

W kierunku lepszej opieki geriatrycznej w ramach podstawowej opieki – wnioski z ewaluacji projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*¹

Aldona Frączkiewicz-Wronka¹, Martyna Wronka-Pośpiech²

¹ Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice

² Katedra Przedsiębiorczości i Zarządzania Innowacyjnego, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice

Adres do korespondencji: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytet Ekonomiczny, ul. 1 Maja 47, 40-287 Katowice, aldona.fraczkiewicz-wronka@ue.katowice.pl

■ Abstract

Towards better geriatric care at the level of primary health care – findings from the evaluation study “Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care”²

Demographic and epidemiological changes, especially the lengthening of human lifespan, influence shape and nature of the needs of society, which can and should be satisfied within the area of operations assigned to social policy, particularly health policy being one of so-called public policies. Public policies make for ordering public tasks – ranging from its design, implementation and results evaluation. Usually they are in correspondence with identified social issues, for solution of which an intervention at the state level is necessary. One of social issues requiring an urgent solution is creating system of support for older people enabling them to live with dignity in their current living environment. As a result of identified deficits in this area, public debate in Poland was initiated regarding creating policies for people aged 60+, which final result was preparation of the assumptions of the long-term Senior Policy in Poland for the period 2014–2020. Guidelines of this document as one of the important areas of supporting aged 60+ indicate creating conditions for maintain good health and autonomy for as long as possible. The programme document 2.1.1, under priority 1 for creating of systemic solutions allowing development of medical services for the elderly population, as main objectives to be achieved states: (1) the development of geriatrics as a medical specialty, (2) preparation and professional development of medical staff towards holistic and comprehensive health care for an elderly patients, and (3) the promotion and development of outpatient and geriatric care in Poland. In order to meet the demand for stimulating activities aimed at strengthening resources enabling wider access to health services for the elderly, The Ministry of Health (Department of Nurses and Midwives) in partnership with the Medical Centre of Postgraduate Education in Warsaw in the period from 1st of January 2012 until 30th of June 2015 develop and execute the project “Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care” funded by the European Social Fund under the Operational Programme Human Capital. The aim of the project is to improve care directed at the elderly in Poland by improving the competence of medical personnel in the field of geriatric care. The added value of the project was carrying out vast survey among experts regarding their preferences in terms of organisational shape of comprehensive care of the elderly at the level of primary health care.

Key words: geriatric care, long-term Senior Policy, primary health care

Słowa kluczowe: Długofalowa Polityka Senioralna, opieka geriatryczna, podstawowa opieka zdrowotna

Wstęp

W Polsce przez ostatnie dwie dekady, system zabezpieczenia społecznego dla seniorów był głównie programowany przez pryzmat ochrony sytuacji materialnej i zapewnienia bytu w ramach systemu świadczeń emerytalnych, ewentualnie rentowych. W mniejszym stopniu w systemie bezpieczeństwa socjalnego (*social security*) rozwijane były usługi, które są niezbędne z punktu widzenia zapewnienia seniorom ich praw socjalnych. Potwierdzeniem tego ostatniego stwierdzenia jest m.in. obserwowany deficyt usług zdrowotnych, aktywizacyjnych i integracyjnych oraz stan systemu pomocy społecznej i środowiskowej, której obecny zakres i sposób funkcjonowania sprzyja przeświadczeniu, że rozwiązywanie problemów osób starszych zostało przerzucone na nich samych lub najbliższą rodzinę, a rola instytucji państwowych w tym zakresie jest niewystarczająca. Oczywiście jest stwierdzenie, że wzrost populacji starszych osób rodzi skutki odczuwane przez całe społeczeństwo i rzutuje na gospodarkę, stosunki społeczne i kulturalne danego państwa. Większość krajów Europy, w tym również Polskę, problem ten dotyka tak istotnie, iż podmioty władzy państwowej intensyfikują prace nad tworzeniem instytucjonalnych rozwiązań nakierowanych na projektowanie systemu wsparcia dla osób starszych. Zmiany demograficzne i epidemiologiczne, a szczególnie wydłużanie się ludzkiego życia, wpływają na kształt i charakter tych potrzeb społeczeństwa, które mogą i powinny być zaspokajane w zakresie działań przypisanych do polityki społecznej, a w niej szczególnie polityki ochrony zdrowia, która jest jedną z tzw. polityk publicznych [1]. Polityki publiczne postrzegane są jako podejmowanie przez władzę publiczną powiązanych z sobą decyzji i działań do osiągnięcia określonych celów, w sytuacji gdy mechanizmy rynkowe nie mają zastosowania albo same nie mogłyby działać dostatecznie efektywnie. Służą one nadawaniu porządku zadaniom publicznym – od ich projektowania, poprzez realizowanie, aż do oceny wyników. Cele polityki publicznej ustalane są w procesie konsultacji z licznymi aktorami sfery publicznej, a ich konkretyzacja w zakresie przypisania źródeł finansowania i zakresu zadań powierzana jest organom administracji publicznej – często we współpracy z innymi podmiotami [2]. Zidentyfikowane obszary deficytu przyczyniły się do zainicjowania w Polsce publicznej debaty na temat tego, w jaki sposób kreować politykę na rzecz osób w wieku 60+, której finalnym rezultatem było przygotowanie w 2014 roku założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz do samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych. W założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce jako jeden z istotnych obszarów wsparcia populacji 60+ wskazano tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. W części 2.1.1 dokumentu programowego – w ramach priorytetu 1 dotyczą-

cego stworzenia systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych – jako główne cele do osiągnięcia uznano: (1) rozwój geriatry jako specjalizacji; (2) przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem; (3) wspieranie i rozwój poradni oraz opieki geriatrycznej w Polsce. Zakres i treść priorytetów wyraźnie wskazują na to, iż problemy związane z tworzeniem systemowych rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia osób starszych są obecnie identyfikowane jako jedne z najważniejszych w polityce senioralnej i szerzej polityce ochrony zdrowia czy polityce społecznej *per se*.

Rozumiejąc wagę problemu wprowadzania rozwiązań umożliwiających osobom starszym satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych – w ramach EFS PO KL – przeznaczono znaczące środki finansowe na wspieranie rozwiązań systemowych adekwatnych do wyzwań wynikających z pojawiających się zagrożeń demograficznych. Jednym z pożądanych kierunków działań jest projektowanie nowych ról i zakresu obowiązków profesjonalistów medycznych oraz prowadzenie szkoleń nakierowanych na nabywanie przez nich wiedzy, umiejętności i kwalifikacji pozwalających owe role efektywnie pełnić. Takie rozwiązanie zostało wykorzystane w projekcie systemowym, którego wyniki omawiane są w niniejszym opracowaniu.

1. Uwarunkowania kontekstowe podejmowania działań na rzecz tworzenia modelu opieki geriatrycznej w ramach opieki podstawowej

Poszukiwanie nowych sposobów dostarczania usług społecznych dla osób starszych wynika z wielu przesłanek. Wśród nich jako najważniejsze należy wymienić prawne, polityczne, społeczne, ekonomiczne, demograficzne.

1.1. Uwarunkowania prawne

Przyjęta przez UE – jako całość – oraz indywidualnie przez poszczególne kraje członkowskie odpowiedzialność za poprawę społecznej i ekonomicznej sytuacji osób starszych jest konsekwencją konieczności respektowania w wewnętrznych regulacjach i podejmowanych działaniach w Polsce zapisów prawa oraz pragmatyk enumeratywnie wskazanych w Rekomendacji CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych [3], a szczególnie: (a) Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności; (b) Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny; (c) Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie; (d) Rekomendacji Komitetu Ministrów nr CM/Rec(2011)5 w sprawie zmniejszania ryzyk dla starszych migrantów i podnoszenia poziomu ich dobrobytu; (e) Rekomendacji nr CM/Rec(2009)6 w sprawie starzenia się i niepełnosprawności w XXI wieku; (f) Rekomendacji nr R(94)9 dotyczącej osób starszych; (g) Rezolucji Zgromadzenia Parlamentarne-

go nr 1793(2011) w sprawie promowania aktywnego starzenia: inwestowanie w potencjał pracowniczy osób starszych; (h) Rekomendacji nr 1796(2007) w sprawie sytuacji osób starszych w Europie; (i) Rekomendacji nr 1749(2006) i Rezolucji nr 1502(2006) w sprawie demograficznych wyzwań w aspekcie społecznej spójności; (j) Rekomendacji nr 1591(2003) w sprawie wyzwań polityk społecznych w starzejących się społeczeństwach Europy; (k) Rekomendacji nr 1619(2003) w sprawie praw starszych migrantów; (l) Rekomendacji 1418(1999) w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających; (ł) Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych; (m) Planu Działań Rady Europy na rzecz promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie (2006–2015); (n) dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych, w szczególności Zasady Działania Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz osób starszych (1991); (o) dokumentów Madryckiego Międzynarodowego Planu Działań w przedmiocie procesów starzenia (MIPAA); (p) dokumentów Regionalnej Strategii Implementacyjnej dla Europy; (r) dokumentów Otwartej Grupy Roboczej nt. Procesów Starzenia na rzecz wzmocnienia i ochrony praw osób starszych oraz decyzji Rady Praw Człowieka w przedmiocie mianowania niezależnego eksperta na rzecz korzystania przez osoby starsze z praw człowieka. Liczba przytoczonych powyżej regulacji prawnych, jak również zakres problemów nimi obejmowany jednoznacznie wskazują na to, że kwestie związane ze starzeniem się populacji – na równi z niepełnosprawnością – stają się powoli jednym z dominujących w ramach Unii Europejskiej obszarów poszukiwań efektywnych ekonomicznie i akceptowalnych społecznie rozwiązań nakierowanych na tworzenie systemów wspierających godne życie tej grupy społeczeństwa.

1.2. Uwarunkowania polityczne

Postępująca demokratyzacja życia politycznego przyczynia się do tego, że w coraz większym stopniu – z uwagi na wzrost liczebności grupy – osoby starsze stają się liczącą się siłą polityczną, a ich potrzeby znajdują odzwierciedlenie w zawartości kluczowych dokumentów strategicznych formułowanych na poziomie Unii Europejskiej i państw członkowskich. Wskazane powyżej regulacje prawne zostały wzmocnione zapisami dokumentów strategicznych Unii Europejskiej, w których podkreślono, że pełny udział osób starszych w życiu społecznym i gospodarczym ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia strategii *Europa 2020*, a budowa społeczeństwa zapewniającego pełne włączenie społeczne jest warunkiem zrównoważonego rozwoju gospodarczego i stymuluje innowacyjność. Aby pożądaną sukces osiągnąć, Komisja Europejska zaproponowała stosowanie następujących instrumentów: podnoszenie świadomości, wsparcie finansowe, gromadzenie statystyk, danych i monitorowanie oraz wprowadzanie mechanizmów koordynacyjnych w poszczególnych krajach

członkowskich. Stosowanie wskazanych powyżej instrumentów na różnych poziomach władztwa przyczyni się – według pomysłodawców strategii – do stworzenia szans na godne życie społeczeństwu jako całości, a szczególnie grupom defaworyzowanym, w tym osobom starszym. Osiąganie zamierzonych celów wymaga zaangażowania wszystkich aktorów organizacyjnych wpływających na kształtowanie warunków życia i rozwój społeczno-ekonomiczny w kraju. W kontekście zdefiniowanych w strategii *Europa 2020* celów polityki społecznej, stymulującej z jednej strony zwiększenie dzietności i zapewnienie zastępowalności pokoleniowej, a z drugiej odpowiednie zarządzanie zasobem społecznym o dużym potencjale, jakim są osoby starsze, problem modelowania systemu zabezpieczenia społecznego, w tym usług zdrowotnych, staje się jednym z ważniejszych problemów i wyzwań, przed jakimi stają współcześnie państwa europejskie, w tym także i Polska. Jak pokazują doświadczenia procesu wyborczego, często kwestie związane z dostarczaniem usług społecznych – szczególnie osobom starszym – są elementem prowadzonych kampanii politycznych, ale po ich zakończeniu realne zmiany w poziomie dostępu i jakości nie aż tak wiele się zmieniają.

1.3. Uwarunkowania społeczne

Społeczna sytuacja osób starszych, manifestująca się m.in. możliwością godnego życia w dotychczasowym środowisku bytowym, jest konsekwencją zmian, jakie zachodzą w modelu życia rodzinnego w Polsce, a szczególnie rozpadu rodziny wielopokoleniowej i postępującej atrofii funkcji opiekuńczych związanych ze sprawowaniem opieki nad niesamodzielnymi jej członkami [4]. W przeszłości w Polsce dominowały formy życia społecznego oparte na modelu dużej, wielopokoleniowej rodziny, często składającej się z trzech lub więcej pokoleń. Jednak wraz z upływem czasu struktura rodziny zmieniała się z takich powodów, jak atomizacja życia społecznego, rozwój idei wolności jednostki, zmiany obyczajowości, wzrost poziomu zatrudnienia kobiet, mniejsza dzietność oraz rosnąca mobilność [5]. Wskazane powyżej – niekorzystne – zjawiska powodują rozluźnianie więzi społecznych i wzrost liczby samotnych osób starszych, którym rodzina w coraz mniejszym stopniu daje wsparcie, coraz częściej bowiem kontakty rodzinne sprowadzają się jedynie do krótkich spotkań z dziećmi i wnukami [6]. Czynniki zasadniczo różnicującymi sytuację społeczną ludzi starych są płeć i wiek, albowiem kobiety znacznie częściej niż mężczyźni nie mają życiowego partnera, a wraz z wiekiem, wskutek naturalnych procesów wymierania, zwiększa się odsetek osób stanu wolnego – szczególnie kobiet. Podczas gdy w grupie wieku 65–69 lat żonaci stanowią 80,6% mężczyzn, a mężatki 52,9% kobiet, w grupie wieku 85 lat i więcej żonatych mężczyzn było 50,1%, mężatek zaś zaledwie 6,6% [7]. Formy życia rodzinnego osób starszych różnią się także w zależności od miejsca zamieszkania – w miastach jest większy odsetek ludzi mieszkających samotnie niż na wsi. Samotne zamieszkiwanie lub zamieszkiwanie tylko z małżonkiem jest typowo wielkomiastowym mo-

delem rodzinnego funkcjonowania ludzi starszych [7]. Wskazane powyżej niekorzystne zmiany są następnym czynnikiem wpływającym na konieczność podejmowania prac nad tworzeniem systemowego modelu opartego na środowisku bytowym zaspokajania potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych.

1.4. Uwarunkowania ekonomiczne

Ocena sytuacji ekonomicznej osób starszych jest jednoznaczna, z jednej strony bowiem w oficjalnych statystykach jest pozytywna, jednak z drugiej w badaniach społecznych (OBOP, CBOS, Diagnoza Społeczna) wskazuje się na narastające wykluczenie. Do wykluczenia społecznego prowadzi przede wszystkim niski poziom dochodów i niski standard życia, coraz częstsze samotne pozostawanie w gospodarstwie domowym i niesamodzielność, a także niewystarczający poziom rozwoju usług społecznych, przede wszystkim częsty brak wychodzącej poza rodzinę sieci wsparcia społecznego, np. działających w skali lokalnej placówek opiekuńczych, oraz niedostateczny rozwój usług opiekuńczych udzielanych przez pomoc społeczną. Wśród seniorów zagrożonych wykluczeniem znajdują się zwłaszcza ci, którzy ze względu na ograniczony poziom samodzielności z trudem opuszczają swoje mieszkanie lub zmuszeni są stałe w nim pozostawać. Sytuacja ekonomiczna ludzi starych w Polsce oceniana poprzez badanie budżetów domowych wykazuje relatywnie wysokie średnie przychody na jedną osobę w gospodarstwach domowych emerytów [8]. Względnie pomyślna – w porównaniu z innymi grupami społeczno-ekonomicznymi – sytuacja dochodowa gospodarstw emerytów nie oznacza, że może być ona traktowana jako dobra. Mimo że dane statystyczne pokazują, iż odsetek osób starszych zagrożonych ubóstwem jest relatywnie niższy niż osób w innych grupach wiekowych, trzeba pamiętać, że ustawowa granica ubóstwa w Polsce usytuowana jest na bardzo niskim poziomie. W rezultacie trudno o jednoznaczną ocenę sytuacji ekonomicznej ludzi starszych. Pośrednio na ich nie najlepszą kondycję materialną wskazuje niski wskaźnik aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat i więcej (względnie mała liczba osób w tej grupie wiekowej wykonujących pracę zarobkową, podczas gdy z reguły dochody z pracy są wyższe niż ze świadczeń społecznych) oraz pojawiająca się w różnych badaniach społecznych duża częstotliwość odpowiedzi o konieczności rezygnacji w gospodarstwie domowym z niektórych wydatków, szczególnie wykupienia przepisanych lekarstw [9]. W takiej sytuacji znalazło się 18,5% respondentów badanych w ramach projektu PolSenior, w tym 13,8% mężczyzn i 21,3% kobiet [10]. Niskie dochody są również jedną z ważniejszych przyczyn niewielkiej skłonności seniorów do poprawy swoich warunków mieszkaniowych przez zakup sprzętów i urządzeń ułatwiających samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego i prowadzenie aktywnego życia społecznego.

1.5. Uwarunkowania demograficzne

Liczebne zwiększenie się populacji osób starszych przyczynia się do wzrostu zainteresowania poszukiwaniem efektywnych ekonomicznie i sprawiedliwych społecznie metod rozwiązania problemu dostarczania tej grupie społeczeństwa usług zdrowotnych i bytowych. Długookresowa prognoza ludności Polski na lata 2008–2035 przygotowana przez GUS wskazuje, że w perspektywie najbliższych lat liczba ludności Polski będzie się zmniejszać systematycznie, a tempo tego spadku będzie coraz wyższe. Co istotne, zmiany te w znaczącym stopniu wpłyną na strukturę ludności, a dokładnie na ubytek osób w wieku produkcyjnym, co oznacza, że zmieniają się także proporcje między populacją przedprodukcyjną, produkcyjną i poprodukcyjną. Pierwsza fala spadku będzie miała miejsce już w latach 2015–2020. Udział osób w wieku produkcyjnym w ogólnej strukturze ludności do roku 2035 zmniejszy się o prawie 7 punktów procentowych. Przewiduje się również starzenie się grupy ludności w wieku produkcyjnym – przybywać będzie osób w wieku niemobilnym (45–60 i więcej lat) kosztem zmniejszania się grupy osób w wieku mobilnym (18–44 lata). Liczba osób w wieku produkcyjnym niemobilnym wzrośnie do 2035 roku o około 3% w stosunku do stanu obecnego. Udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 18% w 2013 roku do 26,7% w roku 2035. Osoby w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) będą stanowiły w 2035 roku zaledwie 15,6% ogółu ludności (obecnie 18%) [11]. Wydłuża się średni parametr życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a średnia długość życia w Polsce systematycznie wzrasta i zwiększa się z 81,1 roku w 2012 do 81,9 roku w 2017 roku w odniesieniu do kobiet oraz z 72,6 roku w 2012 do 73,8 roku w 2017 roku dla mężczyzn. Obecnie umieralność osób dorosłych, a przede wszystkim starszych, jest na relatywnie niskim poziomie, co oznacza, że wzrasta liczba i odsetek seniorów oraz zdecydowanie szybciej rośnie liczba osób najstarszych. Mamy więc do czynienia z bardzo szybkim tempem wzrostu subpopulacji osób sędziwych, odznaczających się bardzo specyficznymi potrzebami zdrowotnymi i bytowymi. Wybór granicy wieku przyjmowanej umownie jako starość jest oczywiście arbitralny³ [12], ale jej delimitacja jest istotna przy tworzeniu rozwiązań systemowych i wyraźnie wpływa na ich kształt, wraz z wiekiem bowiem wzrastają potrzeby dotyczące bezpieczeństwa, a głównie ochrony zdrowia. Oznacza to konieczność projektowania racjonalnych i efektywnych kierunków alokacji środków publicznych [13]. Zasygnalizowane zmiany demograficzne wymuszają tworzenie nowej solidarności międzypokoleniowej, w następstwie czego konieczne staje się tworzenie sieci usług diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i usługowo-pomocowych nakierowanych na kreowanie takich warunków w dotychczasowym miejscu zamieszkania osoby starszej, aby mogła w nim godnie żyć. W procesie formułowania polityki zdrowotnej należy przede wszystkim dbać o to, aby dla zapisanych ustawowo rozwiązań zagwarantować finansowanie i jasne zasady organizacji w zakresie opie-

ki podstawowej, szpitalnej i specjalistycznej, długoterminowej opieki instytucjonalnej oraz domowej opieki usługowej w środowisku, w tym paliatywno-hospicyjnej. Silna tendencja wzrostu liczebności osób w tzw. średniej i później starości obserwowana obecnie w Polsce [14] jest ważnym aspektem demograficznym wzmacniającym konieczność podejmowania prac nad modelem wsparcia osób starszych w zakresie dostarczania im usług zdrowotnych i szerzej socjalnych w miejscu zamieszkania. Taka organizacja systemu wsparcia jest zarówno tańsza, jak i bardziej humanitarna.

2. Materiał i metoda

Wychodząc naprzeciw środowiskowemu i społecznemu zapotrzebowaniu na stymulowanie działań nakierowanych na wzmacnianie zasobów umożliwiających zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom starszym, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w okresie od 1 stycznia 2012 do 30 czerwca 2014 roku realizował projekt systemowy współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Celem projektu było podniesienie kompetencji profesjonalistów medycznych w konsekwencji odbycia przez nich szkoleń w zakresie opieki geriatrycznej i tym samym poprawienie jakości kapitału ludzkiego zatrudnionego w placówkach ochrony zdrowia. Wartością dodaną projektu było przeprowadzenie środowiskowego sondażu wśród ekspertów na temat założeń pożądanego modelu opieki zdrowotnej dla populacji osób starszych realizowanego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W procesie zbierania informacji i tworzenia repozytorium wiedzy wykorzystano zróżnicowane metody i techniki badawcze adresowane do szerokiego grona beneficjentów i interesariuszy, co pozwoliło na prowadzenie analizy na różnych poziomach i gromadzenie wiedzy na temat: (1) skoku jakościowego w poziomie wiedzy, kwalifikacji i umiejętności uczestników szkolenia; (2) oceny poziomu satysfakcji i indywidualnych rezultatów z uczestniczenia w szkoleniu; (3) opinii interesariuszy dotyczącej uwarunkowań oraz założeń dla organizacji i funkcjonowania modelu dostarczania usług zdrowotnych osobom starszym realizowanych przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Szczególne znaczenie dla prawidłowego zidentyfikowania założeń modelowego rozwiązania miało zidentyfikowanie poglądów na temat: (1) dostępności i funkcjonowania opieki geriatrycznej w Polsce, warunków jej realizacji, w tym m.in. aspektów prawnych, finansowych, organizacyjnych, przygotowania kadr medycznych do jej sprawowania, systemu kształcenia kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej (kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe); (2) roli POZ w opiece nad pacjentami powyżej 65. r.ż., zakresu świadczeń zdrowotnych kierowanych do osób powyżej 65. r.ż.) oraz stopnia przygotowania kadry medycznej do udzielania świadczeń osobom powyżej

65. r.ż.; (3) potencjalnego wpływu rezultatów realizowanego projektu systemowego na poprawę opieki nad osobami starszymi oraz przydatności prowadzenia tego typu projektów szkoleniowych dla wzmacniania systemu opieki nad osobami starszymi w ramach POZ.

Podstawą metodologiczną zrealizowanych badań było podejście mieszane [15], które nie przewiduje jedynej, uprzywilejowanej metody badań, nie ogranicza też możliwości wyboru ani nie zabrania korzystania z wielu metod naraz. Mieszane metody badawcze (*mixed methods*), które łączą zarówno ilościowe, jak i jakościowe metody badań, określane są jako badania, w których badacz gromadzi, analizuje i omawia uzyskane informacje na podstawie zarówno ilościowych, jak i jakościowych danych. Zróżnicowany dobór technik badawczych i kompleksowy dobór respondentów (**Tabela I**) zastosowany w omawianych badaniach przyczynił się do umiejscowienia badanego problemu w szerokim kontekście społeczno-ekonomiczno-polityczno-kulturowym i pozwolił na branie pod uwagę w jego ocenie spojrzenia reprezentowanego przez różnorodne grupy interesariuszy.

3. Wpływ rezultatów projektu na zmiany w postawach profesjonalistów medycznych i w organizacjach

Na podstawie analizy uzyskanych informacji można postawić tezę, że osiągnięte w konsekwencji zrealizowania omawianego projektu wyniki mają istotne znaczenie zarówno dla kierunków prac nad założeniami dla modelu opieki geriatrycznej w ramach opieki podstawowej, jak i dla skutków realizacji następnych edycji szkoleń skierowanych do profesjonalistów medycznych pracujących z osobami starszymi.

4.1. Zmiany w poziomie wiedzy, kwalifikacji i umiejętności

Analiza odpowiedzi respondentów wybranych z grupy 5400 uczestników (2000 lekarzy i 2000 pielęgniarek pracujących w placówkach POZ, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych oraz 200 terapeutów środowiskowych), którzy brali udział łącznie w 153 szkoleniach doskonalących, jednoznacznie potwierdziła celowość podejmowania działań nakierowanych na propagowanie i dyfuzję wiedzy w zakresie opieki nad osobami starszymi (**Tabela II**). Uzyskane odpowiedzi poddano agregacji i ocenie opartej na trzech wskaźnikach miękkich: wzrost poziomu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym, wzrost świadomości na temat specyfiki opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz wzrost motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Dla każdego z pytań obliczono sumę pozytywnych wskazań, a następnie średnią dla poszczególnych wskaźników miękkich.

Analiza przedstawionych w tabeli rozkładów wskazuje na to, że większość respondentów dokonujących samooceny stwierdziła, iż wiedza i umiejętności nabyte w trakcie szkolenia przyczyniają się do poprawy współpracy z pacjentami, większej kompetencji w trakcie

Lp.	Wykorzysta- na technika badawcza	Dobór i wielkość próby	Charakterystyka próby	Termin realizacji badania
1.	Analiza dokumentów		Analiza danych zastanych – istniejących i dostępnych jako opracowania zwarte i rozproszone, raporty z badań, analizy statystyczne, akty prawne i inne dokumenty wykorzystywane w tworzeniu polityk publicznych. W jej wyniku następuje scalanie, przetwarzanie i synteza danych rozproszonych wśród rozmaitych źródeł.	W trakcie realizacji i po realizacji projektu
2.	Badanie panelowe ⁴	Celowy (uczestnicy szkoleń)	Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, terapeuci środowiskowi.	Przed rozpoczęciem i po rozpoczęciu każdego bloku szkoleń
3.	IDI ⁵ – indywidualne wywiady pogłębione	Celowy (decydenci) 10 respondentów	Przedstawiciele decydentów/kreatorów polityki zdrowotnej/systemu opieki zdrowotnej (w tym opieki geriatrycznej), w tym m.in. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, urzędów marszałkowskich.	Po zakończeniu projektu
4.		Celowy (eksperti organizacji ochrony zdrowia) 10 respondentów	Eksperti w zakresie organizacji ochrony zdrowia, geriatry/gerontologii, w tym członkowie zespołu ds. gerontologii przy ministrze zdrowia, medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa rodzinnego, fizjoterapii, zdrowia publicznego oraz innych dziedzin istotnych z punktu widzenia kompleksowej realizacji przedmiotu zamówienia.	Po zakończeniu projektu
5.		Celowy (beneficjenci systemowi i partnerzy projektu) 5 respondentów	Przedstawiciele instytucji systemu wdrażania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w tym przedstawiciele Beneficjenta Systemowego oraz Partnera Projektu (personel projektu, w tym kierownik projektu oraz Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego) oraz Instytucji Pośredniczącej II stopnia.	Po zakończeniu projektu
6.		Celowy (organizacje seniorskie) 5 respondentów	Przedstawiciele tzw. seniorskich organizacji pozarządowych.	Po zakończeniu projektu
7.	CATI ⁶ – wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny	Losowy (zarządzający w podmiotach nieuczestniczących w szkoleniach) 175 respondentów	Przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, w tym szpitalami posiadającymi w swej strukturze organizacyjnej oddział geriatryczny oraz szpitalami nieposiadającymi takiego oddziału, placówkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z poradnią geriatryczną oraz bez poradni geriatrycznej), placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, z których kadra medyczna nie uczestniczyła w kursach realizowanych w ramach projektu.	Po zakończeniu projektu
8.		Losowy (zarządzający w podmiotach uczestniczących w szkoleniach) 800 respondentów	Przedstawiciele kadry medycznej realizującej świadczenia zdrowotne na rzecz osób starszych, którzy uczestniczyli w kursach realizowanych w ramach projektu: 200 lekarzy, 400 pielęgniarek, 140 fizjoterapeutów, 40 opiekunów medycznych, 20 terapeutów środowiskowych.	Po zakończeniu projektu
9.		Losowy (realizatorzy szkoleń) 25 respondentów	Organizatorzy kursów realizowanych w ramach projektu: 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 10 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla fizjoterapeutów, 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla opiekunów medycznych, 3 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla terapeutów środowiskowych.	Po zakończeniu projektu
10.	Analiza ekspercka	Celowy (eksperti gerontologii i geriatry) 2 respondentów	Jeden gerontolog i jeden geriatra	Analiza przeprowadzona na końcowym etapie opracowywania raportu ewaluacyjnego oraz założeń/modelu kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w celu konsultacji wyników i wniosków płynących z badania oraz przygotowanych założeń/modelu kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej

Tabela I. Struktura i wielkość próby.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

Okres sprawozdawczy	Liczba uczestników badania	Samocena wiedzy		Wzrost świadomości		Wzrost motywacji	
		ocena		ocena		ocena	
		przed szkoleniem	po szkoleniu	przed szkoleniem	po szkoleniu	przed szkoleniem	po szkoleniu
I–XII 2012	485	62%	97%	66%	98%	67%	94%
I–III 2013	35	60%	91%	41%	90%	67%	100%
IV–V 2013	152	40%	87%	46%	89%	66%	99%
VI–VII 2013	100	37%	85%	43%	91%	68%	99%
VIII–X 2013	1717	67%	97%	69%	98%	70%	97%
XI–XII 2013	406	53%	92%	57%	94%	64%	97%
I–III 2014	85	40%	91%	50%	92%	62%	100%
IV–V 2014	221	60%	95%	63%	96%	68%	97%
VI–VII 2014	410	61%	98%	61%	98%	65%	95%

Tabela II. Wartości wskaźników miękkich w różnych okresach sprawozdawczych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

udzielania świadczeń zdrowotnych i lepszego przygotowania do sprawowania opieki nad osobami starszymi (pozytywnych 40–67% przed szkoleniem i 94–100% pozytywnych po zakończeniu szkolenia). Również analiza rozkładów odpowiedzi na pytania dotyczące wzrostu świadomości znaczenia wiedzy i umiejętności z zakresu specyfiki opieki nad pacjentami w starszym wieku, rozumienia ich odrębności w funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie, specyfiki pracy z osobami w starszym wieku, a dodatkowo możliwości udzielenia informacji i pomocy społecznej przez profesjonalistów medycznych pracujących w POZ tej grupie pacjentów na temat form pomocy w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej (SOZ) podtrzymuje tezę o konieczności realizacji tego typu szkoleń (pozytywnych 41–69% przed szkoleniem i 94–100% pozytywnych po zakończeniu szkolenia). Ponieważ jakość świadczonych usług jest często konsekwencją indywidualnego nastawienia pracowników do wykonywanej pracy oraz motywacji do samouczenia się i rozszerzania własnych kompetencji, zbadano także poziom motywacji uczestników do zwiększania własnej wiedzy. Ten aspekt był oceniany w konsekwencji analizy odpowiedzi na pytania dotyczące dotychczasowych doświadczeń uczestnictwa w zawodowych szkoleniach i/lub konferencjach dokształcających z zakresu opieki geriatrycznej, czytania publikacji na temat opieki geriatrycznej w czasopiśmie medycznych oraz przekonania o konieczności pogłębiania wiedzy z zakresu opieki geriatrycznej jako istotnego elementu przyczyniającego się do lepszego wykonywania własnej pracy. Przed szkoleniem od 62 do 70% respondentów deklarowało uczestniczenie w różnych formach kształcenia, czytanie prasy fachowej oraz świadomość związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy własnym poziomem wiedzy a jakością wykonywanej pracy. Po

ukończeniu szkolenia od 94 do 100% respondentów deklaroowało chęć stałego pogłębiania własnej wiedzy. Analiza odpowiedzi udzielanych przez respondentów w odniesieniu do wszystkich trzech kategorii oceny wskazuje na zmianę postaw i standardów postępowania.

3.2. Ocena poziomu satysfakcji i indywidualnych rezultatów z uczestniczenia w szkoleniu

W ocenie osiągniętych w wyniku szkolenia rezultatów najważniejsze znaczenie ma badanie opinii uczestników, które pozwala na zidentyfikowanie mocnych i słabych stron zakończonego działania i lepsze przygotowanie treści i sposobu ich przekazu w przyszłości. Badanie takie zostało przeprowadzone pół roku po zakończeniu ostatniej edycji szkoleń doskonalących w ramach projektu na 800-osobowej próbie, o adekwatnej do liczby wszystkich uczestników strukturze⁷. Fakt, iż zdecydowana większość respondentów (77,4%) pracuje w zawodzie ponad 10 lat, świadczy o dużym doświadczeniu zawodowym i pośrednio przyczynia się do formułowania wyważonych i racjonalnych opinii.

Zasadniczą kwestią, którą należy rozstrzygnąć, jest odpowiedź na pytanie, czy osiągnięte w projekcie wyniki są użyteczne zarówno na indywidualnym, jak i systemowym poziomie. Odpowiedź na tak sformułowane pytanie jest jednoznacznie pozytywna – przeprowadzone szkolenie przyniosło zakładane we wniosku projektowym rezultaty. Konieczność prowadzenia różnorodnych form szkolenia dla profesjonalistów medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom starszym w jednostkach POZ podkreślają – bez względu na grupę zawodową i staż pracy – prawie wszyscy ankietowani, a 82,4% respondentów wskazuje, że jest ono niezbędne

do uzyskania zmian systemowych (**Tabela III**). Zdecydowana większość respondentów widzi potrzebę doskonalenia nie tylko własnych umiejętności (od 92,3% lekarzy POZ do 80,0% terapeutów środowiskowych), ale i współpracujących w zespole terapeutycznym pozostałych profesjonalistów. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, kto powinien być przede wszystkim objęty doskonaleniem zawodowym, jest uzależniony od grupy zawodowej respondenta, przy czym większość respondentów wskazuje przede wszystkim na konieczność szkolenia lekarzy i pielęgniarek POZ. Od ich wiedzy i umiejętności uzależniają prawidłowe i zgodne z potrzebami wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia. Uzyskany rozkład odpowiedzi wskazuje na niedocenywanie roli terapeutów środowiskowych, są oni bowiem przez wszystkie grupy zawodowe wskazywani jako ci, którzy powinni być uczestnikami szkoleń na końcu, co nie jest zgodne z obecnie preferowanym holistycznym podejściem do zdrowia, w którym wyraźnie dowartościuje się znaczenie grup paramedycznych w procesie dostarczania usług zdrowotnych szczególnie pacjentom z grup podwyższonego ryzyka, w tym osobom starszym. Nacisk na pozostawienie starszego człowieka w dotychczasowym środowisku zamieszkania i przygotowywanie rozwiązań instytucjonalnych umożliwiających mu zaspokajanie w nim potrzeb zdrowotnych i bytowych z punktu widzenia systemowego oznacza konieczność przygotowania osób, które będą umiały wykonywać ten typ i zakres usług. Przy czym należy podkreślić, że nie chodzi tu tylko o tzw. profesjonalistów medycznych, ale także o nieformalnych opiekunów, których rola w procesie opieki nad osobą starszą jest nie do przecenienia.

Interesujące było zidentyfikowanie powodów, które skłoniły uczestników do przyjęcia udziału w szkoleniach. Indywidualna decyzja zwiększa motywację do uczenia się, stąd jest preferowanym powodem inicjowania aktywności. Zdecydowana większość respondentów (97,1%) wskazywała jako powód decyzji o uczestnictwie w projekcie chęć podniesienia własnych kwalifikacji w celu zapewnienia lepszej opieki starszym pacjentom w POZ. Pozostali uznali, że zwiększy to ich możliwości znalezienia

bądź utrzymania pracy lub uzyskania lepszych zarobków. Podjęcie uczestnictwa w szkoleniu w konsekwencji arbitralnej decyzji przełożonego wskazał nieznaczny odsetek respondentów. Struktura odpowiedzi była zróżnicowana w zależności od grupy zawodowej i długości stażu. Chęć podniesienia kwalifikacji w celu zapewnienia lepszej opieki wskazało 100,0% fizjoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych, 93,0% opiekunów medycznych, a także 99,5% lekarzy i 95,1% pielęgniarek POZ. W relacji do długości stażu pracy taką przyczynę wskazało 100,0% respondentów o stażu pracy od roku do 5 lat oraz pracujących od 6 do 10 lat w zawodzie i 96,9% z ponad 10-letnim stażem pracy. 27,3% ankietowanych ze stażem pracy do jednego roku odpowiedziało, że do uczestnictwa w kursach skłoniło ich zwiększenie możliwości znalezienia lub utrzymania pracy, a 9,1% z nich zostało wysłanych przez przełożonego. Uczestniczący w projekcie w większości uznali (82,5% respondentów zdecydowanie, a 15,8% raczej tak), że program szkolenia był zgodny z ich potrzebami i oczekiwaniami. Różnice w ocenie adekwatności przekazywanych treści do potrzeb były nieznaczne z uwagi na grupę zawodową (100 do 96,5%) i staż pracy (100 do 92,9%), chociaż 10,0% terapeutów środowiskowych zdecydowanie stwierdziło, że treści szkolenia nie odpowiadały ich potrzebom. Tak samo uważało 12,5% ankietowanych, którzy nie pracowali dłużej niż rok.

Z uwagi na fakt, iż przekazywane treści szkoleniowe decydują o późniejszej ich przydatności w pracy zawodowej, stworzono respondentom okazję do wyrażenia szerszej opinii, a szczególnie możliwość zasugerowania dodatkowych treści, o które obecny program powinien być rozszerzony. Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o zmiany programu szkolenia i ich potencjalne kierunki uwidoczniała nieznaczne różnice w odpowiedziach poszczególnych grup zawodowych wynikających ze specyfiki ich kontaktu z pacjentem (**Tabela IV**).

Dla poprawy jakości życia osób starszych, a szczególnie aspektów zdrowotnych, istotny jest przyrost umiejętności w zakresie realizacji zadań opiekuńczych przez uczestników szkolenia. Stąd też fakt, iż 68,5% ankietowanych zdecydowanie, a 28,3% umiarkowanie

Grupa zawodowa	Odpowiedzi według grupy zawodowej respondenta				
	Lekarze POZ	Pielęgniarki POZ	Fizjoterapeuci	Opiekunowie medyczni	Terapeuci środowiskowi
	Miejsce w rankingu				
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	1	2	3	5	4
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej	2	1	4	3	5
Fizjoterapeuta	1	5	4	2	3
Opiekun medyczny	5	2/3	2	1	4
Terapeuta środowiskowy	2	1	5	2/3	4

Tabela III. Hierarchia szkolenia grup zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

Grupa zawodowa	Propozycje zmian			
	Zmiany w programie	Dodatkowe tematy	Zajęcia warsztatowe	Dodatkowe propozycje
Lekarze POZ	Prawie 90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Leczenie depresji, system opieki zdrowotnej, problem nietrzymania moczu, starcze otępienie, refundacja środków, skale geriatryczne, farmakoterapia, psychogeriatra oraz genetyka	Zwiększenie liczby godzin dla tej formy szkolenia	
Pielęgniarki POZ	Prawie 90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Aspekty psychologiczne pracy ze starszym pacjentem, metody jego pielęgnacji, schorzenia wieku starczego, rehabilitacja oraz pomoc socjalna samotnym osobom starszym	jw.	Rzeczywista praca z pacjentem geriatrycznym
Fizjoterapeuci	90% nie widzi potrzeby zmian.	Choroba Alzheimera, fizjoterapia oraz ortopedia	jw.	Rzeczywista praca z pacjentem geriatrycznym
Opiekunowie medyczni	70% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Szersze ujęcie chorób geriatrycznych, wykonywanie iniekcji podskórnych oraz aspekty psychologiczne	jw.	
Terapeuci śródowiskowi	90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Specyficzne dla starszego wieku jednostki chorobowe, terapia przez pracę, <i>empowerment</i> w pracy terapeutów	jw.	

Tabela IV. Ocena i propozycje zmian w treściach szkolenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

stwierdziło, że dzięki udziałowi w szkoleniu są w stanie lepiej opiekować się osobami starszymi, wyraźnie dowartościowuje tezę o osiągnięciu pozytywnych rezultatów przez działania podjęte w projekcie. Poszczególne grupy zawodowe wskazują na zróżnicowane wartości, które wynieśli z odbytych szkoleń. Jako mocne strony szkolenia respondenci wskazywali: fachowość trenerów, tematykę, wysoki poziom zajęć i ich organizację, zwrot kosztów dojazdu na szkolenia, wymianę doświadczeń, przyjazną atmosferę, a także możliwość wzbogacenia swojej dotychczasowej praktyki zawodowej o nową wiedzę i umiejętności praktyczne. Chociaż respondenci zasadniczo nie wskazywali słabych stron szkolenia, postrzeganym mankamentem była zbyt mała liczba zajęć praktycznych oraz drobne problemy organizacyjne.

4. Synteza opinii interesariuszy

Interesującym elementem wpisującym się w proces formułowania podstaw do tworzenia rozwiązań funkcjonalnych w ramach polityki ochrony zdrowia jest próba dokonania syntezy opinii interesariuszy (oznaczonych jako grupy w Tabeli I numerami: 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9) na temat uwarunkowań, szans i ograniczeń projektowania nowoczesnego modelu świadczenia usług zdrowotnych dla populacji starszej w ramach POZ.

Obecnie funkcjonująca opieka geriatryczna w Polsce nie odpowiada potrzebom starzejącego się społeczeństwa. Podstawowym problemem jest niedostatek kadr i zaplecza infrastrukturalnego przeznaczonego do realizacji potrzeb populacji starszej. Niewystarczająca jest również liczba szkoleń i kursów doskonalących wiedzę i umiejętności oraz podnoszących kwalifikacje już pra-

cujących w placówkach POZ profesjonalistów medycznych. Problemem są także warunki płacowe i pracy tej grupy zatrudnionych, będące jednym z głównych powodów podejmowania decyzji o migracji i tym samym zubożenia – i tak już szczupłych – zasobów kadrowych.

Główne kierunki poprawy opieki geriatrycznej w Polsce to zapewnienie odpowiedniego finansowania (być może współpłacenie za opiekę i/lub wyodrębniony ze składki NFZ pion pielęgnacyjno-opiekuńczy), zmiany edukacyjne, zwiększenie poziomu zatrudnienia personelu, intensywne szkolenie personelu, akcje profilaktyczne, odciążenie lekarzy POZ z niektórych działań administracyjnych (np. w zakresie wypisywania recept czy zwolnień z pracy), przyjęcie i wprowadzenie w rzeczywistość praktykę standardu w zakresie opieki domowej (który został już opracowany przez zespół do spraw gerontologii przy ministrze zdrowia), wyodrębnienie świadczeń gwarantowanych dla osób starszych i dążenie do zmiany zapisów prawa umożliwiających stworzenie pakietu dla osób starszych na wzór pakietu onkologicznego. Z uwagi na centralne umiejscowienie lekarza pierwszego kontaktu w systemie usług ambulatoryjnych potwierdziło się istnienie społecznego zapotrzebowania na podejście geriatryczne realizowane przez POZ. Poprzez to podejście rozumie się działania podejmowane przez odpowiednio przygotowany personel medyczny (lekarze POZ, pielęgniarki POZ we współpracy z innymi profesjonalistami ochrony zdrowia i instytucji opieki społecznej) oraz celowo adresowane do osób starszych świadczenia zdrowotne, w tym profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne.

Jako istotne rozwiązanie poprawiające efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wskazywane

są działania związane z dowartościowaniem umiejętności koordynowania opieki zdrowotnej świadczonej przez podmioty lecznicze, a głównie POZ z opieką społeczną i domową świadczoną przez osoby i służby do tego przeszkolone oraz wolontariuszy. Celem takiego działania jest tworzenie systemu opieki nad osobami starszymi, w którym zagwarantowany zostanie im możliwie jak najdłuższy pobyt w dotychczasowym środowisku zamieszkania. Z całą pewnością należy zmierzać do tego, żeby opieka podstawowa była wysycona lekarzami i pielęgniarkami oraz innymi profesjonalistami medycznymi, którzy będą przygotowani do opieki nad populacją starszą i stworzone zostanie zaplecze w postaci kadry i infrastruktury specjalistycznej w zakresie rozwoju specjalistycznych usług geriatrycznych. Stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem starszym jest niezbędne, nie oznacza to jednak, że w ramach POZ należy wykonywać wszystkie usługi – jest to wręcz niemożliwe. POZ powinna pełnić raczej rolę instytucji koordynującej. Lekarz POZ powinien mieć wszystkie informacje o pacjencie i kierować go np. do zakładu opiekuńczego czy na rehabilitację. Informacje zgromadzone na poziomie POZ powinny być wykorzystywane przez innych lekarzy czy też instytucje zajmujące się opieką nad populacją zstępującą. POZ powinna pełnić rolę koordynatora procesu leczenia i wsparcia osoby starszej w środowisku zamieszkania. Dodatkowo POZ powinna oferować szybki i pełny dostęp do lekarzy specjalistów i niezbędnych badań. Podstawowe działania POZ powinny się koncentrować na tym, aby pacjentowi zapewnić: wykonywanie badań podstawowych, wykonywanie badań laboratoryjnych, dokonywanie przeglądu kondycji zdrowotnej pacjenta, realizację fizjoterapii i terapii zajęciowej, realizację diagnostyki przesiewowej, pełnienie funkcji opiekuńczych dzięki stworzeniu zespołów interdyscyplinarnych, bycie przewodnikiem dla pacjentów po systemie usług zdrowotnych, dostępność do lekarza geriatry w każdej placówce POZ (przynajmniej w wybrane dni tygodnia). Zakres świadczeń zdrowotnych POZ powinien być poszerzony o badania przesiewowe, np. w kierunku upadków, depresji, otępienia, problemów psychiatrycznych. Konieczne jest dokonanie zmian pozwalających na lepsze i szybsze diagnozowanie oraz profilaktykę. Należy doprowadzić do tego, aby wykonywana była dokładna ocena pacjenta w czterech kategoriach: wydolność czynnościowa, zdrowie fizyczne, ocena psychologiczna oraz socjalno-ekonomiczna. Oznacza to zwiększenie nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu.

Zmiany w zakresie wykorzystania nowoczesnych technologii informatycznych stwarzają dodatkowe możliwości świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych dla osób 65+. Problemem jest jednak wcześniejsze przygotowanie tej grupy odbiorców do korzystania z nich. Na obecnym etapie należy podejmować działania nakierowane na to, aby pacjent miał możliwość kontaktu i relacjonowania swojego stanu zdrowia pielęgniarce czy lekarzowi POZ oraz wprowadzać systemy monitorujące np. pacjentów z chorobami serca.

Zarysowuje się także potrzeba stworzenia instrumentów wsparcia dla opiekunów nieformalnych, których

praca pozwoli na utrzymanie osoby 65+ w środowisku zamieszkania w miejsce przenoszenia jej do kosztochłonnych instytucji opieki całodobowej. Ponieważ część osób wymagających opieki długoterminowej przebywa w środowisku rodzinnym i ich pierwszym opiekunem jest opiekun nieformalny (członek rodziny), w interesie społecznym jest to, aby stymulować rozwój jego możliwości i umiejętności profesjonalnej obsługi starszego członka rodziny. Szczególne znaczenie przypisano działaniom nakierowanym na przygotowanie środowiskowych opiekunów, ale też opiekunów opieki zdrowotnej, np. pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, które są w stanie z opiekunami nieformalnymi ustalić pewne zasady działania, przygotować też te osoby do określonych czynności pielęgnacyjnych czy opiekuńczych, dać opiekunowi nieformalnemu – przez podwyższenie jego kompetencji – większe poczucie pewności, że robi wszystko to, co należy zrobić w sposób właściwy.

Należy poszukiwać także możliwości stymulowania jednostek samorządu terytorialnego, a głównie gminnego i powiatowego, do podejmowania inicjatyw nakierowanych na tworzenie form instytucjonalnych, jak i zdeinstytucjonalizowanych opieki nad osobą zależną, w tym osobą starszą.

Opinie zebrane w trakcie ewaluacji projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* jednoznacznie potwierdzają ewidentną konieczność doskonalenia kadr medycznych, co – pośrednio – świadczy także o potrzebie kontynuowania działań podobnych do zakończono projektu finansowanego w ramach EFS PO KL. Respondenci stwierdzają, że szkoleniem powinny być objęte głównie następujące grupy zawodowe: lekarze, pielęgniarki, asystentki pielęgniarskie, fizjoterapeuci, specjaliści od chorób krążenia, nowotworów, cukrzycy, uzależnień, dietetycy, jako te, które powinny być objęte kompleksowym treningiem w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Jeśli chodzi o inne grupy zawodowe, które powinny rozwijać swoją wiedzę w zakresie metod i technik pracy z osobami starszymi, są to głównie pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, rejestratorzy w przychodniach. Jeden z respondentów podsumował to stwierdzeniem: „wszyscy, którzy mogą mieć kontakt z pacjentem geriatrycznym”.

Z uwagi na fakt, iż w obecnych programach studiów lekarskich oraz w obowiązkowym okresie stażowym wiedza o problemach opieki nad osobami starszymi jest przekazywana w sposób marginalny, należy doprowadzić do tego, aby na poziomie kształcenia podstawowego lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałych profesjonalistów medycznych były realizowane moduły dotyczące opieki nad osobami starszymi. Profesjoniści medyczni, którzy już pracują w systemie ochrony zdrowia, powinni zostać objęci kształceniem podyplomowym oraz różnorodnymi krótkimi formami doksztalcania, rozwijającymi dotychczas posiadaną wiedzę o nowe treści i budującą nowe umiejętności i kwalifikacje. Odmienność potrzeb osób starszych decyduje o tym, że systematycznie powinno zwiększać się ilość czasu przeznaczaną na kształcenie w ramach kursów specjalistycznych, specjalizacji i kur-

sów doksztalających na przekazywanie adekwatnych treści. Wylania się także potrzeba podjęcia działań, w których wyniku doszłoby do zwiększenia roli szpitali uniwersyteckich i uczelni medycznych, jako akademickich ośrodków geriatrycznych, w których powinny powstawać referencyjne dla województwa lub jego regionu centra geriatryczne. Konieczna jest także promocja geriatry jako kierunku specjalizacji, a także zapewnienie kursów i szkoleń dla pracujących w POZ profesjonalistów medycznych, aktualizacja wiedzy bowiem jest ważnym i istotnym kierunkiem, który prowadzi do wzrostu poziomu jakości usług. Aby ułatwić przekazywanie wiedzy, należy wykorzystać platformy internetowe i propagować e-learning jako formę pozyskiwania nowej wiedzy.

Podsumowanie

Dokonująca się obecnie transformacja demograficzna zwiększa zapotrzebowanie na rozwój opieki geriatrycznej. Oznacza to, że z zagadnieniem starzenia się ludności będą musiały się zmierzyć rządy wielu państw i wypracować spójną politykę wobec starości i potrzeb osób starszych. Koniecznością staje się wieloaspektowe i horyzontalne myślenie o starości, jest ona bowiem nie tylko problemem dla systemu ochrony zdrowia, lecz także systemu zabezpieczenia społecznego, w tym szczególnie segmentu związanego z usługami społecznymi, polityką rodzinną, zagospodarowaniem czasu wolnego oraz rynku pracy. Analiza rezultatów przeprowadzonych badań pozwala na postawienie tezy, że obserwujemy rosnące zapotrzebowanie na wprowadzenie podejścia geriatrycznego realizowanego przez podmioty POZ. Ocena trendów w zakresie danych demograficznych wskazuje na silną dynamikę zmian w ciągu najbliższych 10 lat i akcelerację procesu starzenia. Najbliższe 10 lat jest zatem tym okresem, który decydenci i kreatorzy polityk publicznych powinni przeznaczyć na głęboką diagnozę już ujawniających się przyszłych potrzeb i poszukiwanie efektywnych ekonomicznie rozwiązań systemowych. Analiza odpowiedzi respondentów jednoznacznie do-

wartościowuje tezę o konieczności przygotowywania i prowadzenia szkoleń dla zróżnicowanych grup profesjonalistów medycznych pracujących z pacjentami starszymi w POZ. Ankietowani w ramach grup zawodowych objętych działaniami szkoleniowymi – w różnym stopniu – ale bardzo wysoko ocenili zarówno poziom organizacji, zakres tematyczny, jak i możliwości implementacji uzyskanych informacji, wyrażając satysfakcję i zadowolenie z uczestniczenia w nim. Przedstawiona w niniejszym opracowaniu synteza wpisuje się w nowoczesny sposób tworzenia i wdrażania polityki zdrowotnej i jest zgodna z dominującą obecnie w naukach społecznych perspektywą badawczą uwzględniającą najlepsze dostępne dowody naukowe – w tym węzły sieci, w których przebiega aktywna wymiana pomysłów, doświadczeń, najlepszych praktyk i nowych metod umożliwiających stały proces uczenia się i wzajemne wsparcie. Przedstawione w opracowaniu rozważania wpisują się w sekwencję logiczną trzech pierwszych faz procesu formułowania i implementowania rozwiązań z zakresu polityki publicznej (**Rysunek 1**).

Zaproponowana szeroka perspektywa poznawcza zastosowana w ewaluacji projektu przyczynia się do kreowania politycznego dialogu, którego celem jest przygotowanie strategii działania dla podjęcia prac legislacyjnych nad wprowadzeniem nowego rozwiązania w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla osób starszych w ramach POZ w dotychczasowym systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Reasumując, należy zintensyfikować promowanie rezultatów projektu przygotowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Ponadto należy szczegółowo przygotowywać kampanię promującą w przyszłości podobne produkty, już obecnie widać bowiem, że realizacja projektu syste-



Rysunek 1. Fazy procesu formułowania i implementowania rozwiązań z zakresu polityki publicznej.

Źródło: <http://global.evipnet.org>; dostęp: 26.10.2015.

mowego przyczynia się do poprawy opieki nad osobami starszymi. Szybki przyrost wiedzy – w konsekwencji uczestniczenia w projekcie znacznej liczebnie grupy profesjonalistów medycznych – ewidentnie potwierdził tezę, że wyjście z rutyny codziennych czynności i aktualizacja wiedzy ożywczo wpływają na rozwój kompetencji i wzrost zaufania do siebie jako profesjonalisty medycznego, a każda zmiana, dzięki której poprawia się jakość świadczonych usług, jest wskazana. Szczególnie istotne jest to, że udział w projekcie dotyczył wszystkich osób związanych z potencjalnym geriatrycznym zespołem terapeutycznym, a także to, że szkolenie było darmowe, a oferowane usługi edukacyjne realizowano na wysokim poziomie.

Przypisy

¹ Publikacja przygotowana w ramach projektu pt. *Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach* sfinansowanego ze środków NCN przyznanego na podstawie decyzji nr DEC-2013/11/B/HS4/01062. W opracowaniu wykorzystano: *Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce”* zrealizowanego w ramach projektu systemowego *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, Gdańsk 2014 oraz treści wystąpienia przedstawiane przez autorki na konferencji podsumowującej projekt – Warszawa 30.06.2015 r.

² The publication was prepared under the project: *Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach* financed by NCN DEC-2013/11/B/HS4/01062. This paper bases on the *Report from evaluation study “The functioning of geriatric care in Poland”* realised within the framework of the system project *Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care*, Gdańsk 2014, as well as on the content of presentation presented by authors at the conference summarizing the project on the 30th of June, 2015, Warsaw.

³ Przykładowe podziały starości na fazy: (1) wczesna starość do 74. roku życia, późna starość 75–89 lat, długowieczność powyżej 90. roku życia; (2) trzeci wiek, czyli wczesnoemerytalny, i czwarty wiek – okres życia wymagający stałego wsparcia ze strony innych; (3) młodzi starzy 65–74 lata, starzy starzy 75–84 lata, najstarsi starzy 85 lat i więcej.

⁴ Badania panelowe mają na celu zbadanie zmian zachodzących w czasie dla analizowanego zjawiska. Cechą badania panelowego jest wielokrotne przeprowadzenie badania na tej samej grupie osób tym samym narzędziem badawczym (np. ankietą).

⁵ IDI polega na przeprowadzeniu z respondentem ustrukturyzowanej rozmowy, która ma na celu uzyskanie konkretnych informacji w sposób planowy i metodyczny według określonego schematu, zwanego scenariuszem wywiadu. Standaryzacja poruszanych zagadnień, a w szczególności celu rozmowy pozwala na uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia celów badania. Charakter rozmowy i duża swoboda w komunikacji ułatwiają zaś pogłębianie poruszanych zagadnień i wyjaśnianie zdiagnozowanych zjawisk. Indywidualne wywiady pogłębione mają na celu przede wszystkim odpowiedzenie na pytanie, dlaczego dane zjawisko występuje, a nie samo proste stwierdzenie jego występowania. Mała liczebność populacji oraz konieczność uzyskania wiedzy o konkretnych zjawiskach

i mechanizmach sprawiają, że wywiady pogłębione będą idealną techniką służącą realizacji założonych celów.

⁶ CATI polega na przeprowadzeniu wywiadu telefonicznego wspomaganego komputerowo i pozwala w krótkim czasie dotrzeć do dużej liczby respondentów oraz uzyskać od nich niezbędne informacje. Główną przewagą tej techniki nad osobistym wywiadem kwestionariuszowym jest ułatwiony kontakt z respondentem. Wywiad telefoniczny można przeprowadzić z respondentem bez względu na porę i miejsce jego pobytu. Technika ta nie absorbuje również szczególnie czasu ani respondenta, ani ankietera. Prowadzenie wywiadów za pomocą telefonu znacznie niweluje również efekt ankieterski, który może negatywnie wpływać na wiarygodność uzyskiwanych informacji.

⁷ 200 lekarzy, 400 pielęgniarek, 140 fizjoterapeutów, 40 opiekunów medycznych oraz 20 terapeutów środowiskowych. Większość udzielonych odpowiedzi była analizowana w przekroju na wariant odpowiedzi według grupy zawodowej oraz wariant odpowiedzi według stażu pracy respondenta.

Piśmiennictwo

1. Włodarczyk W.C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
2. Kraft M.E., Furlong S.R., *Public policy. Politics, analysis and alternatives*, CQ Press, Washington DC 2007: 4–7.
3. Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 spotkania wiceministrów), <https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR>; dostęp: 10.07.2015.
4. Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002: 29.
5. Cudak H., *Zaburzenie struktury rodziny jako konsekwencja makrospołecznych uwarunkowań*, „Pedagogika Rodziny: Family Pedagogy” 2012; 2(4): 7–18.
6. Błędowski P., *Konsekwencje procesu demograficznego starzenia się ludności jako zadanie dla administracji publicznej*, w: *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf; dostęp: 10.07.2015.
7. Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekunów ludzi starszych w Polsce*, w: *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf; dostęp: 10.07.2015.
8. *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
9. Szatur-Jaworska B., *Psychospołeczny wymiar sytuacji ludzi starych – wyniki badania „PolSenior”*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2012; 18 (7): 155–173; Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starszych i osób na przedpolu starości*, w: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012; *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011; Czapiński J., Panek T.

- (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013.
10. Błędowski P., *Sytuacja materialna osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
 11. *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf; *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku*, GUS, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf; dostęp: 30.03.2015.
 12. Zrałek M., Kaczmarczyk M., *Warunki i jakość życia seniorów w Sosnowcu. Problemy społeczne, uczestnictwo w kulturze, konsumpcja mediów*. WSHumanitas 2013: 14
 13. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
 14. Polakowski M., *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się społeczeństw a główne kierunki reform systemów emerytalnych w Europie*. „Studia BAS” 2012; 2(30): 169–200, [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/D047CD44C3AFFD3FC1257A37002AA895/\\$File/BAS_30-9.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/D047CD44C3AFFD3FC1257A37002AA895/$File/BAS_30-9.pdf); dostęp: 30.03.2015.
 15. Creswell J.W., *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd Edition, Sage Publications, Inc., Los Angeles 2009: 4.
 16. *Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”*, Gdańsk 2014.

