

OPIEKA PIELEŃNIARSKA W ŚWIETLE PRAW PACJENTA W TRANSGRANICZNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Nursing care in the light of patients' rights in the cross-border health care system

Aleksandra Pytel, Aleksandra Kołtuniuk, Izabella Kuberka, Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: aleksandra.pytel@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym również pielęgniarstwa, wymagając od osób opiekujących się chorymi zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne pacjentów, ale również na ich odmienność etniczną. Ruch transgraniczny wymusza od współczesnego pielęgniarstwa opracowania systemów informatycznych, które będą przydatne w przetwarzaniu i transmitowaniu informacji, co w konsekwencji może przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki i rozwoju zawodu oraz zapewnienia kontynuacji opieki w świetle praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) do ogólnego systemu informatycznego ujednolici język diagnoz pielęgniarstwa, a także skróci czas poświęcony na posługiwanie się dokumentacją medyczną. Uwidocznienie pracy pielęgniarstwa, a przede wszystkim ich znaczenia dla procesu terapeutycznego, to krok milowy w transgranicznym systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: wielokulturowość, transgraniczna opieka medyczna, klasyfikacja ICNP®, diagnoza pielęgniarstwa.

SUMMARY

Multiculturalism poses a challenge for the contemporary world, including nursing, imposing on the persons caring for the sick the need to pay attention not only to the biological and health needs of patients, but also to their ethnic identity. Cross-border traffic forces the modern nursing system to develop such IT systems that will be useful in processing and transmitting information which in turn can contribute to improving the quality of care and the development of the profession and provide follow up care in the light of patients' rights in the cross-border healthcare. The introduction of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) to the general IT system shall standardize the language of nursing diagnoses, as well as reduce the time spent on handling medical records. Emphasizing the nursing work and, above all, its significance for the therapeutic process is a milestone in the cross-border health care system.

Key words: multiculturalism, cross-border health care, ICNP® classification, nursing diagnosis.

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce ulega szybkim przemianom rozwojowym, zarówno w zakresie edukacji pielęgniarstwa, jak i praktyki pielęgniarstwa. Od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i znaczących przemian społecznych obserwuje się również postępujący proces wielokulturowości charakterystycznej dla państw wielonarodowych. Zjawisko to w sposób bezpośredni wpływa na coraz bardziej powszechną w świecie różnorodność kulturową. Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym również dla pielęgniarstwa, wymagając od osób opiekujących się chorymi zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne pacjentów, ale również na ich odmienność etniczną, pochodzenie, wyznawaną religię i związane z tym odmienności w sferze obyczajowej. Dlatego też wielokulturowość nabiera coraz większego znaczenia i skłania do refleksji. Zespoły terapeutyczne sprawujące opiekę nad napływającą grupą emigrantów powinny rozumieć i szanować tradycję, historię, wierzenia i systemy wartości innych kultur. Dzięki posiadanej wiedzy można uniknąć nieświadomego, ale przez to nie mniej bolesnego dla osób, których to dotyczy, urażania uczuć religijnych [1, 2].

Dlatego też pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem z obcej jej kulturowo strefy oprócz wiedzy medycznej powinna posiadać wiedzę dotyczącą kręgu kulturowego, z którego wywodzi się pacjent, dotyczącą: codziennego życia, tradycji i zwyczajów, znajomości zasad religii, zakazów i nakazów żywieniowych, stosunku do nagości i seksu oraz znaczenia gestów (komunikacji niewerbalnej). Poznanie przez pielęgniarkę nie tylko potrzeb biopsychospołecznych, lecz również potrzeb duchowych i kulturowych przyczynia się do podniesienia poziomu opieki pielęgniarstwa. Wdrożenie do praktyki pielęgniarstwa paradygmatu transkulturowego zapewni pielęgniarce skuteczną komunikację z osobami o odmiennych kulturowo i pomoże

uniknąć stereotypizacji, stawiania błędnych diagnoz z powodu deficytu wiedzy o danej kulturze [2].

Aby sprostać tym wyzwaniom, priorytetem staje się konieczność przygotowania do informatyzacji systemu ochrony zdrowia na świecie, a także w Polsce.

Wygodą i szybkością korzystania z elektronicznych źródeł informacji jest głównym czynnikiem zachęcającym do tworzenia oraz udostępniania coraz nowszych zasobów procesów informacyjnych dotyczących świadczenia opieki pielęgniarstwa na jak najwyższym poziomie. Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® przygotowana jest z myślą o użytkownikach z różnych krajów i kręgów kulturowych, rozwijana jest przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek [3].

Warunkiem koniecznym do zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarstwa jest wiedza oraz wymiana doświadczeń między pielęgniarkami pracującymi z pacjentami ze zróżnicowanymi problemami zdrowotnymi.

Wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® stwarza szansę połączenia w przyszłości praktyki pielęgniarstwa z gwarancją ciągłości opieki w każdym miejscu na kuli ziemskiej. Projekt struktury Międzynarodowej Rady Pielęgniarek jest tworzony przez zespół osób reprezentujących różne państwa, kultury i teorie pielęgniarstwa, tym samym uwzględniając realizację opieki pielęgniarstwa na jak najwyższym poziomie.

W Polsce za proces wdrażania systemów informacyjnych dla potrzeb zarządzania ochroną zdrowia na poziomie resortowym odpowiada Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Natomiast za weryfikację terminów funkcjonujących w klasyfikacji odpowiada Zespół ICNP przy Polskim Towarzy-

stwie Pielęgniarskim i Akredytowane Centrum Badania Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi [4].

Według Kilańskiej [4, 5] brak opisu (w kontekście pielęgniarstwa) zjawisk dotyczących pacjenta oraz interwencji pielęgniarskich i ich rezultatów zrodził potrzebę stworzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Najważniejszymi elementami, które wymienia się w związku z koniecznością wprowadzenia słownika, są:

- standaryzacja słownictwa, jakim posługują się pielęgniarki;
- wysoki poziom wzajemnego zrozumienia między grupami pracującymi nawet w skrajnie odmiennych warunkach i kulturze;
- poszerzenie wiedzy pielęgniarek na temat relacji między diagnozą pielęgniarską, działaniem a jego wynikiem;
- rozwój baz danych i systemów informacyjnych wspomagających działalność bieżącą i zarządzanie ochroną zdrowia;
- wspieranie nauczania i rozwoju zawodowego;
- określanie niezbędnych nakładów na opiekę pielęgniarską;
- planowanie zasobów niezbędnych w codziennej praktyce.

Proces budowania katalogów jest zakończony w następujących obszarach:

- pielęgniarstwo środowiskowe,
- opieka pielęgniarska nad dziećmi z HIV i AIDS,
- wrażliwe wskaźniki opieki pielęgniarskiej,
- zarządzanie bólem w pediatrii,
- opieka paliatywna,
- współpraca z pacjentami i ich rodzinami w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Proces opracowania katalogów w Polsce dotyczy następujących obszarów:

- opieka nad dorosłymi w zakresie zdrowia psychicznego,
- hospitalizacja dzieci,
- opieka pooperacyjna po operacji biodra,
- prewencja odleżyn,
- opieka w żłobku [6].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zachęca pielęgniarki z całego świata do czynnego udziału w rozwoju ICNP, ponieważ istnieje potrzeba ujednolicenia systemu wskaźników opieki pielęgniarskiej pozwalających na pomiar ciągłości i jakości świadczonej opieki i wzajemnej komunikacji między specjalistami opieki zdrowotnej [5, 6].

Możliwość korzystania ze świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej umożliwia ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która wdrożyła do przepisów prawa krajowego dyrektywę UE nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [7, 10].

Do obowiązków państwa członkowskiego w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej, poza wskazanym wyżej zapewnieniem zwrotu kosztów zrealizowanych świadczeń, należy także zapewnienie:

- stosownej informacji na temat praw świadczeniobiorców w odniesieniu do uzyskania transgranicznej opieki zdrowotnej oraz warunków zwrotu jej kosztów, w przypadku gdy pacjent z niej skorzystał;
- dostępu do takiej samej obserwacji medycznej, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium w sytuacji, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna;
- co najmniej jednej kopii dokumentacji medycznej lub zdalnego dostępu do niej w przypadku pacjentów, którzy chcą skorzystać lub korzystają z transgranicznej opieki medycznej.

Zgodnie z art. 4. dyrektywy nr 2011/24/UE do obowiązków państwa należy zapewnienie, aby:

- świadczeniodawcy przekazywali odpowiednie informacje

pomagające pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej oraz aby wystawiali czytelne faktury i przekazywali prawdziwe informacje o cenach realizowanych świadczeń;

- istniały przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji;
- istniały systemy ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub gwarancje równoważne pod względem celu;
- podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych było zgodne z prawem Unii Europejskiej;
- pacjenci, którzy skorzystali z leczenia byli uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia oraz mieli dostęp do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji. Do obowiązków państwa członkowskiego należy stosowanie w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej zasady niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową oraz zapewnienie, aby świadczeniodawcy stosowali wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą wysokość opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych [15, 16].

Podkreślenia wymaga, iż za bezpieczeństwo oraz jakość leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej odpowiada kraj, w którym przeprowadzono owo leczenie, zaś pacjenci korzystający z niego powinni wiedzieć, jak domagać się zadośćuczynienia i odszkodowania w przypadku uzasadniających ich dochodzenie [13, 14].

Ministerstwo Zdrowia RP [10, 11] informuje, że na podstawie przepisów ustawy wdrażającej dyrektywę zostają wydane 3 rozporządzenia określające:

- wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą;
- wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają wcześniejszego wydania zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- tryb wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej za granicą.

Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wynikają z unijnego mechanizmu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Polacy mają prawo do korzystania z ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub EFTA (w Norwegii, Szwajcarii, Islandii, Lichtensteinie) oraz świadczeń zdrowotnych, które nie były planowane, a okazały się konieczne podczas pobytu za granicą. W takich przypadkach świadczenia są udzielane na identycznych zasadach, jak pacjentom ubezpieczonym w danym kraju. Z reguły pacjent nie ponosi wówczas kosztów udzielonych mu świadczeń (lub ponosi niewielką odpłatność, zgodną z przepisami państwa, do którego wyjechał).

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), którą można uzyskać w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, stwarza możliwość korzystania w pełni z uprawnień wynikających w przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Europejska Karta Społeczna z 1961 r. wraz z Europejską Konwencją o Ochronie Praw Człowieka z 1950 r. stanowią fundamentalne ramy europejskiego systemu ochrony praw człowieka. Europejska Karta Społeczna stanowi o ochronie prawa społecznego i ekonomicznego. Dokument szczegółowo określa zobowiązania państw w sferze polityki zdrowotnej i społecznej, nadając prawo do ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego oraz do pomocy społecznej i medycznej dzieci, młodocianych, rodzin i pracowników migrujących i ich rodzin [8, 9].

Aktualnie obowiązującym dokumentami regulującymi także zobowiązania państw w omawianym zakresie jest skonsolido-

wana wersja rozporządzenia (WE) nr 987/2009 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 września 2009 r. ustanawiająca warunki wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zmienionego rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1244/2010, rozporządzeniem (UE) nr 465/2012 i rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1224/2012 [12, 13].

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego/EKUZ (ang. EHIC) uprawnia jej posiadacza do świadczeń opieki zdrowotnej, która jest niezbędna w czasie pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia/zamieszkania. W przypadku gdy pacjent nie posiada EKUZ, świadczeniodawca powinien niezwłocznie skontaktować się z właściwym oddziałem wojewódzkim NFZ w celu uzyskania na rzecz pacjenta – od jego macierzystej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ, który będzie podstawą rozliczenia kosztów udzielonych świadczeń. Cudzoziemcy z Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej oraz Serbii, tj. z krajów, z którymi Polska jest związana umowami/porozumieniami dwustronnymi o zabezpieczeniu społecznym lub współpracy w obszarze ochrony zdrowia, którzy przebywają w Polsce legalnie (tj. w szczególności na podstawie ważnych wiz), mogą korzystać z niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku. Koszty takich świadczeń pokrywane są przez Ministerstwo Zdrowia. Osoby nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce ani w innym państwie członkowskim UE/EFTA i nieposiadające obywatelstwa państw trzecich mogą, co do zasady, korzystać ze świadczeń zdrowotnych odpłatnie [9, 10].

PODSUMOWANIE

Można mieć nadzieję, że dzięki zaangażowaniu środowisk pielęgniarskich i ogromnemu wkładowi Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Akredytowane Centrum Badania Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w Polsce będzie

możliwa kontynuacja opieki o oczekiwanym standardzie. Jest to możliwe tylko dzięki spójnej i zrozumiałej terminologii.

Dzięki Klasyfikacji ICNP® możliwe będzie gromadzenie danych o wrażliwych wskaźnikach opieki pielęgniarskiej, które umożliwią rzetelną ocenę jakości opieki pielęgniarskiej na wynik leczenia.

Należy zwrócić uwagę na konieczność promowania aktywnej postawy pielęgniarek w zakresie szkolenia dotyczącego stosowania ICNP® w praktyce, a w szczególności gromadzeniu danych dotyczących wdrażania klasyfikacji i współpracy z kładowców opieki zdrowotnej i uczelni medycznych z instytucjami odpowiedzialnymi za wdrażanie ICNP®.

Pacjenci, którzy są wyznawcami nieznanych religii albo pochodzą z obcych kultur mogą budzić niezrozumienie, a nawet niechęć lub strach. Poznanie ich przekonań na temat zdrowia pozwoli na postawienie prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej, a także pomoże pogodzić rozbieżności w poglądach podopiecznego i opiekującej się nim pielęgniarki.

Każdy pacjent chce, by jego poglądy religijne i odrębność kulturowa były respektowane. Nie można więc lekceważyć tej woli, ponieważ byłoby to sprzeczne z podejściem holistycznym.

Istnieje bez wątpienia konieczność poszerzania wiedzy z zakresu transkulturowości wśród pracowników służby zdrowia przez organizowanie szkoleń o omawianej tematyce oraz rzetelne przygotowanie się do informatyzacji systemu ochrony zdrowia przez wdrażanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Pielęgniarki i inni przedstawiciele zawodów medycznych powinni mieć możliwość zapoznania się z dylematami wynikającymi z różnic kulturowych podopiecznych.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B. *Pielęgniarsztwo transkulturowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 5–7.
2. Jędrzejczyk-Kuliniak K. *Dni Kultury Muzułmańskiej we Wrocławiu – VI edycja*. Wrocław: Formacja Poligraficzna PM GROUP; 2010.
3. *Podejście do klasyfikacji dla dokumentacji medycznej. P.1. Opracowanie rekomendacji klasyfikacji elektronicznej dokumentacji medycznej*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2012: 26.
4. Kilińska D, red. *Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014.
5. *Health informatics – Integration of a reference terminology model for nursing*. ISO/FDIS 18104: 2003(E).
6. Kilińska D. *Materiały dydaktyczne. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP*. Łódź: ACBiR UM; 2013.
7. Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 1491).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 1545).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz.U. nr 1538).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. nr 1551).
11. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88/45) [cyt. 10.03.2016]. Dostępny na URL: <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechnie-ubezpieczenie-zdrowotne>.
12. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1224/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 349/45) [cyt. 10.03.2016]. Dostępny na URL: <http://ec.europa.eu/social/main>.
13. Cross-border health services in the EU. Analytical Report. The Gallup Organization. Flash EB nr 210, June 2007.
14. Wismar EM, Palm W, Figueras J, et al. *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
15. Dzienisiuk D. *Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej*. W: Rączaszek A, Koczur W, red. *Polityka społeczna w procesie integracji Europejskiej. Przegląd problemów*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej; 2009.
16. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Aleksandra Pytel
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
Tel.: 71 784 18 39
51-617 Wrocław
E-mail: aleksandra.pytel@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.01.2016 r.

Po recenzji: 20.02.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 22.02.2016 r.