

Marta Bażydło¹, Anna Karakiewicz², Anna Lubkowska³, Beata Karakiewicz¹

¹Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecinie

²SKN Zakładu Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Szczecin

³Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Szczecin

Dostępność opieki dla osób starszych w Polsce na przykładzie miasta Szczecin

Availability of care for the elderly in Poland for example city of Szczecin

STRESZCZENIE

Wstęp. Dwudziesty pierwszy wiek jest nazywany „wiekiem starzejących się społeczeństw”. W pierwszej dekadzie obecnego wieku więcej niż 60 lat miał co piąty Europejczyk i co dziesiąta osoba na świecie. Jest to efekt trwającej transformacji demograficznej.

Cel. Celem pracy był opis i analiza opieki nad osobami starszymi w Polsce na przykładzie miasta Szczecin.

Materiał i metody. Badaniami objęto instytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi na terenie miasta Szczecin. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, który przeprowadzono techniką ankiety połączonej z wywiadem.

Wyniki i wnioski. W Polsce za organizację opieki nad osobami starszymi odpowiadają resort zdrowia oraz resort polityki społecznej. Opieka ta jest sprawowana także przez firmy prywatne.

W Szczecinie opiekę osobom starszym zapewniają 22 placówki. Wśród nich znajdują się: podmioty pielęgniarstwa długoterminowego, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, hospicjum domowe i stacjonarne, domy pomocy społecznej, działy wsparcia dziennego, otwarte usługi opiekuńcze, prywatne stacjonarne placówki. Z usług placówek korzysta 2,34% szczecińskich seniorów. Większość klientów korzysta z form pomocy oferowanych przez pomoc społeczną. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z placówek zazwyczaj wynosi kilka miesięcy.

W Szczecinie usługi opiekuńcze dla osób starszych zapewniane są głównie przez pomoc społeczną.

Dostępność do szczecińskich placówek jest niska.

Im szerszy zakres usług, tym dłuższy czas oczekiwania na możliwość rozpoczęcia korzystania z oferty placówki.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 423–432

Słowa kluczowe: dostępność opieki zdrowotnej; osoby w wieku podeszłym; pomoc społeczna osobom w wieku podeszłym

ABSTRACT

Background. Twenty-first century is called the ‘age of aging populations’. In the first decade of this century one in five Europeans and one in ten people in the world was more than sixty.

Aim. Aim of this study is to describe and analyze the care of the elderly in Poland on the example of the city of Szczecin.

Material and methods. The study involved care centers for the elderly in Szczecin. These were the health-care institutions, social assistance and private centers. The chosen research method was a diagnostic opinion poll using a survey technique combined with an interview with representatives of the institutions.

Results and conclusions. In Szczecin there are 22 institutions providing care for the elderly. These are social welfare home, a social welfare home for mentally ill people, daily social welfare homes, providers of long-term care nursing, a nursing care facility, hospices, MOPR provides open care services to the most needy (two company), private firm in Szczecin, two of which are stationary facilities. With service centers using 2.34% Szczecin seniors. Most customers use the forms of assistance

Adres do korespondencji: mgr Marta Bażydło, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, tel.: 794 244 594, e-mail: martab88@o2.pl

provided by social assistance. Time to wait for the opportunity to take advantage of the facilities is usually a few months. In the area of Szczecin care services for older people are provided mainly by social welfare.

Access to Szczecin institutions is low.

The wider range of services, including long periods of waiting for the opportunity to start using the facility offers.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 423–432

Key words: health services accessibility; aged; old age assistance

Wstęp

Dwudziesty pierwszy wiek jest nazywany „wiekiem starzejących się społeczeństw” [1]. W pierwszej dekadzie obecnego wieku więcej niż 60 lat miał co piąty Europejczyk i co dziesiąta osoba na świecie [2]. Jest to efekt trwającej transformacji demograficznej, która dotyczy zarówno państw rozwiniętych, jak i rozwijających się [3]. Zmienia się także struktura populacji seniorów — są to osoby coraz starsze [3]. Zgodnie z prognozami w latach 1980–2020 populacja seniorów na świecie ma wzrosnąć o 240% [3, 4]. Jest to efekt rozwoju medycyny, poprawy warunków życia, wzrostu dostępności świadczeń zdrowotnych. Zadowalający jest fakt, że w Europie Zachodniej oraz Japonii obok wydłużenia przeciętnego trwania życia obserwuje się także spadek odsetka osób niepełnosprawnych, a także wzrost aktywności fizycznej wśród osób starszych [1]. Jednak wydłużenie trwania życia nie jest jedynym elementem transformacji demograficznej. Dopiero w połączeniu ze spadkiem liczby urodzeń obserwuje się poważne zmiany w strukturze wiekowej populacji [5, 6].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określiła 21 celów na dwudziesty pierwszy wiek. Piąte miejsce zajęło zdrowie ludzi starszych. Zgodnie z tym celem oczekiwana długość życia ma zostać wydłużona o 20%, a liczba osiemdziesięciolatków cieszących się poczuciem własnej wartości i zdrowiem ma zostać podwojona [4]. Do realizacji tych celów niezbędne jest racjonalne wykorzystanie zasobów usług pielęgniacyjno-opiekuńczych, a wzrostowi populacji osób starszych musi towarzyszyć zwiększenie nakładów na usługi opiekuńcze [3, 4].

Według kryteriów przyjętych przez WHO populację nazywa się starą, gdy więcej niż 7% jej członków to osoby mające 65 lat i więcej. Według Rosset’a społeczeństwo stare to takie, w którym osoby po 60. roku życia stanowią minimum 12% populacji [3, 7]. Polska jest społeczeństwem starym, ponieważ odsetek osób mających 65 lat i więcej wynosi 13%. Ma on wzrosnąć do 15,9% do 2020 roku [3, 7]. Zjawisku temu towarzyszy spadek ludności w grupach wiekowych 0–6 lat oraz 19–24 lata. Obecny współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce nie przekracza 1 promila, a współczynnik dzietności wynosi 1,3. Nie gwarantuje to zastępowalności pokoleń [5]. Są to oznaki starzenia się społeczeństwa [8].

Cel

Celem pracy był opis i analiza opieki nad osobami starszymi w Polsce na przykładzie miasta Szczecin.

Materiał i metody

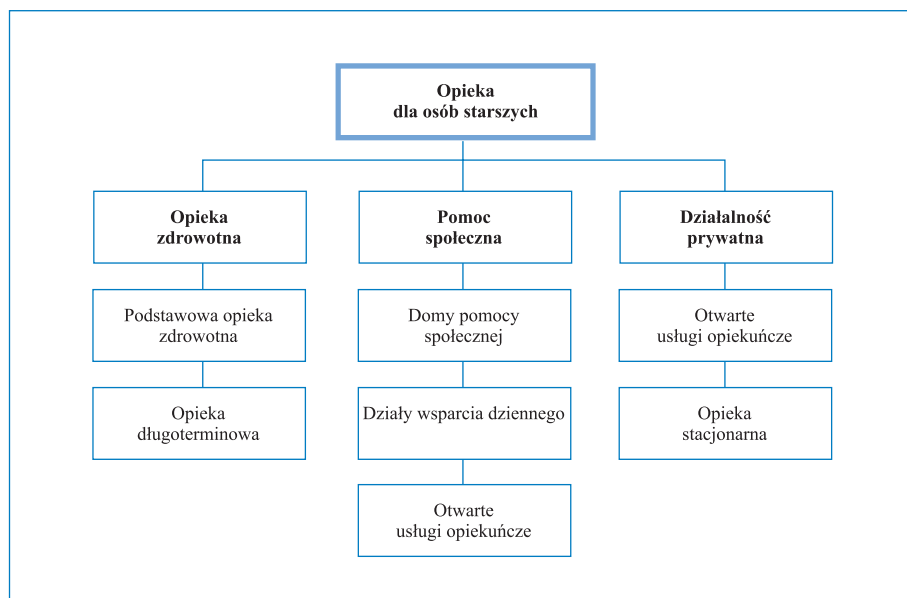
Badaniami objęto instytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi na terenie miasta Szczecin. Były to 22 placówki zarówno opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i prywatne. Do badań włączono placówki stacjonarne oraz otwarte, świadczące usługi w domu klienta.

Przeprowadzone badania są badaniami ilościowymi i przekrojowymi. Wybraną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, który przeprowadzono techniką ankiety połączonej z wywiadem. Pytania dotyczyły liczby klientów w placówce, liczby miejsc, opłat oraz warunków rozpoczęcia korzystania z usług placówki. Ankietę przeprowadzono z jednym przedstawicielem kadr zarządzających każdą z placówek zapewniających opiekę nad osobami starszymi w Szczecinie. W badaniach nie uwzględniano indywidualnych usług opiekuńczych oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Wyniki

W Polsce za organizację opieki nad osobami starszymi odpowiadają resort zdrowia oraz resort polityki społecznej [9]. Zadania opieki zdrowotnej z zakresu usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych realizowane są w ośrodkach opieki długoterminowej, oddziałach szpitalnych długoterminowych, zakładach pielęgniacyjno-opiekuńczych, zakładach pielęgniacyjno-leczniczych oraz hospicjach. Obecnie dąży się do tego, aby system opieki zdrowotnej został odciążony przez pielęgniarską opiekę domową długoterminową, usługi opiekuńcze oraz opiekę socjalną [9, 10].

Resort polityki społecznej wykonuje swoje zadania związane z opieką nad osobami starszymi poprzez pomoc społeczną. Za działania te odpowiada samorząd terytorialny. Opieka społeczna przysługuje osobom, które ze względu na wiek, chorobę czy też niepełnosprawność potrzebują choćby częściowej opieki oraz pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych [11]. Pomoc ta jest realizowana w ośrodkach dziennego pobytu, domach pomocy społecznej, za pośrednictwem firm świadczących usługi opiekuńcze [11].



Rycina 1. Organizacja usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce

Figure 1. The organization of care for the elderly in Poland

Tabela 1. Placówki opiekuńcze według typu i liczebności; Szczecin 2011

Table 1. Institutions providing care for the elderly by type and number; Szczecin 2011

Placówki	Typy placówek	Liczba placówek
Opieki zdrowotnej	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	1
	Pielęgniarska opieka długoterminowa	6
	Hospicjum	1
	Hospicjum domowe	1
	Razem	9
Pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej	2
	Dom pomocy społecznej dla psychicznie chorych	1
	Dział wsparcia dziennego	2
	Opieka otwarta	2
	Razem	7
Prywatne	Opieka otwarta	4
	Opieka stacjonarna	2
	Razem	6

W Polsce opiekę dla osób starszych zapewniają także firmy prywatne. Są to świadczenia z zakresu usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, domy seniora, pensjonaty (ryc. 1).

Szczecin jest jednym z największych miast w Polsce. Jego powierzchnia sięga 300,8 km², a liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy wynosi 387 166 [12, 13]. Szczecińskim seniorom opiekę

zapewniają 22 placówki zarówno opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i placówki prywatne. Liczebność poszczególnych typów placówek przedstawiono w tabeli 1. W Szczecinie dziewięć placówek opieki zdrowotnej sprawuje pieczę nad osobami starszymi. Sześć z nich to podmioty świadczące pielęgniarską opiekę długoterminową. Pozostałe placówki to zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy oraz hospicja w tym

Tabela 2. Opłaty za usługi placówek; Szczecin 2011**Table 2.** Charges for services; Szczecin 2011

Placówki	Formy placówek	Opłata
Opieki zdrowotnej	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	70% dochodu
	Pielęgniarska opieka długoterminowa	Brak (dla osób ubezpieczonych w NFZ)
	Hospicjum	Brak (dla osób ubezpieczonych w NFZ)
	Hospicjum domowe	Brak (dla osób ubezpieczonych w NFZ)
Pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej	70% dochodu
	DPS dla psychicznie chorych	70% dochodu
	Dział wsparcia dziennego	Pobyt: zależy od dochodu Wyżywienie: 7 zł dziennie
	Opieka otwarta	Zależy od dochodu
Prywatne	Opieka otwarta	10–15 zł za godzinę
	Opieka stacjonarna	2,5–3,5 tys. zł

jedno domowe i jedno stacjonarne. Nie ma w Szczecinie oddziału opieki długoterminowej ani zakładu opiekuńczo-leczniczego.

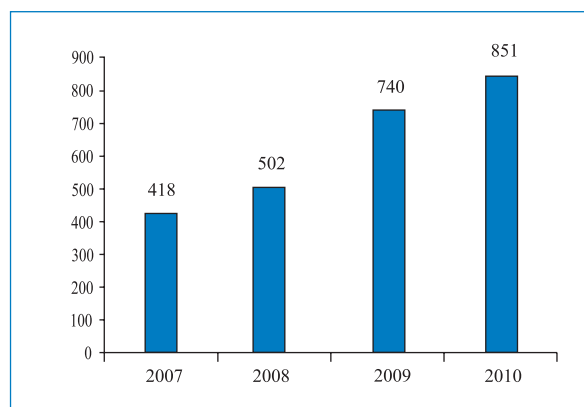
Pomoc społeczna dysponuje siedmioma placówkami. Są wśród nich dwa domy pomocy społecznej (DPS), jeden dom pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie, dwa działy wsparcia dziennego oraz dwie firmy świadczące otwarte usługi opiekuńcze.

Na rynku prywatnym występuje sześć podmiotów. Sprawują one opiekę stacjonarną, zapewniając zarówno miejsce zamieszkania, jak i oferują usługi prowadzone w domu klienta.

Usługi opieki zdrowotnej są bezpłatne dla osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Nie dotyczy to jednak usług zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, gdzie klienci opłacają pobyt w wysokości 70% swojego dochodu. Taka sama sytuacja występuje w przypadku domów pomocy społecznej. W działach wsparcia dziennego oraz w opiece otwartej pomocy społecznej koszty zależą ściśle od dochodu. Koszt pobytu w prywatnej stacjonarnej placówce opieki wynosi od 2500 do 3500 zł, natomiast koszt prywatnych usług otwartych to 10–15 zł za godzinę (tab. 2).

Domy pomocy społecznej (DPS)

Domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze oraz wspomagające. Ich oferta jest skierowana do osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, po warunkiem, że odpowiedniej opieki nie można zapewnić w miejscu zamieszkania. Placówki przyjmują podopiecznych za okazaniem skierowania, które wydaje Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR) oraz Centrum Pomocy Rodzinie. Każda decyzja jest



Rycina 2. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej; Szczecin 2007–2010 (źródło: Dane pozyskane od Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Szczecinie)

Figure 2. Number of residents of nursing homes; Szczecin 2007–2010 (source: Data obtained from the Family Welfare Centre in Szczecin)

poprzedzona wywiadem środowiskowym przeprowadzonym przez pracownika socjalnego [11, 14–16].

W Szczecinie znajdują się trzy domy pomocy społecznej, w tym jeden przeznaczony dla osób psychicznie chorych. Szczecińskie domy pomocy społecznej są placówkami dużymi, przeznaczonymi dla odpowiednio 235, 241 i 68 osób (w domu pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych). Liczba pensjonariuszy przebywających w domach pomocy społecznej w Szczecinie w latach 2007–2010 uległa podwojeniu z 418 osób w 2007 roku do 851 osób w 2010 roku (ryc. 2).

Warunki rozpoczęcia korzystania z usług domu pomocy społecznej określa Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Pensjonariusze ponoszą częściową odpłatność za pobyt. Jest to 70% świadczenia, jakie otrzymują. Jeżeli kwota ta jest niewystarczająca, ustawa zobowiązuje rodzinę oraz gminę do współpłacenia. Miesięczny koszt pobytu jednej osoby w DPS wynosi 2745,82 zł.

W szczecińskich domach pomocy społecznej znajduje się (stan na grudzień 2011) jedno wolne miejsce na pobyt stały oraz dwa (z trzech) miejsca pobytu czasowego dla osób w trudnej, nagłej sytuacji. Pobyt czasowy trwa 2 miesiące z możliwością przedłużenia do 4 miesięcy, natomiast pobyt stały jest bezterminowy. Okres oczekiwania na wolne miejsce wynosi 18–24 miesięcy. Natomiast w domach pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych okres ten wydłuża się do 10 lat. Kolejka oczekujących na pobyt w DPS w grudniu 2011 roku wynosiła 490 osób.

Działy wsparcia dziennego (dzienne domy pomocy społecznej)

Działy wsparcia dziennego są prowadzone przez pomoc społeczną. Placówki te zapewniają pobyt w ciągu dnia na terenie ośrodka, wyżywienie, dodatkowe usługi, między innymi zabiegi rehabilitacyjne, zajęcia kulturalno-rekreacyjne [17].

W Szczecinie funkcjonują dwa dzienne domy pomocy społecznej. Warunki rozpoczęcia korzystania z usług placówek ustala Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie na podstawie wywiadu pracownika socjalnego. Opłata ponoszona przez pensjonariusza to 7 zł stawki żywieniowej dziennie oraz w zależności od dochodu od 48,23 zł do 162,78 zł miesięcznie. Opłaty są niższe dla osób samotnie gospodarujących. Średni miesięczny koszt pobytu jednej osoby wynosi 602,89 zł.

Obecnie w dziennych domach pomocy społecznej znajduje się 14 wolnych miejsc. Korzystanie z usług placówki jest bezterminowe. Czas oczekiwania na nowe miejsce wynosi maksymalnie miesiąc.

Usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania są udzielane przez pomoc społeczną oraz przez prywatne firmy. Pomoc społeczna dodatkowo oferuje specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób chorych psychicznie [17].

Opieka otwarta zapewniana przez MOPR

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie zawarł umowę na wykonywanie usług opiekuńczych oraz specjalnych usług opiekuńczych dla osób psychicznie chorych z dwoma prywatnymi firmami. Umowy są podpisywane na drodze przetargu. Usługi te przeznaczone są dla

osób wymagających pilnej, niezwłocznej pomocy. Zakres opieki wynosi do 4 godzin dziennie. Koszt całkowity usług zależy od dzielnicy, w której mieszka osoba starsza i wynosi od 11,89 zł do 12,99 zł za godzinę, natomiast koszt specjalnych usług opiekuńczych dla osób chorych psychicznie to 25 zł za godzinę. Osoby objęte opieką ponoszą zatem różne koszty, w zależności od ich wieku oraz dochodów. Z opłaty zwolnione są osoby najuboższe [18]. Na wydanie decyzji o przydzieleniu usług opiekuńczych czeka się do 30 dni. W przypadkach pilnych MOPR zapewnia natychmiastową opiekę.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna współpracuje z pracownikami socjalnymi podczas wydawania decyzji o konieczności opieki osób trzecich. Decyzje te stanowią podstawę przydzielenia usług opiekuńczych lub skierowania do domu pomocy społecznej. Ponadto podstawowa opieka zdrowotna zapewnia systematyczną opiekę pielęgniarską osobom, które wzmodyfikowanej skali Barthel uzyskały do 60 punktów [16, 17, 19].

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa skierowana jest do tych pacjentów, którzy nie przekraczają 40 punktów zdolności do samoopieki w skali Barthel, są przewlekle chorzy i mają postawioną diagnozę. Opieka ta ma na celu poprawę jakości życia [8, 17, 20].

Domowa opieka długoterminowa (pielęgniarska opieka długoterminowa domowa)

Udzielana jest osobom, które nie wymagają hospitalizacji i nie chcą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, jednakże potrzebują stałej opieki pielęgniarskiej. Ponadto pacjenci ci wymagają wykonywania co najmniej jednego z następujących świadczeń: założenia i usunięcia cewnika, opatrywania ran, odleżyn, owrzodzeń, karmienia przez zgłębnik bądź przetokę, kroplowego wlewu dożylnego, pielęgnacji rurki tracheotomijnej. Świadczenia realizowane są w porozumieniu z lekarzem POZ [8, 16, 17]. Jedna pielęgniarka sprawuje opiekę nad maksymalnie pięcioma chorymi, co gwarantuje dużą dostępność do tych usług. Czas poświęcany na sprawowanie opieki to minimalnie 1,5 h dziennie, nie dłużej niż przez 6 miesięcy. Narodowy Fundusz Zdrowia może podjąć decyzję o wydłużeniu okresu trwania usług opiekuńczych.

W Szczecinie sześć placówek świadczy pielęgniarską opiekę długoterminową. Warunki korzystania z tego typu opieki ustala Narodowy Fundusz Zdrowia. Obecnie, aby skorzystać z tego rodzaju świadczenia jest wymagane skierowanie od lekarza, a także uzyskanie w skali Barthel wyniku nie przekraczającego

40 punktów, co oznacza potrzebę korzystania z opieki osoby trzeciej przez około 300 min w ciągu doby. Pielęgniarska opieka długoterminowa jest wykonywana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Udzielane świadczenia to opieka pielęgniarska, a także podnoszenie sprawności oraz aktywizacja. Usługi te są wykonywane do momentu, gdy osoby pozostające pod opieką uzyskają w skali Barthel wynik przekraczający 40 punktów. Na świadczenia czeka się 3–8 miesięcy.

Stacjonarna opieka długoterminowa

Stacjonarna opieka długoterminowa dzieli się na: oddziały opieki długoterminowej, zakłady opiekuńczo-pielęgniacyjne oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze skierowane do wszystkich, bądź do pacjentów o specjalnych wymaganiach, na przykład do osób psychicznie chorych, osób wentylowanych mechanicznie, w stanie wegetatywnym lub apalicznym. Podopieczni tych placówek wymagają całodobowej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz dalszego trwania leczenia, nie wymagają natomiast hospitalizacji. Wskazaniem do pobytu w placówce nie może być trudna sytuacja materialna ani zaawansowana choroba nowotworowa. Świadczone usługi to pielęgnacja, opieka, rehabilitacja. Skierowanie jest wydawane na podstawie wniosku lekarza POZ (lub lekarza wypisującego pacjenta ze szpitala) i wywiadu pielęgniarki POZ. Miesięczna opłata pokrywa koszty żywienia i zakwaterowania. Odpowiada ona 250% najniższej emerytury, nie może być jednak wyższa niż 70% miesięcznego dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie. [8, 16, 17, 21, 22]

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)

W Zakładzie opiekuńczo-leczniczym poza zakwaterowaniem, żywnością, pielęgnacją i rehabilitacją jest zapewniona opieka lekarska i leczenie farmakologiczne. Pacjentom są dostarczane również środki farmaceutyczne oraz materiały medyczne zlecane przez lekarza. Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wynosi do 6 miesięcy, można go jednak wydłużyć za zgodą Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ [3, 24].

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze są prowadzone przez pielęgniarki. Placówki te zapewniają opiekę pacjentom, którzy nie wymagają stałej opieki lekarskiej, jednak potrzebują intensywnej pielęgnacji.

W Zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest kontynuowane leczenie farmakologiczne, są udzielane świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, a także jest prowadzona edukacja zdrowotna, zarówno dla podopiecznych, jak i ich rodzin. Pacjent samodzielnie pokrywa koszty środków farmakologicznych oraz medycznych. Pobyt w ZPO trwa do 6 miesięcy [3, 13, 24].

W Szczecinie znajduje się jeden zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy. Udziela on świadczeń 80 osobom, co stanowi 4% osób starszych korzystających z instytucjonalnych form opieki. Warunkiem przyjęcia do placówki jest przedłożenie odpowiedniej dokumentacji. Skierowanie jest wydawane na podstawie wniosku lekarza POZ lub innego lekarza wypisującego pacjenta ze szpitala i wywiadu pielęgniarki POZ. Placówka nie przyjmuje pacjentów z chorobą nowotworową, psychiczną i osób uzależnionych od alkoholu. Pacjenci ponoszą odpłatność w wysokości 70% swojego dochodu. Zakres usług obejmuje zapewnienie miejsca zamieszkania, żywienia, opiekę pielęgniarską, opiekę lekarską, podnoszenie sprawności i aktywizację. Obecnie w placówce nie ma wolnych miejsc. Na miejsce czeka się 3–6 miesięcy. Okres pobytu w placówce nie może przekraczać 6 miesięcy.

Opieka paliatywno-hospicyjna

Opieka ta zapewnia nieograniczoną czasowo opiekę pacjentom z nowotworami, zakażeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN) wywołanymi wirusami powolnymi, chorobami wywołanymi przez zakażenia wirusem HIV, układowymi zanikami pierwotnymi zajmującymi OUN, kardiomiopatiami w okresie schyłkowym, zaawansowaną niewydolnością oddechową, owrzodzeniem odleżynowym, niewydolnością nerek w okresie schyłkowym. Aby rozpocząć korzystanie z usług tej opieki należy uzyskać skierowanie od lekarza. Istnieją hospicja domowe oraz stacjonarne [3, 13].

Na terenie Szczecina funkcjonuje jedno hospicjum domowe oraz jedno hospicjum stacjonarne. Warunkiem korzystania z usług jest posiadanie skierowania do hospicjum. Korzystanie z hospicjum jest pokrywane z ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres świadczonych usług w hospicjum domowym to opieka pielęgnacyjna i lekarska (paliatywna). W hospicjum stacjonarnym dodatkowo zapewnia się miejsce zamieszkania, żywienie oraz w razie potrzeby podstawowe środki higieniczne. W hospicjum stacjonarnym obecnie nie ma wolnych miejsc, na miejsce czeka się w zależności od kolejki w NFZ. Liczba miejsc w hospicjum domowym zależy od NFZ, na miejsce czeka się kilka dni.

Opieka prywatna

W ofercie opieki prywatnej znajdują się zarówno usługi opieki otwartej, udzielanej w domu osoby starszej, jak i placówki stacjonarne.

Prywatna opieka otwarta

W Szczecinie funkcjonuje sześć placówek prywatnej opieki otwartej. Dwie z nich mają podpisany kontrakt o wykonywanie świadczeń z Miejskim

Tabela 3. Liczba klientów poszczególnych typów placówek, Szczecin 2011**Table 3.** Number of clients different types of institutions, Szczecin 2011

Placówki	Formy placówek	Liczba klientów
Opieki zdrowotnej	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	80
	Pielęgniarska opieka długoterminowa	280
	Hospicjum	25
	Hospicjum domowe	23
	Razem	408
Pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej	471
	Dom pomocy społecznej dla psychicznie chorych	68
	Dział wsparcia dziennego	101
	Opieka otwarta	931
	Razem	1 571
Prywatne	Opieka otwarta	70
	Opieka stacjonarna	44
	Razem	114
	RAZEM	2 093

W wymienionych placówkach 39 osób ma mniej niż 60 lat, dlatego łączna liczba seniorów objętych instytucjonalną opieką jest odpowiednio pomniejszona

Ośrodkiem Pomocy Rodzinie. W przypadku pozostałych warunkiem rozpoczęcia korzystania z usług jest podpisanie umowy. Opłata za godzinę pracy opiekunki wynosi 10–15 zł. Zakres świadczeń obejmuje pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pomoc w gospodarstwie domowym, podnoszenie sprawności i aktywizację, a także rozwijanie kontaktów społecznych. Przedstawiciele tego typu placówek podają, że nie mają ograniczeń co do liczby klientów. Na możliwość korzystania ze świadczeń czeka się około 3 dni.

Prywatna opieka stacjonarna

W Szczecinie funkcjonują dwie placówki tego typu. Warunkiem rozpoczęcia korzystania z usług jest podpisanie umowy z klientem i członkiem jego rodziny. Opłata za miesięczny pobyt wynosi 2,5–3,5 tys. zł.

Obecnie w placówkach tego typu znajdują się 3 wolne miejsca. Klienci korzystają z usług bezterminowo. Na wolne miejsce czeka się średnio od 3 miesięcy do nawet 2 lat.

W Szczecinie z usług powyższych placówek korzystają 2 054 osoby powyżej 60. roku życia (tab. 3). Stanowi to 2,34% Szczecinian w tej grupie wiekowej. Opiekę nad większością niesamodzielnych szczecińskich seniorów zapewnia pomoc społeczna. Skupia ona 75% osób korzystających z tego typu świadczeń (ryc. 3). Usługą, która obejmuje najwięcej klientów są świadczenia opieki otwartej zapewniane przez pomoc społeczną (931 osób). Kolejne najliczniejsze usługi to

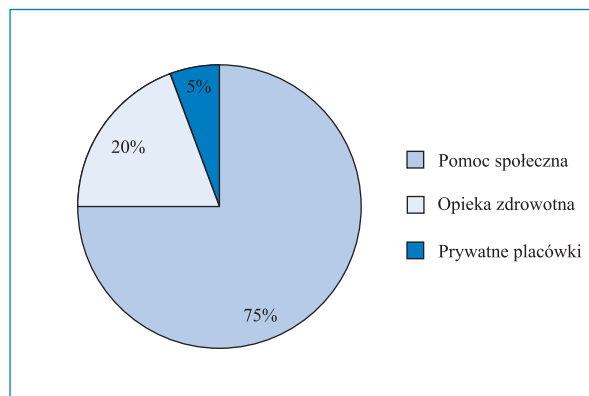
pobyt w domu pomocy społecznej (471 osób) oraz pielęgniarska opieka długoterminowa (471 osób) (ryc. 4). Wśród seniorów korzystających z usług opiekuńczych tylko 5% wybrało placówki prywatne (ryc. 3).

W obliczu starzenia się społeczeństwa bardzo ważną kwestią jest zapewnienie odpowiedniego poziomu dostępności usług. Na rycinie 5 przedstawiono porównanie liczby osób korzystających z placówek opiekuńczych z liczbą miejsc, jakie zapewniają poszczególne typy placówek.

W placówkach, w których klient nie ponosi pełnej odpłatności za usługi, znajduje się siedemnaście wolnych miejsc. Czternaście z nich znajduje się w działach wsparcia dziennego. Domy pomocy społecznej dysponują jednym wolnym miejscem stałego pobytu oraz dwoma miejscami pobytu tymczasowego dla osób znajdujących się w nagłej, trudnej sytuacji. W placówkach opieki zdrowotnej nie ma wolnych miejsc.

W placówkach prywatnych stacjonarnych, czyli zapewniających miejsce zamieszkania, znajdują się trzy miejsca wolne. Przedstawiciele otwartej opieki prywatnej, świadczącej usługi w domu klienta, nie mają ograniczeń co do liczby podopiecznych.

Czas oczekiwania na możliwość korzystania z usług placówki zależy od typu placówki. Najdłużej należy oczekiwać na miejsce w domu pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych (około 10 lat), a najkrócej na prywatne usługi opieki otwartej (do 3 dni). Warto zauważyć, że czas oczekiwania na wolne miejsce jest



Rycina 3. Odsetek klientów korzystających z poszczególnych rodzajów opieki, Szczecin 2011

Figure 3. The percentage of clients with different types of care, Szczecin 2011

znacznie dłuższy w placówkach stacjonarnych niż w otwartych formach opieki. Czas oczekiwania pozostałych typów placówek przedstawia tabela 4.

Dyskusja

Kalinowski w swojej pracy podaje, że w 2010 roku w całym kraju odsetek osób mających więcej niż 65 lat wynosił 13%. Zgodnie z prognozą odsetek ten w 2020 roku ma wynosić 17%, a w roku 2030 już 21% [23]. Współczynnik obciążenia demograficznego, czyli proporcja liczby osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do 100 osób w wieku 17–59 lat, wzrośnie w Polsce z 24% w 2000 roku do 41% w 2030 roku [24].

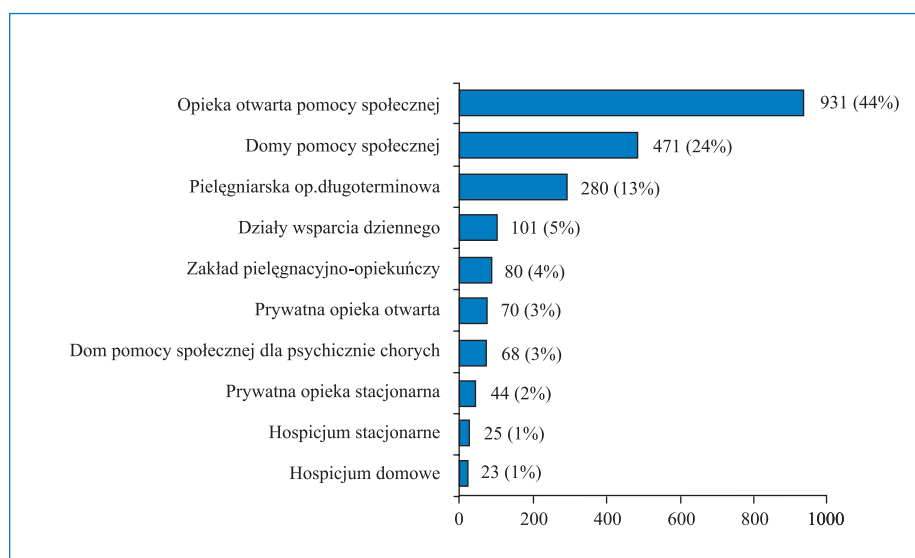
Również Sygit i wsp. zauważyli, że ze względu na transformację demograficzną problemy socjalno-bytowe i potrzeby zdrowotne osób starszych muszą być uwzględnione w polityce regionalnej i rodzinnej. Ponadto zagadnienia starości i problemów seniorów powinny być uwzględniane w edukacji [25].

Błaszczyk i wsp. zaznaczyli, że wraz ze starzeniem się jednostek pogarsza się stan zdrowia całego społeczeństwa. Coraz większe są więc potrzeby opiekuńcze, których dostarczenie jest zadaniem młodszych pokoleń [26]. O starości w kontekście starzenia się całego społeczeństwa polskiego pisali także Górecka i wsp. Autorzy dostrzegają potrzebę dostosowania polityki społecznej do zachodzących zmian demograficznych oraz potrzebę badań na temat starości [27].

Według wyników badań Barcikowskiej i wsp. przygotowanie do starości w kontekście ekonomicznym jest w Polsce niedostateczne. Autorzy przytaczają badania Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, z których wynika, że zabezpieczenie materialne na starość w połowie badanych gospodarstw domowych jest potrzebą drugorzędną lub marginalną. Ponadto zaznacza, że kiedy roczniki wyżu demograficznego lat 50. osiągną wiek emerytalny, starzenie się społeczeństwa ulegnie pogłębieniu. Autorka wskazuje, że należy podnieść poziom świadomości na temat zależności między podejmowanymi działaniami i stylem życia w wieku przedemerytalnym, a jakością życia w okresie późniejszym [7].

Wnioski

Na terenie Szczecina usługi opiekuńcze dla osób starszych są zapewniane głównie przez pomoc

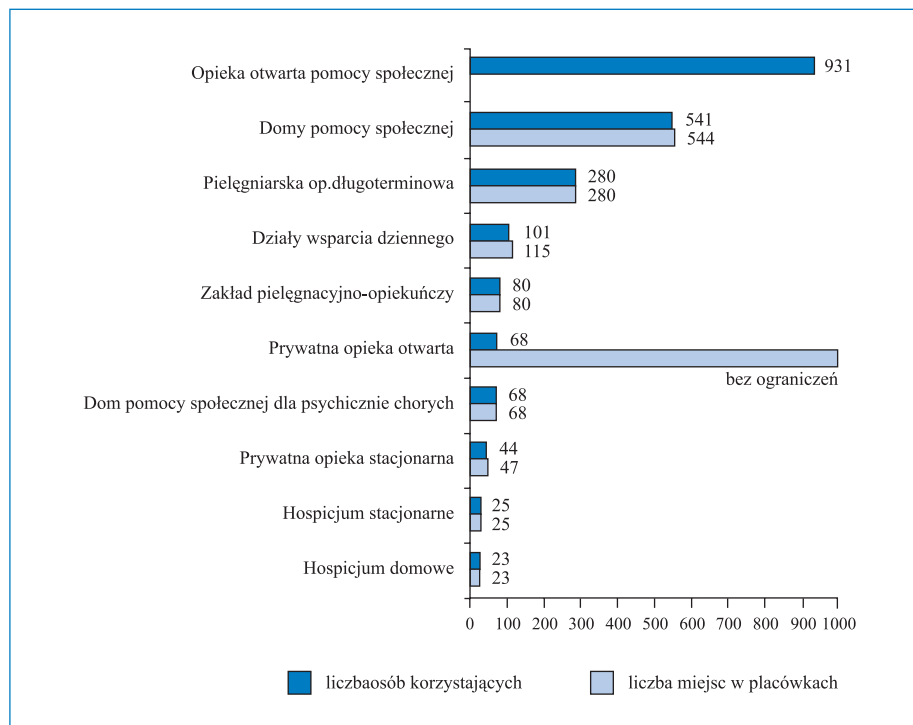


Rycina 4. Liczba i odsetek klientów korzystających z poszczególnych placówek, Szczecin 2011

Figure 4. Number and percentage of clients using different institutions, Szczecin 2011

Tabela 4. Czas oczekiwania na wolne miejsce w poszczególnych typach placówek; Szczecin 2011**Table 4.** The waiting time for free in the different types of establishments; Szczecin 2011

Placówki	Formy placówek	Czas oczekiwania
Opieki zdrowotnej	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	3–6 miesięcy
	Pielęgniarska opieka długoterminowa	3–8 miesięcy
	Hospicjum	Zależy od kolejki w NFZ
	Hospicjum domowe	3–4 dni
Pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej	18–24 miesięcy
	Dom pomocy społecznej dla psychicznie chorych	Około 10 lat
	Dzienne domy pomocy społecznej	Do miesiąca
	Opieka otwarta	Maksymalnie 30 dni
Prywatne	Opieka otwarta	Do 3 dni
	Opieka stacjonarna	3–24 miesięcy

**Rycina 5.** Liczba osób korzystających z placówek opiekuńczych w porównaniu z liczbą miejsc w placówkach, Szczecin 2011**Figure 5.** Number of clients using institutions compared to the number of places in institutions, Szczecin 2011

społeczną, a także przez opiekę zdrowotną i sektor prywatny.

Dostępność do szczecińskich placówek jest niska.

Czas oczekiwania na korzystanie z placówki zależy od zakresu usług oferowanych przez pla-

cówkę. Im szerszy zakres usług, tym dłuższy czas oczekiwania na możliwość rozpoczęcia korzystania z oferty placówki.

W celu zapewnienia w przyszłości obecnemu poziomowi dostępności usług opiekuńczych w Szczecinie należy rozszerzyć ofertę usług.

Piśmiennictwo

1. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
2. Włodarczyk A. Starzenie się ludności wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce i Europie. *Zdr. Publ.* 2005; 115 (4): 611–616.
3. Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk C. *Zdrowie Publiczne. Tom 2. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.*
4. Zarzecka-Baran M., Słodkowska D. Sytuacja społeczna seniorów a dostępność usług medycznych. *Zdr. Publ.* 2004; 114 (4): 502–507.
5. Bzdęga H., Gębska-Kuczerowska A. *Epidemiologia w zdrowiu publicznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.*
6. Leowski J. *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.*
7. Barcikowska M., Członkowska A., Derejczyk J., Gabryelewicz T., Gębska-Kuczerowska A., Herczyńska G. *Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport Post. Psychiatr. Neurolog.* 2006; 15 (3): 203–211.
8. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K. *Uwarunkowania demograficzne i zdrowotne wpływające na rozwój opieki geriatrycznej i długoterminowej. Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2006; 8 (2): 461–463.
9. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.*
10. Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szałkiewicz E. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.*
11. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2004 r.).
12. Strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego: Powierzchnia i granice Szczecina. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xber/szczec/ASSETS_2011m_01_003.pdf; data pobrania: 20.09.2012.
13. Strona internetowa Urzędu Miasta Szczecin: http://bip.um.szczecin.pl/umszczecinbip/chapter_50049.asp; data pobrania: 20.09.2012.
14. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.*
15. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej; załącznik nr 1: Standard obowiązujących podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej.
16. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.*
17. Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.*
18. Uchwała nr LIV/1016/06 Rady Miasta Szczecin z dnia 10 kwietnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze.
19. Łukomska A. Dostępność świadczeń lekarza rodzinnego w ocenie pacjentów. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2008; 10 (2): 162–166.
20. Buss T., Lichodziejewska-Nimierko M. *Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). Forum Med. Rodz.* 2008; 2 (4): 162–166.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.
22. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89, tekst jednolity opublikowany 31 stycznia 2007 roku).
23. Kalinowski P. *Starzenie się społeczeństwa Polskiego i jego następstwa dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wiad. Lek.* 2002; 55 (Supl. 1): 196–199.
24. Wilmowska-Pietruszyńska A., Putz J. *Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Post. Nauk. Med.* 2009; 22 (4): 264–267.
25. Sygit K., Sygit M., Pietrzak M., Owoc A. *Obraz osób starszych w opinii studentów. Zdr. Publ.* 2007; 117 (3): 355–360.
26. Błaszczak R., Cisiak P., Ciota M., Jędrzejewska B. *Problemy medyczne i społeczne związane z narastającą liczbą osób w wieku starszym. Problemy Rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. Tom 2. Lublin 2002.*
27. Górecka M., Niskich J. *Starość w ujęciu zmian demograficznych w Polsce. Pielęg. Pol.* 2008; 3 (29): 193–197.