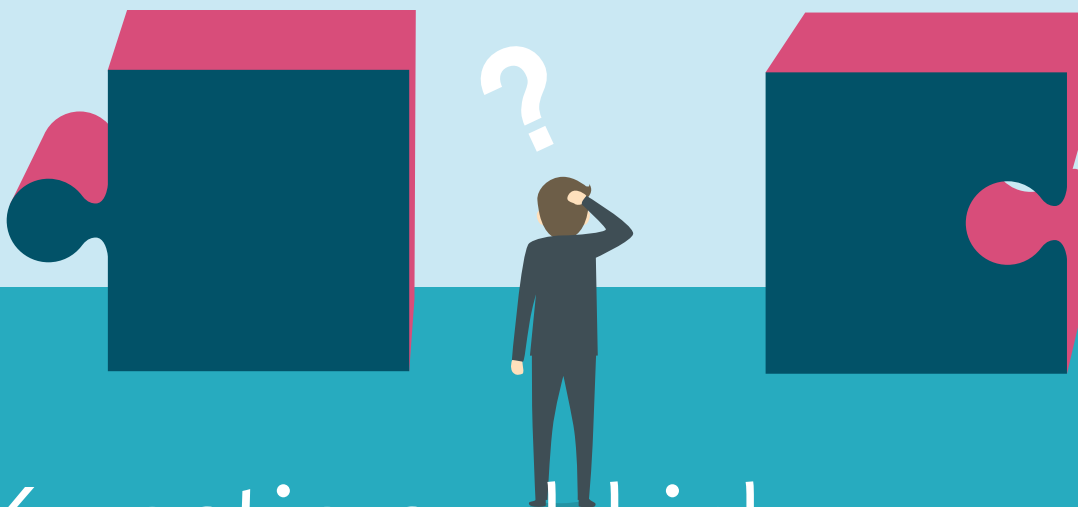


Szpital opieki długoterminowej potrzebny od zaraz



Kwestia szybkich decyzji

Mamy coraz mniejsze zapotrzebowanie na tzw. łóżka krótkoterminowe i rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Co robić? Przedstawiamy analizę Macieja Murkowskiego.

Ostatnio wiele się mówi o braku wizji i globalnej strategii dla polskiej opieki zdrowotnej. I to jest rzeczywiście bardzo dokuczliwy brak, który nie pozwala na rozwinięcie skrzydeł na najważniejszych frontach. Aby jednak tę strategię rozwijać, trzeba mieć uzgodnione priorytety dotyczące najważniejszych potrzeb opieki zdrowotnej.

I tutaj, już na samym początku naszych rozważań, zaczynają się problemy. Zgodnie ze stanowiskiem rządu zdrowotnymi priorytetami na najbliższe lata będą kardiologia i onkologia. Tymczasem wg prezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN) prof. Jarosława Sławka: *europijski raport sprzed kilku lat (przygotowany przez EBC – European Brain Council) dowodzi, że w ciągu ostatnich 10 lat łączne wydatki związane z leczeniem chorób mózgu były trzykrotnie wyższe niż na onkologię, cukrzycę i choroby serca razem wzięte*. Już teraz zgony z powodu chorób naczyniowych mózgu stanowią drugą przyczynę zgonów (po chorobach sercowo-naczyniowych).

Konsensus ekspertów

Podobne stanowisko prezentuje dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie: *Stoimy w obliczu swoistego tsunami chorób mózgu. Niepokojące jest to, że mimo coraz większych nakładów na ochronę zdrowia, tzw. przewidywana długość życia Polaków jest coraz krótsza*. Zgodnie z rekomendacjami Komisji Europejskiej systemy ochrony zdrowia powinny się koncentrować na trzech kluczowych wyzwaniach: chorobach onkologicznych, chorobach sercowo-naczy-

niowych oraz szeroko rozumianych chorobach mózgu (neurologicznych i psychiatrycznych).

Pilna rewizja

Powyższa diagnoza obliguje resort zdrowia do pilnej rewizji i rozszerzenia przyjętych priorytetów działań na najbliższe lata. Ale to dopiero początek problemu. Z wypowiedzi ekspertów wynika, że wiele absurdów w organizacji leczenia w neurologii można zlikwidować od zaraz. Jednym z tych absurdów jest to, że wielu pacjentów neurologicznych z przebyłym udarem mózgu (przy braku możliwości pobytu w domu) zamiast w zakładach opiekuńczo-leczniczych miesiącami przebywa w szpitalach. Duże szpitale kliniczne stają się dla tych chorych zakładami opiekuńczymi.

Prezes elekt PTN prof. Konrad Rejda zgadza się z opinią, że pacjenci powinni trafiać do dużych ośrodków: *Tam trzeba ich prawidłowo diagnozować, ale potem chory musi gdzieś wrócić. Tymczasem nie mamy dokąd odsyłać pacjentów, a kliniki coraz częściej zamieniają się w zakłady opiekuńczo-lecznicze, w których pacjenci przebywają miesiącami {...}. W jakim celu chory z udarem mózgu ma leżeć osiem dni na oddziale? W ciągu trzech dni powinien zostać zdiagnozowany i wypisany do domu lub zakładu opiekuńczo-leczniczego. Tymczasem hospitalizacja musi się przeciągać (bez żadnego medycznego uzasadnienia) do co najmniej ośmiu dni, aby była rozliczona za maksymalną stawkę przez NFZ*.

Doktor Gałązka-Sobotka wyraża słuszny pogląd, że dynamika starzenia się społeczeństwa spowoduje, że wydatki na szpitalnictwo nie spadną, ale te środki są obecnie fatalnie wydawane i to musi się zmienić.

Dzisiaj postęp technologiczny w terapiach powoduje, że musimy koncentrować opiekę wysokospecjalistyczną w ośrodkach o najwyższych kompetencjach. Nie stać nas, żeby taki ośrodek funkcjonował w każdym powiecie. Dodaje też: Powinniśmy wytłumaczyć obywatelom, że lepiej mieć w kraju kilkanaście ośrodków świetnie wyposażonych i posiadających kadre o najwyższych kompetencjach, gwarantujących opiekę neurologiczną na najwyższym poziomie. Musimy obserwować skuteczność interwencji medycznych i koncentrować finansowanie przede wszystkim w ośrodkach osiągających najlepsze wyniki leczenia. Nadmierne rozproszenie pieniędzy powoduje, że wyceny świadczeń są niewystarczające, a satysfakcja pacjentów niska [...] warto też w przypadku chorób mózgu rozważyć powołanie do życia ośrodków wczesnej kompleksowej diagnostyki.

Wymogi formalne

Eksperti podnoszą również, że ze względu na formalne wymogi NFZ, a nie wskazania medyczne, zbyt często zlecane badania obrazowe (m.in. rezonansem magnetycznym i tomografem komputerowym) skutkują wydłużaniem się kolejek do diagnostyki. *Niepotrzebnie przeprowadzane badania zatykają system* – podkreśla prof. Sławek.

Recepty

Tyle eksperci, jak wobec tego wybrać z tej sytuacji? W zakresie opieki długoterminowej niezwykle pilne jest poprzedzające uporządkowanie istniejących definicji. Według definicji OECD (OECD *Health Data*) łóżka opieki długoterminowej (*long-term care beds*) to łóżka przeznaczone dla pacjentów wymagających rehabilitacji i opieki na skutek upośledzenia i ograniczonego stopnia niezależności/zdolności do samodzielnej egzystencji. Definicja obejmuje łóżka w różnych jednostkach opieki zdrowotnej, w szczególności w szpitalach i zakładach opieki długoterminowej. Należy z całą mocą podkreślić, że stacjonarna opieka długoterminowa w pierwszej kolejności obejmuje rehabilitację – rehabilitację narządu ruchu, rehabilitację neurologiczną, kardiologiczną, pulmonologiczną oraz psychogeriatryczną.

W Polsce ogromnym błędem jest zaliczanie w statystyce szpitalnej (Biuletyn Statystyczny CSIOZ) łóżek na oddziałach i w zakładach rehabilitacyjnych do opieki krótkoterminowej. Jednocześnie do opieki długoterminowej zaliczane są łóżka opieki terminalnej (hospicja), co jest kolejnym nieporozumieniem. Sytuacja ta powinna być jak najszybciej skorygowana, gdyż uniemożliwia przeprowadzenie rzetelnej analizy zasobów (skromnych), jakie mamy do dyspozycji w opiece długoterminowej. W kraju istnieje dotkliwy deficyt łóżek, a przede wszystkim szpitali rehabilitacyjnych o charakterze opieki długoterminowej.

Szpitalne stacjonarne opieki długoterminowej są zakładami całodobowej opieki stacjonarnej dla pacjen-

” W ciągu ostatnich dziesięciu lat łączne wydatki na leczenie chorób mózgu były trzykrotnie wyższe niż na onkologię, cukrzycę i choroby serca razem wzięte ”

tów (dzieci i dorosłych), u których w czasie przyjęcia występowała potrzeba kontynuacji udzielania systematycznych świadczeń o charakterze rehabilitacyjnym i opiekuńczym. Jedną z głównych cech odróżniających szpitala opieki długoterminowej od zakładu (oddziału) opieki krótkoterminowej jest istotne ograniczenie zaplecza diagnostycznego i zabiegowego na korzyść zaplecza rehabilitacyjnego i socjalnego, a niekiedy również edukacyjnego.

W porównaniu z domem pomocy społecznej szpitala opieki długoterminowej ma znacznie wyższy standard opieki lekarskiej, większy zakres usług rehabilitacyjnych i pielęgniarstwa, a pobyt pacjentów nie powinien mieć charakteru pobytu stałego i zwykle nie powinien przekraczać 3 miesięcy.

Dobry i tani

Pobyt w tych szpitalach i na oddziałach jest znacznie (dziesięciokrotnie) tańszy, głównie z uwagi na dużo mniejszą liczbę personelu lekarskiego, co w systemie opieki zdrowotnej ma istotne znaczenie.

Za swoiste kuriozum można uznać fakt, że NFZ przeznaczają zaledwie 1 proc. posiadanych środków w skali roku na finansowanie opieki długoterminowej. Pod względem zasobów przeznaczanych na potrzeby stacjonarnej opieki długoterminowej Polska zajmuje ostatnie miejsce w Europie. Na koniec 2018 r. posiadaliśmy 17 826 łóżek rehabilitacyjnych, co daje 4,6 łóżka na 10 000 mieszkańców. Łóżka te były wykorzystane w 74,9 proc.

Wiele krajów europejskich (Dania, Belgia, Holandia) ma potencjał łóżek i szpitali opieki długoterminowej znacznie przewyższający zasoby łóżek i szpitali opieki krótkoterminowej. Polska w opiece krótkoterminowej w 930 szpitalach posiada 181 548 łóżek, co daje 47,2 łóżka na 10 000 mieszkańców. Jak wspomniano wyżej, w tych zasobach wykazywane są błędnie również łóżka rehabilitacyjne.

Ten skromny potencjał łóżek opieki długoterminowej (rehabilitacyjnych) uzupełniany jest częściowo zasobami zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. W tych zakładach stacjonarnych prowadzi się także opiekę całodobową obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym (z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego) dla

„Wielu pacjentów neurologicznych z przebyłym udarem mózgu zamiast w zakładach opiekuńczo-leczniczych miesiącami przebywa w szpitalach”

pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego. W odróżnieniu od domu pomocy społecznej pobyt pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym powinien mieć z zasady charakter okresowy (3–6 miesięcy). W razie potrzeby czas pobytu może być wydłużony do 12 miesięcy. Opiekę zdrowotną i pielęgnacyjną sprawują głównie pielęgniarki, technicy fizjoterapii, masażyści, terapeuci zajęciowi – przy zapewnieniu niezbędnych konsultacji lekarskich.

Niestety w praktyce pobyt pacjentów w tych zakładach także ma charakter stały (podobnie jak w domach pomocy społecznej).

Co posiadamy

Według Biuletynu Statystycznego CSIOZ na koniec 2018 r. w kraju mieliśmy 27 123 miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych (w tym 7045 miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych). Z powodów przedstawionych wyżej (pobyt stały) oraz szczupłości tych zasobów istniejąca baza łóżkowa w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest daleko niewystarczająca.

Neurologia jest jedną z nielicznych dziedzin medycyny zajmujących się chorobami wieku podeszłego. Musimy być na te wyzwania przygotowani. Koszty leczenia i opieki nad tą grupą chorych będą rosły. Po pierwsze dlatego, że przybywa pacjentów. Po drugie, w neurologii pojawia się coraz więcej skutecznych technologii medycznych, a nowe terapie są drogie. Jeżeli nie będziemy gotowi na te wszystkie wyzwania, za 10–20 lat będziemy mieli neurologiczną katastrofę – twierdzi prof. Sławek.

Środki zaradcze

Jak zapobiec tej „nieuchronnej katastrofie”? W systemie konieczna jest w pierwszej kolejności pilna integracja koordynowanej opieki neurologicznej nad pacjentem z przebyłym udarem mózgu. Podobnie jak w kardiologii integracja ta powinna objąć z jednej strony wyspecjalistyczne ośrodki diagnostyki i leczenia udarów, stosujące procedury neurologii inwazyjnej (trombektomia), a z drugiej strony oddziały neurologiczne z poradniami neurologicznymi w wybranych szpitalach powiatowych i przede wszystkim sieć długoterminowych oddziałów rehabilitacji neurologicznej w szpitalach powiatowych i uzdrowiskach uzupełnioną o sieć specjalistycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych spro-

filowanych na rehabilitację neurologiczną. Zlikwiduje to obecny brak powiązania pomiędzy podstawowym a wysokospecjalistycznym poziomem leczenia.

Ośrodki wysokospecjalistyczne dla chorych z udarem mózgu powinny być zlokalizowane w szpitalach klinicznych, szpitalach wojewódzkich i ewentualnie w niektórych wybranych szpitalach powiatowych przygotowanych do wykonywania procedur neurologii inwazyjnej. Doktor Gałązka-Sobotka słusznie podkreśla, że opieka wysokospecjalistyczna powinna być skoncentrowana w ośrodkach o najwyższych kompetencjach.

Uruchomienie procesu tworzenia sieci wyspecjalistycznych ośrodków neurologii inwazyjnej i szybkiej diagnostyki (analogicznie do kardiologii inwazyjnej) będzie praktycznie możliwe dopiero wtedy, gdy zostanie zrealizowany postulat jednego właściciela szpitali w każdym województwie. Także prof. Sławek uważa, że województwa powinny mieć znacznie większą autonomię w podejmowaniu decyzji o organizacji lecznictwa.

Równolegle powinniśmy przystąpić do realnego zwiększenia zasobów długoterminowej opieki stacjonarnej, z akcentem na zakłady i oddziały rehabilitacji neurologicznej. Można w tym celu wykorzystać pustoszejące małe szpitale, które nie są i nigdy nie będą przygotowane do dalszego pełnienia funkcji nowoczesnej opieki krótkoterminowej. Opieka ta wymaga bowiem stosowania coraz nowszych, drogiej technologii, drogiego zaplecza operacyjnego, diagnostycznego i intensywnej terapii, więc siłą rzeczy może być zapewniona tylko w dużych, co najmniej 300-łóżkowych szpitalach.

Współpraca z prywatnymi

Ważny będzie rozwój publicznych i prywatnych zakładów opiekuńczo-leczniczych, również sprofilowanych na rehabilitację neurologiczną. W zakładach tych pobyt pacjenta nie powinien przekraczać 3 miesięcy.

Stworzenie systemu koordynowanej opieki nad chorymi z udarami mózgu w każdym województwie będzie miało szereg pozytywnych konsekwencji, takich jak:

- zapewnienie chorym w stanie ostrym szybkiej diagnostyki i hospitalizacji w ośrodkach neurologii inwazyjnej przy wykorzystaniu taboru pogotowia ratunkowego i lotnictwa sanitarnego,
- umożliwienie skrócenia hospitalizacji chorych po udarach do postulowanych 3 dni,
- zapewnienie chorym po wypisie z wyspecjalistycznego ośrodka bezpośredniego umieszczenia na oddziale (w zakładzie) rehabilitacji neurologicznej funkcjonującym w sieci wojewódzkiej,
- zapewnienie chorym okresowych konsultacji w wybranych poradniach neurologicznych i rehabilitacyjnych w celu dalszej koordynacji opieki.

Maciej Murkowski

Autor jest wykładowcą akademickim w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia oraz w Wyższej Szkole Menadżerskiej w Warszawie.