

Wiesława Mojsa¹, Sławomir Chlabicz¹, Jolanta Małyszko²

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Charakterystyka pacjentów pielęgniarstwiej opieki długoterminowej w latach 2004–2008 w województwie podlaskim

Characteristics of „long-term home care nursing” patients in the years 2004–2008 in Podlasie Province

Abstract

Background. The study objective was to obtain the profile of „long-term in-home care nursing” patients, to determine the degree of their independence in carrying out physical activities of daily living and type of medical procedures, as well as to find out what specialists refer patients for this form of home care.

Material and methods. Data from the assessment charts of 575 patients from the years 2004–2008 registered in the documents of Nonpublic Health Care Centre in Białystok were analysed. The relationship between the Barthel Index and the number of medical procedures was assessed by means of Spearman’s nonparametric correlation. Statistical hypotheses were verified at a significance level of 0.05.

Results. The study group varied with regard to age. The Barthel Index score of 0 and the value of 0 in the „assessment of patient’s self-service condition” in 2007 were noted in 259 individuals 45%. Most patients were totally dependent in performing bathing 99.5%, walking up and down the stairs 93.2%, private hygiene 92.7%. „Long-term in-home care” nurses most frequently applied dressings for pressure ulcers and other wounds 69.8%, catheterized urinary bladder 56.9%, and gave intravenous droplet infusions 18.2%. There was a statistically negative correlations between the Barthel Index value and the number of medical procedures $p < 0.001$; $r = -0.34$.

Conclusions. Most „long-term in-home care nursing” patients were at the age of 80 or older and frequently totally dependent in performing physical activities of daily living. The patients required more frequently social services rather than medical procedures. The lower the Barthel Index values indicates the greater number of medical procedures. Doctors other than family physicians infrequently referred patients to „long-term in-home care nursing”.

Gerontol. Pol. 2013; 21, 1: 18–24

Key words: home health care, healthcare services, long-term care, Poland

Wstęp

W Polsce tworzenie systemu opieki długoterminowej rozpoczęło się w okresie wprowadzenia zmian finansowania wydatków w ochronie zdrowia w latach 90. XX wieku. Okresem przełomowym dla rozwoju

tej dziedziny były lata 1999–2001. W tym czasie powstały stacjonarne zakłady opieki długoterminowej: zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) i zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) [1, 2]. Od 2004 roku rozpoczęto kontraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w domach osób niesprawnych, na poziomie 0–40 punktów w skali Barthel, pod nazwą „pielęgniarstwiej opieki długoterminowej”. Do roku 2010 świadczenia pielęgniarstwiej opieki długoterminowej oferowane były osobom niezależnie od wieku i rozpoznania ICD-10, których sprawność w zakresie podstawowych czynności codziennego życia nie przekraczała 40 punktów w skali Barthel i którzy wymagali

Adres do korespondencji:
Dr n. o zdrowiu Wiesława Mojsa
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Mieszka I 4 B
15–054 Białystok

realizacji przez minimum 2 tygodnie co najmniej jednego z takich zabiegów medycznych, jak: podłączenie kroplowego wlewu dożylnego, pielęgnacja przetoki, pielęgnacja odleżyn, owrzodzeń troficznych podudzi i trudno gojących się ran, karmienie przez zgłębnik lub przez przetokę, zakładanie i usuwanie cewnika moczowego, płukanie pęcherza moczowego, pielęgnacja rurki tracheostomijnej. Obecnie pielęgniarska opieka długoterminowa funkcjonuje w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych jako „pielęgniarska opieka długoterminowa domowa” [3]. Poziom punktowy 0–40 pkt w skali Barthel jest ogólnokrajowym kryterium kwalifikującym do tej formy opieki zdrowotnej, a od 2010 roku zabiegi medyczne jako warunek kwalifikacji nie są brane pod uwagę [4]. Domowe świadczenia gwarantowane są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Celami badań były: dokonanie charakterystyki pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej, określenie poziomu samodzielności pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej w wykonywaniu podstawowych czynności codziennego życia i rodzaju wykonywanych zabiegów medycznych oraz wskazanie specjalności lekarzy kierujących pacjentów do tej formy opieki domowej.

Material i metody

Analizie poddano dane z kart kwalifikacji pielęgniarskiej do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową 575 pacjentów przyjętych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w latach 2004–2008 w jednym z Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Białymstoku. Placówkę wybrano ze względu na dużą liczbę pacjentów objętych tą formą opieki.

Kryteriami włączenia do badania były:

- formalne objęcie pacjenta długoterminową pielęgniarską opieką domową w podanym przedziale czasowym;
- zgoda kierownika Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej na przeprowadzenie badania.

Karta kwalifikacji pielęgniarskiej do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową obejmowała:

- dane o strukturze wieku i płci przyjmowanych osób;
- ocenę podstawowych czynności codziennego życia według zmodyfikowanej skali Barthel, a w roku 2007 skali oceny stanu samoobsługi pacjenta;
- realizację zabiegów medycznych, takich jak: kroplowe wlewy dożylnie, wykonywanie opatrunków na odleżyny i inne rany, karmienie przez zgłębnik, karmienie przez przetokę, pielęgnację przetoki, założenie i usunięcie cewnika moczowego, płu-

kanie pęcherza moczowego, pielęgnację rurki tracheostomijnej.

Zmodyfikowana skala Barthel używana w latach 2004–2008 różniła się określeniami poziomów samodzielności niektórych czynności w porównaniu z tą używaną obecnie. Podstawowe czynności codziennego życia oceniano w następujący sposób: spożywanie posiłków: 0 — nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 — potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., 10 — samodzielny, niezależny; przemieszczanie z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie: 0 — nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 — potrzebuje większej pomocy fizycznej jednej, dwóch osób, może siedzieć, 10 — potrzebuje mniejszej pomocy — słownej lub fizycznej, 15 — samodzielny; utrzymanie higieny osobistej: 0 — potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 — niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu z zapewnionymi pomocami; korzystanie z toalety: 0 — zależny, 5 — częściowo potrzebuje pomocy, 10 — niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby; mycie/kąpiel całego ciała: 0 — zależny, 5 — niezależny; poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 — nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 — do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 — spaceruje przy pomocy jednej osoby > 50 m, 15 — niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50 m; wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 — nie jest samodzielny, 5 — potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 — samodzielny; ubieranie się i rozbieranie: 0 — zależny, 5 — potrzebuje częściowej pomocy, 10 — niezależny także w zapinaniu guzików, zamków, sznurowadeł itp.; kontrolowanie zwieracza odbytu: 0 — nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania, 5 — sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 — kontroluje oddawanie stolca; kontrolowanie pęcherza moczowego: 0 — nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 — sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 — kontroluje oddawanie moczu. W 2007 roku ocena stanu samoobsługi pacjenta obejmowała 10 czynności, takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, korzystanie z toalety WC i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem, kąpiel, mycie pod prysznicem całego ciała, czynności higieniczne, np. mycie częściowe — twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie, ubieranie i rozbieranie się,

Tabela 1. Porównanie wartości indeksu Barthel i wartości punktowej w ocenie stanu samoobsługi pacjenta ze względu na wiek i płeć badanych osób (n = 575)**Table 1.** Comparison of Barthel index score and patient's self-care level in relation to age and gender (n = 575)

Wartości	Ogółem n = 575	Wiek			Płeć	
		< 65 n = 90	65–79 n = 164	≥ 80 n = 321	Mężczyźni n = 201	Kobiety n = 374
Indeks Barthel i ocena stanu samoobsługi pacjenta 0	259 (45,0%)	40 (44,4%)	63 (38,4%)	156 (48,6%)	83 (41,3%)	176 (47,1%)
Indeks Barthel 5–35 i ocena stanu samoobsługi pacjenta 1–5	288 (50,1%)	43 (47,8%)	91 (55,5%)	154 (48,0%)	108 (53,7%)	180 (48,1%)
Indeks Barthel 40 i ocena stanu samoobsługi pacjenta 6	28 (4,9%)	7 (7,8%)	10 (6,1%)	11 (3,4%)	10 (5,0%)	18 (4,8%)
Poziom istotności		p = 0,152			p = 0,329	

Dane prezentowane w postaci n (%)

oddawanie moczu i oddawanie stolca. Samodzielność wykonania tych czynności była oceniana w 10-punktowej skali. Jeśli pacjent był niesamodzielny w wykonaniu danej czynności, to ocenia wynosiła 0 punktów, a jeśli był samodzielny, to czynność oceniano 1 punktem. Do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową kwalifikował się pacjent, który otrzymał 0–6 punktów. Do analizy statystycznej stosowano testy: dokładny Fishera lub Fishera-Freemana-Haltona. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p = 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 8.0 firmy Stat-Soft. Zależność między wartościami wskaźnika Barthel a liczbą zabiegów medycznych oceniano za pomocą korelacji nieparametrycznej Spearmana.

Wyniki

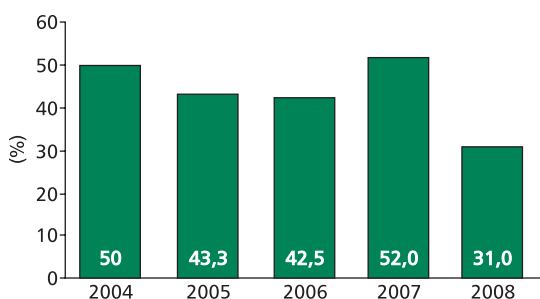
Skierowanie pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej najczęściej wypisywali lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (87%). Inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego rzadko kierowali pacjentów do tej formy opieki (13%). Badana grupa pacjentów była zróżnicowana pod względem wieku. Ponad połowę badanych (55,8%) stanowiły osoby, które osiągnęły lub przekroczyły 80. rok życia, w kategorii wiekowej 65–79 lat znajdowało się 28,5% badanych, natomiast poniżej 65. roku życia było 15,7% osób. Średni wiek \pm SD badanej populacji wynosił $76,8 \pm 15,1$ roku. W badanej populacji kobiety stanowiły 65% osób, mężczyźni — 35%.

Wartość 0 punktów indeksu Barthel oraz wartość 0 punktów w ocenie stanu samoobsługi pacjenta występowała u 259 osób (45%), natomiast najwyższą wartość punktową kwalifikującą do pielęgniarskiej opieki długoterminowej — w skali Barthel 40 punktów oraz 6 punktów w ocenie stanu samoobsługi pacjenta stwierdzono u 28 osób (4,9%). Pozostałe osoby (n = 288, 50,1%) oceniono w zakresie 5–35 punktów w skali Barthel oraz 1–5 punktów w ocenie stanu samoobsługi pacjenta.

Wartości wskaźnika Barthel 0 i 40 oraz wartości w ocenie stanu samoobsługi pacjenta 0 i 6 analizowano osobno w grupach wyodrębnionych ze względu na wiek i płeć (tab. 1).

Największy odsetek osób przyjmowanych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej z wartością indeksu Bartel = 0 oraz na poziomie 0 punktów w ocenie stanu samoobsługi pacjenta zarejestrowano w 2004 (50%). W następnych latach stopniowo zmniejszała się liczba osób całkowicie niesamodzielnych w wykonywaniu wszystkich podstawowych czynności codziennego życia, aż w roku 2008 zmniejszyła się do 31%. Wyjątek stanowi 2007 rok, w którym używano oceny stanu samoobsługi pacjenta, dlatego też porównywanie tych wyników z wartością indeksu Barthel było utrudnione (ryc. 1).

Biorąc pod uwagę wartość indeksu Barthel w wyszczególnionych w skali kategoriach czynności, wykazano, że najwięcej badanych było całkowicie niesamodzielnych w zakresie mycia/kąpieli ciała (99,5%), chodzenia

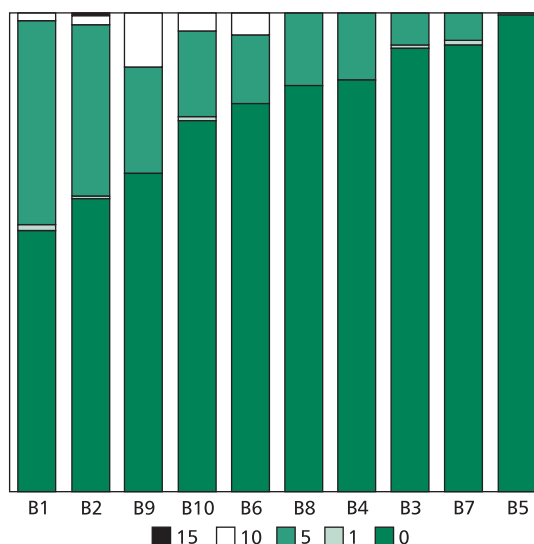


Rycina 1. Odsetek osób z wartością 0 punktów w skali Barthel i w ocenie stanu samoobsługi pacjenta a rok przyjęcia badanych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Figure 1. Percentage of patients with score 0 in Barthel index and in patient's self-care level in relation to year of admittance to in-home long-term care nursing

po schodach (93,2%), higieny osobistej (92,7%). Wysoki odsetek osób niesamodzielnych odnotowano również w zakresie: korzystania z toalety (85,9%), ubierania się i rozbierania (84,6%) oraz poruszania się po powierzchniach płaskich (81,1%). Najmniej osób niepełnosprawnych odnotowano w zakresie spożywania posiłków (54,5%) i przemieszczania się z łóżka na krzesło/siadania (61,1%) (ryc. 2).

Drugim koniecznym warunkiem kwalifikacji pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej w latach 2004–2008 były zabiegi medyczne. Pielęgniarki najczęściej wykonywały opatrunki na odleżyny i inne rany (69,6%), cewnikowanie pęcherza moczowego (56,7%) oraz dożylny wlewy kroplowe (18,2%). U niewielu pacjentów wykonywano pielęgnację rurki tracheostomijnej (1,4%) i pielęgnację przetoki (1,4%). Rzadko pacjenci byli karmieni przez zgłębnik (3,0%) i przetokę (0,9%). Częstość wykonywania wymienionych zabiegów medycznych w odniesieniu do wieku i płci przedstawiono w tabeli 2. Stwierdzono, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni miały założony cewnik do pęcherza moczowego $p < 0,001$ Nie wykazano statystycznie istotnych różnic ze względu na wiek. Stwierdzono również, że istotnie częściej miały założoną rurkę tracheostomijną osoby młodsze — $p = 0,033$ i mężczyźni — $p = 0,024$ (tab. 2). Średnia liczba zabiegów medycznych obliczona dla jednego pacjenta wynosiła 1,9 (zakres: 1–8 zabiegów). Obliczono korelację nieparametryczną Spearmana między liczbą wykonywanych zabiegów medycznych a wartością indeksu Barthel. Stwierdzono ujemną istotną statystycznie korelację między wartością



Rycina 2. Wartość indeksu Barthel i oceny stanu samoobsługi pacjenta w czynnościach codziennego życia; B1 — spożywanie posiłków; B2 — przemieszczanie się z łóżka na krzesło/siadanie; B3 — utrzymanie higieny osobistej; B4 — korzystanie z toalety; B5 — mycie, kąpiel całego ciała; B6 — poruszanie się po powierzchniach płaskich; B7 — wchodzenie i schodzenie po schodach; B8 — ubieranie się/rozbieranie; B9 — kontrolowanie zwieracza odbytu; B10 — kontrolowanie zwieracza pęcherza moczowego

Figure 2. Barthel index score and patient's self-care level in activities of daily living

indeksu Barthel a liczbą wykonywanych zabiegów medycznych $r = -0,34$, $p < 0,001$.

Dyskusja

W ostatnich latach wyodrębniono sektor świadczeń zdrowotnych skierowany specjalnie do osób niesprawnych i przewlekle chorych przebywających w domu, a od 2004 roku Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje nową formę świadczeń pielęgniarskich w domu pacjenta pod nazwą „pielęgniarska opieka długoterminowa”. Zapotrzebowanie na długoterminową opiekę domową jest nierówno rozłożone wśród grup wiekowych i wzrasta razem z wiekiem. Z oceny rozpowszechnienia niesprawności wśród osób w wieku 75 lat i więcej wynika, że istnieją wysokie wskaźniki procentowe zaawansowanej niesprawności wśród osób najstarszych [5]. W prezentowanym badaniu pielęgniarską opieką długoterminową częściej obejmowane były osoby, które osiągnęły lub przekroczyły 80. rok życia (55,8%) niż osoby młodsze. Odsetek osób najstarszych był znacznie wyższy niż w badaniach przeprowadzonych w 12 krajach Europy, Ameryki Północnej

Tabela 2. Zabiegi medyczne wykonywane u badanych osób (n = 575) w zależności od wieku i płci
Table 2. Medical procedures in relation to age and gender (n = 575)

Zabieg	Ogółem n = 575	Wiek			Płeć		Poziomy istotności	
		< 65 n = 90	65 – 79 n = 164	≥ 80 n = 321	Mężczyźni n = 201	Kobiety n = 374	p dla wieku	p dla płci
Kropłowe wlewy dożylnie	105 (18,2%)	10 (11,1%)	29 (17,7%)	66 (20,6%)	33 (16,4%)	72 (19,1%)	0,120	0,431
Opatrunki na odleżyny i inne rany	400 (69,6%)	63 (70,0%)	118 (72,0%)	219 (68,2%)	143 (71,1%)	257 (68,9%)	0,761	0,567
Karmienie przez zgłębnik	17 (3,0%)	4 (4,4%)	5 (3,0%)	8 (2,5%)	6 (3,0%)	11 (2,9%)	0,590	1,000
Karmienie przez przetokę	5 (0,9%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)	2 (1,0%)	3 (0,8%)	0,178	1,000
Pielęgnacja przetoki	8 (1,4%)	1 (1,1%)	4 (2,4%)	3 (0,9%)	1 (0,5%)	7 (1,9%)	0,367	0,272
Założenie i usunięcie cewnika moczowego	326 (56,7%)	54 (60,0%)	84 (51,2%)	188 (58,6%)	87 (43,5%)	239 (63,9%)	0,221	< 0,001
Płukanie pęcherza moczowego	140 (24,4%)	27 (30,0%)	39 (23,8%)	74 (23,1%)	45 (22,5%)	95 (25,5%)	0,400	0,476
Płukanie rurki tracheostomijnej	8 (1,4%)	4 (4,4%)	2 (1,2%)	2 (0,6%)	6 (3,0%)	2 (0,5%)	0,033	0,024

Dane prezentowane w postaci n (%)

i Australii (29,2%) [6], w Kanadzie (30%) [7], Holandii (31%) [8] i Chinach (14,6%) [9]. Częste korzystanie z opieki domowej przez osoby starsze potwierdzają także inne badania [10]. Zwiększenie proporcji osób wymagających stałej pomocy w zakresie czynności codziennego życia wraz z wiekiem opisują również autorzy polscy [11].

Wskaźnik procentowy osób najmłodszych, korzystających z opieki domowej, opisywany najczęściej w przedziale wiekowym do 65. roku życia, w badaniach własnych wynoszący 15,7%, mieścił się w zakresie opisywanym w innych krajach (10–24%) [6, 12]. Porównywanie innych badań jest utrudnione ze względu na to, że dolna granica wieku pacjentów jest różnie określana, na przykład w publikacjach z Hiszpanii najmłodsza kategoria wiekowa obejmuje osoby z przedziału wiekowego 65–74 lata [7], w Chinach — 60–69 lat [9]. Może to być spowodowane zróżnicowanymi kryteriami wieku upoważniającymi do korzystania z opieki domowej w tych krajach. Jednak jak wynika z doniesień, z opieki domowej najliczniej korzystają osoby po 65. roku życia [7]. Większość populacji

w prezentowanym badaniu stanowiły kobiety (66%). Przewagę kobiet wśród odbiorców opieki domowej (59–73%) wykazano również w innych badaniach [6, 8, 9]. Jak wynika z polskich danych statystycznych, we wszystkich grupach wiekowych kobiety żyją dłużej niż mężczyźni [13]. Jednak w miarę starzenia następuje wzrost zachorowań na choroby przewlekłe i zwiększenie częstości występowania długotrwałych problemów zdrowotnych. Dlatego też kobiety częściej kwalifikują się do pielęgniarstwa długoterminowego. Przewagę kobiet w badaniach dotyczących rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej opisywano w badaniach polskich [14–16] i w badaniach zrealizowanych w innych krajach [8, 9, 17]. Badania własne wskazują, że prawie połowa (45%) podopiecznych pielęgniarstwa opieki długoterminowej była całkowicie niesamodzielna w zakresie podstawowych czynności codziennego życia. Badania przeprowadzone wśród podopiecznych opieki domowej w innych krajach pokazały, że odsetek osób całkowicie uzależnionych od pomocy innych osób był znacznie niższy niż w badaniach własnych i wynosił

1% w Kanadzie i 4,5% w Stanach Zjednoczonych [18]. W niniejszym badaniu pacjenci pielęgniarskiej opieki długoterminowej najczęściej osiągnęli wartość 0 indeksu Barthel w zakresach: mycia/kąpieli całego ciała (99,5%), chodzenia po schodach (93,2%), utrzymania higieny osobistej (92,7%), korzystania z toalety (85,9%), ubierania się i rozbierania (84,6%) oraz poruszania się po powierzchniach płaskich (81,1%). Wymienione czynności obejmują zakres usług opiekuńczych, które mieszczą się w kompetencjach opiekuna środowiskowego [19]. Zastosowana w niniejszym badaniu metodologia nie pozwoliła na ocenę, w jakim stopniu pacjenci korzystali równoległe z pomocy społecznej. Jednakże w badaniu EUROFAM-CARE, analizującym sytuację opiekunów rodzinnych niesprawnych osób w podeszłym wieku w 6 krajach Europy w latach 2003–2004 wykazano, że z usług pozamedycznych korzystał jedynie 1% osób starszych przy dużym zapotrzebowaniu zwłaszcza wśród osób poważnie niesprawnych [16]. Z kolei z badań zrealizowanych w latach 1998–2001 w ramach realizacji wielośrodowego projektu Europejskiego *Carers of Older People in Europe* (COPE) wynika, że opieka nad niesprawnymi osobami starszymi w ich środowisku domowym opiera się głównie na nieformalnej sieci opiekunów rodzinnych [11]. Przyczyny takiej sytuacji mogą być różne, w tym wizja współpłacenia pacjenta za usługi z pomocy społecznej, jak też tradycja uzyskiwania pomocy od opiekunów nieformalnych. W prezentowanym badaniu pielęgniarki często wykonywały cewnikowanie pęcherza moczowego (56,9%). Cewnikowanie pęcherza moczowego stosuje się w przypadku braku skuteczności leczenia farmakologicznego nietrzymania moczu zwłaszcza u osób unieruchomionych z odleżynami [20–22]. Jak wynika z literatury, problem nietrzymania moczu

w populacji osób starszych rośnie wraz z wiekiem oraz stwierdza się go około 2-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [21, 22]. W badaniu własnym wykazano, że cewnikowanie pęcherza moczowego było istotnie zależne od płci. Kobiety były cewnikowane istotnie częściej niż mężczyźni niezależnie od wieku. Może to wynikać z kryteriów kwalifikacji w Polsce do tej formy opieki osób z zaawansowaną utratą samodzielności. Natomiast istotne różnice w odniesieniu do wieku i płci stwierdzono u badanych z założoną rurką tracheostomijną — im młodszy mężczyzna, tym częściej miał założoną rurkę tracheostomijną. Literatura medyczna opisuje, że wskazaniem do założenia rurki tracheostomijnej jest mechaniczne upośledzenie oddychania w obrębie krtani i górnej części tchawicy oraz że taki stan może być wywołany guzem krtani występującym przede wszystkim u mężczyzn w różnym wieku [23, 24].

Podsumowanie

Większość pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej to osoby, które osiągnęły lub przekroczyły 80. rok życia oraz często wykazują całkowitą niesamodzielność w wykonywaniu czynności codziennego życia. Badani pacjenci częściej wymagali wykonywania czynności, które obejmują zakres usług opiekuńczych, niż zabiegów medycznych.

Im niższa wartość indeksu Bartel, tym większej liczby zabiegów medycznych wymagali pacjenci. Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego innych specjalności niż lekarze rodzinni rzadko wypisywali skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Praca finansowana z funduszu pracy statutowej nr 4-04786 P wykonanej na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku w roku 2010.

Streszczenie

Wstęp. *Celami badań były: dokonanie charakterystyki pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej, określenie poziomu samodzielności pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej w wykonywaniu podstawowych czynności codziennego życia i rodzaju wykonywanych zabiegów medycznych oraz wskazanie specjalności lekarzy kierujących pacjentów do tej formy opieki domowej.*

Materiał i metody. *Analizie poddano dane z kart kwalifikacji pielęgniarskiej do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową 575 odbiorców świadczeń zdrowotnych w latach 2004–2008 zarejestrowanych w dokumentacji Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Białymstoku. Zależność między wartościami wskaźnika Barthel a liczbą zabiegów medycznych oceniano za pomocą korelacji nieparametrycznej Spearmana. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności 0,05.*

Wyniki. *Badana grupa pacjentów była zróżnicowana pod względem wieku. Wartość wskaźnika Barthel 0 pkt oraz wartość 0 pkt w ocenie stanu samoobsługi pacjenta w 2007 roku występowała u 259 osób (45%). Najwięcej badanych było całkowicie niesamodzielnych w zakresie mycia/kąpieli ciała (99,5%), chodzenia po schodach*

(93,2%), higieny osobistej (92,7%). Pielęgniarki opieki długoterminowej najczęściej wykonywały opatrunki na odleżyny i inne rany (69,8%), cewnikowanie pęcherza moczowego (56,9%), dożylnie wlewy kroplowe (18,2%). Stwierdzono ujemną statystycznie, istotną korelację między wartością indeksu Barthel a liczbą wykonywanych zabiegów medycznych: $r = -0,34$; $p < 0,001$.

Wnioski. Większość pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej to osoby, które osiągnęły lub przekroczyły 80. rok życia oraz często wykazują całkowitą niesamodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności codziennego życia. Badani pacjenci częściej wymagali wykonywania czynności, które obejmują zakres usług opiekuńczych, niż zabiegów medycznych. Im niższa wartość indeksu Bartel, tym większej liczby zabiegów medycznych wymagali pacjenci. Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego innych specjalności niż lekarze rodzinni rzadko wypisywali skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Gerontol. Pol. 2013; 21, 1: 18–24

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna domowa, świadczenia opieki domowej, opieka długoterminowa, Polska

Piśmiennictwo

- Kozierkiewicz A., Szczerbińska K. Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2009: 9.
- Skolmowska E. Organizacja opieki długoterminowej domowej. W: Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 12–36.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. z dnia 31 sierpnia 2009, Nr 140, poz.1147.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. z dnia 21 grudnia 2009, Nr 217, poz. 1688.
- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Gerontol. Pol. 1999; 7: 42–47.
- Hirdes J.P., Ljunggren G., Morris J.N. i wsp. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health. Serv. Res. 2008; 8: 277–288.
- Fletcher P.C., Hirdes J.P. Risk factors for falling among community — based seniors using home care services. J. Gerontol. 2002; 57: M504–M510.
- Campen C., Woittiez I.B. Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. Health Policy 2003; 64: 229–241.
- Chi I., Chou K.L., Kwan C.W. i wsp. Use of the Minimum Data Set — Home Care: A cluster randomized controlled trial among the Chinese older adults. Aging Ment. Health 2006; 10: 33–39.
- Genet N., Naiditch M., Wienke B. i wsp. Recipients of home care and the role of informal care in Europe. JCN 2010; 19: 48–49.
- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J. Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001: 7.
- Onder G., Liperoti R., Soldato M. i wsp. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOme Care Study. J. Am. Geriatr. Soc. 2007; 55: 439–444.
- Wojtyński B., Goryński P., Seroka W. Stan zdrowia ludności Polski na podstawie danych o umieralności. W: Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Państwowy Zakład Higieny. Zakład Statystyki Medycznej, Warszawa 2003: 21–30.
- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Gerontol. Pol. 1999; 7: 42–47.
- Wojszel B., Bień B. Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. Gerontol. Pol. 2001; 9: 32–38.
- Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel Z.B. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EURFAMCARE. Gerontol. Pol. 2008; 16: 101–110.
- Landi F., Onder G., Russo A. i wsp. A new model of integrated home care for the elderly impact on hospital use. J. Clin. Epidemiol. 2001; 54: 968–970.
- Hirdes J.P., Fries B.E., Morris J.N. i wsp. Home care quality indicators HCQIs based on the MDS — HC. Gerontologist 2004; 44: 665–679.
- Szwałkiewicz E., Kaussen J. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek. Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. Toruń 2006: 10–13.
- Gruszczyński M. Objawy ze strony układu moczowego. W: De Walden-Gałuszko K. (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 133–144.
- Wojszel Z.B., Bień B. Wielkie problemy geriatryczne — rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. W: Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.). Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 97–111.
- Biercewicz M., Muszalik M. Problem nietrzymania moczu u osób w podeszłym wieku. W: Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. (red.). Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 140–149.
- Boenninghaus H.G. Otolaryngologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Latkowski J.B. Choroby Krtani. W: Latkowski J.B., Lukas W. (red.). Medycyna rodzinna. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 973–979.