Wiesław Chudzik, Renata Gliwa

Uniwersytet Medyczny w Łodzi*, Uniwersytet Łódzki**

ROLA I MIEJSCE LOGOPEDY W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM

THE ROLE AND PLACE OF A SPEECH THERAPIST AT THE HOSPITAL MULTIDISCIPLINARY

Słowa kluczowe: logopeda, opieka zdrowotna.

Keywords: speech therapist, healthcare.

Wstęp

W ostatnich latach mówi się o wzroście poziomu opieki logopedycznej zapewnianej przez oświatę i służbę zdrowia. Jej obecność przy dwóch ważnych filarach gwarantowanych przez państwo wydaje się świadczyć o jej wadze.

W ramach działalności bezpłatnego systemu oświaty pomoc logopedyczna powinna być udzielana przez poradnie lokalizowane przy poradniach psychologiczno-pedagogicznych i gabinety/poradnie logopedyczne funkcjonujące przy niektórych szkołach (najczęściej tych z klasami o charakterze specjalnym i integracyjnym) oraz placówkach publicznych¹ [por. Gliwa, 2015, s. 163-173; Jastrzębowska, 2003b, s. 304].

Przedmiotem prezentowanego omówienia jest określenie zakresu opieki logopedycznej i wskazanie roli logopedy w placówkach służby zdrowia. Intencją autorów

* Wydział Wojskowo-Lekarski, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź.

** Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

1 Termin *placówka publiczna*, według Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz.U. 2011 nr 109, poz. 631), oznacza: a) placówki oświatowo-wychowawcze, b) młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania, c) ośrodki umożliwiające dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, realizację obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego oraz obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, d) placówki zapewniające opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania.

jest przedstawienie stanu obecnego i oszacowanie faktycznego zapotrzebowania na specjalistów logopedów w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek wielospecjalistycznych czyli klinikach, oddziałach klinicznych, zakładach i poradniach, wykonujących zadania z zakresu działalności podstawowej szpitala. Autorzy odwołali się do swojej praktycznej wiedzy na temat organizacji opieki zdrowotnej w szpitalu wielospecjalistycznym.

Przedmiot logopedii

Punktem wyjścia do rozważań na temat roli logopedy w placówkach służby zdrowia uczynić należy określenie jego funkcji, która wynika z przedmiotu logopedii [por. Styczek, 1980, s. 10-15; Kaczmarek, 1991, s. 7-18; Jastrzębowska, 2003b, s. 301]. Opieka logopedyczna obejmuje wszelkie działania mające na celu umożliwienie pacjentowi komunikację z otoczeniem poprzez usuwanie zakłóceń czy łagodzenie ich skutków. Służą temu działania diagnostyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne (w ich obszar wpisują się wszelkie czynności mające charakter popularyzatorski czy instruktażowy) [por. Jastrzębowska, 2003b, s. 301]. Niesiona pomoc przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów, ma także wymiar społeczny – prowadzi do zmniejszenia kosztów utrzymywania osób wyłączonych z życia społecznego w efekcie upośledzenia czy zniesienia możliwości porozumiewania się.

Miejsce logopedy w placówkach opieki zdrowotnej

Status zawodu logopedy i jego droga rozwoju zawodowego jest inna w oświacie i inna w służbie zdrowia. W oświacie logopeda podlega Karcie Nauczyciela, a jego awans zawodowy przebiega analogicznie do pozostałych pracowników oświaty. W służbie zdrowia wymogi stawiane logopedzie są uzależnione od specyfiki placówki, w której jest on zatrudniony i wynikają ze stosownych przepisów regulowanych odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia (por. poniżej)².

2 W rozumieniu Ministerstwa Zdrowia logopeda to osoba, która: a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia, obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii, obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii, d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra. W dalszej części niniejszych rozważań posługując się terminem *logopeda*, będziemy mieli na uwadze osobę spełniającą co najmniej jedno z powyższych kryteriów. Ustawa zakłada także, że omawianych poniżej świadczeń może udzielać logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173, poz. 1419).

Choć w ostatnich latach wzrosła rola logopedy w systemie opieki zdrowotnej i zmienił się jego status – nie jest to tylko specjalista zajmujący się korektą wad wymowy i coraz częściej terapeutów mowy spotykamy w specjalistycznych placówkach medycznych – to polska służba zdrowia wciąż w bardzo ograniczonym zakresie korzysta z umiejętności logopedów.

Regulacje prawne

Rozpoczynając rozważania na temat opieki logopedycznej gwarantowanej przez państwo w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wyjść należy od podstawowego dokumentu prawnego gwarantującego każdemu obywatelowi dostęp do świadczeń zdrowotnych – Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku. To w niej zawarte powinno być prawo do korzystania z rehabilitacji w przypadku każdego typu niepełnosprawności, a zatem także i wynikającej z utraty zdolności komunikowania się [por. Bitniok, 2010, s. 17].

W art. 68 Konstytucji ustanowiono prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz zobowiązano władzę do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [Konstytucja RP, art. 68, par. 1–3]. W kolejnym artykule zagwarantowano pomoc osobom niepełnosprawnym w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej [Konstytucja RP, art. 69].

W przytoczonych artykułach nie sformułowano wprost prawa do rehabilitacji w zakresie nienabytych, utraconych bądź pogarszających się możliwości komunikacyjnych, należy zatem postawić pytanie – „czy tak ujęte normy prawne gwarantują obywatelom dostęp do terapii logopedycznej?”.

Według Konstytucji szczególną opiekę zdrowotną powinno zapewnić się osobom niepełnosprawnym, dezintegracja czy zniesienie możliwości kodowania i dekodowania informacji powinna zatem prowadzić do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Tymczasem standardy w zakresie kwalifikowania oraz postępowania dotyczącego orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności zawarte w Rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 130, poz. 1328) są dość enigmatyczne. Wymownym komentarzem niech będzie tu uwaga, że w komisji orzekającej o niepełnosprawności nie uwzględnia się logopedy³. Jego funkcję przejmują psycholog, ocenia on między innymi występowanie dysfunkcji psychicznych, warunkujących trudności w samodzielnym funkcjonowaniu, z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych, a także zaburzeń zachowania werbalnego oraz ruchowego.

W literaturze przedmiotu można trafić na spostrzeżenia, że taki stan powoduje spychanie na margines tzw. polityki komunikacyjno-językowej, wręcz jej bagateli-

3 Członkami powiatowego zespołu oraz wojewódzkiego zespołu są: przewodniczący, sekretarz, lekarze, psycholodzy, pedagodzy, doradcy zawodowi, pracownicy socjalni.

zowanie, a tym samym wykluczenie z życia społecznego osób (zwłaszcza dorosłych) dotkniętych chorobami powiązanych z utratą kompetencji komunikacyjnych [por. Bitniok, 2010, s. 17].

Pewne zmiany w zakresie opieki logopedycznej w placówkach służby zdrowia należy wiązać z działaniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), na zlecenie której w 1995 roku zorganizowano Ogólnoeuropejskie Spotkanie Uzgodnieniowe „Postępowania w udarze mózgu”, podczas którego opracowano międzynarodowe standardy nowoczesnego leczenia udaru mózgu. W 2005 roku odbyło się drugie Ogólnoeuropejskie Spotkanie Uzgodnieniowe „Postępowania w udarze mózgu”, którego efektem była „Deklaracja Helsingborska – leczenie udaru mózgu”, podpisana także przez polskich delegatów⁴.

W „Deklaracji Helsingborskiej” wyznaczono między innymi zasady postępowania w procesie rehabilitacji po udarze mózgu, określono organizację służb medycznych i służb powiązanych z medycznymi, podjęto decyzję o powołaniu oddziałów udarowych, które miały stanowić podstawę zintegrowanej opieki udarowej, opracowano dla nich minimalne kryteria, obejmujące między innymi obecność wielospecjalistycznego zespołu, w skład którego ma wchodzić logopeda, wyznaczono także standardy postępowania (w tym logopedycznego).

W deklaracji założono, że rehabilitacja na oddziale udarowym powinna być prowadzona tak długo, aż nastąpi poprawa stanu zdrowia pacjenta. Ponieważ kluczowym aspektem jest kontynuacja opieki medycznej po wypisie ze szpitala, położono nacisk na dalszą rehabilitację, na przykład na oddziałach rehabilitacyjnych, w specjalistycznych ośrodkach, przychodniach rehabilitacyjnych, ostatecznie w domu pacjenta (przez „ruchomy” zespół rehabilitacyjny). Zalecono ponadto powołanie zespołów udarowych działających poza szpitalem, w terenie. W momencie zakończenia procesu rehabilitacji pacjent powinien bez problemów przejść pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie „Deklaracji Helsingborskiej” w 1997 roku członkowie Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Zespołu Konsultantów w dziedzinie neurologii oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii opracowali dokument pt. „Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu” [por. <http://www.mp.pl/artykuly/1278>].

Program ten był częściowo kontynuowany w latach 2003–2008 w ramach „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD” [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ppz_pol kard_2004.pdf]. Obejmował między innymi działania profilaktyczne, diagnostyczne i leczenie chorób układu krążenia oraz standardy opieki zdrowotnej. Opracowano w nim zalecenia dotyczące: funkcjonowania oddziałów udarowych, postępowania w udarze, profilaktyki wtórnej oraz postępowania rehabilitacyjnego [por. „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 2008, 42, supl. 3]. Intencją autorów tego programu było wprowadzenie wczesnej rehabilitacji, zmierzającej do jak najszybszego i najpełniejszego usprawnienia chorego, między innymi poprzez odpowiednią terapię logopedyczną, podejmowaną nawet w pierwszej dobie po udarze⁵.

4 Deklarację opublikowano między innymi w „Neurologii i Neurochirurgii Polskiej” 1997/31.

5 Według zaleceń ćwiczenia mowy powinny być początkowo prowadzone 2–3 razy na dobę, ale nie dłużej niż 10–15 minut.

W kolejnych dwóch programach – „Narodowym Programie Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 POLKARD” [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npwdplchusn_20120418.pdf] oraz „Narodowym Programie Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016” [<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/04/POLKARD-2015-aktualizacja.pdf>] – nie wspomina się o rehabilitacji logopedycznej.

Placówka wielospecjalistyczna

Według obecnie obowiązującej ustawy (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 r. nr 112 z późn. zm.) przez placówkę wielospecjalistyczną należy rozumieć zakład opieki zdrowotnej o określonej strukturze organizacyjnej, na którą składają się jednostki (filie, oddziały) i komórki organizacyjne. Udziela ona świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Działalność placówki regulowana jest na podstawie wyżej wskazanej ustawy (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Określa ona między innymi:

- 1) zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala;
- 2) organizację i zadania poszczególnych komórek;
- 3) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.⁶) w art. 15, punkcie 1 zakłada co następuje: „świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie”. W punkcie 12 niniejszej ustawy określono warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, wśród których znajduje się badanie i terapia logopedyczna.

Stacjonarna opieka zdrowotna

W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej stosowne regulacje odnajdujemy w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2015, poz. 1520 z późn. zm.).

6 Por. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692).

Wśród tych świadczeń jest leczenie udaru mózgu na oddziale udarowym – do jego udzielania uprawniony jest między innymi logopeda (wymiar jego zatrudnienia to równoważnik co najmniej 0,5 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek)⁷.

Kolejne świadczenie wymienione w „koszyku”, przy udzielaniu którego wskazana jest obecność personelu logopedycznego, to leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu. Świadczenia w zakresie zaburzeń słuchu z zastosowaniem implantów ślimakowych i pniowych udziela personel podstawowy (między innymi specjalista w dziedzinie laryngologii lub otolaryngologii), wśród pozostałych pracowników wymienia się osobę posiadającą udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami z głębokimi zaburzeniami słuchu i udokumentowaną znajomość alternatywnych metod komunikacji oraz będącą logopedą lub osobą posiadającą dyplom magistra pedagogiki specjalnej. Świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń słuchu z zastosowaniem implantów ucha środkowego i implantów zakotwiczonych udziela lekarz (specjalista w dziedzinie laryngologii, otolaryngologii lub otorynolaryngologii; audiologii lub foniatrii lub audiologii i foniatrii) oraz logopeda posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami z głębokimi zaburzeniami słuchu bądź udokumentowaną znajomość alternatywnych metod komunikacji.

W powyższym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w zakresie opieki logopedycznej w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego odnajdujemy zaledwie trzy świadczenia, których może udzielać logopeda.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522) zapewnia się między innymi rehabilitację neurologiczną zaburzeń funkcji mózgu (dotyczy ona pacjentów zaliczonych do kategorii I i II)⁸. Świadczenie obejmuje terapię (neuro)logopedyczną w wymiarze nie mniejszym niż 30 minut dziennie, 5 dni w tygodniu, może go udzielać logopeda lub neurologopeda (wymogi etatowe to równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek). Czas trwania rehabilitacji w przypadku pacjentów zaliczonych do kategorii I wynosi od 12 do 16 tygodni, natomiast w przypadku kategorii II od 6 do 9 tygodni. Warto w tym miejscu odwołać się do „Deklaracji Helsingborgskiej”, według której długość procesu rehabilitacyjnego powinna być dostosowana do potrzeb pacjenta.

W „koszyku” świadczeń gwarantowanych znajdujemy nieliczne świadczenia dotyczące opieki logopedycznej zapewnianej dzieciom. Obejmują one:

- 1) rehabilitację neurologiczną dziecięcą (kategoria I i III)⁹: w tym terapię neurologopedyczną lub logopedyczną w wymiarze nie mniej niż 30 minut dziennie,

7 Por. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692), zakładka *Organizacja udzielania świadczeń*.

8 Szczegółowe wyznaczniki, na podstawie których zalicza się pacjentów do danej kategorii, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).

9 Szczegółowe wyznaczniki, na podstawie których zalicza się pacjentów do danej kategorii, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).

- 5 dni w tygodniu; świadczenia udziela logopeda lub neurologopeda (wymiar zatrudnienia logopedy to równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek);
- 2) rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego; świadczenia udziela logopeda lub logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii (wymiar zatrudnienia logopedy to co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek); rehabilitacja przeznaczona jest dla dzieci w dwóch grupach wiekowych: od 0 do 7 lat, dla pacjentów z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz od 8 do 18 lat, dla pacjentów z zaburzeniami wieku rozwojowego, po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia; czas trwania rehabilitacji dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
 - 3) rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu lub/i narządu mowy; usługa może być udzielana przez logopedę posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii, lub logopedę dyplomowanego w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – logopedę dyplomowanego z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu; w myśl ustawy świadczenia mogą być udzielane w gabinecie logopedycznym, w ośrodku lub w oddziale dziennym; czas trwania rehabilitacji dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

Opieka ambulatoryjna

Rolę logopedy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w placówkach służby zdrowia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U 2013, poz. 1413 z późn. zm.¹⁰). Opieką ambulatoryjną objęte są osoby, które nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. W załączniku nr 1 do wspomnianego rozporządzenia zamieszczono wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wśród nich wymienia się poradę specjalistyczną w zakresie logopedii, udzielaną w ramach działalności poradni logopedycznych.

W „koszyku” świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki ambulatoryjnej umieszczono także usługę dopasowania aparatu słuchowego (załącznik 1, rozdział IX – *Inne świadczenia diagnostyczne*). Do jego wykonania uprawniony jest logopeda i neurologopeda (oraz lekarz specjalista w dziedzinie audiologii i foniatrii lub audiologii, a także protetyk słuchu). Świadczenie dotyczy dzieci do 4. roku życia.

¹⁰ Por. Dz.U. 2014, poz. 1442.

Podstawowa opieka zdrowotna

Miejsce i rolę logopedy w udzielaniu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.). Świadczenia gwarantowane obejmują między innymi:

- 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania.

Rozporządzenie nie zakłada świadczeń z zakresu poradnictwa logopedycznego czy terapii logopedycznej na tym poziomie opieki zdrowotnej, mimo że w części III rozporządzenia: *Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych* w „koszyku” zamieszczono świadczenie: „przeprowadzenie testów rozwoju reakcji słuchowych oraz ocena rozwoju mowy”. Ustawodawca nie widzi jednak konieczności zatrudnienia logopedy w komórkach POZ.

Zakłady opieki długoterminowej

Mówiąc o placówkach wielospecjalistycznych, nie sposób nie wspomnieć o tworzonych przez nie komórkach organizacyjnych nastawionych na opiekę i rehabilitację osób w podeszłym wieku, czyli zakładach opieki długoterminowej. Powstanie tego typu jednostek dyktowane jest swego rodzaju potrzebą społeczną. Coraz lepiej rozwijająca się medycyna prowadzi do wydłużenia życia, a tym samym konieczności zapewnienia osobom starszym, przewlekle chorym i niepełnosprawnym odpowiedniej długoterminowej opieki. W tym celu powołane są odpowiednie instytucje – jak na przykład zakłady opiekuńczo-lecznicze czy pielęgnacyjno-lecznicze. Rola logopedy w placówkach tego typu powiązana jest ściśle z jego misją, mającą na celu niesienie pomocy pacjentowi przewlekle choremu i poprawę jakości jego życia poprzez umożliwienie mu odzyskania największego zakresu sprawności i niezależności. Działalność zakładów opieki długoterminowej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2014, poz. 960). Istotą działalności zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem między innymi opiekę i rehabilitację logopedyczną. Świadczeń udziela logopeda w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia.

We wspomnianym powyżej rozporządzeniu zakłada się także obecność logopedy w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz

w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie. Ustawodawca nie precyzuje jednak standardów zatrudniania w nich logopedy.

Podsumowanie

Wszelkie badania wskazują na konieczność podejmowania możliwie jak najwcześniejszych działań mających na celu niwelowanie skutków jakiejkolwiek niepełnosprawności, a więc i tej wynikającej z dezintegracji, zniesienia czy niewykształcenia procesu kodowania i dekodowania informacji. Tymczasem w świetle obowiązującego prawa rola logopedy w strukturze szpitala wielospecjalistycznego, a tym samym w służbie zdrowia, wydaje się być znikoma w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Ograniczenie stanowi tu szereg ustaw, w których nie przewidziano obecności logopedy w takich jednostkach jak chociażby oddziały położnicze, noworodkowe, otolaryngologiczne itd. Nie uwzględniono także potrzeby kompleksowej rehabilitacji pacjenta, której podstawą jest jej kontynuacja po opuszczeniu kliniki czy szpitala. Ustawodawca nie przewiduje wizyt domowych logopedy w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, nie zapewnia także pełnej dostępności opieki ambulatoryjnej.

Niestety, wypada zgodzić się z sądem doktora Michała Bitnioka, który podkreśla, że „w Polsce nie zwraca się uwagi na samego człowieka i jego sytuację, gdy jest ograniczony w swoich możliwościach językowych i komunikacyjnych. Stawia się go na nogi, by był sprawny ruchowo” [Bitniok, 2010, s. 19].

Badania wskazują, że przy dobrej organizacji służby zdrowia kompleksowa rehabilitacja nie jest drogą [por. Kwolek, 2003, s. 14], warto zatem postulować uporządkowanie i zwiększenie zakresu świadczeń logopedycznych przy okazji kolejnej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeń wykonawczych, w tym zwłaszcza rozporządzeń Ministra Zdrowia.

Za poprawę stanu opieki logopedycznej gwarantowanej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego odpowiedzialni są wszyscy zainteresowani tym problemem, nie tylko logopedzi i ich pacjenci, ale także szpitale, ubezpieczyciele, instytucje rządowe i pozarządowe. Wypracowanie wspólnego porozumienia dużych organizacji, jak i poszczególnych osób jest konieczne, aby osiągnąć cel, jakim jest redukcja kosztów ekonomicznych i przede wszystkim czysto ludzkich w zakresie utraty kompetencji komunikacyjnych.

Bibliografia

- Bitniok Michał, 2010, *Deficyty mowy wynikające z uszkodzeń obszarów mózgowych*, Rozprawa naukowa nr 30, Bielsko-Biała.
- Deklaracja Helsińborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych, 2008, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 42, supl. 3, s. 276–287.
- Demelowa Genowefa, 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.

- Gliwa Renata, 2015, *Przyszłość i wyzwania w zarządzaniu współczesnymi placówkami opieki logopedycznej w Polsce*, w: Justyna Kłys, Joanna Maj, *Problemy, wyzwania i perspektywy zarządzania w XXI wieku*, Warszawa–Krosno.
- Grabias Stanisław, 1991, *Logopedia, jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, w: tenże (red.), *Przedmiot logopedii*, t. 1, Lublin.
- Grabias Stanisław, 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 13–35.
- Jastrzębowska Grażyna, 1996, *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, psychologii i pedagogiki, filologii*, Opole.
- Jastrzębowska Grażyna, 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole.
- Jastrzębowska Grażyna, 2003a, *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi: podręcznik akademicki*, t. 1, Opole, s. 315–330.
- Jastrzębowska Grażyna, 2003b, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, Opole, s. 301–315.
- Kaczmarek Leon, 1962, *O przedmiocie i zadaniach logopedii*, „Logopedia”, 4, s. 28–40.
- Kaczmarek Leon, 1991, *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdańsk.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
- Kwolek Andrzej, 2003, *Rehabilitacja medyczna*, t. 1, Wrocław.
- Lechta Viktor, 2011, *Podstawy teoretyczne logopedii*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków.
- Michalik Mirosław, 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray, *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk.
- Słodownik-Rycaj Ewa, 2007, *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*, Warszawa.
- Styczek Irena, 1980, *Logopedia*, Warszawa.

Cytowane strony internetowe

- <http://www.mp.pl/artykuly/1278> (dostęp: 22.04.2016).
- <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/04/POLKARD-2015-aktualizacja.pdf> (dostęp: 22.04.2016).
- http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npwdplchusn_20120418.pdf (dostęp: 22.04.2016).

Cytowane rozporządzenia i ustawy:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz.U. 2011 nr 109, poz. 631).
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (DZ.U. 130, poz. 1328).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173, poz. 1419).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013, poz. 1248).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2015, poz. 1520 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2014, poz. 960).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692).

Summary

Care Speech in Poland is provided by the education and health care. The care provided within the education system, based mainly on the activities of psychological and pedagogical activity and demand for speech therapy localized at schools. Increasingly, speech therapy services are provided within the health care guaranteed by the National Health Fund. The subject of the present chapter is to determine the scope of care and identify the role of speech therapist health care.