

Julian Kazimierz Auleytner¹ 

Rola opieki długoterminowej w zapewnieniu godnego życia seniorom

The role of long-term care in ensuring a dignified life for seniors

Streszczenie:

Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową za jeden z elementów europejskiego filaru praw socjalnych. Opieka ta odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym przedziale czasowym. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty.

Autor poddaje ocenie stan obecny istniejących form opieki długoterminowej oraz przyznawanych świadczeń w ramach polskiego ustawodawstwa w systemie pomocy społecznej i medycznej. Wskazuje jednocześnie na konieczność zwiększenia rozwoju oraz dostępności usług opieki długoterminowej dla polskich seniorów. Przekłada się to na godne życie seniorów. Godne życie osób starszych jest kwestią wielowymiarową i wymaga holistycznej strategii na rzecz poprawy warunków życia tych osób. Tezą badawczą niniejszego artykułu jest stwierdzenie, że w nadchodzących latach będzie wzrastało zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej.

Słowa kluczowe:

senior, opieka długoterminowa, opieka pielęgnarska

Summary:

The European Union recognizes long-term care as an element of the European Pillar of Social Rights. This care refers to the organization and provision of a wide range of services and assistance to people whose ability to live independently is limited over a long period. These services are aimed at minimizing the degree of loss of independence in physical and mental functioning, restoring fitness, or preventing the effects of its loss.

1 EF Academy Oxford, juli.aule@share.efacademy.org

The article evaluates the current state of existing forms of long-term care and the benefits granted under the Polish legislation in the social and medical assistance system. At the same time, it points to the need to increase the development and availability of long-term care services for Polish seniors. This translates into a dignified life for seniors. A dignified life for older people is multidimensional and requires a holistic strategy to improve their living conditions.

The research thesis of this article is that the demand for long-term care services will increase in the coming years.

Keywords:

senior, long-term care, nursing care

Wprowadzenie

Ludność Polski zalicza się do społeczeństwa starzejącego się. Obecnie osoby powyżej 65. roku życia stanowią 19,5% ogółu społeczeństwa, a osoby powyżej 80. roku życia – 4,2% (Bank Światowy, 2024). Według prognoz GUS w 2040 r. osoby w wieku 65 lat i starsze będą stanowić 24,6% polskiego społeczeństwa, a osoby w wieku 80 lat i starsze – 8,7% (GUS, 2023). Zmienia się również struktura gospodarstw domowych. Rodziny wielopokoleniowe zastępowane są rodzinami nuklearnymi, dwupokoleniowymi, co negatywnie wpływa na możliwość zapewnienia seniorom długoterminowej opieki nieformalnej, którą do tej pory sprawowali przede wszystkim członkowie rodziny oraz w dalszej kolejności przyjaciele, znajomi i sąsiedzi. Te dwa czynniki w znaczący sposób wpływają na rosnące zapotrzebowanie na usługi związane z opieką długoterminową.

W obliczu narastającego efektu demograficznego opieka długoterminowa w Polsce jest niezwykle ważnym zagadnieniem, które dotyczy osób starszych, przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych wymagających stałej pomocy w codziennym życiu. Ma ona zasadnicze znaczenie dla zapewnienia godziwych warunków życia seniorom, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Dlatego połączenie polityki zdrowotnej, zabezpieczenia społecznego i polityki senioralnej jest kluczowe dla zapewnienia kompleksowej opieki i wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych, które wymagają wsparcia i pomocy w wymiarze długoterminowym (Iwański, 2024). Zapewnienie wszystkim potrzebującym terminowej, kompleksowej i przystępnej cenowo opieki długoterminowej, w tym godnych warunków życia, to główny cel Europejskiej Strategii Opieki Długoterminowej (Komisja Europejska, 2022).

Zgodnie z definicją WHO opieka długoterminowa jest systemem działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzinę, przyjaciół, sąsiadów) oraz przez profesjonalistów (medycznych, społecznych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności

samoobsługowych, możliwie najwyższej jakości życia, zgodnie z jej osobistym wyborem i wymaganiami, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej (Ziębińska, 2019). *Godne życie seniora* to termin, który odnosi się do sytuacji, w której osoby starsze mają zapewnione odpowiednie warunki do życia w komfortowych i pełnych poszanowania ich godności okolicznościach. Oznacza to, że seniorzy powinni mieć dostęp do zasobów, które pozwalają im cieszyć się spokojem, zdrowiem, bezpieczeństwem i niezależnością w miarę starzenia się.

Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową (ODT) za jeden z elementów europejskiego filaru praw socjalnych (Auleytner, Głąbicka-Auleytner, 2024). Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Europejską *opieka długoterminowa* oznacza „usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości i/lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub stałej opieki pielęgniariskiej” (Komisja Europejska, 2021). Zgodnie z definicją Ministerstwa Zdrowia opieka długoterminowa oznacza długookresową, profesjonalną pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia farmakologicznego i postępowania dietetycznego w warunkach domowych dla osób wymagających stałego wsparcia z powodu przewlekłych chorób, niepełnosprawności lub podeszłego wieku (www.gov.pl). Natomiast opieka domowa długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki dyplomowane (<https://das.mpips.gov.pl>).

Skala problemu

W Polsce wskaźnik osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową jest stosunkowo niski i wynosi ok. 4%. Podobnie jest we Włoszech, gdzie większość opieki nad osobami starszymi opiera się na rodzinach, a publiczna opieka długoterminowa obejmuje około 5–6% seniorów (European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021).

W Polsce na opiekę długoterminową przeznaczają się około 0,6% PKB, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie. Dla porównania, w krajach zachodnioeuropejskich, takich jak Niemcy czy Francja, wydatki na opiekę długoterminową wynoszą 2–3% PKB. Wskaźnik udziału osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową w Niemczech i Francji wynosi około 10–12% (Ibidem). System opieki długoterminowej w Niemczech jest dobrze rozwinięty dzięki systemowi ubezpieczeń, które pokrywają część kosztów związanych z opieką długoterminową. Umożliwia to większą dostępność usług dla osób starszych. Francja oferuje

szeroką sieć usług opieki długoterminowej, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Warto również zauważyć, że w krajach takich jak Niemcy czy Holandia opieka długoterminowa jest bardziej zinstytucjonalizowana i finansowana z funduszy publicznych, co prowadzi do większych nakładów na ODT.

Natomiast państwa skandynawskie, Szwecja czy Dania, przeznaczają jeszcze więcej, w zakresie 3–4% PKB, co pokazuje, że mają bardziej rozwinięte systemy wsparcia w obszarze opieki długoterminowej. W Szwecji, która posiada jeden z najbardziej rozwiniętych systemów opieki długoterminowej w Europie, około 12–13% osób w wieku 65+ objętych jest opieką długoterminową. Szwecja inwestuje znaczną część swoich zasobów w opiekę nad osobami starszymi, oferując szeroki zakres usług instytucjonalnych lub w formie domowej.

Polskie dane wskazują na przyszłe potrzeby i zróżnicowanie regionalne ODT. W miastach opieka długoterminowa jest bardziej rozwinięta (71,2%) aniżeli na terenach wiejskich (28,2%). Częściej takiej opieki potrzebują kobiety (67,7%) aniżeli mężczyźni (32,3%). Analiza struktury wieku wskazuje, że 53,8% osób powyżej 80. roku życia korzysta z opieki długoterminowej. W wieku 65–70 lat z takiej opieki korzysta 32,5% pacjentów, a w wieku 60–64 lata tylko 4,3% (<https://analizy.mz.gov.pl/>).

Choć zakładów opieki długoterminowej przybywa, to wciąż zbyt wolno w stosunku do potrzeb. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że na koniec 2022 roku było 611 zakładów typu leczniczo-pielęgnacyjnego (o 2,7% więcej niż w 2021) i 222 placówki hospicyjno-paliatywne. Na przyjęcie do zakładów opiekuńczo-leczniczych czekało ponad 11 tys. osób (GUS, 2023).

Łącznie w zakładach opieki długoterminowej na koniec 2022 roku przebywało 65,4 tys. osób, w tym 12,6% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej (prawie 8,3 tys. osób, o 7,3% więcej niż w 2021). Wśród pensjonariuszy przeważały kobiety. Na koniec 2022 roku było ich w zakładach blisko dwa razy więcej (23,8 tys.) niż mężczyzn. Kobiety potrzebują średnio około 3,7 roku opieki długoterminowej, zaś mężczyźni – około 2,2 roku.

Dodatkowo opiekę cierpiącym pacjentom u schyłku życia zapewniało 131 hospicjów stacjonarnych, 44 oddziały opieki paliatywnej oraz 47 oddziałów paliatywnych w szpitalach (GUS, 2023).

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności, była również zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (456), śląskie (448), podkarpackie (433), zaś najniższe wskaźniki odnotowano w województwach: pomorskim (156), podlaskim (204) i warmińsko-mazurskim (217). Średnia dla kraju wynosiła 286. Wartość poniżej średniej odnotowano w 11 województwach (Mapa potrzeb zdrowotnych, 2022).

Na podstawie badań przeprowadzonych w 2015 roku przez Bank Światowy przewiduje się, że do 2050 roku proporcja 11 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym, zmieni się na 5 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym (Bank Światowy, 2015). Tak niekorzystny prognozowany stosunek liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych do liczby osób wymagających opieki wskazuje na potrzebę dalszego rozwijania usług opieki formalnej.

Usługi ODT

Termin *usługi opieki długoterminowej* odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym czasie. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty oraz obejmują pomoc przy wykonywaniu takich czynności jak: kąpiel, ubieranie się, jedzenie czy też inne czynności higieniczne i pielęgnacyjne, przygotowywanie posiłków, sprząatanie i różne zadania organizacyjne, w tym robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, podawanie leków czy organizacja transportu (Ziębińska, 2019).

W Polsce usługi ODT są realizowane w sektorze ochrony zdrowia oraz w sektorze pomocy społecznej, a świadczenia dzielą się na różnego rodzaju usługi oraz pomoc pieniężną. Usługi mogą być realizowane w trybie stacjonarnym (placówki całodobowe), dziennym oraz środowiskowym lub domowym.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2024.253t.j.), świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych lub domowych (art. 4). Zgodnie § 6 pkt 2 rozporządzenia przyznaje się następujące rodzaje wsparcia:

- 1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnością;
- 3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- 4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- 6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- 4) świadczenia psychologa;
- 5) terapię zajęciową;
- 6) leczenie farmakologiczne;
- 7) leczenie dietetyczne;
- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 9) edukację zdrowotną, polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa realizowana jest w domu chorego (<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa>).

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa stanowi dziedzinę realizowanych świadczeń zdrowotnych specjalistycznych i pielęgnacyjnych w zakresie procesu pielęgnowania oraz w zakresie działań ratujących życie i zdrowie, ukierunkowanych na osoby z dużymi deficytami zdrowia, niesamodzielnych w zakresie samoopieki i samoobsługi w każdym wieku (Auleytner, Głębicka-Auleytner, 2024).

Osoby, które wymagają stałej opieki zdrowotnej i pielęgniarskiej z powodu chorób przewlekłych, niepełnosprawności lub stanu zdrowia uniemożliwiającego samodzielne funkcjonowanie, mogą ubiegać się o pielęgniarską opiekę długoterminową. Proces ten wiąże się z koniecznością uzyskania odpowiednich orzeczeń od lekarzy, zgłoszenia do NFZ oraz realizowania świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są: 1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe; 2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych; 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; 4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny

świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową (rozporządzenie, art. 10).

Głównymi narzędziami oceniającymi stan zdrowia pacjentów w pielęgniarstwie opiece domowej długoterminowej są: skala Barthel i skala Norton (<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa>).

Skala Barthel zakłada kwalifikowanie osób w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji w przedziale punktowym od 0 do 100. Skala Barthel ocenia stan chorego przede wszystkim pod względem jego samodzielności przy wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: spożywanie posiłków, siadanie, przemieszczanie się, ubieranie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny osobistej.

Zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności uzyskali od 0 do 40 punktów.

Stan pacjenta w większości przypadków jest również oceniany za pomocą skali Glasgow, która umożliwia ocenę ilościową stanu świadomości pacjenta (Obwieszczenie Ministra Zdrowia, 2015).

Kolejnym narzędziem jest skala Norton, która w swoim założeniu ocenia ryzyko powstania odleżyn u osób ciężko chorych i niepełnosprawnych, które zostały objęte pielęgniarstwą opieką domową długoterminową (www.medonet.pl). Skala Norton opracowana została przez Doreen Norton, która była pielęgniarzką ze specjalizacją w pielęgniarstwie geriatrycznym i wyznaczyła następujące czynniki ryzyka:

- Stan fizyczny: może on być oceniony jako dobry (4 punkty), dość dobry (3 punkty), średni (2 punkty), bardzo ciężki (1 punkt);
- Stan świadomości: pełna przytomność i świadomość – 4 punkty, apatia – 3 punkty, zaburzenia świadomości – 2 punkty, stupor albo śpiączka – 1 punkt;
- Aktywność (zdolność przemieszczania się): chodzi samodzielnie – 4 punkty, chodzi z asystą – 3 punkty, porusza się tylko na wózku inwalidzkim – 2 punkty, stale pozostaje w łóżku – 1 punkt;
- Stopień samodzielności przy zmianie pozycji: pełna – 4 punkty, ograniczona – 3 punkty, bardzo ograniczona – 2 punkty, całkowita niesprawność – 1 punkt;
- Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej: pełna sprawność zwieraczy – 4 punkty, sporadyczne moczenie się – 3 punkty, zazwyczaj nietrzymanie moczu – 2 punkty, całkowite nietrzymanie stolca – 1 punkt.

Ubiegający się o opiekę długoterminową pacjent maksymalnie może otrzymać 20 punktów. 14 pkt stanowi wartość graniczną i oznacza zwiększone ryzyko

rozwoju odleżyn. Im mniej punktów, począwszy od 14 pkt, tym większe ryzyko. Skala Norton szczególnie przydatna jest w zakładach opieki medycznej oraz w domach seniora do oceny ryzyka rozwoju odleżyn u danej osoby.

Regulacje prawne ODT

Świadczenia opieki długoterminowej zostały uregulowane zarówno w ramach ustawy o pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593, z późn. zm.) reguluje zasady organizowania i świadczenia pomocy społecznej w kontekście osób, które wymagają długoterminowej opieki, zarówno w placówkach (np. domach pomocy społecznej), jak i w formie opieki w miejscu zamieszkania (np. pielęgniarstwa opieka domowa). Celem pomocy społecznej jest m.in. zapewnienie opieki i pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. Opieka ta może obejmować usługi pielęgniarstwa, zwłaszcza w kontekście osób, które wymagają długotrwałej opieki (art. 6 ups). Art. 10 ustawy określa, że pomoc społeczna może być świadczona w różnych formach, w tym poprzez placówki opiekuńcze, takie jak domy pomocy społecznej, oraz poprzez usługi opieki w miejscu zamieszkania. Pielęgniarstwo długoterminowe w tym kontekście jest jednym z elementów świadczonej pomocy społecznej, zwłaszcza dla osób, które wymagają opieki medycznej i pielęgniarstwa w codziennym życiu.

Pielęgniarstwo długoterminowe może być realizowane w ramach usług opiekuńczych świadczonych przez gminy, które obejmują pomoc w codziennych czynnościach oraz świadczenia medyczne, w tym pielęgniarstwo, które są niezbędne do zapewnienia odpowiedniej opieki (art. 17 ups).

Art. 50 ustawy o pomocy społecznej odnosi się do usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby wymagającej opieki. W ramach tych usług osoby starsze lub przewlekle chore mogą otrzymywać pomoc pielęgniarstwa, w tym opiekę długoterminową, polegającą na wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, administracji leków, monitorowaniu stanu zdrowia oraz innych działaniach wspierających codzienne życie. Pielęgniarstwo długoterminowe w ramach usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jest jednym z kluczowych elementów wsparcia osób, które nie mogą funkcjonować samodzielnie, a wymagają stałej opieki, zarówno w zakresie pielęgniarstwa, jak i ogólnej pomocy w codziennych czynnościach. Dodatkowo w ustawie określono zasady funkcjonowania domów pomocy społecznej, które świadczą całodobową opiekę dla osób wymagających stałej pomocy, w tym osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz starszych (art. 51 ups). W domach pomocy społecznej często

świadczona jest opieka pielęgniarska długoterminowa, polegająca na zapewnieniu odpowiedniego wsparcia medycznego i pielęgnacyjnego. W takich placówkach pielęgniarki i pielęgniarze mają za zadanie zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej, monitorowanie stanu zdrowia pacjentów oraz wykonywanie niezbędnych zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych.

Ustawa o pomocy społecznej reguluje organizację i świadczenie usług opiekuńczych w Polsce, ale aby zapewnić odpowiednią opiekę medyczną i pielęgnarską, uwzględnia się uregulowania z systemu ochrony zdrowia, w tym z NFZ. Rozporządzenia Ministra Zdrowia mają kluczowe znaczenie w organizowaniu tych świadczeń i zapewnianiu wysokiej jakości opieki nad pacjentami.

Tabela 1. Przepisy prawne dotyczące opieki długoterminowej w systemie polityki zdrowotnej

Akt prawny	Opis
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. – Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135 (z późn. zm.)	Ustawa ta reguluje zasady organizowania, finansowania i realizowania świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym opieki paliatywnej i hospicyjnej. Określa, że świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej są finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).
Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. – Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 (z późn. zm.)	Określa zasady organizowania i funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej, w tym placówek świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną. Zawiera przepisy dotyczące wymagań dla placówek opiekuńczych, ich funkcjonowania, a także procedur dotyczących kwalifikacji personelu.
Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. – Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654 (z późn. zm.)	Ustawa ta reguluje zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym hospicjów i placówek oferujących opiekę paliatywną. Dotyczy także procedur organizacyjnych, finansowych i administracyjnych związanych z działalnością placówek opieki paliatywnej.
Ustawa o organizowaniu i finansowaniu specjalistycznej opieki zdrowotnej z dnia 27 sierpnia 2004 r. – Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135 (z późn. zm.)	Ustawa ta szczegółowo reguluje zasady organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ustawa odnosi się do placówek świadczących te usługi, takich jak hospicja i oddziały paliatywne, oraz do wymagań w zakresie organizacji takich usług.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej z dnia 12 czerwca 2018 – Dz. U. 2022, poz. 635

To rozporządzenie określa szczegółowe zasady organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Dotyczy zarówno organizacji pracy w placówkach hospicyjnych (w tym w hospicjach stacjonarnych, domowych i dziennych), jak i wymagań dotyczących personelu medycznego oraz standardów opieki nad pacjentami.

Rozporządzenie zawiera wymagania dotyczące minimum kwalifikacji personelu, sprzętu medycznego oraz organizacji procesu leczenia pacjentów, w tym osób w terminalnym stadium choroby.

Źródło: opracowanie własne.

Formy opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa jest realizowana zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w systemie pomocy społecznej (Paszowska, 2022). Opieka długoterminowa obejmuje różnorodne formy wsparcia dla osób, które z powodu wieku, przewlekłych chorób, niepełnosprawności czy innych trudności życiowych wymagają stałej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W Polsce system opieki długoterminowej jest zróżnicowany, by dostosować się do różnych potrzeb osób potrzebujących wsparcia.

Główne formy opieki długoterminowej zależą od miejsca ich realizacji (instytucjonalna, domowa), czasu ich wykonywania (całodobowo, dzienne), rodzaju usług (lecnicze, rehabilitacyjne, psychologiczne), grupy docelowej.

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowana w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze) oraz domowych (przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej). Opieka domowa jest świadczona przez personel pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu pacjenta. Pielęgniarstwą opieką długoterminową są objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki realizowanej we współpracy z lekarzem POZ. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na dany charakter świadczeń. Opiekę nieformalną świadczy rodzina, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, natomiast opieka formalna jest organizowana i finansowana z rozmaitych środków publicznych.

W Polsce opieka długoterminowa (ODT) jest w większości świadczona nieformalnie (w około 80%, pozostałe 20% to opieka formalna), przy czym należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na formalne i nieformalne usługi opiekuńcze (Bank Światowy, 2024).

Instytucje opieki długoterminowej odnoszą się do placówek opieki i domów opieki, które zapewniają zakwaterowanie i opiekę długoterminową jako pakiet.

W sektorze pomocy społecznej do placówek stacjonarnych zalicza się przede wszystkim domy pomocy społecznej (DPS), które zapewniają opiekę znacznemu odsetkowi potrzebujących opieki osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz realizują szeroką gamę usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych. Są to także rodzinne domy pomocy (RDP), tj. znacznie mniejsze placówki opieki całodobowej dla osób wymagających stałego wsparcia ze względu na wiek lub niepełnosprawność. 48% wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły domy pomocy społecznej. Na koniec 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej działało 875 domów pomocy społecznej i 385 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. Ośrodki te dysponowały łącznie 96,6 tys. miejsc (w tym 82,8 tys. miejsc zostało zapewnionych w DPS i 13,8 tys. miejsc w placówkach zapewniających całodobową opiekę niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku). Na koniec 2019 r. w placówkach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 112,5 tys. osób (https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_dluga/).

W sektorze ochrony zdrowia funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które w zależności od potrzeb, oprócz usług bytowych, zapewniają również usługi medyczne. Jedną z form opieki długoterminowej, rozwijaną od 2015 r. w Polsce, są dzienne domy opieki medycznej (DDOM). Skierowane zostały one do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności do osób w wieku od 65 lat wzwyż, których stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40–65 punktów. Świadczenia w DDOM nie są świadczeniami gwarantowanymi. W ramach programu pilotażowego prowadzone były 53 ośrodki w latach 2015–2019. Tworzone są również w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, dzięki czemu do sierpnia 2019 r. powstało 78 dziennych domów (Ministerstwo Zdrowia, 2015).

W Polsce liczba osób zainteresowanych skorzystaniem z instytucjonalnej pomocy i wsparcia w zakresie opieki długoterminowej zdecydowanie przewyższa liczbę dostępnych miejsc w instytucjach takich jak domy opieki czy hospicja. Problem ten wynika z kilku czynników, w tym rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługi, starzejącego się społeczeństwa, a także ograniczonego finansowania i dostępności miejsc w publicznych instytucjach opieki długoterminowej. W Polsce, według szacunków, w 2021 r. było około 150 tys. osób potrzebujących opieki długoterminowej w instytucjach takich jak domy opieki, a także szpitalach, hospicjach czy zakładach opiekuńczo-leczniczych (GUS, 2023). Liczba osób potrzebujących tego typu pomocy rośnie, szczególnie w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Polska zmagą się z rosnącą liczbą osób w wieku senioralnym, co prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania na opiekę długoterminową.

ODT a godne życie seniora

Godne życie seniora przekłada się na zapewnienie tej grupie obywateli dostępu do opieki zdrowotnej. Osoby starsze powinny czuć się bezpieczne, mieć dostęp do służb ratunkowych, wsparcia społecznego, zachowania niezależności w codziennym życiu, zaspokojenia podstawowych potrzeb, w tym dostępu do odpowiednich warunków mieszkaniowych, odpowiedniej ilości żywności, ciepła, wygody oraz higieny. Godne życie seniora nie jest tylko kwestią materialną, ale również emocjonalną i społeczną. Jego celem jest zapewnienie osobom starszym pełni komfortu psychicznego, fizycznego i społecznego, pozwalającego im cieszyć się życiem, mimo wyzwań związanych z procesem starzenia się (Kubiak, 2016).

Dlatego tak ważne jest zapewnienie ODT dla seniorów. Opieka długoterminowa jest kluczowa dla godnego życia seniorów z kilku powodów, które dotyczą zarówno ich zdrowia, jak i jakości życia. W miarę jak ludzie starzeją się, często tracą zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, takich jak jedzenie, ubieranie się, kąpiel czy poruszanie się. Opieka długoterminowa zapewnia pomoc w tych zadaniach, co pozwala seniorom na zachowanie jak największej niezależności i godności. Opieka długoterminowa realizuje główne założenia polityki senioralnej, w ramach której jakość życia ludzi w starszym wieku pozostaje priorytetem (Trafiałek, 2016). Właściwa opieka długoterminowa może znacznie poprawić jakość życia seniorów, dając im poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Dzięki wsparciu w codziennych czynnościach, ale także zapewnianiu towarzystwa, seniorzy mniej odczuwają samotność i mogą prowadzić bardziej satysfakcjonujące życie.

W opiece długoterminowej kluczowym elementem jest traktowanie seniorów z szacunkiem, niezależnie od ich stanu zdrowia czy zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Pomaga to seniorom zachować poczucie wartości i unikać dehumanizacji, która może występować w sytuacji, gdy nie otrzymują odpowiedniego wsparcia (Szatur-Jaworska, 2000).

Opieka długoterminowa nie skupia się tylko na fizycznych potrzebach seniorów, ale także na ich emocjonalnym dobrostanie. Pomoc w codziennym życiu, rozmowy, wspólne spędzanie czasu czy angażowanie w aktywności pomagają w utrzymaniu pozytywnego nastroju i przeciwdziałają depresji, która często dotyka osoby starsze (Worach-Kardas, 2014).

Właściwie zaplanowana opieka długoterminowa może pomóc seniorom w utrzymaniu jak największej samodzielności. Wsparcie w codziennych czynnościach, jak i odpowiednia rehabilitacja, może umożliwić osobom starszym prowadzenie bardziej niezależnego życia przez dłuższy czas (Kubiak, 2016).

Wszystkie te aspekty podkreślają, jak ważna jest opieka długoterminowa w zapewnieniu seniorom poczucia bezpieczeństwa, godności i komfortu, co jest niezbędne, aby mogli cieszyć się pełnią życia w podeszłym wieku mimo wynikających z tego wyzwań.

Zakończenie

Większość pacjentów w zakładach opieki długoterminowej to seniorzy – osoby powyżej 65. roku życia, a wśród nich dominują osoby starsze (pow. 80. r.ż.), ponieważ to one w większym stopniu potrzebują takiej opieki z powodu chorób przewlekłych, demencji, osłabienia funkcji życiowych itp. Polska ma jeden z najniższych wskaźników ODT w Europie, a krajami z wyższymi wskaźnikami są te, które mają bardziej rozwinięte i dostępne systemy opieki długoterminowej. Większość krajów o wyższych wskaźnikach zapewnia bardziej kompleksową opiekę instytucjonalną oraz dbałość o finansowanie systemu opieki, co przekłada się na lepszy dostęp do usług dla osób starszych.

Zapotrzebowanie na instytucjonalną opiekę długoterminową w Polsce jest znacznie wyższe niż liczba dostępnych miejsc. W praktyce oznacza to, że wiele osób nie ma dostępu do potrzebnej opieki, zwłaszcza w ramach systemu publicznego, i często musi korzystać z prywatnych usług, które wiążą się z wysokimi kosztami. Taki stan rzeczy jest poważnym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki społecznej i zdrowotnej, który będzie musiał zmierzyć się z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opieki długoterminowej w nadchodzących latach.

Bibliografia

- Auleytner, J., Głabicka-Auleytner, K. (2024). *Nowy wymiar polityki społecznej Unii Europejskiej. Od kwestii socjalnych do praw socjalnych*. Wydawnictwo Elipsa.
- Bank Światowy (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*. Bank Światowy.
- Bank Światowy (2024). *Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*. BIP Ministerstwa Zdrowia.
- European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*. Publications Office.
- GUS (2023). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku*. Główny Urząd Statystyczny – Urząd Statystyczny w Krakowie.
- GUS (2023). *Prognoza ludności na lata 2023–2060*. Główny Urząd Statystyczny.
- Iwański, R. (2024). *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi* (wyd. III). Wydawnictwo CeDeWu.
- Komisja Europejska (2021). *Europejski filar praw socjalnych*. Bruksela.
- Kubiak, M. (2016). *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce na tle współczesnych przemian społeczno-gospodarczych*. Uniwersytet Gdański.
- Ministerstwo Zdrowia (2015). *Dzienny dom opieki medycznej. Organizacja i zadania*. Ministerstwo Zdrowia.
- Paszkowska, M. (2022). *Formy opieki długoterminowej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w Polsce*. Wydawnictwo Difin.
- Pełnomocnik Rządu ds. Polityki Demograficznej (2021). *Strategia demograficzna 2040*. Pełnomocnik Rządu ds. Polityki Demograficznej.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym a active ageing*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Worach-Kardas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Wydawnictwo „Śląsk”.
- Wunderlich, G. S., & Kohler, P. O. (red.). (2001). *Improving the quality of long-term care*. The National Academies Press.
- Ziębińska, B. (2019). *Polityczne, społeczno-demograficzne i zdrowotne uwarunkowania opieki nad ludźmi starszymi*. Wydawnictwo „Śląsk”.

Netografia

https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_długa/ [dostęp: 30.12.2024]

<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa> [dostęp: 13.11.2024]

<https://www.medonet.pl/zdrowie,skala-norton---czego-dotyczy-i-jak-oraz-kiedy-sie-ja-sto-suje,artykul,1732049.html> [dostęp: 12.11.2024]

www.mz.gov.pl [dostęp: 03.11.2024]

www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/fop/przewodnik_dla_opiekunow_osob_niesamodzielnych [dostęp: 09.11.2024]

www.gov.pl/zdrowie [dostęp: 07.11.2024]

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy> [dostęp: 30.10.2024]

<https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/opieka-długoterminowa-w-polsce-mz-opublikowalo-raport> [dostęp: 28.10.2024]

https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07_en#navItem-relatedDocument [dostęp: 03.11.2024]

<https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026> [dostęp: 03.11.2024]

Akty prawne

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654 (z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2018 r. w sprawie świadczeń pielęgnarskich i położniczych, Dz. U. 2018, poz. 1504

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2021 r. w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w ramach pielęgnarskiej opieki długoterminowej, Dz. U. 2021, poz. 1499

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardów organizacyjnych i wymaganych kompetencji dla placówek świadczących usługi opieki długoterminowej, Dz. U. 2023, poz. 1324

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r. w sprawie wymagań dotyczących organizacji i zakresu świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2022, poz. 635

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2022, poz. 635

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2015, poz. 1658

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2020, poz. 460

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U.2024.253 t.j.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Dz. U. z dnia 30 sierpnia 2021, poz. 69

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2015, poz. 1240