

Poprawa opieki nad osobami niesamodzielnymi

w województwie pomorskim

19.09.2022 r.

dr Agnieszka Skowrońska
prof. dr hab. Michał Chmielewski

Redakcja:
r.pr. Emil Rojek

Starzenie się populacji województwa pomorskiego, tak jak i całej Polski, postępuje dynamicznie z powodu stopniowego wydłużania się przewidywanego trwania życia oraz niskiego współczynnika dzietności. Wykazywana w bieżących bilansach ludności liczba osób w wieku 80 lat i więcej wynosiła blisko 1,5 mln w 2013 r., a w 2050 r. wzrośnie według szacunków ponad dwukrotnie – do poziomu ponad 3,5 mln. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi ulegnie do 2050 r. potrojeniu. Dla województwa pomorskiego prognozy są podobne. Tylko w okresie między 2020 a 2035 r. odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie z 17,3% do 21,6%, a wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wzrośnie z 26,8% w 2020 r. do 53,2% w 2050 r.

Dane rzeczywiste			Prognoza						
2010 r.	2015 r.	2019 r.	2020 r.	2025 r.	2030 r.	2035 r.	2040 r.	2045 r.	2050 r.
17,0 %	21,3 %	25,5 %	26,8 %	31,5 %	33,9 %	35,6 %	39,4 %	45,3 %	53,2 %

Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa pomorskiego, dane i szacunki GUS z 2020 r.

Kwestia starzenia się społeczeństwa i związanych z nim wyzwań została opisana w 2013 roku Standardach Postępowania w Opiece Geriatrycznej, których autorzy twierdzą, że rozwój geriatry jest pożądany zarówno ze względów

społecznych, jak i etycznych¹. Może też być korzystny ekonomicznie, jako że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi przynosi wydłużenie okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawę sprawności, odciążając system opieki zdrowotnej, zapewniając racjonalizację wydatków na świadczenia i na farmakoterapię.²

Medyczna opieka specjalistyczna

Dostęp seniorów do opieki geriatrycznej jest w województwie pomorskim marginalny. Liczba geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,92. Geriatria znajduje się na liście specjalizacji priorytetowych. W Pomorskiem liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,52. Jednak liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z zakresu geriatry wynosi jedynie 0,09/100 tys., co oznacza, że większość miejsc specjalizacyjnych przyznanych w województwie pomorskim nie jest wykorzystywana.³ W latach 2017–2019 w całym kraju specjalizację geriatryczną wybrało zaledwie dwóch rezydentów, w 2020 r. trzech, a w 2021 r. Jeden.⁴ Wydaje się, że głównym powodem tak niskiego zainteresowania tą specjalizacją jest brak odpowiedniego finansowania geriatry przez NFZ.

Ponadto dopiero w 2016 roku do programu nauczania lekarzy na uczelniach medycznych wprowadzono obowiązkowe zajęcia z geriatry. Jednak zajęcia te prowadzone są w bardzo małym zakresie (pięć dni). Zwraca się także uwagę, że oddziałów geriatrycznych w Polsce jest na tyle mało, że odbycie stażu staje się prawie niemożliwe. Młodzi lekarze wybierają też chętniej specjalizacje, które dają większą szansę na uniezależnienie się od NFZ, co w przypadku geriatry jest mało prawdopodobne.

Dodatkowo polski system ochrony zdrowia mierzy się z poważnymi problemami organizacyjnymi dotyczącymi pacjentów po przeprowadzonym procesie leczenia. W sytuacji, w której pacjent po leczeniu wymaga dalszych zabiegów, w szczególności rehabilitacji, a nie ma gdzie pacjenta bezpośrednio skierować – albo wydłuża mu się hospitalizację (najdroższą formę leczenia) bez uzasadnienia leczniczego albo wypisuje się go do domu bez realnego wsparcia

¹ Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, 2013

² Tamże.

³ Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, raport NIK 2015 r.

⁴ Raport NIK z 2022 r.

rehabilitacyjnego. Tymczasem nawet kilkudniowa hospitalizacja powoduje u zdrowej osoby starszej znaczące obniżenie sprawności funkcjonalnej. Odwleczenie rehabilitacji wpływa na niweczenie efektów medycyny interwencyjnej. Natomiast skuteczna rehabilitacja pohospitalizacyjna pozwala często na powrót do pierwotnego stanu sprawności i ogranicza ryzyka wypadków spowodowanych obniżeniem tej sprawności w okresie pohospitalizacyjnym m. in. na zmniejszenie ryzyka upadków skutkujących złamaniem osteoporotycznym, które jest częstym dramatem osób starszych.

Propozycje działań:

1. **Uatrakcyjnienie specjalizacji z geriatry w województwie pomorskim**, poprzez stworzenie przez podmioty lecznicze we współpracy z samorządami systemu zachęt w postaci zapewnienia miejsca zatrudnienia, zapewnienia mieszkania na preferencyjnych warunkach, dofinansowanie szkoleń, oferty opieki przedszkolnej dla dzieci osób rozpoczynających szkolenia w dziedzinie geriatry.

2. **Tworzenie wzorowanych na rozwiązaniach zachodnich dziennych szpitali geriatrycznych w ramach Skoordynowanej Opieki Ambulatoryjno-Szpitalnej** jako tańszego wsparcia/alternatywy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i oddziałów rehabilitacji. Do szpitali tego typu pacjenci geriatryczni kierowani byliby po zakończeniu „tradycyjnej” hospitalizacji. W ramach pobytu w szpitalu dziennym świadczona byłaby opieka medyczna, pielęgniarska oraz rehabilitacja. Pacjent miałby zapewniony transport, wyżywienie i zajęcia terapeutyczne. Głównym celem pobytu w szpitalu dziennym byłaby rehabilitacja w celu poprawy sprawności pacjentów umożliwiającej funkcjonowanie w środowisku domowym. Pacjent korzystałby z pobytu w szpitalu dziennym kilka razy w tygodniu⁵. Postępowanie takie jest uzasadnione medycznie i ekonomicznie.

Usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania dla osób niesamodzielnych w woj. pomorskim⁶

Opieka nad osobami niesamodzielnymi i osobami w wieku podeszłym należy do podstawowych zadań jednostek samorządu terytorialnego (JST). Do

⁵ <https://strategie2050.pl/plan-dla-polski/co-po-pandemii-plan-dla-zdrowia/>

⁶ na podstawie Raportu końcowego badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” oraz Sprawozdania MRPIPS-03 za 2020 r.

usług opiekuńczych świadczonych w środowisku zamieszkania osoby wymagającej pomocy zaliczamy:

- 1) usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze
- 2) dzienne domy pomocy społecznej.

W 2018 roku usługami opiekuńczymi świadczonymi w domu objęto 7 331 osób, czyli 3,9% ogółu osób niesamodzielnych w województwie pomorskim.

Między gminami istnieją znaczne różnice w skali dostępności tego typu wsparcia. Na terenie województwa występuje 9 gmin, w których usługami opiekuńczymi w 2018 r. nie objęto nikogo. W roku 2020 usługami opiekuńczymi w województwie pomorskim było objętych 7 531 osób (czyli o 200 osób więcej niż w 2018).⁷ Koszt usług wyniósł 52,4 mln zł.⁸

Specjalistyczne usługi opiekuńcze, które dostosowane są do szczególnych wymogów zdrowotnych osób niesamodzielnych, dostępne są w znacznie mniejszym zakresie. Przede wszystkim są to finansowane przez administrację rządową usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi – w 2020 roku skorzystało z nich nieco ponad 1,5 tys. osób, co przełożyło się na koszt 18 mln zł.⁹ Natomiast **specjalistyczne usługi opiekuńcze będące w gestii gmin mają w systemie znaczenie marginalne. W 2020 r. w całym województwie objętych nimi były tylko 182 osoby. Łączny ich koszt wyniósł 68 tys. zł.** Wsparcie w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych jest w podobnym wymiarze godzinowym, co „zwykłe” usługi opiekuńcze.

Na terenie województwa pomorskiego istnieje tylko 28 dziennych domów pomocy. Są to nieduże jednostki dysponujące około trzydziestoma miejscami. Rocznie z ich usług korzysta łącznie ok. 900 osób. **Sieć ośrodków wsparcia dla osób niesamodzielnych na terenie województwa pomorskiego jest słabo rozwinięta. Niewielka część gmin posiada dzienne domy pomocy – zaledwie 17 (14%).** Większa jest dostępność ośrodków dla osób z zaburzeniami psychicznymi – działają one na terenie 45 gmin, lecz tego typu placówek nie ma aż 63% gmin w województwie.

Oznacza to, że **podaż publicznych usług o charakterze opiekuńczym obecnie w znacznym stopniu rozmija się ze społecznym zapotrzebowaniem.** Z całą pewnością, duża część osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów rodzinnych zmuszona jest radzić sobie sama.

⁷ Tamże.

⁸ Tamże.

⁹ Tamże.

Większość osób starszych i z niepełnosprawnościami wymagającymi wsparcia otrzymuje w Polsce opiekę nieformalną – odsetek ten stanowi w zależności od badania od 80% do 93%.¹⁰ Posiłkując się natomiast wynikami badania Eurofamcare, prowadzonego w wybranych krajach europejskich, w tym także w Polsce w latach 2003–2004, szacowano liczbę opiekunów nieformalnych w Polsce na ok. 2 mln osób.¹¹ **Ponad 90% potrzeb opiekuńczych osób starszych jest zaspokajane przez członków rodziny. Koszty tej opieki, choć trudne do sprecyzowania, są ogromne. W dodatku nie obejmują tylko wydatków bezpośrednio związanych z opieką.** Należy w nich uwzględnić także szereg innych problemów, którym muszą sprostać członkowie rodziny – opiekunowie osób starszych: ograniczenie kontynuacji kariery zawodowej z rezygnacją z pracy włącznie, zawężenie kręgu kontaktów społecznych z ryzykiem izolacji społecznej, czy wreszcie obciążenie i zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego związane z długotrwałą funkcją opiekuńczą. **Tymczasem dotychczasowa pomoc dla opiekunów rodzinnych, na których opiera się nasz system opieki, była bardzo skromna i trudno dostępna**, a świadczenia dla opiekunów skandalicznie niskie. Zgodnie z art. 16a ust. 6 ustawy o świadczeniach rodzinnych wysokość specjalnego zasiłku opiekuńczego wynosi 620 zł, a zatem znajduje się znacznie poniżej minimum socjalnego. Dodatkowo ich uzyskanie są obwarowane trudnymi do spełnienia warunkami, jak chociażby brak jakiegokolwiek pracy zarobkowej, czy zakaz pobierania emerytury¹². Co więcej, jak zauważa dr Rafał Bakalarczyk w swoim raporcie „Starość po polsku”, „nie można opierać opieki senioralnej, aż w takim stopniu na zasobach rodzinnych, chociażby dlatego, że w naszym społeczeństwie rośnie liczba osób bez rodziny, z rodziną mieszkającą daleko lub niemogącą z innych względów zaangażować się w opiekę adekwatnie do potrzeb”.¹³ **Wsparcie dla gmin w ich zadaniach pomocy opiekunom rodzinnym i nieformalnym jest niewystarczające i trudno dla gmin dostępne.** Do podstawowych należą: dostęp do informacji, porad i szkoleń, pomoc psychologiczna, wsparcie wytchnieniowe oraz inne usługi i działania wspomagające sprawowanie opieki. Dostęp gmin do

¹⁰ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015, s. 1 na podstawie: Long-Term Care for the Elderly in Poland, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

¹¹ Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report, Eurofamcare 2006

¹² Bakalarczyk R: Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi. Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej. Kraków-Warszawa 2021

¹³ Tamże.

funduszy przeznaczonych na te cele jest obwarowany tyłoma warunkami, że znaczna część gmin nie jest w stanie im sprostać. Ponadto niektóre programy są dedykowane wyłącznie gminom o mniejszym potencjale. Przykładem może być limit wielkości gminy poniżej 60 tys. mieszkańców w celu wnioskowania o fundusze z programu „Opieka 75+”.¹⁴

Propozycje:

Podstawowe działania w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi powinny być oparte na wzmacnianiu rodziny oraz wsparciu środowiskowym.

1. **Należy zwiększyć dostępność i wymiar usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych (w tym usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi); szczególnie ważne jest objęcie nimi tych rodzin, gdzie osoba zależna jest w poważnym stanie, czyli jest osobą leżącą, całkowicie niesamodzielną.** Usługi opiekuńcze powinny też być bardziej intensywne, po to, aby w większym stopniu zapobiegać umieszczaniu w DPS osób samotnych oraz być realnym wsparciem dla opiekuna. Oznacza to rozszerzenie zakresu godzinowego przysługującego jednej osobie, wprowadzenie opieki popołudniowej i nocnej w szczególnych przypadkach.
2. **Należy rozwinąć sieć ośrodków wsparcia; ośrodki powinny być dostępne dla mieszkańców każdej gminy w odpowiednim stopniu, w przypadku mniejszych gmin wiejskich może to oznaczać 1 ośrodek na 2-3 gminy, w przypadku większych ośrodków- kilka, kilkanaście lub nawet więcej (w największych miastach).** Szczególnie istotne jest rozwijanie dziennych domów pomocy; ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi trzeba w pierwszym rzędzie rozwijać na terenie tych obszarów województwa, gdzie ich jest najmniej, tj. zwłaszcza na terenie powiatów: nowodworskiego, wejherowskiego, puckiego oraz kwidzyńskiego, sztumskiego i lęborskiego.
3. **Należy rozwijać różnorodne formy wsparcia sąsiedzkiego** w tym idei domów sąsiedzkich oraz rodzin wspierających lub kręgów wsparcia (różne osoby z sąsiedztwa wspomagające samotną osobę starszą częściowo wymagającą opieki).

¹⁴ Tamże.

Instytucjonalna całodobowa opieka nad osobami niesamodzielnymi

Publiczna opieka całodobowa w województwie pomorskim niemal w całości opiera się na usługach świadczonych w ramach domów pomocy społecznej. Są to duże placówki, w których średnio przebywa ponad 100 osób. Ich sieć i struktura na terenie województwa pomorskiego jest stała od lat. Liczba domów pomocy społecznej utrzymuje się na poziomie 43-44 placówek, co roku korzysta z nich podobna liczba osób (około 4,4-4,5 tys.), stale też przyjmowani są nowi mieszkańcy (co roku około 400 osób), a kolejni oczekują na wolne miejsce (kolejki również obejmują około 300-400 osób).¹⁵ Z kolei opieka całodobowa na poziomie społeczności lokalnej praktycznie nie istnieje i obejmuje zaledwie ułamek osób objętych opieką całodobową w całym systemie pomocy społecznej. W 2020 roku w rodzinnych domach pomocy przebywało 19 osób. Brakuje aktualnych danych, ile osób starszych przebywa w mieszkaniach wspieranych.

Z "Wykazu placówek znajdujących się w prowadzonym przez Wojewodę Pomorskiego Rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku"¹⁶ wynika, że obecnie w regionie działa 85 prywatnych domów seniora (stan na grudzień 2021). Łącznie jest w nich ok 2,6 tys. miejsc. Są to placówki wyraźnie mniejsze niż w sektorze publicznym, średnio na każdą placówkę przypadają 33 miejsca (w sektorze publicznym 105). Zdecydowana większość prywatnych domów seniora funkcjonuje w Gdańsku oraz w okolicach Trójmiasta. Skala wsparcia w postaci usług świadczonych w domu przez prywatnych opiekunów jest nieznana (ta kwestia wymaga osobnych badań).

W 2018 roku na terenie województwa funkcjonowało 29 zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz 22 hospicja. Placówki te działają na terenie większości powiatów za wyjątkiem powiatów: lęborskiego, malborskiego, Słupska i Sopotu w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz powiatów: bytowskiego, gdańskiego, kartuskiego, słupskiego, sztumskiego w przypadku hospicjów.

¹⁵ Sprawozdania MRPIPS-03 za 2020

¹⁶<https://uwgdansk.bip.gov.pl/rejestry-wps/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym-lub-osobom-w-podeszlym-wieku.html>

Propozycje:

1. W przypadku niemożliwości zapewnienia wsparcia w rodzinie lub w samodzielnym mieszkaniu, opieka i wsparcie powinno być realizowane poprzez:

- **asystencję osobistą w mieszkaniu wspomaganym** lub we wspomaganym społecznościach mieszkaniowych, realizowane w lokalnej społeczności;
- **nowe formy wsparcia polegające na wspólnym zamieszkanym osób niespokrewnionych** (idea cohousingu senioralnego) oraz formuły zamieszkiwania przez osoby wspierające, niespokrewnione z osobą wspieraną, w formule dziennej lub całodobowej, usług świadczonych przez wyspecjalizowane rodziny opiekuńcze i/lub przez specjalistów w ich prywatnych domach.

2. Ponadto zaleca się zastosowanie następujących działań:

- **reformę funkcjonowania rodzinnych domów pomocy**, opartych na współfinansowaniu z różnych źródeł oraz zmniejszenia wymagań do powstawania takich domów;
- **zmianę obecnie funkcjonujących domów pomocy społecznej w miejsca wielofunkcyjne, otwarte** tj. środowiskowe domy samopomocy, realizujące opiekę dzienną oraz centra usług opiekuńczych i mieszkalnictwa wspieranego oraz oddziały dla osób wymagających stałej opieki medycznej.
- **ograniczenie przyjmowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych, hospicjów, domów pomocy społecznej (oddziałów dla osób wymagających stałej opieki medycznej) w pierwszej kolejności do przypadków uzasadnionych ze względu na konieczność zapewnienia stałej opieki medycznej** (np. stałe monitorowanie stanu zdrowia, wykonywanie zabiegów medycznych przez osoby do tego uprawnione, przekraczające możliwości członków rodziny lub innych opiekunów), ze względu na stan zdrowia osoby (tj. osoby leżące, bez kontaktu, podłączone do aparatury medycznej).

Niedobór kadry opiekuńczej

Według badania „Barometr zawodów 2021”¹⁷ **tylko w trzech powiatach w województwie pomorskim nie odnotowano deficytu opiekunów osób**

¹⁷ Opracowanie zostało przygotowane w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Gdańsku, w ramach ogólnopolskiego badania Barometr zawodów realizowanego na zlecenie Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii. https://www.porp.pl/uploads/original/022021/03/a5545fc264_barometr-2021-wup.pdf

starszych i osób z niepełnosprawnościami. Głównym problemem przy zatrudnianiu opiekunów są niskie stawki za godzinę pracy, a także ciężki charakter pracy obciążającej fizycznie i psychicznie. Większość opiekunów pracuje w tzw. szarej strefie, dotyczy to również migrantów z wschodniej granicy, którzy przyjeżdżają do Polski w poszukiwaniu lepszych warunków życia i lepszych zarobków.

Propozycje działań:

1. **Niezbędny jest rozwój zawodów opiekuńczych** tj. opiekun osoby starszej, opiekun medyczny osoby starszej, asystent osoby starszej, asystent środowiskowy – umocowanie w ustawach, zwiększenie nakładów na kształcenie w tych zawodach (w szkołach policealnych), uznanie za grupy zawodów priorytetowych (w powiatowych dokumentach, prognozach rynku pracy).
2. **Ułatwienia w rejestracji legalnego zatrudnienia** (zezwolenia na pracę) i zdobycia niezbędnych kwalifikacji dla migrantów chcących wykonywać zawody opiekuńcze.
3. **Niezbędne jest stworzenie systemu skoordynowanych usług środowiskowych, społecznych i zdrowotnych.** Rozdział resortów zdrowia i pomocy społecznej w Polsce spowodował istotne pogorszenie, a w niektórych przypadkach nawet całkowity rozpad współpracy zespołu opieki środowiskowej (lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny) nad osobami starszymi na każdym poziomie, jednak najbardziej dotkliwie uwidoczniło się to w podstawowej opiece zdrowotnej.¹⁸ Na poziomie powiatów kluczową rolę w koordynacji opieki zdrowotnej z opieką socjalną mieszkańców w wieku podeszłym pełnić będą Lokalne Domy Zdrowia opisane w programie "Co po pandemii – plan dla Zdrowia" Instytutu Strategii 2050.

Osamotnienie osób starszych

Samotność i osamotnienie jest problemem osób starszych, na który nie zwraca się uwagi w odpowiednim nasileniu. Jest ona wynikiem utraty części kontaktów społecznych związanych z aktywnością zawodową (wraz z jej

¹⁸ Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020

zakończeniu) oraz coraz słabszych więzów rodzinnych. **W zależności od wyników zrealizowanych badań odsetek osamotnionych seniorów w Polsce (w wieku powyżej 65 roku życia) szacuje się od jednej piątej do jednej trzeciej populacji**¹⁹. Wyniki Badania Spójności Społecznej pokazały, że w 2018 roku około 10% osób starszych (65 plus) doświadczało izolacji społecznej.²⁰

Samotność jest przyczyną:

- wielu chorób psychosomatycznych,
- zaniedbania zdrowia- osoba starsza częściowo niesamodzielna nie ma z kim iść do lekarza albo nie ma dla kogo się leczyć, często samotności towarzyszy także zbyt niski poziom dochodów, który ogranicza możliwości leczenia;
- braku osób, które zaopiekują się osobą potrzebującą wsparcia- szczególnie dotyka to osoby prowadzące jednoosobowe gospodarstwa domowe.

Propozycje:

Zaleca się stosowanie i rozwijanie rozwiązań prewencyjnych nakierowanych na wyjście z osamotnienia, które należy promować, rozwijać i wspierać finansowo:

- **Kluby seniora**, kluby czytelnicze, czyli miejsca spotkań z osobami w podobnym wieku, prowadzenie życia towarzyskiego.
- **Uniwersytety Trzeciego Wieku** – nabywanie nowych umiejętności w towarzystwie osób starszych, uczenie się nowych rzeczy jako dodatkowy cel w życiu.
- Akcje i imprezy skierowane do osób starszych.
- Wyjazdy turystyczne, wycieczki dla osób starszych.
- Kursy komputerowe, nauka obsługi narzędzi internetowych.
- **Wprowadzenie do przestrzeni publicznej ułatwień dla seniorów:** więcej ławek i stolików, schodów ruchomych i wind.

Podsumowanie:

Starzenie się populacji województwa pomorskiego jest faktem, który niesie ze sobą wiele wyzwań dotyczących wsparcia dla niesamodzielnych osób w wieku podeszłym. Aktualna polityka opieki nie spełnia swojej roli, tym bardziej nie będzie jej spełniać w przyszłości wobec opisywanego powyżej dynamicznego wzrostu

¹⁹ Kubicki, P.: Starość i życie codzienne osamotnionych seniorów. W: J. Mucha, Ł. KRZYŻOWSKI (red.), Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki (s. 69-82). Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.

²⁰ Jakość życia osób starszych w Polsce; praca zbiorowa pod kierunkiem Anny Bieńkuńskiej, GUS, Warszawa 2020.

liczby i odsetka osób wymagających wsparcia. Zaproponowane w dokumencie rozwiązania, zarówno w sferze opieki medycznej, jak i wsparcia socjalnego, dają szansę na odciążenie systemu opieki zdrowotnej, poprawę zdrowia i jakości życia seniorów oraz wytchnienia dla rodzinnych opiekunów. Przede wszystkim jednak jest niezbędne ze względów społecznych oraz etycznych. Starość nie musi wiązać się z samotnością, ciągłymi wizytami lekarskimi i brakiem opieki. Odpowiednia koordynacja działań organizacyjnych z dziedziny polityki społecznej i profilaktyki zdrowotnej oraz leczenia, a także odpowiednie wsparcie finansowe powinny pozwolić jednostkom samorządu terytorialnego na znaczną poprawę poziomu opieki nad osobami starszymi w województwie pomorskim.

Piśmiennictwo:

1. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r. Główny Urząd Statystyczny; Warszawa, Białystok 2020
2. Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro; pod red. Prof. Piotra Błędowskiego; raport Koalicji 'Na pomoc niesamodzielnym'; Warszawa 2020
3. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, raport NIK 2015 r.
4. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, 2013
5. Raport końcowy badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” Joanna Abramowicz, dr Radosław Antczak, dr Izabela Grabowska, Zofia Polańska, na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego województwa Pomorskiego Warszawa, listopad 2019 r. <https://rops.pomorskie.eu/documents/293764/0/Raport+ko%C5%84cowy+badania+%E2%80%9EOcena+potrzeb+w+zakresie+rozwoju+us%C5%82ug+spo%C5%82ecznych+i+infrastruktury+spo%C5%82ecznej+w+wojew%C3%B3dztwie+pomorskim%E2%80%9D.pdf/c4d417c4-d819-445d-8220-fbf0dc94600e>
6. Sprawozdania MRPiPS-03 za 2020
7. Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015, s. 1 na podstawie: Long-Term Care for the Elderly in Poland, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

8. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report, Eurofamcare 2006
9. Bakalarczyk R: Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi. Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej. Kraków-Warszawa 2021
10. Opracowanie zostało przygotowane w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Gdańsku, w ramach ogólnopolskiego badania Barometr zawodów realizowanego na zlecenie Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii. https://www.porp.pl/uploads/original/022021/03/a5545fc264_barometr-2021-wup.pdf
11. Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020
12. Kubicki, P.: Starość i życie codzienne osamotnionych seniorów. W: J. Mucha, Ł. KRZYŻOWSKI (red.), Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki (s. 69-82). Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
13. Jakość życia osób starszych w Polsce; praca zbiorowa pod kierunkiem Anny Bieńkuńskiej, GUS, Warszawa 2020.
14. <https://uwgdansk.bip.gov.pl/rejestry-wps/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewleklo-chorym-lub-osobom-w-podeszlym-wieku.html>

Agnieszka Skowrońska – socjolog i doktor nauk humanistycznych. Posiada 15-letnie doświadczenie zawodowe w obszarze polityki społecznej, prowadzeniu badań oraz ewaluacji. Prowadzi Pracownię Innowacji zajmującą się badaniami potrzeb, projektowaniem usług i innowacji społecznych. Jako były pracownik socjalny jest ekspertem zewnętrznym w projektach z zakresu pomocy społecznej, aktywności obywatelskiej i społecznej oraz innowacji społecznych. Autorka publikacji m.in. „Badania w pomocy społecznej”, „Pomoc społeczna w liczbach” oraz „Potrzeby to podstawa”.

Michał Chmielewski – profesor doktor habilitowany nauk medycznych. Lekarz, specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej. Autor i współautor ponad 90 publikacji, kilkunastu rozdziałów w polskich

i zagranicznych podręcznikach medycznych. Kierownik i wykonawca projektów naukowych, laureat licznych nagród naukowych.