

Analiza porównawcza funkcjonowania pacjentów przyjmowanych i wypisywanych z opieki długoterminowej domowej w województwie podlaskim w latach 2014-2016

Functioning compare analysis on the admission to the discharge patients from the long-term health home care service in Podlasie Province during 2014-2016 period

Wiesława Mojsa

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp. W tradycji polskiej medycyny od dawna znana jest postać lekarza domowego (rodzinnego, podstawowej opieki zdrowotnej), który zastąpił funkcjonujących na przełomie XIX i XX wieku lekarzy rejonowych. Obejmuje on opieką medyczną całą populację, bez względu na wiek, płeć i rodzaj schorzenia pacjentów. Świadczenia zdrowotne udzielane są dla dwóch grup pacjentów różniących się funkcjonalnie ze względu na kategoryzację skalą Barthel. Celem badań była analiza porównawcza wskaźnika Barthel przy przyjęciu do opieki długoterminowej domowej do tych przy wypisie z uwzględnieniem wieku i płci badanych. **Materiał i metody.** Analizie poddano 1924 „kart oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwa opieką długoterminową domową” wszystkich pacjentów przyjętych do opieki długoterminowej domowej w województwie podlaskim w latach 2014-2016. Brane były pod uwagę dane o strukturze wieku i płci badanych osób oraz wyniki oceny pacjentów skalą Barthel zgodnie z ochroną danych osobowych. **Wyniki.** We wszystkich grupach wieku różnice średnich wartości skali Barthel przy wypisie z pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w porównaniu do tych przy przyjęciu były wartością ujemną. Średnie wartości skali Barthel przy przyjęciu i przy wypisie z opieki wykazały, że u pacjentów 0-39 lat w porównaniu do pozostałych grup wiekowych były istotne statystyczne zależności. Różnice nie były istotne ze względu na płeć. **Wnioski.** Badania pokazały, że pielęgniarstwo opieki długoterminowej domowej nie przyczyniła się do poprawy funkcjonowania pacjentów w codziennym życiu bez względu na wiek. Istotnie zależne różnice w funkcjonowaniu pacjentów wystąpiły pomiędzy grupami pacjentów najmłodszych (0-39 lat) w stosunku do pozostałych oraz grup pacjentów 40-64 lat w porównaniu do najstarszych. (Gerontol Pol 2018; 26; 196-200)

Słowa kluczowe: domowe świadczenia zdrowotne, opieka długoterminowa, ocena opieki, Polska

Abstract

Background. At the turn of the nineteenth and twentieth centuries in Poland, local physicians were replaced with home physicians (also called family doctors or primary care doctors). Their professional duties have included providing medical care for the entire population, regardless of age, gender and type of disease. Health care is delivered to two groups of patients, who differ in functionality due to the categorization by the Barthel scale. The aim of the study was to compare the analysis by the Barthel index on the admission and on the discharge from long-term home care, with respect to patients' age and gender. **Material and methods.** 1924 "beneficiary scorecards for long-term home care nursing" were included in the analysis of all patients admitted to the long-term care in the Podlaskie Voivodship in the years 2014-2016. The patients' age and gender structure and the results of health assessment based on the Barthel scale were taken into consideration; the procedure was performed with regard to personal data protection. **Results.** Mean values differences of Barthel's scale on the admission were higher than the discharge from long-term home care throughout the cohort. Compared to the other age groups, mean values of Barthel's scale on the admission and discharge in patients aged 0-39 years showed statistically significant correlations. Differences due to gender were not significant. **Conclusions.** The study has shown that long-term home care does not contribute to the improvement in patients' functioning in their daily living, regardless of age. Substantial differences in functioning occurred in the groups of the youngest patients (0-39 years) in relation to the others and in the groups of 40-64 years relation to the oldest. (Gerontol Pol 2018; 26; 196-200)

Key words: health home care service, long-term care, evaluation of health care, Poland

Wstęp

W tradycji polskiej medycyny od dawna znana jest postać lekarza domowego (rodzinnego, podstawowej opieki zdrowotnej), który zastąpił funkcjonujących na przełomie XIX i XX wieku lekarzy rejonowych. Jest to lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej (niestacjonarnej, środowiskowej) i obejmuje opieką medyczną populację osób, bez względu na wiek, płeć i rodzaj schorzenia. Tak jak wcześniej, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej orzeka o stanie zdrowia pacjentów w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną [1-3]. Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w warunkach domowych obejmują 2 grupy pacjentów różniących się funkcjonalnie ze względu na kategoryzację skalą Barthel. Jedna grupa to pacjenci, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskują 0-40 punktów. Tymi pacjentami oprócz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej opiekują się też pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Są to pacjenci z rozpoznanymi chorobami IDC-10 [4], niesprawni funkcjonalnie i niepełnosprawni. Druga grupa to pacjenci, którzy przekroczyli wartość 40 punktów w skali Barthel i znajdują się pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej również długoterminowo, bez ograniczeń czasu opieki. Wśród tych pacjentów oprócz osób niesprawnych-niepełnosprawnych są też osoby całkowicie sprawne [3]. Jednak opieka domowa nad pacjentami niesprawnymi na poziomie 0-40 punktów w skali Barthel jest wspólnym zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Cel pracy

Celem badań była analiza porównawcza wskaźnika Barthel przy przyjęciu do opieki długoterminowej domowej do tych przy wypisie z uwzględnieniem wieku i płci badanych.

Material i metody

Analizie poddano 1924 „kart oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową” wszystkich pacjentów przyjętych do opieki długoterminowej domowej w województwie podlaskim w latach 2014-2016. Brane były pod uwagę dane o strukturze wieku i płci badanych osób oraz wyniki oceny pacjentów skalą Barthel zgodnie z ochroną danych

osobowych. Analiza porównawcza dotyczyła danych przy przyjęciu do opieki długoterminowej domowej do tych przy wypisie. Podstawowe czynności życia codziennego w skali Barthel oceniane były od 0-15 punktów: 1. Spożywanie posiłków (0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść; 5 – potrzebuje pomocy przy krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety; 10 – samodzielny, niezależny), 2. Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie (0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu; 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby); 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna; 15 – samodzielny), 3. Utrzymanie higieny osobistej (0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych; 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami), 4. Korzystanie z toalety (WC) (0 – zależny; 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam; 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się), 5. Mycie, kąpiel całego ciała (0 – zależny; 5 – niezależny lub pod prysznicem), 6. Poruszanie się po powierzchniach płaskich (0 – nie porusza się lub < 50 m; 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m; 10 – spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m; 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m), 7. Wchodzenie lub schodzenie po schodach (0 – nie jest w stanie; 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie; 10 – samodzielny), 8. Ubieranie się i rozbieranie (0 – zależny; 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonać sam połowę czynności bez pomocy; 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.), 9. Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu (0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw; 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje stolec), 10. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego (0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny; 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje mocz).

Praca przygotowana była za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analizowane parametry opisano średnią arytmetyczną, odchyleniem standardowym oraz medianą. Przy porównaniach między grupami stosowano test t- Studenta. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamienne statystycznie. Obliczenia wykonano wykorzystując pakiet statystyczny SPSS21.

Wyniki

Badana grupa pacjentów podzielona była na 4 grupy (0-39 lat, 40-64 lat, 65-79 lat i ≥ 80 lat). Z wiekiem

zwiększała się liczba osób zakwalifikowanych do świadczeń zdrowotnych o nazwie „pielęgniarska opieka długoterminowa domowa” w określonym terminie badań. W grupie 0-39 lat było 47 pacjentów, 40-64 lat było 161 pacjentów, 65-79 lat było 353 pacjentów, pacjentów ≥ 80 lat było 1363. Tabela I przedstawia analizę porównawczą średnich wartości punktowych skali Barthel będących wynikiem kwalifikacji do przyjęcia pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i wartością przy wypisie oraz różnicę pomiędzy tymi wartościami. Wartości średnie skali Barthel przy przyjęciu i przy wypisie u pacjentów 0-39 lat w porównaniu do pozostałych grup wiekowych (40-64; 65-79;

≥ 80 lat) wykazały istotnie statystyczne zależności (jak w tabeli II). Porównania pozostałych grup 40-64; 65-79; ≥ 80 lat pomiędzy sobą przy przyjęciu są nieistotne, z wyjątkiem pacjentów 40-64 lat w porównaniu do pacjentów 80 letnich i starszych ($p = 0,002$).

Jak wynika z tabeli II, w badanej grupie pacjentów było 1321 kobiet i 603 mężczyzn. Średnia wartość skali Barthel dla kobiet przy przyjęciu do opieki długoterminowej domowej wynosiła 11,46 ($\pm 11,566$) przy wypisie 10,25 ($\pm 11,896$), dla mężczyzn przy przyjęciu 11,71 ($\pm 12,482$) przy wypisie wynosiła 10,53 ($\pm 12,209$). Przedstawione różnice nie są istotne statystycznie.

Tabela I, Średnie wartości skali Barthel przy przyjęciu i wypisie pacjentów z pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej oraz porównanie średnich wartości ze względu na grupy wieku

Table I, Barthel mean values on admission and discharge of patients from long-term nursing home care and comparison of mean values by age groups

Grupy wieku (lata)		Skala Barthel przy przyjęciu (pkt)	Skala Barthel przy wypisie (pkt)	Skala Barthel (różnice wartości punktowych przy wypisie i przy przyjęciu)
0-39	N	47	47	47
	Średnia	5,96	5,53	-0,43
	Odchylenie standardowe	9,304	9,222	3,431
	Mediana	0,00	0,00	0,00
40-64	N	161	161	161
	Średnia	12,98	12,42	-0,56
	Odchylenie standardowe	12,617	13,312	7,093
	Mediana	10,00	5,00	0,00
65-79	N	353	353	353
	Średnia	12,95	12,83	-0,11
	Odchylenie standardowe	12,885	13,778	8,894
	Mediana	10,00	10,00	0,00
≥ 80	N	1363	1363	1363
	Średnia	11,20	9,61	-1,58
	Odchylenie standardowe	11,492	11,263	7,196
	Mediana	5,00	5,00	0,00
Razem	N	1924	1924	1924
	Średnia	11,54	10,34	-1,20
	Odchylenie standardowe	11,858	11,992	7,483
	Mediana	10,00	5,00	0,00
p	0-39 vs, 40-64	0,001	0,002	ns
	0-39 vs, 65-79	< 0,001	< 0,001	ns
	0-39 vs, ≥ 80	0,002	0,029	ns
	40-64 vs, 65-79	ns	ns	ns
	40-64 vs, ≥ 80	ns	0,002	ns
	65-79 vs, ≥ 80	ns	ns	ns

Gdzie: $p < 0,05$ oznacza zależność statystyczną; ns oznacza brak zależności statystycznej

Tabela II, Średnie wartości skali Barthel przy przyjęciu i wypisie pacjentów z pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej oraz porównanie średnich wartości ze względu na płeć

Table II, Barthel mean values on admission and discharge of patients from long-term nursing home care and comparison of mean values by gender

	Płeć	Skala Barthel przy przyjęciu (pkt)	Skala Barthel przy wypisie (pkt)	Skala Barthel (różnice wartości punktowych przy wypisie i przy przyjęciu)
Kobiety	N	1321	1321	1321
	Średnia	11,46	10,25	-1,21
	Odchylenie standardowe	11,566	11,896	7,309
	Mediana	10,00	5,00	0,00
Mężczyźni	N	603	603	603
	Średnia	11,71	10,53	-1,18
	Odchylenie standardowe	12,482	12,209	7,857
	Mediana	10,00	5,00	0,00
Razem	N	1924	1924	1924
	Średnia	11,54	10,34	-1,20
	Odchylenie standardowe	11,858	11,992	7,483
	Mediana	10,00	5,00	0,00
	p	ns	ns	ns

Gdzie: ns oznacza brak zależności statystycznej

Omówienie

W Polsce podobnie jak w większości krajów europejskich, opieka domowa funkcjonuje w dwóch systemach organizacyjnych: opieki zdrowotnej i opieki socjalnej. Kraje Skandynawskie są przykładem zintegrowanej opieki domowej mieszczącej się w jednej organizacji, zajmującej się całościowo i kompleksowo świadczeniami opieki domowej [5]. Obecnie opieka domowa realizowana jest w ramach publicznych ubezpieczeń zdrowotnych i publicznych podatków płaconych na pomoc społeczną. W obu sektorach zdrowotnym i socjalnym bardzo istotne miejsce zajmuje rozwój oferty świadczeń zdrowotnych środowiskowych i usług środowiskowych, które pozwalają osobie przewlekle chorej i niesprawnej na bycie objętym opieką w domu. Do opieki długoterminowej domowej najczęściej zgłaszane są osoby starsze, ponieważ to one najbardziej narażone są na występowanie schorzeń przewlekłych, powodujących niesprawność funkcjonalną z racji specyfiki biologii starzenia [6,7]. W opiece domowej mogą być wykorzystywane różne świadczenia zdrowotne. Aktualnie dla pacjentów w opiece domowej dostępne są świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki opieki długoterminowej domowej [8,9] oraz świadczenia specjalistycznie sprofilowane takich jak: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego i rehabilitacji domowej [8-11]. Wymienione świadczenia zdrowotne mogą być wspomagane świadczeniami towa-

rzyszącymi świadczeniom zdrowotnym wykonywanymi przez opiekunów medycznych i środowiskowych w formie usług opiekuńczych podstawowych oraz specjalistycznych [12].

Skala Barthel jest ogólnopolskim narzędziem kwalifikującym pacjentów do świadczeń zdrowotnych o nazwie „opieka długoterminowa domowa”. Różnice wartości skali Barthel przy wypisie w porównaniu do tych przy przyjęciu świadczą o wymiernych efektach opieki – poprawie lub pogorszeniu samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego [13]. W prezentowanym badaniu przedstawione są wyniki ilościowe dla kohort 0-40 pkt w skali Barthel i jakościowe przedstawiające efekty opieki nad pacjentami w prezentowanym terminie badań. Różnice punktów skali Barthel przy wypisie w porównaniu do tych przy przyjęciu są wartością ujemną i świadczą o pogorszeniu samodzielności w wykonywaniu czynności codziennego życia. Jest to zły wskaźnik prognostyczny dla dalszego funkcjonowania w warunkach domowych. Wobec tego, że świadczenia zdrowotne mają na celu poprawę stanu zdrowia pacjentów to należałoby skoordynować świadczenia zdrowotne i socjalne oraz stacjonarne i niestacjonarne na rzecz pacjentów niesprawnych.

Powszechnie wiadomo, że w średnim i starszym wieku pojawiają się choroby przewlekłe, które w istotny sposób mogą zaburzać funkcjonowanie w życiu codziennym. Czynnikiem wieku jest istotnym parametrem w tym badaniu. Istotne różnice wystąpiły pomiędzy osobami najmłodszymi 0-39 lat i grupami pacjentów starszych. Istotny próg zdolności funkcjonalnej występował

również pomiędzy pacjentami 40-64 lat a grupą pacjentów najstarszych ($p = 0,002$). Pozostałe porównania pacjentów z zachowaniem chronologii wiekowej nie wykazały istotnych różnic (40-64 vs. 65-79; 65-79).

Wnioski

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa nie przyczyniła się do poprawy funkcjonowania pacjentów w codziennym życiu bez względu na wiek i płeć. Istotnie zależne różnice w funkcjonowaniu wystąpiły pomię-

dzy grupami pacjentów najmłodszych (0-39 lat) w porównaniu do pozostałych oraz grupą pacjentów 40-64 lat w porównaniu do najstarszych.

Podziękowania/Acknowledgment

Dziękuję Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Białymstoku za współpracę w napisaniu tej pracy.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Szczepska M. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i w Europie. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1996. ss. 46-47.
2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2016, <http://www.mz.gov.pl>
3. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2016, <http://www.mz.gov.pl>
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009. <http://www.dimi.de/static/de/.../icd-10/htmlgm2009.pdf>
5. Genet N, Kroneman M, Chiatti C, et al. The Policy perspective. In: Genet N, Boerma W, Kroneman M, et al. Home care across Europe. Current structure and future. World Health Organization Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark; 2012. str. 25-53.
6. Bień B. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: Synak B (red.). Polska Starość. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2002. str. 35-77.
7. Wojszel ZB, Wilmańska J, Pecuszok P, et al. Jak starzeć się pomyślnie. Białystok: Agencja Wydawnicza EkoPress; 2012. str. 13-22.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2015, <http://www.mz.gov.pl>
9. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2015, <http://www.mz.gov.pl>
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2013, <http://www.mz.gov.pl>
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Warszawa: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; 2013, <http://www.mz.gov.pl>
12. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Dziennik Ustaw Nr 189. <http://www.mpips.gov.pl>
13. Jabłoński L. Mierniki zdrowia. W: Kulik TB., Wrońska I (red.). Zdrowie w medycynie i w naukach społecznych. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2000. str. 39-55.