczyn intensywnej opieki pielęgniarstwa ze względu na deficyt samoopieki i złożoność problemów pielęgnacyjnych. Charakterystyczną cechą pacjenta opieki długoterminowej jest wielochorobowość, a co za tym idzie wystąpienie problemów pielęgnacyjnych w każdej sferze - biologicznej, psychicznej i społecznej. Tylko holistyczne podejście do pacjenta może przynieść efekty terapeutyczne. Schorzenia przewlekłe, które charakteryzują chorego opieki długoterminowej ograniczają jego sprawność funkcjonalną i pogarszają jakość życia. Osoby w wieku podeszłym, to podstawowa grupa odbiorców opieki długoterminowej. U ludzi w tym wieku obserwuje się zmniejszenie sprawności komórek, tkanek i narządów, postępujące upośledzenie sprawności mechanizmów regulacyjnych, te fizjologiczne zmiany starcze wpływają na specyficzny przebieg procesów chorobowych, a co za tym idzie utrudniają diagnostykę i leczenie. Patologia wieku podeszłego charakteryzuje się kilkoma cechami – wielonarządowością zmian chorobowych, niespecyficznymi objawami choroby, zmianą dynamiki przebiegu choroby i jej reakcją na zastosowane leczenie oraz gorszym rokowaniem, a także wystąpieniem częstych powikłań. Osoby starsze obciążone są przede wszystkim schorzeniami, które związane są z rozwojem miażdżycy – zawały serca, udary mózgu, otępienie starcze, z chorobami zwyrodnieniowymi dotyczącymi narządu ruchu. Pacjent opieki długoterminowej w tym wieku to pacjent niepełnosprawny. Niepełnosprawność ogranicza chorego w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, co doprowadza do uzależnienia od innych i pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne. Podopiecznego opieki długoterminowej w tym wieku charakteryzują deficyty w sferze biologicznej takie jak między innymi: odwodnienie, niedożywienie, zaniedbania higieniczne, nietrzymanie moczu i stolca. Niepełnosprawność pacjenta doprowadza do jego unieruchomienia, a następnie upośledzenia funkcjonowania poszczególnych układów tj. krążenia, oddechowego i ruchu, powoduje zanik masy i siły mięśniowej, obniża odporność, przyczynia się do powstania zakrzepicy żył głębokich i powstania odleżyn, upośledzenia perystaltyki jelit objawiającego się zaparciami. U osób w wieku podeszłym objętych opieką długoterminową kolejny problem stanowią zaburzenia funkcji poznawczych. Są one jednym z elementów otępienia. Wpływają negatywnie na codzienne funkcjonowanie chorego pogarszając jakość jego życia. Wczesne wykrycie zaburzeń poznawczych objawiających się utratą pamięci szczególnie krótkoterminowej, problemami w komunikowaniu się z otoczeniem, utratą orientacji co do miejsca i czasu, brakiem zainteresowań, lękiem oraz drażliwością może przyczynić się do wdrożenia postępowania terapeutycznego mającego na celu spowolnienie objawów choroby. Bierność pacjenta doprowadza do uzależnienia od innych osób, ważne jest właściwe podejście do chorego, motywowanie go do działania, odpowiedni dobór zajęć w ciągu dnia dostosowany do stanu psychicznego pacjenta [Cebulak i wsp., 2014].

Z deficytami w sferze biologicznej i psychicznej pacjenta w podeszłym wieku wiąże się upośledzenie życia społecznego. Zmiany w zachowaniu tych ludzi są trudne do zaakceptowania przez rodzinę oraz otoczenie pacjenta. Chory w wieku starszym zakwalifikowany do stacjonarnej lub niestacjonarnej opieki długoterminowej jest pacjentem bardzo wymagającym. Każdy z nich wymaga indywidualnego, holistycznego podejścia ze strony personelu pielęgniarstwa. Ustawicznego zachęcania do samodzielności, nie wyręczania w prostych czynnościach dnia codziennego. Różne postawy pacjenta - lęk, podejrzliwość, złość w stosunku do personelu utrudniają nawiązanie współpracy z podopiecznym w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu terapeutycznego. Inną stosunkowo liczną grupę stanowią pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi. Najczęściej występującymi chorobami dotyczącymi ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego w opiece długoterminowej jest: udar mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera. Schorzenia te charakteryzują się

przewlekłością, wielobjawowością, postępującym przebiegiem. Objawy tych chorób mogą dotyczyć pewnych części ciała lub mają charakter uogólniony. Do najczęstszych, z którymi boryka się pacjent i opiekujący się nim personel należą: ból o różnym charakterze i nasileniu, porażenia kończyn, zaburzenia połykania, zaburzenia czucia, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy typu afazja sensoryczna lub motoryczna, powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem. Oprócz objawów fizycznych zmiany dotyczą także sfery psychicznej i emocjonalnej pacjenta. U chorego dochodzi do zaburzeń orientacji w czasie i przestrzeni, ograniczenia kontaktu z otoczeniem, zaburzeń procesów myślowych – pamięci, spostrzegania, krytycyzmu. W chorobie Alzheimera dodatkowo dołączają się stany lękowe i pobudzenie, zaburzenia snu, błądzenie, nietrzymanie moczu i stolca, zagrożenie upadkami. Oprócz złego stanu neurologicznego chorego pojawiają się lub istniały wcześniej objawy, związane ze współistniejącymi schorzeniami np. nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy. Choroby neurologiczne wymagają zastosowania nowoczesnej terapii w celu poprawy, jeżeli jest to możliwe lub jak najdłuższego utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na istniejącym poziomie oraz wdrożenia takiego procesu pielęgnowania, który odroczy bądź całkowicie zapobiegnie powikłaniom. Działania pielęgniarstwa w stosunku do tej grupy pacjentów obejmują eliminację powikłań związanych z objawami choroby, do których należą między innymi – zapobieganie niedożywieniu i odwodnieniu, zapobieganie możliwości wystąpienia powikłań w postaci zakrzuszenia, zakrzepicy, odleżyn, przykurczów [Biercewicz i wsp., 2010].

Ważnym elementem jest współpraca z pacjentem i jego rodziną na każdym etapie procesu pielęgnowania. Kolejną grupę pacjentów stanowią pacjenci w stanie wegetatywnym – apalicznym. NFZ zakwalifikował tę grupę jako odrębną, określając konkretne wytyczne - kryteria oceny stanu wegetatywnego, kryteria sprawowanej opieki i otrzymanej gratyfikacji za nią przez płatnika [Zarządzenie nr 69/2014].

Stan wegetatywny charakteryzuje się utratą wyższych funkcji mózgu, chory jest nieprzytomny i nie można nawiązać z nim kontaktu w wyniku rozlanego uszkodzenia kory mózgowej, struktur podkorowych i/lub międzymózgowia. Pacjent w tym stanie nie spełnia poleceń, a jego kończyny ułożone są w pozycji odmóżdżenia – patologiczna reakcja wyprostna, lub odkorowania – patologiczna reakcja zgięciowa, czasami mogą pojawić się bezcelowe ruchy głowy, tułowia czy kończyn. Chorzy w tym stanie wymagają bardzo intensywnej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa, zapewniającej przede wszystkim, poprzez właściwe działania zapobieganie powstaniu powikłań [Bickley, 2014]. Pacjenci opieki długoterminowej w stanie apalicznym narażeni są na szereg powikłań do których należą między innymi:

1. Powstawanie odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia. Pielęgniarka poprzez ocenę ryzyka powstania odleżyn za pomocą odpowiedniej skali, wdrożenie działań profilaktycznych, do których należą zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego, zmiana pozycji ciała, obserwacja skóry, dbanie o higienę, odpowiednie odżywienie i nawodnienie chorego zmniejsza ryzyko ich powstania.
2. Powikłania ze strony układu oddechowego z powodu długotrwałego unieruchomienia. Zastosowanie zmian pozycji ciała i właściwe ułożenie chorego, oklepywanie klatki piersiowej, prawidłowe nawadnianie i odżywianie, wietrzenie sali pacjenta, toaleta drzewa oskrzelowego, właściwa pielęgnacja rurki tracheostomijnej, to tylko niektóre z szeregu zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad chorym.
3. Wystąpienie odwodnienia i niedożywienia. Ustalenie odpowiedniej techniki żywienia, odpowiedniej ilości dostarczanych pokarmów – dieta przemysłowa, płynów i regularna kontrola masy ciała oraz co trzymiesięczne pobranie i kontrola wyników badań laboratoryjnych zaleconych przez NFZ, to tylko niektóre wytyczne, których przestrzeganie zapobiegnie wystąpieniu w/w powikłaniu.
4. Powstanie procesu zapalnego np. układu moczowego, oddechowego. Pielęgniarka przestrzegająca standardów i procedur postępowania podczas wykonywania zabiegów, odpowiednio rozmieszczająca chorych biorąc pod uwagę zmniejszoną odporność pacjentów w stanie wegetatywnym minimalizuje narażenie pacjenta na powstanie procesu zapalnego.
5. Powstanie żylnych chorób zakrzepowo – zatorowej. Codzienna obserwacja wyglądu kończyn chorego, wyższe ich ułożenie, wykonywanie zleceń lekarskich z zakresu farmakologicznej profilaktyki przeciwzakrzepowej oraz biernie ćwiczenia rehabilitacyjne minimalizują ryzyko wystąpienia powikłania.
6. Powikłania ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Pielęgniarka we współpracy z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego wykonuje ćwiczenia bierne, stosuje właściwe techniki ułożenia pacjenta, pionizuje chorego jak i właściwe nawadnia i odżywia [Biercewicz i wsp., 2010].

Innym równie ważnym aspektem pracy pielęgniarki i problemem charakteryzującym pacjenta w stanie wegetatywnym w opiece długoterminowej jest współpraca z bliskimi chorego. Powinni oni w miarę możliwości uczestniczyć w procesie pielęgnowania. Pielęgniarka edukuje rodzinę pacjenta, który jest osobą całkowicie uzależnioną od otoczenia, w celu przygotowania chorego i jego bliskich do powrotu lub do właściwej opieki w środowisku domowym. Bliscy chorego, ze względu na to, że często jest on osobą młodą, duża grupa ludzi w tym stanie to pacjenci po urazach, wypadkach komunikacyjnych, potrzebują wsparcia psychologa nie mogąc poradzić sobie z sytuacją, w której znalazł się pacjent jak i oni [Biercewicz i wsp., 2010].

Wnioski

Pacjent opieki długoterminowej jest pacjentem zróżnicowanym, wymagającym, schorowanym, niepełnosprawnym fizycznie i/lub psychicznie i tylko profesjonalne, holistyczne podejście do chorego zarówno pielęgniarki jak i pozostałych członków zespołu terapeutycznego może przynieść oczekiwane efekty postępowania terapeutycznego

Pielęgniarka opieki długoterminowej, zarówno stacjonarnej jak i domowej powinna być pielęgniarką charakteryzującą się obszerną wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi z zakresu różnych dziedzin medycyny.

Piśmiennictwo

1. Bickley Lynn. 2014. *Metaboliczne i strukturalne przyczyny śpiączki* [w:] *Kieszonkowy przewodnik po badaniu podmiotowym i przedmiotowym*. Gaciong Zbigniew, Jędrusik Piotr. (red.) Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia: 319-321.
2. Bielawska Joanna. 2015. Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej. Legnica: *Zeszyty Naukowe PWSZ im. Witelona w Legnicy*. 15(2): 7-20.
3. Biercewicz Monika, Bułat Teresa, Czarnecki Damian, i wsp. 2010. *Opieka długoterminowa w Polsce. Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Problemy osób przewlekle chorych w aspekcie opieki długoterminowej*. [w:] *Psychospołeczne i medyczne aspekty starzenia się i starości. Problemy osób upośledzonych umysłowo w aspekcie opieki długoterminowej. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Kędziora – Kornatowska Katarzyna (red.) Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 1-195.
4. Horoch Andrzej i wsp. 2014. *Opieka medyczna nad rodziną w zdrowiu i chorobie. Opieka nad zdrowiem osób starszych*. [w:] *Zdrowie publiczne*. Piotrowska Janina. Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 332-367.
5. Kuźmicz Ilona, Brzostek Tomasz, Górkiewicz Maciej. 2014. Zmiany sprawności ruchowej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych długoterminową opieką stacjonarną w Polsce. *Problemy pielęgniarstwa, tom 22, zeszyt 2*. Wydawnictwo Via Medica: 154-158.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej. *Dziennik Ustaw 2013 poz. 1480*.
7. Zarządzenie nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
8. Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.