

Barbara Bień, Halina Doroszkiewicz, Zyta Beata Wojszel w imieniu grupy EUROFAMCARE*
Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE**

Disability level among the elderly and use of health and social services in EUROFAMCARE study

Abstract

Background. The aim of the study, carried-out within the EUROFAMCARE project, was to compare the use of services among elderly people in Poland, according to defined categories of their ADL-disability.

Material and methods. The cross-national study in Poland included 995 family carers, i.e. those who provided care or support to their relative, aged 65 and over, for at least four hours per week. The research tool, so-called CAT questionnaire, was developed in cooperation with countries involved in the project. The interviews were conducted face-to-face by well-trained interviewers. According to the distribution of the Barthel scale, three categories of the disabled were defined as follows: "severely disabled" (scores 0–75, below median), "moderately disabled" (scores 80–95) and "slightly disabled" (score 100), independently on numbers of I-ADL dysfunctions. Forty-three services available for the elderly were assigned into categories: "medical", i.e. financed by health insurance, and "non-medical" (caring, feeding, cleaning, etc.) paid from other sources.

Results. The requirement for help in all areas of older persons' needs (health, personal, mobility, domestic), as well as shortage of support from institutions, increased in more and more disable persons. The usage of services also increased in more disable categories of people, nevertheless the profile of services was maladjusted to their needs. If medical services seemed to be tailor-made to elderly people's needs, the non-medical — mainly social — services were almost unavailable and maladjusted to the needs, especially of severely care-dependent older people.

Conclusions. There is an urgent need to develop network of home-based social services for disabled older people and their family carers, taking into account the profile of needs and level of disability of the care-dependent persons.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 101–110

key words: disability, older people, needs, health services, social services

Wstęp

Osoby w podeszłym wieku są populacją zróżnicowaną pod względem zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej [1]. Pogarszanie się zdrowia i sprawno-

ści w procesie starzenia prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz socjalne [2]. Poprawa organizacji domowej opieki dla osób o ograniczonej sprawności daje satysfakcję pacjentom w podeszłym wieku i ich opiekunom [3]. Przyczyny wzrostu zapotrzebowania na wyżej wymienione świadczenia są bardzo złożone. Do najważniejszych z nich należą uwarunkowania obiektywne, które wynikają z wieku i współst-

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Barbara Bień
Klinika Geriatrii UMB
ul. Fabryczna 27, 15–471 Białystok
tel./faks: (085) 869 49 74
e-mail: b.bien@zozmswia.bialystok.pl

nienia wielu chorób, ich przewlekłego charakteru, skłonności do zaostrzeń i powikłań, wzrostu urazowości, a także trudności w komunikowaniu się z chorymi z powodu pogarszającej się sprawności poznawczej i emocjonalnej. Postępujące z wiekiem zniechęcenie prowadzi do zależności od pomocy opiekunów w zakresie wielu czynności decydujących o samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku domowym. Zatem, poza potrzebami z zakresu szeroko pojętej sfery zdrowia, istotnie wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia socjalne typu usługi opiekuńcze, pomoc w pracach domowych, sprzątanie, przygotowywanie posiłków czy też organizacja transportu [4]. System opieki zdrowotnej w Polsce ustawowo nie daje pacjentowi przywilejów ze względu na wiek, traktując go na równi z innymi świadczeniobiorcami. Na całym świecie zasadniczą część obowiązków opiekuńczych spoczywa na barkach rodziny. Rozpoznanie jej roli oraz sieci usług wspierających opiekuna rodzinnego służył projekt EUROFAMCARE, który objął 6 krajów Europy, w tym Polskę [5, 6]. Wyniki odnoszące się do polskiej części badań umożliwiają szeroki wgląd w sytuację opiekunów rodzinnych i ich starszych podopiecznych, w tym w charakterystykę i korzystanie z usług wspierających niesprawne osoby starsze i ich opiekunów rodzinnych [4].

Dotychczas opublikowane wyniki projektu EUROFAMCARE dotyczące zapotrzebowania i korzystania z usług w Polsce wskazują na dużą przewagę świadczeń zdrowotnych nad socjalnymi przy ogromnym zapotrzebowaniu na te ostatnie [7, 8]. Niewiele jednak wiadomo na temat zróżnicowania profilu usług, z których korzystają osoby starsze o różnym stopniu zaawansowania niesprawności. Opracowanie danych empirycznych dotyczących tego zagadnienia może być dodatkowym argumentem w dyskusji o wprowadzaniu w Polsce powszechnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych [9, 10].

Celem pracy jest weryfikacja tezy, że korzystanie z różnego typu dostępnych obecnie usług jest dostosowane pod względem profilu i zakresu do poziomu niesprawności i potrzeb osób niesprawnych w podeszłym wieku. Uzyskane wyniki mogą być przydatne w organizacji świadczeń uwzględniających stopień niesprawności starszych pacjentów.

Materiał i metody

Praca bazuje na polskiej części danych projektu EUROFAMCARE, przeprowadzonego na przełomie 2003/2004 roku w 6 krajach Europy (Grecja, Niemcy, Polska, Szwecja, Wielka Brytania i Włochy), do-

tyczącego sytuacji opiekunów rodzinnych niesprawnych osób w podeszłym wieku w krajach reprezentujących różne systemy opieki zdrowotnej i społecznej [11].

Badaniem objęto 1000 opiekunów rodzinnych, którzy świadczyli opiekę i pomoc swoim krewnym w wieku 65 lat lub starszym przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu. Definicja nie wykluczała opiekunów niespokrewnionych, o ile postrzegali siebie jako opiekuna, jak na przykład przyjaciel lub sąsiad; jednak eliminowała osoby, których jedyną formą pomocy było finansowanie usług lub dotrzymanie towarzystwa. Sposób rekrutacji opiekunów — oparty na metodzie saturacji wytypowanych obszarów poszczególnych krajów — miał w założeniu uwzględniać możliwie wszystkie sposoby opieki nad niesprawnymi osobami starszymi i zapewnić reprezentatywność wyników dla poszczególnych krajów. Jako narzędzie badawcze zastosowano, opracowane we współpracy międzynarodowej, kwestionariusz CAT (*Common Assessment Tool*) [4]. Przeszkoleni ankieterzy zbierali wywiady bezpośrednio od opiekunów. Szczegóły metodologiczne dotyczące badania zawarto odrębnej publikacji [4].

Potrzeby zdrowotne szacowano na podstawie odpowiedzi na pytanie odnoszące się do obszaru zdrowia: „Czy osoba w podeszłym wieku potrzebuje pomocy w zakresie zdrowia?” (np. pomoc przy przyjmowaniu leków, rehabilitacji, terapii itp.) oraz mobilności: „Czy osoba w podeszłym wieku potrzebuje pomocy przy poruszaniu się w domu i poza domem?”.

Potrzeby pozamedyczne szacowano na podstawie odpowiedzi na pytanie na temat zapotrzebowania na pomoc w pracach domowych i samoobsłudze (mycie ubieranie, jedzenie, korzystanie z toalety). O korzystaniu z usług wnioskowano na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Z jakich usług osoba starsza korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy?”. Ankietowany opiekun wskazywał rodzaj świadczenia spośród wykazu 43 dostępnych w Polsce usług medycznych i pozamedycznych.

Dla celów niniejszej pracy wszystkie usługi przyporządkowano do dwóch głównych grup: „usługi medyczne”, czyli takie, które są finansowane (w części lub w całości) z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), oraz „usługi pozamedyczne”, czyli głównie o charakterze usługowym lub opiekuńczym, które są finansowane z różnych źródeł, w tym prywatnie opłacane, ale nie z NFZ. Usługi zdrowotne przyporządkowano do 10 kategorii, a socjalno-opiekuńcze — do 5 kategorii (tab. 1).

Tabela 1. Kategoryzacja usług świadczonych osobom starszym
Table 1. Categories of services used by older people

Przyjęte kategorie	Rodzaje usług (kod)
USŁUGI ZDROWOTNE	
A1. Opieka lekarza rodzinnego	(1) ambulatoryjne porady; (2) domowe porady; (3) pomoc lekarska na żądanie
A2. Lekarska opieka specjalistyczna	(3) ambulatoryjne wizyty u specjalistów z wyłączeniem geriatry i psychiatry; (4) domowe wizyty specjalistów z wyłączeniem psychiatrów i geriatrów; (5) ambulatoryjne wizyty u geriatry; (6) domowe wizyty geriatry; (7) ambulatoryjne wizyty psychiatry; (8) domowe wizyty psychiatry; (9) psycholog
A3. Opieka pielęgniarska	(10) pomoc pielęgniarska na wezwanie; (11) wizyty ambulatoryjne u pielęgniarki; (11) wizyty domowe pielęgniarki
A4. Stomatolog	(14) wizyty u dentysty; (15) wizyty dentysty w domu
A5. Rehabilitacja	(16) ambulatoryjne zabiegi rehabilitacyjne; (17) zabiegi rehabilitacyjne w domu
A6. Pogotowie ratunkowe	(18) interwencje pogotowia ratunkowego
A7. Szpital	(20) pobyt w szpitalu ogólnym; (21) pobyt w szpitalu psychiatrycznym
A8. Opieka hospicjum	(24) hospicjum stacjonarne; (25) hospicjum domowe
A9. Korzystanie ze środków pomocniczych	(26) korzystanie z udostępnionych technicznych środków pomocniczych (wózek inwalidzki, łóżko ortopedyczne, kule, laski, koncentrator tlenu)
A10. Transport	(30) usługi transportowe dla osób starszych
B1. Pomoc socjalna	(13) wizyty domowe pracownika socjalnego; (23) korzystanie z domu dziennego pobytu; (41) pomoc ośrodków pomocy rodzinie
USŁUGI POZAMEDYCZNE	
B2. Pomoc usługowa	(29) usługi pralnicze; (30) opłacanie rachunków; (31) posiłki dostarczane do domu; (34) opiekun spoza rodziny mieszkający z podopiecznym; (35) dochodzący opiekun spoza rodziny; (36) sprzątanie, gotowanie, zakupy; (37) usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, higieniczne; (38) dotrzymywanie towarzystwa przez osobę spoza rodziny; (39) usługi lektorskie
B3. Przystosowanie mieszkania	(27) dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby niesprawnej; (28) pobyt w mieszkaniu z zapleczem usługowo-opiekuńczym; (42) udostępnianie sprzętu dostosowanego do niesprawności
B4. Usługi fryzjerskie	(32) usługi fryzjera w domu
B5. Opieka duszpasterska	(43) wizyty kapelana; (44) pomoc charytatywna Kościoła

Przyjęte definicje poziomu niesprawności

Sprawność osób starszych oceniano w skali Barthel na podstawie odpowiedzi udzielanych przez opiekuna rodzinnego. Do analizy włączono 995 opiekunów rodzinnych. Poziomy niesprawności zdefiniowano na podstawie rozkładu punktów względem mediany z 0–100-punktowej skali Barthel w próbie z 6 krajów. Za osoby „poważnie niesprawne” uważano te, które otrzymały 0–75 punktów, to jest poniżej mediany, jako „umiarkowanie niesprawne” — 80–95 punktów,

zaś jako „nieznacznie niesprawne”, te które otrzymały 100 punktów, czyli były w pełni sprawne według skali Barthel, niezależnie od liczby zaburzeń w skali oceny złożonych czynności życia codziennego I-ADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). Analizę statystyczną przeprowadzono w pakiecie Statistica v. 7.1. W celu porównania rozkładu zmiennych między grupami niesprawności a usługami zastosowano test χ^2 Pearsona, którego wartość p poniżej 0,05 traktowano jako istotną statystycznie.

Tabela 2. Poziom niesprawności a zapotrzebowanie na pomoc w różnych obszarach opieki, otrzymywanie pomocy od instytucji (publiczne, wolontarne lub prywatne) i potrzeba dalszego wsparcia (%)**Table 2.** Level of disability and need for help within different care areas, receiving help provided by organizations (public, voluntary or private) and need for further help (%)

	Niesprawność			Ogółem n = 995
	Poważna n = 287	Umiarkowana n = 468	Nieznaczna n = 240	
Potrzeby zdrowotne*				
Potrzebuje	96,2	71,4	45	72,2
Otrzymuje od instytucji	16,4	4,9	1,7	7,4
Potrzebuje większej pomocy	39,9	16,3	8,4	21,1
Lokomocja (potrzeba pomocy w poruszaniu się, transporcie)*				
Potrzebuje	96,9	85,3	50,4	80,2
Otrzymuje od instytucji	6,6	0,9	0,4	2,4
Potrzebuje większej pomocy	38,1	20,7	10	23,2
Potrzeby w obszarze samoobsługi (mycie, ubieranie, jedzenie, korzystanie z toalety)*				
Potrzebuje	94,1	37,6	5,4	46,1
Otrzymuje od instytucji	9,4	0,9	0	3,1
Potrzebuje większej pomocy	32,2	6,4	0,4	12,4
Prace domowe*				
Potrzebuje	99,7	95,3	80,4	93,0
Otrzymuje od instytucji	6,3	3,0	0,4	3,3
Potrzebuje większej pomocy	38,4	21	14,7	24,4

*Wartość $p < 0,0001$ między poziomem niesprawności a potrzebą większej pomocy

Wyniki

Sprawność a zapotrzebowanie na pomoc

Zapotrzebowanie na pomoc we wszystkich obszarach opieki wzrasta wraz z pogorszeniem sprawności osoby starszej (tab. 2). Niemal wszystkie osoby z poważnym stopniem niesprawności (< 80 punktów w skali Barthel) wymagały pomocy przy przyjmowaniu leków, rehabilitacji lub terapii, przy poruszaniu się, przy czynnościach higienicznych i w pracach domowych. Udział pomocy ze strony wszelkich organizacji lub instytucji był stosunkowo niewielki w odczuciu opiekunów tych osób, największy w sferze zdrowia (16%), a marginalny w pozostałych obszarach opieki. Nie jest zaskakujący wobec tego fakt, że ponad co trzeci opiekun uważał, że jego podopieczny wymaga więcej pomocy niż oferują mu on sam i inne podmioty opieki.

Wśród osób umiarkowanie niesprawnych (80–95 punktów w skali Barthel) dominowało zapotrzebowanie na pomoc w pracach domowych, takich jak zakupy, sprzątanie (95%), i w poruszaniu się i/lub transporcie (85%), a w dalszej kolejności w sferze zdrowia i pomocy w samoobsłudze. Mimo że pomoc otrzymywana ze strony wyspecjalizowanych w tym zakresie instytucji była zdaniem opiekunów

marginalna, to potrzeba większej pomocy pojawiała się ponad 2-krotnie rzadziej niż w grupie osób poważnie niesprawnych.

Grupa podopiecznych o nieznacznej niesprawności (100 punktów w skali Barthel, niezależnie od liczby zaburzeń w I-ADL) cechuje się znacznie mniejszym zapotrzebowaniem na pomoc. Zapotrzebowanie na pomoc w obszarze samoobsługi deklaruje 5% opiekunów osób w podeszłym wieku, prac domowych — 80%, poruszania się — 50%, a zdrowia — 45%.

Korzystanie z usług medycznych

W tabeli 3 przedstawiono kategorie usług medycznych, z których osoby starsze korzystały w okresie ostatnich 6 miesięcy.

Opieka lekarza rodzinnego stanowiła najczęstszą formę usług. Korzystało z niej ponad 80% podopiecznych, podobnie często w każdej z kategorii sprawności. Mimo że aż 16% osób poważnie niesprawnych nie miało żadnego kontaktu ze swoim lekarzem rodzinnym przez ostatnie pół roku, to nie stwierdzono znamiennej korelacji między korzystaniem z podstawowej opieki zdrowotnej a poziomem zaspokojenia lub niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych w tej kategorii sprawności. Jak można się spodziewać, osoby o znacznie ograniczonej

Tabela 3. Poziom niesprawności osób w starszym wieku a korzystanie z usług zdrowotnych (%)
Table 3. Level of disability of older people and use of health services (%)

Kategorie usług zdrowotnych	p	Niesprawność			
		Poważna n = 287	Umiarkowana n = 468	Nieznaczna n = 240	Ogółem n = 995
A1. Opieka lekarza rodzinnego	NS	83,6	79,9	80,8	81,2
— ambulatoryjna	< 0,00001	33,8	59,4	73,3	55,4
— domowa	< 0,00001	69,3	33,3	15	39,3
A2. Lekarska opieka specjalistyczna	< 0,001	41,1	55,1	51,3	50,2
— ambulatoryjna	< 0,00001	27,9	50,6	47,5	43,3
— domowa	0,00001	15,3	6,8	3,8	8,5
A3. Opieka pielęgniarska	< 0,00001	57,8	39,5	21,3	40,4
— ambulatoryjna	< 0,02	2,4	9,0	7,5	6,7
— domowa	< 0,00001	46,7	25,6	11,7	28,3
A4. Stomatolog	< 0,05	5,6	9,0	13,3	9,1
— wizyty ambulat.	< 0,02	5,2	8,3	12,9	8,5
— wizyty domowe	NS	1,1	0,9	0,4	0,8
A5. Rehabilitacja	< 0,05	13,9	10,5	6,3	10,5
— ambulatoryjnie	NS	5,2	8,8	5,8	7,0
— w domu	< 0,001	9,8	1,9	0,4	3,8
A6. Pogotowie ratunkowe	< 0,00001	21,6	14,7	5,4	14,5
A7. Szpital	< 0,00001	33,5	19,0	10,8	21,2
A8. Opieka hospicyjna	0,002	1,7	0	0	0,5
A9. Środki pomocnicze	< 0,00001	24,7	13,5	1,7	13,9
A10. Transport	0,004	5,2	1,7	1,3	2,6
Średnia liczba wymienionych typów usług		2,9 ± 1,6	2,4 ± 1,5	1,9 ± 1,2	2,4 ± 1,5

sprawności znamienne częściej korzystały z domowych wizyt lekarza rodzinnego (69%) niż z porad ambulatoryjnych (34%), natomiast nieznacznie niesprawne częściej odwiedzały lekarza w gabinecie lekarskim, niż przyjmowały go w domu (odpowiednio 15% vs. 73%).

Ze specjalistycznej opieki lekarskiej korzystała co druga badana osoba w podeszłym wieku, jednak znamienne rzadziej należała ona do grupy poważnie niesprawnych (41%). Z ambulatoryjnych usług lekarzy specjalistów najczęściej korzystały osoby umiarkowanie niesprawne (51% osób z tej grupy), w dalszej kolejności osoby nieznacznie niesprawne (48%), a najrzadziej osoby poważnie niesprawne (28%). Uwzględniając trudności z wizytą specjalisty w domu pacjenta, należy podkreślić, że

przyjmowało go w domu jedynie 8,5% badanych, jednak 2-krotnie częściej były to osoby poważnie niesprawne niż nieznacznie niesprawne.

Opieka pielęgniarska stanowi szczególnie ważny aspekt opieki nad niesprawnymi osobami w środowisku zamieszkania. Ze świadczeń pielęgniarskich skorzystało 41% osób w podeszłym wieku — co istotne: ponad 2-krotnie więcej poważnie niesprawnych (58%) niż nieznacznie niesprawnych (21%). Niemal wszystkie osoby z poważniejszym upośledzeniem sprawności — spośród kontaktujących się z pielęgniarką — były odwiedzane przez nią w domu. Mimo że odsetek osób starszych odwiedzanych przez pielęgniarkę w domu zmniejsza się proporcjonalnie do lepszej sprawności podopiecznych, należy podkreślić, że w każdej grupie sprawności odsetki osób

wizytowanych przez pielęgniarkę w domu przewyższają odsetki osób odwiedzających pielęgniarkę w gabinecie.

Kolejną formą świadczeń była opieka szpitalna. W okresie 6 miesięcy z leczenia szpitalnego skorzystało aż 21% osób badanych — co 3. osoba poważnie, co 5. umiarkowanie i co 10. nieznacznie niesprawna.

Z usług pogotowia ratunkowego skorzystała co 7. badana osoba, przy czym w grupie poważnie niesprawnych — częściej niż co 5., a w grupie nieznacznie niesprawnej już tylko co 20. Poza pomocą doraźną — niezwykle potrzebną osobom poważnie niesprawnym — ze zrozumiałych powodów potrzebne okazywało się korzystanie ze środków pomocniczych w poruszaniu się (laski, kule, balkoniki itp.). Korzystała z nich co 4. osoba poważnie niesprawna, co 8. umiarkowanie niesprawna i co 50. nieznacznie niesprawna.

Z usług rehabilitacyjnych korzystała jedynie co 10. osoba w całej badanej próbie, przy czym znamienne częściej poważnie niesprawna niż o mniejszym stopniu niesprawności. Mimo że dostępność do domowych usług rehabilitacyjnych ogólnie jest znikoma (3,8%), to dla osób poważnie niesprawnych okazała się 3-krotnie wyższa niż w całej próbie. Kolejną deficytową sferą usług, szczególnie dla osób najmniej sprawnych, okazały się świadczenia stomatologiczne. Mimo że skorzystało z nich 9% wszystkich badanych osób starszych, to ponad 2-krotnie częściej były to osoby o nieznacznym stopniu upośledzenia sprawności. Jedynie co 20. osoba poważnie niesprawna uzyskała tę usługę w gabinecie stomatologicznym, a co 100. we własnym domu. Niskiej dostępności świadczeń stomatologicznych sprzyjają powody ekonomiczne, ale również organizacyjne, związane z dotarciem do gabinetów dentystycznych. Częstość korzystania z usług transportowych okazała się marginalna (3%) i zapewne wiązała się z koniecznością przywiezienia lub odwiezienia pacjenta ze szpitala. Należy przy tym podkreślić, że zapotrzebowanie na tę formę usługi należy do najwyższych. Zgłasza je 97% opiekunów osób poważnie niesprawnych, 85% — umiarkowanie niesprawnych i 50% — nieznacznie niesprawnych, a na pomoc w tym zakresie oczekiwaliby odpowiednio: 38%, 21% i 10% (tab. 2).

Korzystanie z usług pozamedycznych

W tabeli 4 przedstawiono kategorie usług pozamedycznych, z których osoby starsze korzystały w okresie ostatnich 6 miesięcy.

Na pierwszym miejscu pod względem korzystania z usług pozamedycznych znalazła się opieka duszpasterska. Korzystało z niej 15% podopiecznych, znamienne częściej były to osoby z grupy poważnie niesprawnych (34%).

Kolejną pod względem korzystania formą świadczeń była pomoc usługowa. Jest to zrozumiałe wobec wysokiego zapotrzebowania na wsparcie w tym zakresie (tab. 2). Do tej kategorii włączono wiele różnorodnych usług (tab. 1), począwszy od pomocy opiekunów dochodzących lub zamieszkujących z podopiecznym, poprzez usługi pralnicze, opłacanie rachunków, dostarczanie posiłków do domu, sprzątanie, gotowanie, zakupy, a skończywszy na usługach lektorskich i dotrzymywaniu towarzystwa. W okresie 6 miesięcy z takiej pomocy skorzystało jedynie 14% badanych — co 4. osoba poważnie, co 9. umiarkowanie i co 14. nieznacznie niesprawna. W grupie poważnie niesprawnych osób w wieku podeszłym najczęściej korzystano z pomocy osoby spoza rodziny (13%, a w całej próbie 5%), a w drugiej kolejności z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych (5%, a w całej próbie 1,7%). Inne formy pomocy były praktycznie nieosiągalne i w podobnie marginalnym stopniu wykorzystywane przez osoby starsze w pozostałych kategoriach sprawności.

Interesujący jest fakt, że usługi fryzjerskie w domu osoby w podeszłym wieku stanowiły kolejną, stosunkowo często wskazywaną usługę. Skorzystało z niej 7% osób w podeszłym wieku — co 7. osoba poważnie, a co 20. umiarkowanie niesprawna.

Z pomocy socjalnej skorzystało jedynie 4% starszych osób, przy czym niemal we wszystkich przypadkach były to wizyty pracownika socjalnego (8% wśród poważnie niesprawnych, 3% wśród umiarkowanie, a 1% wśród nieznacznie niesprawnych). Korzystanie z pomocy ośrodków pomocy rodzinie i domów dziennego pobytu było praktycznie nieosiągalne.

Usługi medyczne i pozamedyczne a sprawność

W tabeli 5 przedstawiono strukturę korzystania z usług medycznych i pozamedycznych w każdej z kategorii sprawności.

Osoby w podeszłym wieku korzystały przede wszystkim z usług medycznych (94%), a jedynie niemal co 3. osoba dodatkowo z usług pozamedycznych. Niemniej jednak struktura analizowanych typów usług wykazuje znamiennej statystycznie zależność od stopnia niesprawności. W grupie poważnie niesprawnych aż co 2. osoba korzystająca z usług medycznych korzystała również z usługi pozamedycznej (najczęściej z wizyty kapelana i/lub dochodzącego opiekuna),

Tabela 4. Poziom niesprawności osób w starszym wieku a korzystanie z usług pozamedycznych (%)
Table 4. Level of disability of older people use of social services (%)

Kategorie usług pozamedycznych	p	Niesprawność			
		Poważna n = 287	Umiarkowana n = 468	Nieznaczną n = 240	Ogółem n = 995
B1. Pomoc socjalna	0,00005	8,4	3,4	0,8	4,2
— wizyty domowe pracownika socjalnego	0,00005	8,0	3,0	0,8	3,9
— korzystanie z domu dziennego pobytu	NS	0,3	0,4	0,0	0,3
— pomoc ośrodków pomocy rodzinie	NS	1,1	0,6	0,0	0,6
B2. Pomoc usługowa	< 0,00001	24,7	11,5	7,5	14,4
— usługi pralnicze	NS	0,7	1,3	0,4	0,9
— opłacanie rachunków	NS	3,5	2,6	3,3	3,0
— posiłki dostarczane do domu	NS	1,1	0,9	0,0	0,7
— opiekun spoza rodziny	< 0,00001	12,6	2,4	0,0	4,7
— sprząatanie, gotowanie, zakupy	NS	2,8	4,7	1,7	3,4
— usługi pielęgnacyjno- opiekuńcze, higieniczne	< 0,00001	5,2	0,4	0,0	1,7
B3. Przystosowanie mieszkania	0,002	5,2	2,4	0,4	2,7
B4. Usługi fryzjerskie	< 0,00001	13,6	5,3	1,3	6,7
B5. Opieka duszpasterska	< 0,0001	33,8	8,8	3,8	14,8
Średnia liczba wymienionych typów usług		0,9 ± 0,97	0,31 ± 0,6	0,14 ± 0,4	0,4 ± 0,8

Tabela 5. Korzystanie z usług a poziom niesprawności (%)
Table 5. Use of health and social services and level of disability (%)

Niesprawność	Korzystanie z usług w okresie 6 miesięcy			
	Żadne n = 52	Medyczne n = 651	Pozamedyczne n = 10	Oba typy usług n = 282
Poważna (n = 287)	3,5	42,9	1,7	51,9
Umiarkowana (n = 468)	4,7	71,8	0,6	22,9
Nieznaczną (n = 240)	8,3	80,0	0,8	10,8
Ogółem (n = 995)	5,2	65,5	1	28,3

natomiast wśród nieznacznie niesprawnych była to jedynie co 9. Z usług pozamedycznych korzystało tylko 1% osób, niezależnie od stopnia niesprawności.

Dyskusja

Wyniki dotychczasowych badań nad korzystaniem z usług ochrony zdrowia i pomocy społecznej przez osoby starsze w Polsce wykazują zależność od za-

awansowania wieku [1, 12, 13]. Jest to zrozumiałe, ponieważ problemy zdrowotne i społeczne gwałtownie narastają w procesie starzenia. Powoduje to postępujące z wiekiem zniedołężnienie, które prowadzi do uzależnienia od pomocy innych osób, a najczęściej opiekuna rodzinnego. To rodzina zapewnia pomoc i wsparcie, a często warunkuje samodzielne funkcjonowanie osoby starszej w środowisku domo-

wym. Wiek jest niezależnym czynnikiem korzystania z usług [8, 14], niemniej jednak deficyt i koszty usług dostępnych na rynku świadczeniodawców (formalnych i nieformalnych) przekonują, aby usługi dostosowywać raczej do poziomu niesprawności niż do wieku potencjalnych świadczeniobiorców. Celowi temu służyła niniejsza praca oparta na wynikach polskich badań EUROFAMCARE. Ze względu na protokół badań międzynarodowych, zezwalający na własną kategoryzację i rodzaj usług dostępnych w każdym kraju, niezwykle trudne jest porównywanie wyników między różnymi krajami.

Wcześniej opublikowane rezultaty z polskiej części badań EUROFAMCARE wykazały ogromną dysproporcję między powszechnym korzystaniem z różnego typu usług finansowanych lub współfinansowanych przez NFZ a stosunkowo niewielkim korzystaniem z pozostałych typów usług, głównie opiekuńczych lub pomocy socjalnej w usługach [7, 8]. Po pierwsze, oznacza to, że osoby w starszym wieku maksymalnie wykorzystują powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a po drugie, że brak ubezpieczeń pielęgnacyjnych przyczynia się do luki w zakresie świadczeń opiekuńczych, ponieważ potrzeby osób starszych w wielu obszarach pozostają niezaspokojone, zaś deficyt pomocy obciąża głównie opiekuna rodzinnego. Niedostępność opieki w mniejszym stopniu odnosi się do sfery zdrowia — pomoc instytucjonalną odczuwa 16% opiekunów osób poważnie niesprawnych, chociaż na deficyt tego typu wsparcia uskarża się nadal 40% opiekunów osób z tej kategorii sprawności. Niemniej jednak korzystanie z niemal wszystkich rodzajów usług zdrowotnych wiąże się z pogorszeniem sprawności, a zatem i stanu zdrowia osób badanych.

Przegląd usług medycznych wykazuje, że starsze osoby niesprawne najczęściej otrzymywały pomoc ze strony lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek, opieki szpitalnej i pogotowia ratunkowego. Niemniej, spośród poważnie niesprawnych, czyli niezdolnych do poruszania się poza domem, domową opieką lekarzy rodzinnych w okresie 6 miesięcy objętych zostało jedynie 69% osób, pielęgniarce — 47%, specjalistyczną opieką lekarską — 15%, rehabilitacją — 10%, a opieką stomatologiczną — 1%. Jak wynika z badań ogólnopolskich Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, mimo że pielęgniarce odwiedzały w domu mniejszą liczbę osób starszych niż lekarze rodzinni, to częstotliwość ich wizyt była wyższa niż częstotliwość wizyt lekarskich [1].

Uwzględniając niemal 100-procentowe zapotrzebowanie na pomoc w transporcie osób poważnie nie-

sprawnych, stwierdzone korzystanie z domowych usług, zwłaszcza specjalistycznych (lekarskich, fizjoterapeutycznych, stomatologicznych), świadczy o niedostępności takich usług dla bardzo dużej części osób z tej kategorii. Sprzyja to zapewne częstszym interwencjom pogotowia ratunkowego (22%/6 miesięcy) oraz pobytom w szpitalach poważnie niesprawnych osób starszych (34%/6 miesięcy). Osoby zdolne do samodzielnego chodzenia poza domem (nieznacznie niesprawne) korzystały z analogicznych usług jedynie, odpowiednio, w 5% i 11%. Należy przy tym odnotować, że hospitalizowane osoby z niższą punktacją w skali Barthel dłużej przebywają w szpitalu i znamienne częściej przewożone są do placówek opieki długoterminowej, co w efekcie zwiększa koszty opieki [15].

Prawdziwa luka w usługach wspierających niesprawną osobę starszą i jej opiekuna w Polsce dotyczy sfery pozamedycznej, głównie socjalnej. W tym obszarze potrzeby są wyrażane podobnie często jak w sferze zdrowia, zaś pomoc ze strony różnego typu instytucji publicznych, niepublicznych, wolontarnych i prywatnych trafia do mniej niż co 10. odbiorcy wymagającego takiej pomocy. Nawet w kategorii poważnie niesprawnych osób w podeszłym wieku najczęstszą formą pomocy usługowej jest opiekun spoza rodziny zatrudniany do opieki nad osobą starszą (13%), pomijając opiekę duszpasterską (34%) czy domowe usługi fryzjerskie (14%). Tak potrzebne w tej kategorii sprawności usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze trafiają jedynie do 5% odbiorców, posiłki dostarczane do domu czy usługi pralnicze — do 1% osób, a pomoc w gotowaniu, zakupach, sprzątanii — do 3% osób z tej grupy. W pozostałych grupach sprawności korzystanie z usług pozamedycznych jest kilkakrotnie niższe lub w ogóle do niego nie dochodzi. Wszelkie potrzeby w tym zakresie zaspokajają opiekunowie rodzinni. Pozostaje jednak pytanie, jakim kosztem to czynią — w aspekcie osobistych wyrzeczeń, ekonomicznym czy organizacyjnym?

Poziom niesprawności jest niezależnym czynnikiem ryzyka spadku satysfakcji z opieki zdrowotnej, a identyfikacja takich osób daje szansę objęcia ich opieką [16]. Organizacja opieki nad niedoświadczonymi osobami starszymi stanowi wyzwanie dla Polski, podobnie jak nadal dla innych, bardziej doświadczonych w tym zakresie krajów [17].

Wnioski

1. Usługi wspierające niesprawne osoby w podeszłym wieku w Polsce opierają się przede wszystkim

kim na świadczeniach finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Struktura tych usług ogólnie odpowiada zapotrzebowaniu, chociaż wymaga dalszego profilowania w kierunku usług domowych, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych podopiecznych.

2. Istniejąca sieć usług pozamedycznych jest niedostosowana do potrzeb osób starszych, nie-

Przypisy

* Projekt EUROFAMCARE, na bazie którego przeprowadzono analizy, był finansowany w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej, Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities, 6.5: Health and Social Care Services to older People (contract n. QLK6-CT-2002-02647; <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare>). Praca przygotowana w imieniu grupy badawczej EUROFAMCARE: Niemcy: Döhner H. (koordynator), Kofahl C., Lüdecke D., Mnich E. (Hamburg) and Rothgang H., Becker R., Timm A. (Bremen); Grecja: Mestheneos E., Triantafil-

dostępna i wykorzystywana w marginalnym stopniu, głównie przez osoby najmniej sprawne. Socjalna luka opiekuńcza wymaga systemowego rozwiązania. Powszechne ubezpieczenia pielęgnacyjne zintegrowane z usługami zdrowotnymi i opiekuńczo-socjalnymi mogą stanowić trafne rozwiązanie problemów niesprawnych osób w podeszłym wieku i ich opiekunów w Polsce.

lou J., Prouskas C., Kontouka S., Goltsi V., Loukissis A., Mestheneos K.; Włochy: Lamura G., Balducci C., Melchiorre M.G., Polverini F., Principi A., Quattrini S., Polska: Bien B., Wojszel B., Synak B., Czekanowski P., Bledowski P., Pedich W., Rybaczuk M.; Szwecja: Öberg B., Krevers B., Johansson S.L., Davidson T.; Wielka Brytania: McKee K., Nolan M., Barber L., Brown J.; AGE-Platform (Bruksela): Parent A.-S., Patel J., Dauréle C.

** Pracę zrealizowano w ramach projektu statutowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Nr 4-01703P.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy jest weryfikacja tezy, że profil usług dla osób starszych w Polsce jest dostosowany do ich potrzeb oraz poziomu niesprawności.

Materiał i metody. Badaniem objęto 995 opiekunów rodzinnych, którzy świadczyli pomoc swoim krewnym w wieku 65 lat lub starszych przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz CAT, opracowany we współpracy międzynarodowej w ramach projektu EUROFAMCARE. Przeszkoleni ankietery zbierali osobiście wywiady. Kategoryzacji poziomu niesprawności osób starszych dokonano na podstawie rozkładu punktów skali Barthel względem mediany w próbie europejskiej: „poważnie niesprawny” (0–75 punktów); „umiarkowanie niesprawny” (80–95 punktów); „nieznacznie niesprawny” (100 punktów), niezależnie od liczby zaburzeń w skali I-ADL. Katalog 43 usług przypisano do kategorii „medycznych”, czyli opłacanych z NFZ, oraz „pozamedycznych”, czyli opłacanych z innych źródeł. Opiekunów pytano o potrzeby ich podopiecznych dotyczące zdrowia, możliwości przemieszczania się, pielęgnacji i prac domowych, o zaspokajanie potrzeb przez instytucje oraz o zapotrzebowanie na większą pomoc.

Wyniki. Wraz z pogorszeniem sprawności osób w podeszłym wieku wzrastało zapotrzebowanie na pomoc oraz zwiększał się deficyt otrzymywanego wsparcia w każdym z badanych obszarów. Korzystanie z usług również zwiększało się wraz z pogorszeniem sprawności, jednak profil tych świadczeń nie był dostosowany do potrzeb osób starszych. O ile korzystanie z usług medycznych wydaje się dostosowane do potrzeb zdrowotnych, to korzystanie z usług pozamedycznych jest marginalne i niedopasowane do potrzeb, zwłaszcza wśród poważnie niesprawnych osób starszych.

Wnioski. Istnieje pilna potrzeba rozwijania sieci usług, zwłaszcza o profilu pozamedycznym, w miejscu zamieszkania osób w podeszłym wieku. Adresatem świadczeń zdrowotnych i usługowo-opiekuńczych w pierwszej kolejności powinny być osoby starsze poważnie niesprawne (tj. < 80 punktów w skali Barthel).

Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 101–110

Słowa kluczowe: niesprawność, osoby w podeszłym wieku, potrzeby, usługi zdrowotne, usługi socjalne

PIŚMIENICTWO

1. Bień B.: *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*. W: Synak B. (red.): *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; 78–100.
2. Bowling A., Farquahar M., Grundy E.: *Who are the consistently high users of health and social services? A follow-up study two and half years later of people aged 85+ at baseline*. *Health Soc. Care* 1991; 1: 277–287.
3. Di Gioacchino C.F., Ronzoni S., Mariano A. i wsp.: *Home care prevents cognitive and functional decline in frail elderly*. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2004; 9 (supl.): 121–125.
4. Bień B. (red.): *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006.
5. Bledowski P., Pedich W., Bień B., Wojszel Z.B., Czekanowski P.: *Supporting family carers of older people in Europe — The National Background Report for Poland*. LIT VERLAG, Hamburg 2006.

6. EUROFAMCARE Consortium (red.): *Supporting services for family carers of older people in Europe: characteristics, coverage and usage. Trans-European report of the 6-country EUROFAMCARE survey.* Medical University Hamburg-Eppendorf, Hamburg 2006 (<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen>).
7. Bień B., Wojszel Z.B.: *Zapotrzebowanie a korzystanie z usług zdrowotnych i społecznych przez niesprawne osoby starsze w Polsce w okresie 12-miesięcznej obserwacji longitudinalnej.* Przeg. Lek. 2006; 63: 328–331.
8. Wojszel Z.B.: *Services and allowances for the elderly and their carers.* W: Bień B. (red.): *Family caregiving for the elderly in Poland.* Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006; 126–154.
9. Derkacz M.: *Nakaz chwili, czyli ubezpieczenia pielęgnacyjne.* MEDICUS, Miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej 2007; 9 (<http://www.medicus.lublin.pl/2007/11/index.htm>).
10. Szwałkiewicz E.: *Starzenie się społeczeństwa — wyzwanie dla Polski.* MEDI Forum Opieki Długoterminowej 2006; 2 (http://www.dps.pl/home_new/index).
11. EUROFAMCARE Consortium (red.): *Supporting services for family carers of older people on Europe. Trans-European report of the 6-country EUROFAMCARE survey.* Medical University Hamburg-Eppendorf, Hamburg (<http://uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=8>).
12. Roszkowska H., Goryński P., Seroka W.: *Hospitalizacja osób starszych w Polsce w latach 1979–1996.* Gerontologia Polska 2000; 8: 39–45.
13. Szczepińska K., Hubalewska-Hola A.: *Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opieki zdrowotnej i społecznej.* Gerontol. Pol. 2003; 11: 137–143.
14. Lamura G., Wojszel B., Mnich E., Krevers B., Mekce K., Mesthenos E.: *Experiences and preferences of family carers in the use of care and support services.* W: The EUROFAMCARE Consortium (red.): *Services for supporting family carers of older dependent people in Europe.* The Trans-European survey report, Hamburg 2006; 144–182 (dostępna na stronie internetowej projektu EUROFAMCARE: http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/teusure_web_060906pdf).
15. Alarcón T., Bàrcena A., González-Montalvo J.I., Penàlosa C., Salgado A.: *Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward.* Age Ageing 1999; 28: 429–432.
16. Jha A., Patrick D.L., MacLehose R.F., Doctor J.N., Chan L.: *Dissatisfaction with medical services among medicare beneficiaries with disabilities.* Arch. Phys. Med. Rehabil. 2002; 83: 1335–1341.
17. Clarfield A.M., Bergman H., Kane R.: *Fragmentation of care for frail older people — an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada, and the United States.* J. Am. Geriatr. Soc. 2001; 49: 1714–1721.