Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized

POLAND CATCHING-UP REGIONS 3

GRUDZIĄDZ
MODEL OPIEKI LOKALNEJ NAD OSOBAMI POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA

Komisja Europejska

MINISTERSTWO INWESTYCJI I ROZWOJU

WORLD BANK GROUP

POLAND CATCHING-UP 3 REGIONS

GRUDZIĄDZ
MODEL OPIEKI LOKALNEJ NAD OSOBAMI POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA

Komisja Europejska
MINISTERSTWO INWESTYCJI I ROZWOJU
WORLD BANK GROUP

© 2019 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.

Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA;
fax: 202-522-2625;
e-mail: pubrights@worldbank.org.

SPIS TREŚCI

Podziękowania 7
Skróty i Akronimy 8

Wprowadzenie 9

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA 11
Polska 12
Województwo kujawsko-pomorskie 13

GRUDZIĄDZ: WYBRANE ASPEKTY USŁUG DLA OSÓB POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA 15
Istniejące usługi 16
Wykorzystanie usług 17
Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia, na poziomie powiatowym i regionalnym, za 2018 r. 17
Analiza danych pomocy społecznej, na poziomie powiatowym i regionalnym, za lata 2012 – 2018 21
Problemy i priorytety związane z potrzebami w zakresie opieki 24
Architektura IT 27

MODEL OPIEKI KOORDYNOWANEJ DLA OSÓB POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA 31
Przykłady międzynarodowe 33
Proponowany dla Grudziądza model opieki koordynowanej 34

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW 45

Przypisy 46

SPIS RAMEK

RAMKA 1 Podsumowanie trendów demograficznych 12

RAMKA 2 Podsumowanie istniejących usług 16

RAMKA 3 Podsumowanie wyników analizy opartej na danych zdrowotnych i danych z zakresu pomocy społecznej 17

RAMKA 4 Podsumowanie problemów i priorytetów dotyczących potrzeb w zakresie opieki 24

RAMKA 5 Podsumowanie lokalnej infrastruktury IT 27

RAMKA 6 Podsumowanie modelu opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia 32

SPIS TABEL

TABELA 1 Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 1990 – 2017 12

TABELA 2 Liczba potencjalnych użytkowników nowego systemu IT zaprojektowanego dla potrzeb wdrożenia modelu opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia 29

TABELA 3 Rekomendowana struktura administratorów i użytkowników poszczególnych systemów IT w ramach opieki koordynowanej w Grudziądzu 42

TABELA 4 Główne elementy systemu IT 43

SPIS WYKRESÓW

WYKRES 1 Ludność Polski w podziale na grupy wiekowe 13

WYKRES 2 Prognozowana liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego w wieku poprodukcyjnym na lata 2015 – 2050 13

WYKRES 3 Średnia liczba wizyt w placówkach POZ pacjentów w powiecie grudziądzkim i mieście Grudziądz oraz w województwie kujawsko-pomorskim, 2018 r. 18

WYKRES 4 Odsetek pacjentów, którzy w 2018 r. skorzystali z danego typu świadczeń przynajmniej raz, w podziale na typy świadczeniodawców 18

WYKRES 5 Koszt świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 65. roku życia na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej w Grudziądzu i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r. 19

WYKRES 6 Średni koszt opieki (w PLN), w zależności od poziomu, dla pacjentów powyżej 65. roku życia w powiecie grudziądzkim i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r. 20

WYKRES 7 Udział beneficjentów pomocy społecznej w łącznej liczbie ludności w województwie kujawsko-pomorskim w 2017 r., według powiatów 21

WYKRES 8 Liczba osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej w gminie i mieście Grudziądz 21

WYKRES 9 Beneficjenci pomocy społecznej w podziale na grupy wiekowe 22

WYKRES 10 Liczba osób starszych oraz udział osób starszych w grupie odbiorców pomocy społecznej 22

WYKRES 11 Liczba osób otrzymujących usługi opiekuńcze i udział osób powyżej 65. roku życia wśród odbiorców usług opiekuńczych 22

WYKRES 12 Średni koszt świadczeń opiekuńczych na osobę 23

WYKRES 13 Średni koszt jednego świadczenia opiekuńczego 23

WYKRES 14 Średni miesięczny koszt na beneficjenta korzystania z domu dziennego pobytu w porównaniu z domem pomocy społecznej 23

WYKRES 15 Struktura kosztów pobytu w domu opieki dzielona pomiędzy beneficjenta (klienta) a gminę 24
WYKRES 16 Podejście etapowe służące wdrożeniu modelu 35
WYKRES 17 Sugerowany proces koordynacji opieki nad pacjentem 37
WYKRES 18 Architektura systemu IT proponowana przez Bank Światowy 42
WYKRES 19 Ramowy harmonogram wdrożenia systemu IT proponowany przez Bank Światowy 43

PODZIĘKOWANIA

Poniższy raport został przygotowany przez zespół w składzie: Anna Kozieł, Anna Król-Jankowska, Agnieszka Sowa-Kofta, Tadeusz Jędrzejczyk, Artur Pruszko. Projekt był koordynowany przez Paula Krissa, Marcela Ionescu-Heroiu, Grzegorza Wolszczaka i Agnieszkę Boratyńską. Zespół chciałby podziękować Adrienowi Dozol i Ianowi Forde za przydatne uwagi, które przyczyniły się do ulepszenia diagnozy i rekomendacji.

Zespół składa podziękowania Komisarz Corinie Cretu za rozpoczęcie Inicjatywy Regionów Rozwijających się (Catching-up Regions), Ministrowi Jerzemu Kwiecińskiemu z Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju za jego nieocenione wsparcie, i zespołowi Komisji Europejskiej za wyjątkowe zaangażowanie i pomoc, w szczególności: Marcowi Lemaitre, Erichowi Unterwurzaherowi, Christopherowi Toddowi, Wolfgangowi Munch, Justynie Podralskiej i Andrzejowi Urbanikowi.

Zespół chciałby również wyrazić wdzięczność Arupowi Banerji, Davidowi Sislenowi, Tanii Dmytraczenko, Carlosowi Pinerua oraz Larsowi Sondergaard za ich wskazówki i wytyczne podczas powstawania tego raportu.

Zespół jest wdzięczny wszystkim partnerom za wsparcie okazane podczas realizacji działań, doskonałą współpracę na każdym z etapów prac, a także za pasję w działaniach na rzecz rozwoju swoich regionów i instytucji. Szczególne podziękowania przekazujemy następującym osobom:
z Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju: Aleksandrze Sztetyłło-Budzewskiej i Annie Sulińskiej-Wójcik;
z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego: Edycie Płaskonce-Pruszak, Marcinowi Hellerowi i Joannie Gobinet;
wśród innych interesariuszy: z Urzędu Miasta Grudziądza: Szymonowi Jarosławowi Gurbinowi, Beacie Przybylskiej, Ewie Niewiadomskiej-Roman; z Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu: Aleksandrze Kotewicz; z Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej: Annie Stańczak; z Centrum Medycznego Jedynka Sp. z o.o.: Joannie Marcińskiej-Prytule; z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Grudziądzu: Ilonie Krzysztyniak; z Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Wł. Biegańskiego: Elżbiecie Kilian, Katarzynie Ziejce, Łukaszowi Przychodzkiemu; z Fundacji „Oddech Nadziei": Magdalenie Pyszorze-Załodze i Paulinie Łącz.

SKRÓTY I AKRONIMY

BDL	Bank Danych Lokalnych
COG	Całościowa Ocena Geriatryczna
CuR3	trzecia edycja Inicjatywy Catching-up Regions
DPS	Dom Pomocy Społecznej
UE	Unia Europejska
FGI	fokusowe grupy dyskusyjne
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IT	technologie informatyczne
LTC	długoterminowa opieka medyczna
UM	Urząd Marszałkowski
MOPR	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy

WPROWADZENIE

Niniejsze działanie, realizowane w ramach trzeciej edycji Inicjatywy Catching-up Regions (CUR3), zostało zaprojektowane do realizacji w okresie jednego roku, w trzech polskich województwach, wybranych w oparciu o regionalne potrzeby i priorytety. Działania w ramach Inicjatywy CUR3 stanowią rozwinięcie wyników działań podjętych w ramach poprzednich edycji Inicjatywy CUR, realizowanych przez Bank Światowy i Komisję Europejską w ciągu ostatnich dwóch lat w całej Polsce.

Celem niniejszego działania jest zaproponowanie modelu opieki lokalnej skierowanej do osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu. Sugeruje się, aby Unia Europejska wsparła realizację modelu finansując z programów funduszy strukturalnych UE konkretne rozwiązania w zakresie ww. modelu opieki.

W związku z powyższym, celem działania było podjęcie współpracy ze społecznościami odpowiadającymi za świadczenie opieki osobom starszym w Grudziądzu (tj. przedstawicielami Urzędu Miasta, Urzędu Marszałkowskiego, szpitala wojewódzkiego, placówek podstawowej opieki zdrowotnej, placówek opieki społecznej), by wesprzeć je w przemyśleniu i przeorganizowaniu opieki nad osobami starszymi. Podejmowane wysiłki docelowo łączyłyby aspekty dostępnych na terenie miasta usług zdrowotnych i opiekuńczych, jak również inwestycje i nowe inicjatywy w zakresie opieki nad osobami starszymi w taki sposób, by jak najdłużej zapobiegać instytucjonalizacji osób starszych. Tego rodzaju przedsięwzięcie otworzyłoby możliwości zaangażowania społecznego i obywatelskiego w celu lepszej koordynacji i wykorzystania różnych działań — wolontariatu, programów lokalnych i inicjatyw wzbogacających umiejętności poszczególnych osób i prowadzących do zmiany ich postaw w zakresie opieki nad osobami starszymi.

Lokalny system opieki nad osobami starszymi nie funkcjonuje w próżni i należy go kształtować z uwzględnieniem szerszego kontekstu uwarunkowań politycznych i administracyjnych opieki zdrowotnej i społecznej już istniejących w Polsce, jak również z uwzględnieniem mechanizmów finansowania tej opieki, potencjału instytucjonalnego i systemów funkcjonujących obecnie. Wszyscy lokalni i krajowi interesariusze, począwszy od przedstawicieli ministerialnych po organizacje pozarządowe lub grupy społeczności lokalnych, powinni mieć możliwość uczestniczenia w realizacji modelu. Proponowany model wykorzystuje także obecną uwagę poświęcaną polityce senioralnej na szczeblu krajowym w przedmiocie zmian koniecznych do przeprowadzenia na poziomie lokalnym. Podejmując decyzje o najodpowiedniejszych przyszłych rozwiązaniach dla seniorów, w modelu uwzględniono już istniejące inicjatywy realizowane w omawianym zakresie, np. projekty finansowane przez UE, jak również ograniczenia, wynikające z uwarunkowań lokalnych (np. zadłużenie lokalnego szpitala).

Nowy model świadczenia usług wymaga nowego środowiska organizacyjnego, bardzo zorganizowanej realizacji usług, odpowiednich struktur i narzędzi klinicznych, umiejętności, przepływu informacji, jak też dodatkowego finansowania dla wybranych usług i inwestycji. Ze względu na naturalne ograniczenia niniejszego projektu, jak np. czas jego realizacji, nie wszystkie wyżej opisane elementy zostały ujęte w raporcie.

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA

RAMKA 1 **Podsumowanie trendów demograficznych**

Polska uważana jest za jeden z najszybciej starzejących się krajów w Unii Europejskiej. Do roku 2050 liczba osób starszych, tzn. w wieku 60 lat lub więcej, wyniesie 13,7 mln — wzrost o 51%. Województwo kujawsko-pomorskie nie stanowi w tym zakresie wyjątku — prognozy trendów dla Polski wskazują na znaczny wzrost liczby mieszkańców w wieku poprodukcyjnym. Aktualnie 20% mieszkańców Grudziądza to osoby w wieku powyżej 65 lat. Obecnie mamy do czynienia ze znaczną zmianą w zakresie struktury populacji. Jest to spowodowane ruchem naturalnym, migracją i zwiększeniem oczekiwanej długości życia. Starzenie się społeczeństwa będzie jednym z najważniejszych przekształceń społecznych XXI wieku, z konsekwencjami, które odczują niemal wszystkie grupy społeczne. Wśród tych konsekwencji znajdzie się zapotrzebowanie na towary i usługi, takie jak ochrona zdrowia i zabezpieczenie społeczne osób starszych.

POLSKA

Społeczność osób starszych w Polsce jest jedną z największych w Unii Europejskiej. Jednak obserwowany trend nie różni się wiele od trendów demograficznych prognozowanych dla innych krajów Europy.[1]

Główny Urząd Statystyczny (GUS) dysponuje danymi demograficznymi dla Polski do końca roku 2017.[2] **Obecnie mamy do czynienia ze znaczną zmianą w zakresie struktury populacji.** GUS wskazuje, że zmianę tę można łatwo zaobserwować na podstawie wzrostu liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety — 60 lat lub więcej, mężczyźni — 65 lat lub więcej). W latach 2000 – 2016 grupa ta zwiększyła się o ponad 2,1 mln osób, do 7,8 mln, a jej udział w łącznej liczbie ludności wzrósł z 14,8% do 20,2%. Według wstępnych danych, na koniec roku 2017 łączna liczba osób w wieku poprodukcyjnym wyniosła ponad 8 mln, a jej udział w całkowitej liczbie ludności wzrósł do niemal 21%. Różnica udziału tej grupy wiekowej w łącznej liczbie mieszkańców na terenach miejskich i wiejskich może wynosić nawet prawie 5%. Potwierdzają to inne obserwacje, które wskazują, że odsetek osób znajdujących się w tej grupie wiekowej szybciej wzrasta w małych społecznościach lokalnych.

TABELA 1 **Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 1990 – 2017**

Grupy wiekowe	1990	2000	2010	2016	2017
Ludność ogółem			100%		
W wieku:					
Przedprodukcyjnym (0 – 17 lat)	29,0	24,4	18,8	17,9	18,0
Produkcyjnym (18 – 59/64)	58,2	60,8	64,4	61,9	61,2
Mobilnym (18 – 44)	40,1	39,8	40,0	39,1	38,7
Niemobilnym (45 – 59/64)	18,1	21,0	24,4	22,8	22,5
Poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	12,8	14,8	16,8	20,2	20,8

Źródło: Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej), 2018 r.

W ostatnich latach podwoiła się także liczba osób, które przekroczyły 80. rok życia. W 2000 r. łączna liczba osób w najwyższym przedziale wiekowym wyniosła 774 tys., a w 2016 r. było ich już ponad 1,6 mln, co stanowiło 4,2% łącznej liczby ludności w Polsce (zob. Tabela 1).

Wyniki prognozy wskazują, że przez najbliższe 20 lat, tj. do 2040 r., liczba ludności Polski zmniejszy się o 2,8 mln osób (w ciągu minionych 25 lat zwiększyła się o ponad 360 tys.). Największy wpływ na ten stan rzeczy będzie miała umieralność, tj. zacznie wymierać wyż demograficzny z drugiej połowy lat 50. XX wieku — czyli obecni około 60-latkowie. Prognoza nie przewiduje natomiast wzrostu liczby urodzeń.[3]

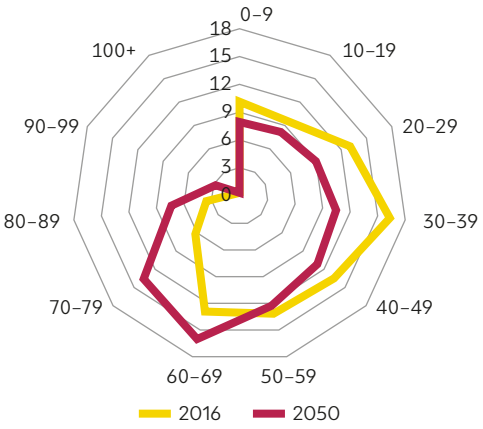
Do 2050 r. liczba osób starszych, tj. w wieku 60 lat i więcej, zwiększy się w Polsce o 4,6 mln (51,3%) i osiągnie wielkość 13,7 mln. W 2016 r. w Polsce liczba osób w wieku 80 lat i więcej wynosiła 1,6 mln, z czego 69,2% stanowiły kobiety. W 2050 r. liczba ta będzie ponad dwukrotnie wyższa — 3,5 mln, a udział kobiet w tym wieku zmniejszy się do 63,6% (zob. Wykres 1).

WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

Województwo kujawsko-pomorskie nie pozostaje wyjątkiem w zakresie odnotowywanych zarówno w kraju, jak i za granicą trendów demograficznych. Prognozy GUS wskazują na trend spadkowy łącznej liczby mieszkańców regionu, przy równoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym.[4] (zob. Wykres 2).

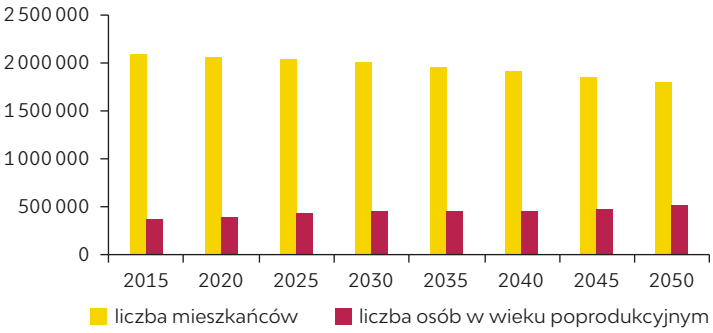
Sytuacja demograficzna województwa kujawsko-pomorskiego zbliża je do średniej krajowej, jednak utrzymuje je nieco poniżej średniej starzenia się społeczeństwa. Odsetek mieszkańców powyżej 65. roku życia w województwie kujawsko-pomorskim wzrósł z 9,9% w 1990 r. (średnia krajowa wynosiła wtedy nieco ponad 10%) do 15,3% w 2015 r. (średnia krajowa wynosiła wtedy 16%). Oczekuje się, że do roku 2040 odsetek ten zwiększy się aż do 26,6% (i odpowiednio 26%).[5]

WYKRES 1 Ludność Polski w podziale na grupy wiekowe



Źródło: Raport: Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej, 2018.

WYKRES 2 Prognozowana liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego w wieku poprodukcyjnym na lata 2015 – 2050



Źródło: GUS 2014

GRUDZIĄDZ: WYBRANE ASPEKTY USŁUG DLA OSÓB POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA

ISTNIEJĄCE USŁUGI

RAMKA 2 **Podsumowanie istniejących usług**

Grudziądz dysponuje dobrze rozwiniętym systemem usług społecznych i zdrowotnych dostępnych dla osób starszych. Można wyróżnić następujące usługi, finansowane ze środków publicznych, dostępne dla seniorów w Grudziądzu: usługi podstawowej opieki zdrowotnej, opieka ambulatoryjna, pomoc społeczna, usługi opieki długoterminowej, hospicja i opieka paliatywna.

Grudziądz to miasto położone na Pomorzu Nadwiślańskim, w województwie kujawsko-pomorskim. Rozlokowane zostało na prawym brzegu Wisły stanowiącym naturalną, wschodnią granicę Ziemi Chełmińskiej — krainy, do której przynależy zarówno pod względem historycznym, jak i geograficznym. Liczba mieszkańców to 96 629 osób (dane z 2017 r.).

Świadczenia **podstawowej opieki zdrowotnej** finansowane ze środków publicznych zapewniają w Grudziądzu trzy typy instytucji: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.[6]

Świadczenia **opieki ambulatoryjnej** finansowane ze środków publicznych zapewniają w Grudziądzu cztery typy instytucji: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne praktyki lekarskie.[7]

Świadczenia **pomocy społecznej** dla osób starszych dostępne są w ramach działania trzech instytucji: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie (MOPR), działającego w jednej lokalizacji; Domu Pomocy Społecznej (DPS), działającego w czterech lokalizacjach i obsługujących łącznie 412 beneficjentów, w tym osoby przewlekle chore na choroby somatyczne lub psychiczne; oraz Domu Dziennego Pobytu, działającego w dwóch lokalizacjach, z których jedna mieści się w Domu Pomocy Społecznej.

Warto także nadmienić, iż Parafia Rzymsko-Katolicka pw. Św. Maksymiliana Kolbe w Grudziądzu uzyskała dofinansowanie i przystąpiła do realizacji projektu pt. *„Dom Dziennego Pobytu bezpieczną przystanią dla osób niesamodzielnych z terenu Grudziądza"* w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych. Projekt skierowany jest do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz osób z ich otoczenia, w szczególności do opiekunów faktycznych. Ze wsparcia w ramach projektu będą mogły korzystać osoby zamieszkujące na terenie miasta Grudziądz. Celem projektu jest poprawa sytuacji życiowej 72 osób niesamodzielnych z terenu miasta Grudziądza poprzez zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej i wzrost umiejętności 60 opiekunów faktycznych w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi do 31.08.2019 r.[8]

Ostatnie dwie kategorie dostępnej w Grudziądzu opieki finansowanej ze środków publicznych to opieka długoterminowa oraz opieka hospicyjna/paliatywna. Opieka długoterminowa jest oferowana w ramach działań trzech instytucji: Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. W. Biegańskiego (długoterminowa opieka szpitalna), Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej (długoterminowa opieka domowa) oraz przychodni Mps-Med Sp. z o.o. (długoterminowa opieka w domu). Opieka hospicyjna i paliatywna oferowana jest również przez Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego (stacjonarne hospicjum i opieka paliatywna) oraz Mps-Med Sp z o.o. (hospicjum i opieka paliatywna domowa).[9]

Łącznie w Grudziądzu dostępnych jest około 500 finansowanych ze środków publicznych całodobowych łóżek dla osób starszych wymagających opieki (szpital: oddział opieki paliatywnej — 16 łóżek, długoterminowa opieka paliatywna — 68 łóżek, Dom Pomocy Społecznej — 412 łóżek[10]). W 2018 r. opiekę długoterminową zapewniano 124 osobom powyżej 65. roku życia, podczas gdy zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) zapewniały usługi 174 osobom powyżej 65. roku życia.[11]

WYKORZYSTANIE USŁUG

Ilościowa analiza dostępności i wykorzystania usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej została przeprowadzona w oparciu o dane otrzymane od Narodowego Funduszu Zdrowia i instytucji pomocy społecznej. Ponieważ przekazane Bankowi Światowemu dane zdrowotne dotyczyły tylko jednego roku (2018), możliwość stosownej oceny sytuacji zdrowotnej seniorów była ograniczona. Dane z zakresu pomocy społecznej obejmowały natomiast lata 2012 – 2018, dzięki czemu można było wyciągnąć znacznie bardziej trafne wnioski.

RAMKA 3 Podsumowanie wyników analizy opartej na danych zdrowotnych i danych z zakresu pomocy społecznej

Grudziądz dysponuje najprawdopodobniej wystarczającą liczbą pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, która zaspokaja potrzeby osób starszych na terenie miasta. W porównaniu z resztą województwa, w Grudziądzu wykonuje się mniej świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na jednego pacjenta, natomiast pacjenci częściej korzystają ze świadczeń opieki specjalistycznej. Podobnie jak w całym kraju, w Grudziądzu najwyższe koszty pociąga za sobą opieka szpitalna, w tym opieka nad osobami w wieku powyżej 65. roku życia. Najwyższe koszty w przeliczeniu na jednego pacjenta w wieku powyżej 65. roku życia odnotowywane są natomiast w placówkach opiekuńczych. Ponadto, pacjenci w wieku powyżej 65. roku życia korzystają z usług zdrowotnych (w tym opieki długoterminowej, opieki specjalistycznej, rehabilitacji) częściej niż przedstawiciele innych grup wiekowych.

Z perspektywy pomocy społecznej można stwierdzić, że osoby starsze w coraz większym stopniu stają się klientami systemu pomocy społecznej, głównie ze względu na potrzeby opieki, świadczonej zarówno w domu, jak i w trybie instytucjonalnym. Z powodu rosnącego zapotrzebowania na usługi, jak też ich rosnący koszt jednostkowy, usługi pomocy społecznej dla osób starszych stają się coraz większym obciążeniem dla lokalnego budżetu polityki społecznej. Najwięcej problemów gromadzi się na styku sektorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, z powodu braku wspólnych, jasnych metod oceny stanu zdrowia i samodzielności osób starszych.

W oparciu o powyższe, kluczowe znaczenie miała pomoc przedstawicielom Grudziądza w przemyśleniu i przeorganizowaniu opieki i usług w sposób, który jak najdłużej zapobiegałby występowaniu wyżej opisanych problemów. Należy tu podkreślić, że brak integracji pomiędzy usługami opieki zdrowotnej i opieki społecznej jest szczególnie dotkliwy dla osób starszych.

Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia, na poziomie powiatowym i regionalnym, za 2018 r.

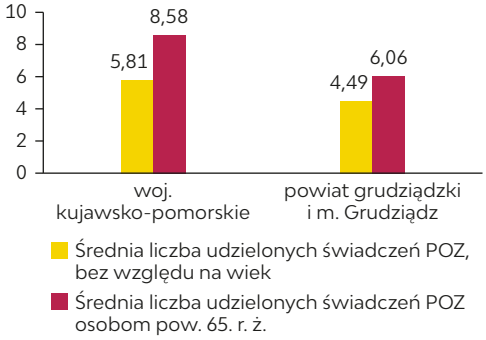
Niniejsza analiza obejmuje pacjentów, którzy korzystali z usług zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) co najmniej jeden raz w roku kalendarzowym 2018. Dane nie obejmują informacji o usługach świadczonych przez sektor prywatny, czy to opłacanych bezpośrednio przez pacjenta w ramach środków własnych, czy też opłacanych przez firmy ubezpieczeniowe i/lub usługodawców w ramach planów pracowniczych.

W 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim było 1 887 711 osób ubezpieczonych, z czego 325 447 miało więcej niż 65 lat. W przypadku powiatu grudziądzkiego, w mieście Grudziądz, spośród 121 904 osób ubezpieczonych, 21 680 to seniorzy. Pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią niemal 20% łącznej liczby pacjentów, zarówno w Grudziądzu, jak i w całym regionie.

Usługi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) były w Grudziądzu wykorzystywane przez pacjentów w wieku powyżej 65. roku życia rzadziej niż w całym regionie

W 2018 r. w Grudziądzu 19 827 pacjentów powyżej 65. roku życia skorzystało z usług podstawowej opieki zdrowotnej (25% wszystkich pacjentów korzystających z POZ w Grudziądzu, rozumianych jako osoby, które faktycznie odwiedziły placówkę POZ, a nie tylko pozostających na liście zarejestrowanych pacjentów). Łączna liczba pacjentów, którzy odwiedzili placówki podstawowej opieki zdrowotnej w 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim, wyniosła 1 508 112, z czego 22% stanowiły osoby powyżej 65. roku życia.

WYKRES 3 Średnia liczba wizyt w placówkach POZ pacjentów w powiecie grudziądzkim i mieście Grudziądz oraz w województwie kujawsko-pomorskim, 2018 r.



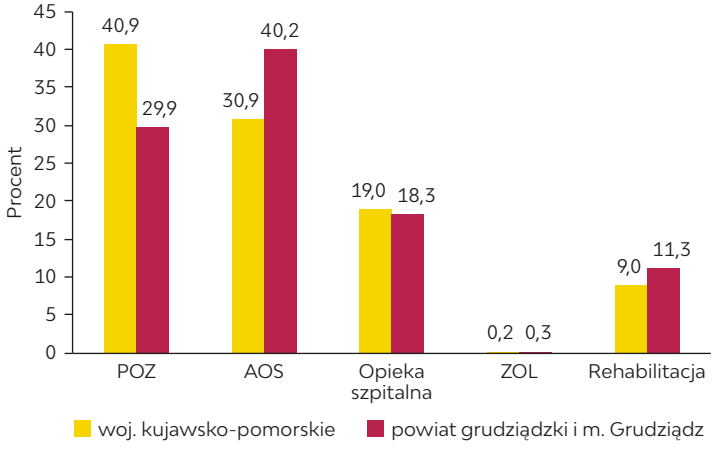
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ

W przeliczeniu na jednego pacjenta POZ powyżej 65. roku życia, w Grudziądzu udzielono 6,1 świadczeń POZ na pacjenta, natomiast w całym regionie udzielono 8,6 takich świadczeń (Wykres 3).

Na każdy tysiąc pacjentów w Grudziądzu przypadało średnio 1,5 lekarza POZ i 1,5 pielęgniarki (w 2018 r. jeden lekarz przyjmował, średnio, 667 pacjentów, jedna pielęgniarka — 651 pacjentów); w województwie kujawsko-pomorskim proporcje te wynosiły odpowiednio 1,14 lekarza i 0,8 pielęgniarki. Łącznie, w województwie kujawsko-pomorskim, w 2018 r., świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowało 1 723 lekarzy i 1 207 pielęgniarek. W powiecie grudziądzkim świadczenia opieki zdrowotnej były realizowane przez 119 lekarzy i 122 pielęgniarki.

W Grudziądzu pacjenci powyżej 65. roku życia korzystali z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) częściej niż pacjenci w skali całego regionu

WYKRES 4 Odsetek pacjentów, którzy w 2018 r. skorzystali z danego typu świadczeń przynajmniej raz, w podziale na typy świadczeniodawców



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ

W powiecie grudziądzkim pacjenci powyżej 65. roku życia najczęściej korzystali z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (40,23%), natomiast w województwie kujawsko-pomorskim pacjenci powyżej 65. roku życia najczęściej korzystali z usług podstawowej opieki zdrowotnej (40,89%) (Wykres 4).

W 2018 r. średni koszt świadczeń AOS przypadający na jednego pacjenta powyżej 65. roku życia wyniósł 294 PLN w województwie i 236 PLN w Grudziądzu. Pacjenci powyżej 65. roku życia odpowiadali za niemal 40% wszystkich kosztów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednak ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie udostępnił informacji na temat liczby wizyt AOS odbytych w 2018 r., nie mogliśmy oszacować, ile wizyt AOS odbył średnio jeden pacjent powyżej 65. roku życia.

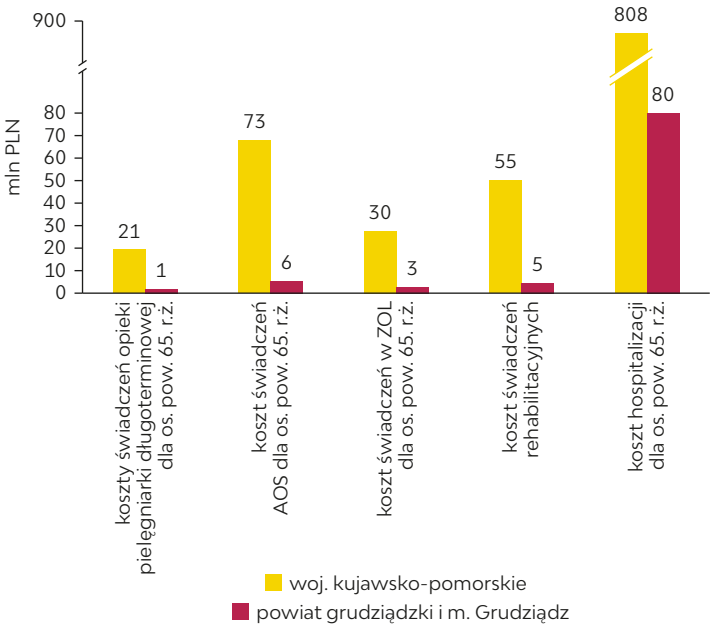
W 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim pacjentów przyjmowało 1 440 lekarzy specjalistów, z czego 97 w Grudziądzu. Średnio na każdy tysiąc pacjentów w mieście przypadało 0,93 lekarza specjalisty; w województwie średnia ta wynosiła 5,76 — ponad sześciokrotnie więcej.

Hospitalizacja pacjentów powyżej 65. r.ż. zawsze stanowi największą część łącznego kosztu ich opieki zdrowotnej

W 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim hospitalizowano łącznie 454 799 pacjentów (w tym 33,84% powyżej 65. roku życia), a w Grudziądzu 36 870 pacjentów (33,02% powyżej 65. roku życia).

W 2018 r. koszt hospitalizacji pacjenta powyżej 65. roku życia w Grudziądzu wynosił 6 552 PLN, a na poziomie regionu koszt ten wynosił 5 250 PLN. Łączny koszt tych samych świadczeń dla pacjentów powyżej 65. roku życia wynosił 79 788 195 PLN w Grudziądzu, i 808 180 008 PLN w województwie (Wykres 5).

WYKRES 5 Koszt świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 65. roku życia na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej w Grudziądzu i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ

Pacjenci powyżej 65. roku życia częściej korzystali ze świadczeń rehabilitacyjnych, zarówno w Grudziądzu, jak i w całym regionie

Niemal 40% wszystkich odbiorców świadczeń rehabilitacyjnych w Grudziądzu to osoby powyżej 65. roku życia. Ogólnie, w 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim ze świadczeń rehabilitacyjnych skorzystało 206 195 pacjentów (w tym 35,47% powyżej 65. roku życia) oraz 19 371 pacjentów w Grudziądzu (w tym 38,72% powyżej 65. roku życia).

Jeden pacjent powyżej 65. roku życia w Grudziądzu otrzymał średnio 34 świadczenia rehabilitacyjne. W województwie kujawsko-pomorskim łącznie przypadało 45 świadczeń rehabilitacyjnych na pacjenta w ww. wieku.

W Grudziądzu średni koszt zabiegów rehabilitacyjnych otrzymanych przez pacjenta powyżej 65. roku życia wyniósł 657 PLN, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim koszt ten wynosił 756 PLN. Warto zauważyć, że około 45% łącznych kosztów świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych zarówno w mieście Grudziądz, jak i na poziomie województwa przypada na pacjentów powyżej 65. roku życia.

Najczęściej ze świadczeń opieki długoterminowej (LTC) korzystają pacjenci powyżej 65 r.ż.

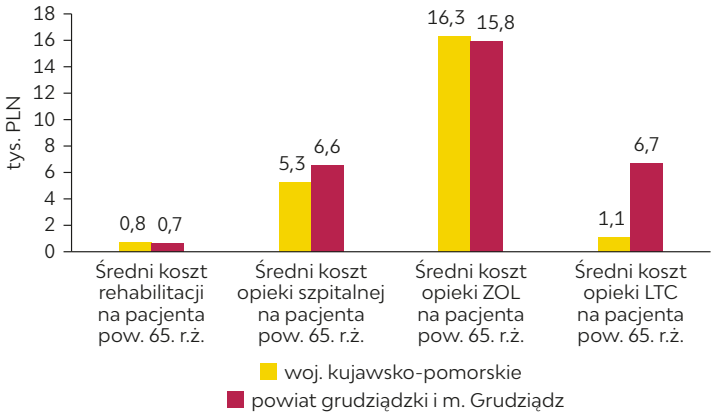
Pacjenci opieki długoterminowej powyżej 65. roku życia stanowią mniej niż 1% wszystkich ubezpieczonych pacjentów w tej grupie wiekowej. **Niemniej, pacjenci z tej grupy wiekowej stanowią ponad 80% wszystkich pacjentów opieki długoterminowej.**

W 2018 r. w Grudziądzu liczba pacjentów LTC powyżej 65. roku życia wyniosła 124 osoby spośród łącznej liczby 140. W województwie kujawsko-pomorskim świadczenia opieki długoterminowej udzielono 2 620 pacjentom, spośród których aż 2 090 miało więcej niż 65 lat.

Średnio na jednego pacjenta przypadało 0,44 pielęgniarki LTC. W Grudziądzu pracują łącznie 62 pielęgniarki LTC. Choć w całym regionie pracuje ich aż 838, różnice w dostępie do ich usług, liczone jako średnia liczba pielęgniarek przypadająca na jednego pacjenta, były minimalne.

Pacjenci powyżej 65. r.ż. to również grupa wiekowa pacjentów najczęściej korzystająca z zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL)

WYKRES 6 Średni koszt opieki (w PLN), w zależności od poziomu, dla pacjentów powyżej 65. roku życia w powiecie grudziądzkim i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ

Ponad 85% pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych to pacjenci powyżej 65. roku życia. W 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim ze świadczeń ZOL korzystało łącznie 2 171 pacjentów, w tym 1 852 osoby powyżej 65. roku życia (85,30%). W Grudziądzu liczba pacjentów ZOL wyniosła odpowiednio 201 i 174 (86,57%).

Średni koszt opieki w ZOL przypadający na jednego pacjenta powyżej 65. roku życia wynosił 16 270 PLN w regionie i 15 840 PLN w Grudziądzu. Świadczenia ZOL rozumiane są nie jako pojedyncza wizyta, ale koszt całego pakietu świadczeń otrzymanych w placówce na przestrzeni wielu dni. Poniżej (zob. Wykres 6) przedstawiono rozkład kosztów świadczonej na różnych poziomach opieki w przeliczeniu na jednego pacjenta powyżej 65. roku życia.

Refundacja leków i wyrobów medycznych

Średni roczny koszt refundacji leków w Grudziądzu wynosił około 853 PLN w przeliczeniu na jednego pacjenta, zaś średnia dla województwa wyniosła około 806 PLN. Łączna wartość wydatków na leki refundowane dla pacjentów powyżej 65. roku życia wyniosła 262 381 524 PLN w województwie kujawsko-pomorskim, a 18 511 682 PLN w Grudziądzu.

Pacjenci powyżej 65. roku życia to grupa wiekowa pacjentów, która najczęściej otrzymywała częściową refundację kosztu wyrobów medycznych (dotyczy to 79% pacjentów w Grudziądzu). W 2018 r. łączna kwota dofinansowania do sprzętu medycznego dla pacjentów powyżej 65. roku życia w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 45 645 558 PLN, a w Grudziądzu 2 755 247 PLN.

Artykułem najczęściej dofinansowywanym oraz kupowanym przez pacjentów powyżej 65. roku życia w Grudziądzu były pieluchomajtki. Ten sam artykuł był również najczęściej kupowany przez pacjentów z tej samej grupy wiekowej w województwie kujawsko-pomorskim.

Najczęściej stawiane diagnozy i odwiedzani specjaliści

Trzy diagnozy najczęściej stawiane w szpitalach w odniesieniu do pacjentów powyżej 65. roku życia w Grudziądzu to: inna opieka medyczna, schorzenia siatkówki i zaćma starcza. W skali województwa sytuacja ta wyglądała podobnie, z tym że trzecim najczęściej występującym schorzeniem był rak prostaty.

Lekarze specjaliści najczęściej odwiedzani przez pacjentów powyżej 65. roku życia w Grudziądzu to: okuliści, chirurdzy i kardiolodzy. W skali województwa, lekarze najczęściej odwiedzani przez pacjentów powyżej 65. roku życia to również okuliści, następnie kardiolodzy, a trzecią najczęściej odwiedzaną grupę lekarzy specjalistów stanowili ortopedzi.

Analiza danych pomocy społecznej, na poziomie powiatowym i regionalnym, za lata 2012 – 2018

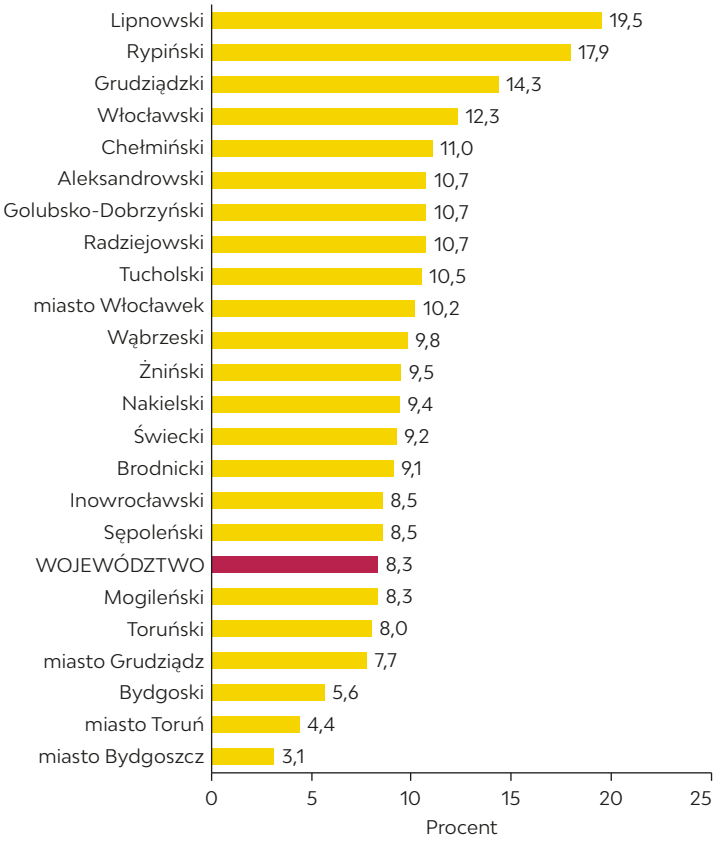
Głównym zadaniem pomocy społecznej jest praca socjalna, oparta na świadczeniu usług osobom potrzebującym, głównie z przyczyn ekonomicznych, ale również z powodu braku ich samodzielności i poleganiu na innych w życiu codziennym.

Na tle województwa kujawsko-pomorskiego, Grudziądz wypada relatywnie dobrze, jeśli mierzyć poziom ubóstwa liczbą osób korzystających z pomocy społecznej. Udział beneficjentów pomocy społecznej w łącznej liczbie mieszkańców Grudziądza w 2018 r. był niższy niż średnia w regionie, choć nieco wyższy niż w największych miastach województwa kujawsko-pomorskiego — Toruniu i Bydgoszczy. Równocześnie odsetek osób korzystających z pomocy społecznej długoterminowo był najniższy w całym regionie (35,5%), co może wskazywać na stosunkowo nietrwały charakter ubóstwa.

Liczba beneficjentów pomocy społecznej w Grudziądzu maleje (tzn. łączna liczba użytkowników maleje, podczas gdy odsetek starszych wiekiem beneficjentów rośnie), **od 10 400 do 6 300 w 2018 r.** Jest to zgodne z trendami ogólnokrajowymi. Może to wynikać z poprawy sytuacji gospodarczej i spadku bezrobocia zarówno w całym kraju, jak i na poziomie regionalnym i lokalnym.

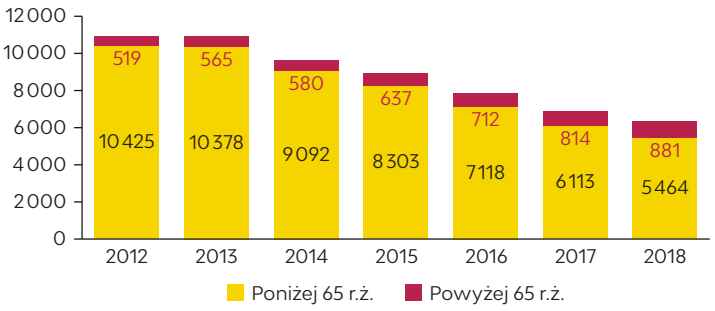
Niemniej, coraz więcej osób starszych zostaje beneficjentami pomocy społecznej. W 2012 r. seniorzy stanowili 4,7% beneficjentów tego rodzaju pomocy. W kolejnych latach liczba starszych wiekiem beneficjentów pomocy społecznej uległa niemal podwojeniu, a w połączeniu ze spadkiem łącznej liczby beneficjentów pomocy społecznej, w 2018 r. seniorzy stanowili aż 13,8% wszystkich beneficjentów pomocy społecznej.

WYKRES 7 Udział beneficjentów pomocy społecznej w łącznej liczbie ludności w województwie kujawsko-pomorskim w 2017 r., według powiatów



Źródło: cena zasobów pomocy społecznej, ROPS (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej), 2018.

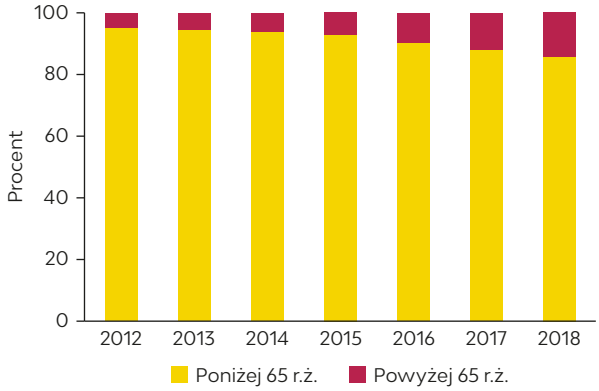
WYKRES 8 Liczba osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej w gminie i mieście Grudziądz



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie) (2018).

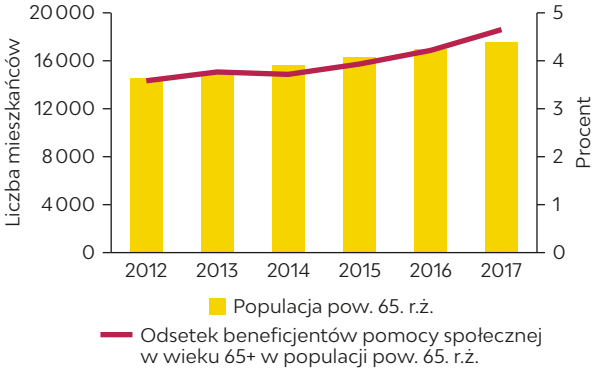
W 2017 r. około 4,7% osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu pobierało świadczenia pomocy społecznej. To oznacza, że biorąc pod uwagę wzrost liczby seniorów w społeczeństwie w ostatnich latach, liczba osób starszych korzystających ze świadczeń pomocy społecznej systematycznie rośnie.

WYKRES 9 Beneficjenci pomocy społecznej w podziale na grupy wiekowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR (2018).

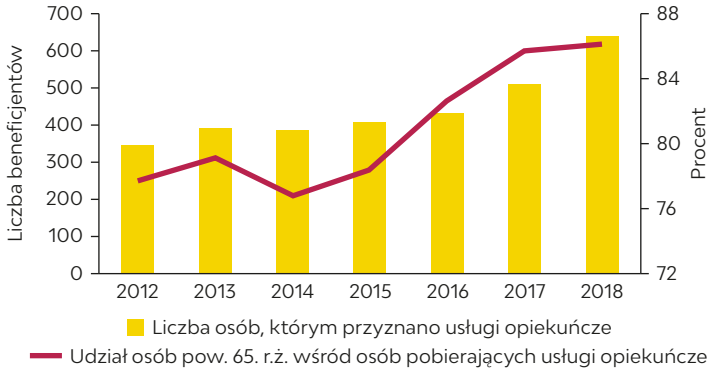
WYKRES 10 Liczba osób starszych oraz udział osób starszych w grupie odbiorców pomocy społecznej



Źródło: BDL GUS (Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego), dane MOPR (2018).

Okazuje się, że pomoc społeczna w Grudziądzu udzielana jest częściej w postaci pieniężnej niż rzeczowej. W 2018 r. 83,2% beneficjentów otrzymywało świadczenia pieniężne, a 55% świadczenia rzeczowe.[12] Osoby starsze (tj. pow. 65. roku życia) częściej otrzymują świadczenia rzeczowe, a proporcje pomiędzy świadczeniami pieniężnymi a rzeczowymi w tej grupie są odwrotne niż w przypadku łącznej grupy odbiorców pomocy społecznej. W 2018 r. 77,5% starszych wiekiem beneficjentów pomocy społecznej otrzymywało świadczenia rzeczowe, a 41,3% — świadczenia pieniężne. Badania przeprowadzone w tym zakresie w województwie pomorskim wskazują, że świadczenia rzeczowe to zwykle posiłki, schronienie i ubranie, jak również usługi opiekuńcze.

WYKRES 11 Liczba osób otrzymujących usługi opiekuńcze i udział osób powyżej 65. roku życia wśród odbiorców usług opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR, 2018.

Wśród osób starszych korzystających z pomocy społecznej w Grudziądzu, 63% otrzymuje usługi opiekuńcze.[13] Jest to świadczenie najczęściej przyznawane osobom starszym. W latach 2012 – 2018 liczba osób, którym przyznano świadczenia opiekuńcze, wzrosła niemal dwukrotnie (z 345 do 640), a 86% odbiorców usług w 2018 r. to osoby starsze.

Badania jakościowe przeprowadzone wśród starszych mieszkańców Grudziądza wskazują, że możliwość korzystania z formalnych usług pomocy społecznej rozważają przede wszystkim osoby samotne, nieposiadające rodziny lub innych bliskich osób (sąsiadów, przyjaciół) w Grudziądzu, które mogłyby zapewnić im opiekę.

Osoby starsze, jak również osoby zawodowo zaangażowane w dostarczanie usług wsparcia dla osób starszych, mówią, że barierą dla korzystania z usług opiekuńczych jest brak informacji. Często wiedza na temat możliwych sposobów uzyskania wsparcia określana jest jako „wiedza tajemna". Szczególnie problematyczne są:

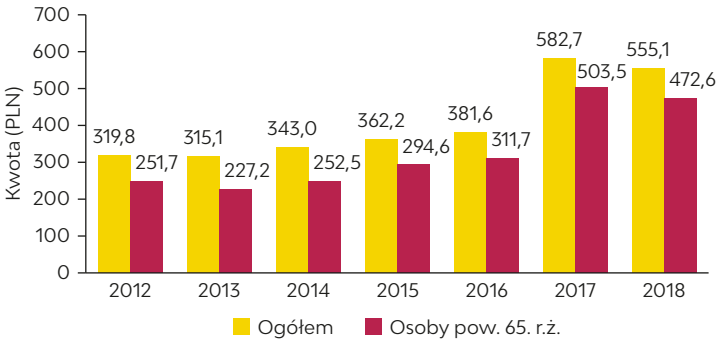
- Brak wiedzy na temat dostępnych opcji wsparcia,
- Brak przejrzystości sposobu przyznawania świadczeń/opieki,
- Losowy charakter pomocy — często pomoc zależy od tego, czy pacjent napotka osobę, która wie, jak funkcjonuje system opieki nad osobami starszymi, jakie są możliwości uzyskania formalnej pomocy oraz do jakich świadczeń dana osoba może być uprawniona,
- Brak edukacji uczestników — poczta pantoflowa — w większości przypadków osoby starsze dowiadują się o możliwości otrzymania pomocy w sposób nieformalny, od pracowników innych instytucji lub znajomych,

- Brak formalnych ścieżek komunikacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami/instytucjami w kwestii stanu pacjenta/podopiecznego, kontynuacji opieki nad osobami starszymi, brak informacji zwrotnych.

Rośnie nie tylko liczba osób korzystających z usług opiekuńczych, ale również średni koszt świadczeń opiekuńczych. Średni koszt jednostkowy usługi opiekuńczej dla osoby powyżej 65. roku życia jest wyższy niż w przypadku ogólnej grupy beneficjentów pomocy. Równocześnie, średni miesięczny koszt opieki nad osobą starszą jest niższy niż średni koszt usług opiekuńczych bez uwzględniania wieku, co może wskazywać na niższą intensywność opieki nad osobami starszymi. Wzrost kosztu opieki może być związany ze wzrostem płac (płacy minimalnej i stawki godzinowej w przypadku umów cywilnoprawnych) obserwowanym w ostatnich latach.

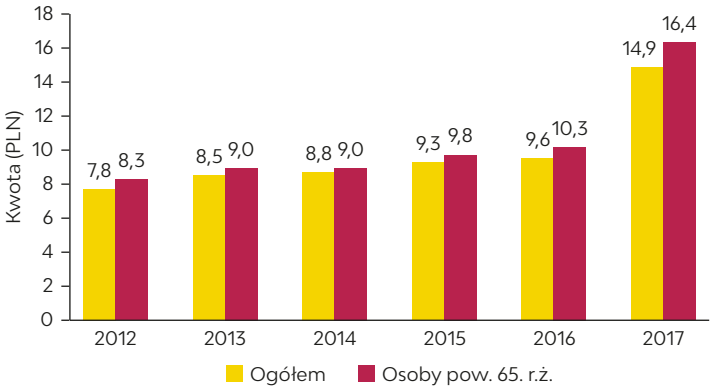
Osoby starsze mieszkające w Grudziądzu korzystają również z usług domu dziennego pobytu i opieki całodobowej w Domu Pomocy Społecznej (4 lokalizacje).

WYKRES 12 Średni koszt świadczeń opiekuńczych na osobę



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR, 2018.

WYKRES 13 Średni koszt jednego świadczenia opiekuńczego



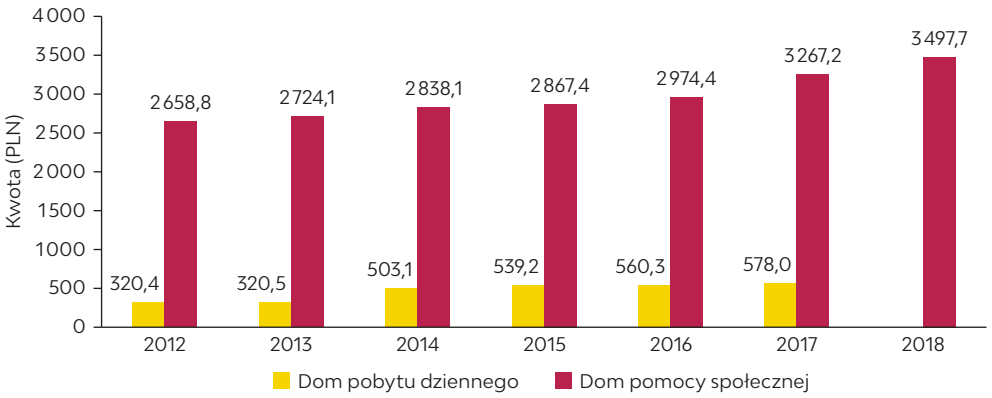
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR, 2018.

W 2018 r. usługi opieki dziennej świadczono 123 osobom, z czego 88,6% stanowiły osoby powyżej 65. roku życia. W poprzednich latach seniorzy stanowili 100% odbiorców tego typu usług; liczba odbiorców wynosi od 110 do 120 osób rocznie.

W 2018 r. w domach pomocy społecznej mieszkały 472 osoby, z czego 48% to osoby powyżej 65. roku życia. Jest to największa grupa wiekowa wśród użytkowników takich usług.

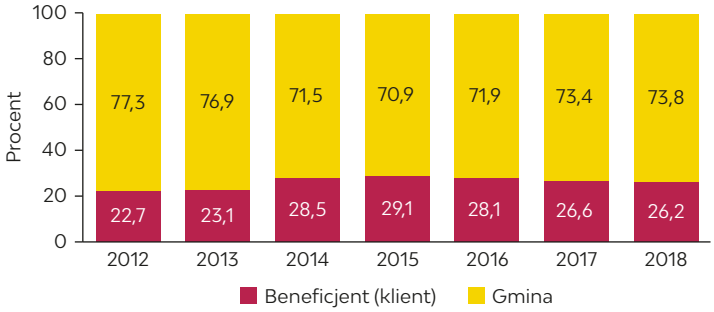
Średni miesięczny koszt pobytu w domu dziennego pobytu lub domu pomocy społecznej wzrósł w latach 2012 – 2018, szczególnie zaś wzrosły w ostatnich latach koszty całodobowej opieki instytucjonalnej.

WYKRES 14 Średni miesięczny koszt na beneficjenta korzystania z domu dziennego pobytu w porównaniu z domem pomocy społecznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR, 2018.

WYKRES 15 **Struktura kosztów pobytu w domu opieki dzielona pomiędzy beneficjenta (klienta) a gminę**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR, 2018.

Koszt pobytu w domu opieki dzielony jest pomiędzy beneficjenta, jego rodzinę oraz gminę. Pomimo ogólnego wzrostu kosztów pobytu w domu opieki społecznej, struktura kosztów pozostaje bez zmian od kilku lat, a beneficjent i jego rodzina pokrywają około 26–28% łącznych kosztów.

PROBLEMY I PRIORYTETY ZWIĄZANE Z POTRZEBAMI W ZAKRESIE OPIEKI

Na początku 2019 r. przeprowadzono ocenę potrzeb grudziądzkich seniorów w zakresie opieki, przy użyciu metod jakościowych. Analiza jakościowa oparta była na badaniu grup fokusowych, przeprowadzonym w Grudziądzu. Metoda grup fokusowych polega na prowadzeniu wywiadu z grupą osób, podczas którego zadawane im są pytania dotyczące ich percepcji, opinii, przekonań oraz postaw w odniesieniu do usług zdrowotnych i socjalnych. Pytania zadawano w środowisku interaktywnym, w którym uczestnicy mogli rozmawiać z innymi członkami grupy fokusowej.

RAMKA 4 **Podsumowanie problemów i priorytetów dotyczących potrzeb w zakresie opieki**

Potrzeby w zakresie opieki, na jakie najczęściej wskazują seniorzy, to: niewystarczające poinformowanie pacjenta nt. jego stanu zdrowia; brak edukacji pacjenta w zakresie: chorób, na które pacjent choruje; przepisanych leków; zalecanych zachowań prozdrowotnych oraz czynników ryzyka; ograniczona mobilność w przypadku zamieszkiwania na wyższych piętrach w blokach bez windy; brak wsparcia lub niewystarczające wsparcie ze strony lekarzy w zakresie uzyskania dodatkowych usług medycznych i opiekuńczych świadczonych przez pielęgniarki środowiskowe, opiekunów i pracowników pomocy społecznej; brak rzeczywistego zaangażowania personelu w sprawy pacjenta; nadmierna biurokracja medyczna w przypadku potrzeby wsparcia ze strony pomocy społecznej.

W oparciu o powyższe opinie, w Grudziądzu potrzebne są następujące działania: utworzenie źródła informacji na temat procedur wsparcia pacjenta dostępnych w każdej z instytucji opiekuńczych w Grudziądzu; edukacja zdrowotna dla osób w wieku powyżej 65. r.ż. — w zakresie istniejącego systemu dostępnej opieki i możliwości uzyskania, w razie potrzeby, wsparcia ze strony różnych instytucji; edukacja dla osób, które będą miały kontakt z osobami starszymi i ich opiekunami nt. dostępnych form pomocy i ich źródeł.

Cel: Aby opracować model opieki odpowiedni dla kontekstu lokalnego, na początku 2019 r. przeprowadzono ocenę potrzeb osób starszych w Grudziądzu, przy użyciu metod jakościowych.

Metodologia

Uczestnikom grup fokusowych (FGI) rozdano kwestionariusz dotyczący potrzeb, barier i uwarunkowań systemu świadczenia pomocy i opieki osobom starszym. Kwestionariusz obejmował tematy związane z potrzebami mieszkańców Grudziądza w zakresie opieki, jak też usługami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, dostępnymi w mieście. Przeprowadzono łącznie 6 FGI. Trzy spośród nich obejmowały pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, tzn. lekarzy, pielęgniarki, opiekunów pomocy społecznej oraz fizjoterapeutów; pozostałe trzy FGI obejmowały: osoby w wieku 65–74 lat, osoby powyżej 75. roku życia oraz opiekunów rodzinnych. Badanie przeprowadzono w marcu 2019 r., uczestniczyło w nim łącznie 41 osób.[14] Szczegółowy opis metodologii oraz wyników przeprowadzonych grup fokusowych znajduje się w Załączniku nr 1 do niniejszego raportu.

Wyniki: Opieka zdrowotna

W wynikach badania rzuca się w oczy pozytywny, optymistyczny obraz własnego stanu zdrowia, możliwości zadbania o siebie i ogólnego dobrostanu, jaki odczuwają pacjenci w starszym wieku. Wyniki te należy traktować ostrożnie, z jednego głównego powodu: udział w badaniu był dobrowolny. Osoba nastawiona negatywnie lub cierpiąca na problemy z mobilnością najprawdopodobniej odmówiłaby udziału w badaniu, co może prowadzić do zniekształcenia jego wyników.[15]

Respondenci wskazywali na słabe zaangażowanie lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów w rozwiązywanie problemów związanych z kontynuacją opieki, bądź też konsultacje w sprawie zastosowania środków innych niż opieka zdrowotna do poprawy stanu ich zdrowia. Otrzymywane informacje dotyczące stanu ich zdrowia często okazywały się niewystarczające. Jeśli problem zdrowotny nie był właściwie definiowany, pacjent nie był leczony zgodnie z ustaloną diagnozą i odczuwał obniżoną jakość życia. Choć pierwsze deklaracje respondentów w zakresie stanu ich zdrowia były ogólnie pozytywne, dalsze pytania skłoniły ich do bardziej otwartego opisania swoich problemów zdrowotnych i wynikających z nich ograniczeń funkcjonowania. Inną przeszkodą w zakresie właściwej jakości oferowanych usług był brak edukacji pacjentów.

Problemy związane z oferowaną opieką, na jakie najczęściej wskazywali seniorzy, to:

- Brak informacji dotyczących stanu ich zdrowia, czyli zbyt słabe powiązanie pomiędzy objawami odczuwanymi lub obserwowanymi przez pacjenta a postawioną mu diagnozą; czasami nawet brak konkretnej diagnozy;
- Brak edukacji zdrowotnej pacjenta odpowiedniej dla choroby lub chorób, na jakie cierpi, brak wiedzy lub bardzo mała wiedza pacjenta na temat przyjmowanych leków, zachowań zdrowotnych i czynników ryzyka;
- W przypadku seniorów mieszkających na wyższych piętrach bloków bez windy, brak mobilności;
- Brak wsparcia ze strony lekarzy w odniesieniu do uzyskiwania dodatkowych świadczeń medycznych lub opiekuńczych, realizowanych przez pielęgniarki środowiskowe, opiekunów i pracowników pomocy społecznej;
- Brak rzeczywistego zaangażowania personelu w sprawy pacjenta;
- Nadmierna biurokracja medyczna w przypadku potrzeby wsparcia ze strony pomocy społecznej.

Nadmierna biurokracja była jednym z głównych problemów zgłaszanych w badaniu przez personel medyczny. Należałoby zweryfikować rzeczywistą uciążliwość tego problemu, ocenić ją i uwzględnić w badaniach obserwacyjnych. Obciążenia administracyjne należy również wziąć pod uwagę przy opracowaniu infrastruktury informatycznej (IT) wspierającej koordynację opieki. Należy zauważyć, że wiele ograniczeń prawnych, relacje pomiędzy poszczególnymi podmiotami, formalne wymogi związane z poszczególnymi świadczeniami, przepisy dotyczące ochrony danych osobowych i praw pacjenta, wymagają szczególnej uwagi ze strony przedstawicieli środowiska medycznego podczas projektowania nowych rozwiązań w zakresie opieki koordynowanej dla Grudziądza.

Respondenci wykazali się jednak otwartością na nowe rozwiązania, byli też gotowi uczestniczyć w dodatkowych szkoleniach i warsztatach w zakresie dostępnej na terenie miasta opieki zdrowotnej i społecznej.

Wyniki: Pomoc społeczna

Wśród uczestników grup fokusowych (FGI) nie było beneficjentów systemu pomocy społecznej. Pomimo znacznego wzrostu liczby osób starszych otrzymujących świadczenia pomocy społecznej, nie udało się zwerbować ich do uczestnictwa w badaniu. Inni respondenci, biorący udział w badaniu, wskazywali na brak informacji o dostępności usług opiekuńczych w ramach pomocy społecznej. Równocześnie, specjaliści podkreślali potrzebę formalnej koordynacji działań,

z uwzględnieniem transferu informacji dotyczących pacjentów/podopiecznych potrzebujących pomocy oraz edukowania pacjentów w zakresie możliwości uzyskania usług od poszczególnych instytucji.

Informacje o możliwościach otrzymania opieki dla osoby niesamodzielnej są trudne do pozyskania, zdaniem pracowników socjalnych, opiekunów i innych pracowników pomocy społecznej. Dotyczy to zarówno instytucji opieki zdrowotnej, a także samego systemu pomocy społecznej. Zdaniem respondentów, informacje dotyczące możliwości uzyskania pomocy powinny być w szczególności dostarczane osobom hospitalizowanym, których potrzeby w zakresie opieki mogą być po pobycie w szpitalu i powrocie do domu znaczące. Zazwyczaj jednak takie informacje nie są udzielane pacjentom, a brak formalnych kanałów komunikacji pomiędzy uczestnikami procesu leczenia pacjenta i opieki nad nim powoduje powstawanie dużej ilości mylnych informacji. W wyniku wszystkich tych czynników, tylko mała część potencjalnych beneficjentów otrzymuje pomoc. Opisując proces świadczenia usług, opiekunowie pomocy społecznej wskazywali na konieczność wykonywania czasochłonnych prac domowych u swoich pacjentów (np. sprzątanie, gotowanie), co znacznie ogranicza czas pozostający na rozmowę, dotrzymywanie towarzystwa czy edukowanie pacjenta.

Podczas wywiadów zgłoszono szereg rekomendacji dotyczących potrzeby skoordynowanych działań w odniesieniu do seniorów, w szczególności:

a. W zakresie edukacji i dostępu do informacji:
   - Opracowanie kompendium informacji o procedurach wspierania niesamodzielnych osób starszych przez każdą z instytucji wchodzących w skład systemu; dwie możliwe metody to np. katalog, dostępny w Urzędzie Miasta, oraz infolinia dla pacjentów/podopiecznych i ich rodzin;
   - Edukowanie poszczególnych uczestników systemu, w szczególności osób starszych i ich rodzin (opiekunów), w zakresie różnych możliwych sposobów uzyskania formalnej opieki i wsparcia.

b. W zakresie ułatwiania korzystania z opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz infrastruktury miejskiej:
   - Rozwój dziedziny opieki geriatrycznej, prowadzenie szkoleń dla lekarzy tej specjalności;
   - Zapewnienie transportu miejskiego, aby ułatwić dojazd do instytucji medycznych i społecznych, w połączeniu z możliwością transportu „od drzwi do drzwi" dla niesamodzielnych seniorów;
   - Inwestycje w infrastrukturę mieszkalną i publiczną w celu ułatwienia integracji społecznej osób starszych.

c. W zakresie funkcjonowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej:
   - Zmniejszenie obciążeń biurokratycznych (mniej rozbudowana sprawozdawczość) na rzecz pomocy medycznej i opieki nad osobą starszą;
   - Oddzielenie roli opiekuna od czynności pomocowych (sprzątanie, zakupy, gotowanie), co pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie czasu na faktyczną opiekę nad pacjentem;
   - Podniesienie atrakcyjności (w tym finansowej) zawodów pielęgniarki/pielęgniarza i opiekunów osób starszych.

ARCHITEKTURA IT

W ramach oceny obecnego stanu architektury IT w Grudziądzu przeprowadzono następujące analizy: analiza systemów IT wybranych podmiotów medycznych; analiza systemów IT wybranych podmiotów pomocy społecznej; analiza projektów regionalnych i lokalnych platform teleinformatycznych.

Koordynacja opieki to działanie w znacznym stopniu polegające na zarządzaniu, wymagające dla swojej sprawności i skuteczności odpowiedniego wsparcia informacyjnego, zarówno podczas procesu podejmowania decyzji, jak też ich wdrażania.

RAMKA 5 Podsumowanie lokalnej infrastruktury IT

Zidentyfikowane w Grudziądzu główne ograniczenia IT to: ograniczona komunikacja i wymiana informacji pomiędzy różnymi podmiotami zaangażowanymi w opiekę nad osobami starszymi, jak też brak planów wprowadzenia takiej komunikacji. Obecnie funkcjonujące systemy IT nie umożliwiają śledzenia informacji o pacjencie pomiędzy różnymi instytucjami. Według planów ogólnokrajowych Ministerstwa Zdrowia i planów regionalnych województwa kujawsko-pomorskiego, w ciągu najbliższych kilku lat wybrane dane medyczne generowane w placówkach opieki zdrowotnej mają być udostępniane innym uprawnionym podmiotom. Niemniej jednak, planowane działania nie zaspokoją wszystkich potrzeb w zakresie przepływu informacji niezbędnych do zapewnienia adekwatnej wymiany informacji na potrzeby opieki senioralnej.

Technologie informatyczne powinny być jednym z filarów wspierających koordynację opieki nad osobami starszymi w Grudziądzu. Zapewnienie poszczególnym świadczeniodawcom dostępu do informacji o pacjencie w czasie rzeczywistym pomoże w podniesieniu bezpieczeństwa pacjenta i jakości usług, przy równoczesnej poprawie ciągłości opieki dzięki ułatwieniu koordynacji pomiędzy różnymi instytucjami i formami opieki.

Infrastruktura IT i oprogramowanie powinny uwzględniać takie elementy, jak:

- zdalna komunikacja i zarządzanie (telefon, e-mail, monitorowanie parametrów stanu zdrowia w domu);
- plan opieki i narzędzia do zarządzania poszczególnymi przypadkami w oparciu o komunikację zdalną, na bazie gminnego ośrodka opieki i POZ;
- elektroniczne informacje i dokumentacja medyczna, dla zapewnienia ciągłości i integracji opieki oraz systemów sprawozdawczych.

Obszarem, w którym potencjalnie można oczekiwać dalszych korzyści, jest tzw. telemedycyna. Program telemedycyny zazwyczaj obejmuje centralnie zarządzany, dostosowywany przez klienta zestaw usług takich jak: TeleTrauma, TeleRx, TeleStroke, TeleMental, TeleConsult oraz inne interoperacyjne[16] rozwiązania w zakresie wymiany informacji o pacjencie przez podmioty działające w oparciu o różne procedury i na różnych poziomach opieki.

Dostępna w czasie rzeczywistym wiedza na temat świadczeń otrzymywanych przez osoby powyżej 65. roku życia w Grudziądzu skutkować będzie opracowaniem lepszych planów leczenia i lepszą jakością usług opiekuńczych zapewnianych pacjentowi. Informacje dotyczące indywidualnych planów leczenia, jak również opieki pielęgniarskiej czy rehabilitacji, powinny być gromadzone w formacie cyfrowym i uwzględniać:

- informacje o przepisanych wizytach domowych, udzielonych świadczeniach;
- informacje o faktycznie zrealizowanych wizytach domowych, udzielonych świadczeniach;
- typ konsultacji medycznych, pielęgniarskich i fizjoterapii;
- informacje o hospitalizacji;
- zdiagnozowane choroby;
- przepisane i podawane leki;
- koszt udzielonych świadczeń;
- dane podmiotów realizujących świadczenia;
- dane personelu wykonującego czynności związane z opieką.

W połączeniu, dane wskazane powyżej mogą stać się podstawą do opracowania elektronicznej karty opieki nad pacjentem.

Warto również rozważyć możliwość zastosowania nowych technologii IT jako narzędzi prewencji — w celu monitorowania parametrów stanu zdrowia beneficjentów i oceny ich ryzyk zdrowotnych. Oznaczałoby to zastosowanie przez pacjenta w domu narzędzi IT pomagających mu w codziennych czynnościach i monitorujących jego aktywność. Przykładem takiego narzędzia może być zegarek monitorujący ciśnienie krwi, sen, upadki etc. Wprowadzenie takich narzędzi poprawiłoby bezpieczeństwo pacjenta, ukierunkowanie interwencji tam, gdzie są naprawdę potrzebne, a w dłuższym terminie pomogłoby również w obniżeniu kosztów leczenia.

W celu oceny obecnego statusu IT Grudziądza, przeprowadzono analizy następujących elementów:

- systemów IT placówek medycznych (POZ/AOS, szpital);
- systemów IT placówek pomocy społecznej: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS), Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR) oraz domów opieki społecznej;
- planów utworzenia platformy regionalnej: „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej";
- platformy P1, wdrażanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Najważniejsze ograniczenia IT, jakie zidentyfikowano w Grudziądzu, to:

- ograniczona komunikacja i wymiana informacji pomiędzy podmiotami, które w przyszłości mają być zaangażowane w koordynację opieki;
- brak planów wprowadzenia takiej komunikacji.

Podstawowym założeniem informacyjnym systemu koordynacji opieki jest indywidualny plan opieki, zawierający informacje o wykonanych, obecnych oraz planowanych działaniach w ramach opieki nad danym pacjentem. Plan opieki może zawierać informacje o stanie zdrowia pacjenta bądź też odniesienia do tych informacji, pochodzące z innego źródła. Zarządzanie systemem koordynacji opieki ma na celu optymalizację wykorzystania dostępnych zasobów w oparciu o indywidualne plany opieki, tak, by zapewnić najwyższy możliwy standard opieki nad pacjentem.

Obecnie użytkowane oprogramowanie nie umożliwia pełnego wdrożenia indywidualnych planów opieki, ani nawet śledzenia informacji o pacjencie w różnych instytucjach.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można wymienić następujące kluczowe zastosowania systemów IT dla potrzeb koordynacji opieki:

- zarządzanie systemem opieki koordynowanej (jednostka koordynująca);
- wdrożenie indywidualnych planów opieki (POZ, pomoc społeczna, inni świadczeniodawcy);
- zarządzanie ścieżkami diagnostyczno-terapeutycznymi (POZ);
- zaangażowanie pacjentów i opiekunów w proces sprawowania opieki.

Główne grupy osób, które powinny korzystać z systemów IT, to:

- jednostki zarządzające procesem koordynacji;
- jednostki realizujące plany opieki (personel);
- pacjenci i ich opiekunowie.

Przy planowaniu systemu IT należy uwzględnić kwestię sprawności jego wdrożenia i utrzymania, w tym jego efektywność i koszty, w odniesieniu do liczby wykonywanych zadań i liczby użytkowników. Na chwilę obecną oszacowano liczbę potencjalnych (aktywnych kont) użytkowników (zob. Tabela 2).

TABELA 2 **Liczba potencjalnych użytkowników nowego systemu IT zaprojektowanego dla potrzeb wdrożenia modelu opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia**

Szacowana liczba użytkowników	Opieka zdrowotna	Opieka społeczna	Razem
Jednostki zarządzające	< 100	< 100	< 200
Jednostki realizujące procesy opieki	< 1 000	< 1 000	< 2 000
Pacjenci i ich opiekunowie	< 45 000	< 15 000	< *50 000
Razem	< 46 100	< 16 100	< *52 200

*z uwzględnieniem części wspólnej — tj. pacjentów i opiekunów korzystających równocześnie z opieki zdrowotnej i społecznej

Jednostki, użytkujące systemy IT, które powinny być beneficjentami nowego systemu wymiany informacji:

1. Jednostka odpowiedzialna za system koordynacji (tzw. biuro ds. seniorów)
2. Placówki służby zdrowia, w tym:
   - Przychodnie POZ/AOS w Grudziądzu
   - Szpital wojewódzki w Grudziądzu
   - Ośrodki rehabilitacji
3. Placówki opieki społecznej, w tym:
   - ROPS (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej)
   - MOPR (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie)
   - DPS (Domy Pomocy Społecznej)
4. Organizacje pozarządowe (NGOs)
5. Pacjenci i opiekunowie

MODEL OPIEKI KOORDYNOWANEJ DLA OSÓB POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA

Głównym celem raportu było zaproponowanie modelu realizacji usług, który ułatwi opiekę nad osobami starszymi w Grudziądzu. W oparciu o dane ilościowe i jakościowe, szerokie konsultacje i dyskusje z lokalnymi interesariuszami i ekspertami, a także przegląd literatury na temat funkcjonujących za granicą modeli opieki nad osobami starszymi, zaproponowaliśmy model opieki koordynowanej w Grudziądzu, skierowany do osób powyżej 65. roku życia.

Zorganizowano równocześnie szereg spotkań z lokalnymi interesariuszami w celu omówienia możliwych rozwiązań w zakresie opieki nad osobami starszymi, co pomogło w dostosowaniu modelu do realnych potrzeb miasta. Łącznie odbyło się w tym celu 5 spotkań: pierwsze miało na celu zapoznanie lokalnych interesariuszy z inicjatywą Catching-up Regions 3 oraz planem utworzenia w ramach tej inicjatywy modelu opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Grudziądzu. Podczas drugiego spotkania omówiono potrzeby i problemy lokalnych interesariuszy w ramach ogólnie rozumianego sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, funkcjonującego obecnie w Grudziądzu. Trzecie spotkanie było poświęcone prezentacji danych dotyczących opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, pozyskanych i przeanalizowanych przez Bank Światowy. Podczas czwartego spotkania odbyło się szkolenie potencjalnych koordynatorów opieki w Grudziądzu. Szkolenie zostało przeprowadzone przez przedstawicieli POZ w Siedlcach (województwo mazowieckie), gdzie taka opieka jest już realizowana. Podczas ostatniego, piątego spotkania, odbyło się szkolenie w dziedzinie oceny geriatrycznej, przeznaczone dla pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej w Grudziądzu.

Docelowo, koordynacja opieki może odgrywać kluczową rolę w obszarze planowania i realizowania opieki nad starzejącą się populacją. Dzięki współpracy różnych odpowiedzialnych instytucji, na szczeblu lokalnym i wojewódzkim, w ramach ogólnokrajowych instrumentów prawnych, władze lokalne mogą mieć możliwość poprawy stanu zdrowia osób starszych i opieki nad nimi. Przykłady modeli międzynarodowych wskazują, że w pierwszej fazie wdrożeniowej model opieki koordynowanej może być wdrażany na zasadach dobrowolności, we współpracy z niezależnymi partnerami (tj. np. Urzędem Miasta, jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, Domem Pomocy Społecznej). Następny etap powinien natomiast obejmować umowy długoterminowe zawierane przez jedną organizację tak, by zapewnić osobom starszym szereg świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych.

RAMKA 6 Podsumowanie modelu opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia

Proponowany kompleksowy model opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu składa się z 4 głównych komponentów.

Kluczowe komponenty modelu:

- Utworzenie Biura ds. Seniorów — jednostki zajmującej się planowaniem, monitorowaniem i wspieraniem zbierania danych, pracami analitycznymi i realizacją projektów na rzecz osób starszych w Grudziądzu — np. w strukturach Urzędu Miasta
- Utworzenie funkcji koordynatora opieki nad osobami starszymi — np. w strukturach placówek podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z innymi podmiotami zapewniającymi opiekę nad osobami starszymi na szczeblu lokalnym i regionalnym
- Regularna ocena stanu zdrowia, dobrostanu i samodzielności (niesamodzielności) osób starszych, dla potrzeb ustalenia zakresu i rodzaju niezbędnej opieki/pomocy i zapewnienie planów opieki zgodnie z ustalonymi potrzebami
- Wprowadzenie mechanizmów przekazywania pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej informacji na temat stanu zdrowia, potrzeb i dostępnych usług dla osób starszych

Oczekuje się, że w związku z opracowaniem modelu, po kilku latach: podmioty lokalne, a także organizacje pozarządowe, będą w stanie planować i realizować usługi na podstawie umów określających ramy współpracy i koordynacji zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych; Biuro ds. Seniorów będzie tworzyć struktury dla potrzeb zarządzania potrzebami osób starszych w Grudziądzu (w tym edukacją dla seniorów i ich rodzin, programami prewencji, zarządzaniem możliwym do uniknięcia popytem czy też oczekiwaniami społecznymi); a systemy wymiany informacji (IT) będą wspierać świadczeniodawców w sposób zintegrowany poziomo, łącząc opiekę społeczną z opieką zdrowotną.

PRZYKŁADY MIĘDZYNARODOWE

Lista i opis modeli opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia obecnie funkcjonujących w innych krajach znajduje się w Załączniku nr 2 dołączonym do niniejszego raportu.

W oparciu o dostępną literaturę tematu,[17] można zasadniczo wyróżnić dwa typy modeli opieki koordynowanej nad osobami starszymi:

1. **Model środowiskowy**, realizowany lokalnie, oparty na współpracy pomiędzy różnymi podmiotami świadczącymi opiekę, z naciskiem na opiekę pozainstytucjonalną; w tym modelu integracja opieki zdrowotnej i społecznej odgrywa szczególnie ważną rolę.

2. **Model państwowy/regionalny**, wdrażany na poziomie krajowym lub regionalnym, z jedną jednostką administracyjną i wspólnym budżetem, obejmującym zarówno opiekę zdrowotną, jak i społeczną, domową i instytucjonalną.

Czynniki odróżniające model lokalny od modeli wdrażanych na poziomie krajowym to: (a) koncentracja na najważniejszych potrzebach zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych; (b) współpraca pomiędzy różnymi świadczeniodawcami, którzy wspólnie dbają o zapewnienie ciągłości opieki; (c) wielodyscyplinarne zespoły świadczące opiekę, zawsze z udziałem lekarza geriatry; (d) aktywna rola lekarzy POZ w ogólnym zarządzaniu opieką nad pacjentem; (e) koordynacja usług domowych i środowiskowych pomiędzy organizacjami, w tym dostęp do opieki instytucjonalnej; (f) finansowanie różnych świadczeniodawców w obrębie już istniejących budżetów; oraz (g) zintegrowany system informacji i klasyfikacji potrzeb opiekuńczych.

W przeciwieństwie do powyższego, modele krajowe są trudniejsze we wdrożeniu, ponieważ zazwyczaj wymagają zmiany istniejącego prawa. Ponadto, wdrożenie takiego modelu jest wyzwaniem dla organizacji świadczeniodawców, ze względu na ich wspólne finansowanie. Niemniej, takie podejście również niesie wyraźne korzyści. Cechy zasadniczo odróżniające model krajowy od lokalnego to: (a) wspólna jednostka administracyjna, z uprawnieniami do zarządzania opieką zdrowotną i społeczną; (b) jeden wspólny budżet; (c) bezpośrednia kontrola nad szerokim zakresem dostępnych usług, w tym usług opieki domowej, środowiskowej i instytucjonalnej; (d) programy zarządzania konkretnymi chorobami, w ramach których przypadki konkretnych pacjentów mogą być poddane konsultacjom z lekarzami danej specjalizacji (zespoły interdyscyplinarne per se zazwyczaj nie są stosowane); oraz (e) system klasyfikacji pacjentów zgodnie z ich przypisaniem do określonego poziomu opieki.

Docelowo, koordynacja opieki odgrywa wiodącą rolę w planowaniu i uruchomieniu opieki dla całej populacji. Dzięki współpracy różnych odpowiedzialnych instytucji na szczeblu lokalnym i regionalnym, władze lokalne mogą mieć możliwość poprawy stanu zdrowia swoich obywateli i jakości opieki świadczonej na ich terenie (w ramach ogólnokrajowych instrumentów prawnych). Świadczeniodawcy to między innymi: szpitale, jednostki pomocy społecznej, jednostki opieki zdrowotnej oraz wsparcie lokalne, w tym organizacje pozarządowe (NGO).

Ponieważ proponowany model ma charakter innowacyjny, w celu jego implementacji można zastosować tzw. podejście progresyjne, uwzględniające szersze zaangażowanie organizacji pozarządowych i grup lokalnych społeczności. Pierwszy etap wdrażania modelu w ramach takiego podejścia polega na budowaniu właściwego potencjału i zasobów lokalnych społeczności. Obejmuje to podejmowanie inicjatyw w zakresie zmian lokalnej polityki dot. opieki nad osobami starszymi. Podejście oparte na zaangażowanym uczestnictwie i wielostronności może prowadzić do odmiennego sposobu postrzegania polityki senioralnej i opieki nad osobami starszymi w oparciu o „popyt" lub „potrzeby" seniorów, co łączy doświadczenie pacjentów z bardziej specjalistyczną wiedzą różnych typów dostawców świadczeń. Ponadto, szersze zaangażowanie interesariuszy w fazie przygotowawczej i dalszym świadczeniu usług mogłoby generować nowe pomysły i lokalne rozwiązania[18]. W ostatnich latach termin „koprodukcja" został użyty do opisania zaangażowanych członków społeczności i użytkowników świadczeń jako równorzędnych partnerów w projektowaniu i dostarczaniu usług. Takie podejście można zaproponować właśnie w Grudziądzu.

PROPONOWANY DLA GRUDZIĄDZA MODEL OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Głównym celem modelu jest rozwiązanie problemu braku integracji pomiędzy świadczeniami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, który ma szczególny wpływ na osoby starsze. Z opieką koordynowaną mamy do czynienia wówczas, gdy na rynku funkcjonują jednocześnie różne sieci świadczeniodawców usług medycznych i opiekuńczych (przychodnie, szpitale, domy pomocy społecznej itp.) współpracujące ze sobą nawzajem, a dostęp do tych sieci jest zarządzany przez koordynatorów całego procesu opieki. Lepsze wyniki można osiągnąć w drodze osobistego kontaktu z koordynatorem opieki, znanym z imienia i nazwiska, niż monitorując sytuację pacjenta na odległość lub z zastosowaniem tylko wsparcia telefonicznego. Wydaje się, że efektywność opieki rośnie, kiedy celem modelu jest zapewnienie dobrostanu i samodzielności pacjenta przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych oraz wspieranie go, tak, by mógł poradzić sobie ze swoim problemem fizycznym i prowadzić życie o dobrej jakości, w odróżnieniu od podejścia polegającego wyłącznie na leczeniu objawów.

Interesariuszami opieki koordynowanej powinni być: pacjenci, placówki podstawowej opieki zdrowotnej w Grudziądzu, szpital w Grudziądzu, placówki pomocy społecznej dostępne w okolicy, lokalne NGO, lekarze specjaliści współpracujący z wyżej wspomnianymi placówkami POZ i szpitalem, fizjoterapeuci, inne podmioty świadczące usługi na rzecz osób starszych oraz inni lokalni usługodawcy (w tym opiekunowie), jak też Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kompleksowy model opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu powinien obejmować następujące komponenty (rozwinięcie poniżej):

1. Utworzenie Biura ds. Seniorów — jednostki zajmującej się planowaniem, monitorowaniem i wspieraniem zbierania danych, pracami analitycznymi i realizacją projektów na rzecz osób starszych w Grudziądzu — np. w strukturach Urzędu Miasta (Komponent A);

2. Utworzenie funkcji koordynatora opieki nad osobami starszymi — np. w strukturach placówek podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z innymi podmiotami zapewniającymi opiekę nad osobami starszymi na szczeblu lokalnym i regionalnym (Komponent B);

3. Regularną ocenę stanu zdrowia, dobrostanu i samodzielności (niesamodzielności) osób starszych, dla potrzeb ustalenia zakresu i rodzaju niezbędnej opieki/pomocy i zapewnienie planów opieki zgodnie z ustalonymi potrzebami (Komponent C);

4. Wprowadzenie mechanizmów przekazywania pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej informacji na temat stanu zdrowia, potrzeb i usług dostępnych dla osób starszych (Komponent D).

Model został przez nas zaproponowany w postaci gotowej do użytku fiszki UE (Załącznik nr 3; materiał dostępny w polskiej wersji językowej).

Zaproponowaliśmy także szereg potencjalnych projektów (również w formie gotowych do użytku fiszek UE) mogących wspierać wdrożenie poszczególnych etapów modelu, nadających się do finansowania ze środków unijnych, jak na przykład:

1. Organizacja szkoleń dla personelu medycznego i socjalnego, a także rodzin i opiekunów nieformalnych, w zakresie: dostępnych narzędzi kompleksowej oceny stanu zdrowia i potrzeb pacjenta powyżej 65. roku życia, świadczenia opieki nad osobami starszymi, realizacji planów opieki, kompetencji opiekunów, a także utworzenie bazy danych potencjalnych wolontariuszy (opiekunów) chętnych do świadczenia pomocy osobom starszym etc. (Załącznik nr 4; materiał dostępny w polskiej wersji językowej);

2. Budowa narzędzia IT umożliwiającego tworzenie planów opieki nad osobami starszymi w Grudziądzu, tzw. Care Plans (Załącznik nr 5; materiał dostępny w polskiej wersji językowej);

3. Dostosowanie obecnie istniejącej w Grudziądzu infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej, a także transportu miejskiego, do potrzeb i możliwości osób starszych (Załącznik nr 6; materiał dostępny w polskiej wersji językowej).

Wdrożenie modelu powinno być przeprowadzane etapami. Nie wszystkie proponowane działania będą rozpoczynały się i kończyły w tym samym momencie. Sytuacja taka ma zwykle miejsce, gdy obecne są ograniczone zasoby (zarówno finansowe, jak i kadrowe), a także zdolność instytucji do wdrażania nowych rozwiązań. Do najważniejszych elementów zapewniających trwałość funkcjonowania modelu należą:

1. Priorytetyzacja polityki senioralnej jako głównego działania Urzędu Miasta,

2. Dedykowane miastu fundusze, umożliwiające realizację określonej polityki senioralnej,

3. Wszelkie nowe projekty realizowane na rzecz seniorów na poziomie lokalnym powinny uwzględniać i angażować w fazę ich projektowania oraz wdrażania społeczność lokalną i interesariuszy,

4. Komunikacja oraz wszelkie kanały komunikacyjne funkcjonujące między Urzędem Miasta, lokalnymi interesariuszami i władzami regionalnymi mogłyby zostać wykorzystane do usprawnienia realizacji polityki senioralnej i minimalizacji kosztów transakcyjnych (możliwe byłoby również zastosowanie pewnych rozwiązań, takich jak np. włączenie lokalnego systemu IT do systemu IT wdrażanego na poziomie województwa).

Podejście etapowe to czynnik zwiększający trwałość modelu. Proponowane poszczególne etapy wdrożenia modelu, jeśli systematycznie wypełniane, zapewnią przewidywaną integrację usług zdrowotnych i społecznych.

WYKRES 16 **Podejście etapowe służące wdrożeniu modelu**

Pierwszym etapem proponowanego modelu jest utworzenie Biura ds. Seniorów, na przykład w Urzędzie Miasta Grudziądza. Posiadanie takiej jednostki, z dedykowanym zespołem, planem pracy, mandatem i narzędziami, zapewni trwałość w realizacji przyszłych projektów UE służących wdrożeniu modelu.

KOMPONENT A

Utworzenie Biura ds. Seniorów — jednostki zajmującej się planowaniem, monitorowaniem i wspieraniem zbierania danych, pracami analitycznymi i realizacją projektów na rzecz osób starszych w Grudziądzu — np. w strukturach Urzędu Miasta.

Utworzenie Biura ds. Seniorów obejmuje: zatrudnienie personelu (co najmniej dwie osoby w pełnym wymiarze godzin, zajmujące się realizacją polityki senioralnej w Grudziądzu), zapewnienie potrzebnego wyposażenia, a także ustalenie kosztów operacyjnych i zapewnienie ich finansowania.

Główne funkcje Biura to:

- punkt kontaktowy — biuro informacji dla osób powyżej 65. roku życia;
- planowanie działań lokalnych dotyczących opieki nad osobami starszymi, w oparciu o regularne zbieranie i analizę danych dotyczących potrzeb grudziądzkich seniorów w zakresie opieki;
- opracowanie projektów unijnych i regionalnych, wspierających wdrożenie modelu;
- przygotowanie programów profilaktycznych dla seniorów w Grudziądzu, zapewnienie ich realizacji zgodnie z wcześniej ustalonym planem i harmonogramem;
- monitorowanie wdrożenia ww. programów pod kątem jakości i osiąganych wyników;
- poprawa komunikacji pomiędzy instytucjami, świadczeniodawcami i wspieranie komunikacji z pacjentami.

Do budowy relacji niezbędnych do skutecznego działania opieki koordynowanej konieczny jest czas, kapitał społeczny i zaufanie. Aby zapewnić sukces, niezbędna jest skuteczna komunikacja i dobre relacje pomiędzy osobami korzystającymi ze świadczeń, pracownikami opieki zdrowotnej/społecznej oraz menedżerami organizującymi świadczenie usług. Nie został wyłoniony jeden, optymalny model organizacyjny, nie ma też uniwersalnej metodologii wprowadzania opieki koordynowanej. Niemniej, jak wykazało wiele międzynarodowych doświadczeń w zakresie wprowadzania opieki koordynowanej, jednym z głównych celów jest promowanie zharmonizowanej opieki poza szpitalem.

Przewidywany budżet na realizację tego komponentu może wynosić od 10 000 do 20 000 PLN miesięcznie, w zależności od ostatecznego zakresu ustalonych prac. Minimalne roczne finansowanie, które powinno być zapewnione dla Biura ds. Seniorów, wynosi zatem około 120 000 PLN. Na budżet komponentu A składają się:

- koszty pracy personelu (min. dwóch pracowników pełnoetatowych w Urzędzie Miasta);
- sprzęt komputerowy wraz ze specjalistycznym oprogramowaniem informatycznym służącym analizie danych;
- dodatkowe fundusze na materiały promocyjne i komunikacyjne oraz narzędzia służące dotarciu do odpowiednich zainteresowanych stron.

Schemat koordynowanej ścieżki dla seniora w systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (odpowiedniej dla jego stanu zdrowia i dobrostanu):

1. Początkowy kontakt z POZ, pomocą społeczną lub szpitalem

2. Organizacja i planowanie — indywidualne plany opieki w POZ — planowanie opieki przez zespół

3. Pomoc społeczna — konsultacje na podstawie kompleksowej oceny geriatrycznej oraz w razie potrzeby, ocena stopnia samodzielności

4. Wdrożenie planu opieki przez POZ lub inne jednostki, np. specjalistę, szpital, pomoc społeczną, opiekę środowiskową czy NGO

5. Co dwa lata weryfikacja planu opieki w oparciu o wyniki jego dotychczasowej realizacji, a także ocena stanu zdrowia i dobrostanu pacjenta

WYKRES 17 Sugerowany proces koordynacji opieki nad pacjentem

KOMPONENT B

Utworzenie funkcji koordynatora opieki nad osobami starszymi — np. w strukturach placówek podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z innymi podmiotami zapewniającymi opiekę nad osobami starszymi na szczeblu lokalnym i regionalnym.

Instytucja, zapewniająca funkcję koordynatora opieki nad osobą starszą, powinna dysponować wystarczającymi zasobami kadrowymi i finansowymi, by odpowiednio nadzorować proces objęcia pacjenta programem opieki koordynowanej, jego diagnostyki, zarządzania jego chorobą i monitorowaniem stanu jego zdrowia. Koordynator opieki nad seniorem powinien blisko współpracować z władzami regionalnymi, które mają ogólny obraz wszystkich lokalnych projektów koordynacji i możliwości ich finansowania, w szczególności ze źródeł międzynarodowych.

Można wprowadzić jeden z dwóch następujących rodzajów koordynatorów:

Opcja 1: koordynator jest umiejscowiony w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ); taki koordynator może być np. pracownikiem systemu opieki zdrowotnej już zatrudnionym w placówce POZ (np. pielęgniarka czy absolwent studiów na kierunku zdrowia publicznego).

Opcja 2: koordynator wchodzi w skład lokalnej grupy działania. Grupy takie często mają status organizacji non-profit zajmujących się działalnością lokalną na rzecz wybranych grup zainteresowania — w tym przypadku osób starszych i niesamodzielnych.

Koordynator jest niezależnym podmiotem, choć musi blisko współpracować z władzami lokalnymi oraz przedstawicielami systemów opieki zdrowotnej i społecznej. Praca koordynatora może być finansowana głównie ze środków projektu, społeczności lokalnej lub NFZ. Liczba koordynatorów zależy od wielkości populacji pacjentów w określonym wieku. Na każde 2000 pacjentów powyżej 65. roku życia powinien przypadać co najmniej 1 koordynator.

Zadania koordynatora obejmują:

- Określenie indywidualnego planu opieki dla wybranej grupy pacjentów, w oparciu o ocenę ich stanu zdrowia i dobrostanu,
- Uzgodnienie planu opieki z rodziną pacjenta i zespołami zajmującymi się realizacją tego planu (również poza placówką opieki zdrowotnej),
- Współpraca z pacjentami w wieku powyżej 65. roku życia i ich rodzinami (opiekunami) w zakresie dostępności i typów świadczeń zdrowotnych i socjalnych dostępnych w mieście — wsparcie organizacyjne,
- Współpraca z Biurem ds. Seniorów, jak też placówkami opieki zdrowotnej i społecznej (w tym zakładami opiekuńczo-leczniczymi, domami opieki społecznej, organizacjami pozarządowymi etc.) w zakresie dostępności i typów opieki zdrowotnej i społecznej dostępnych w mieście dla pacjentów w wieku powyżej 65 lat.

Zakres koordynowanych usług:

- Usługi podstawowej opieki zdrowotnej
- Usługi pielęgniarskie w domu (sprawdzenie stanu zdrowia, podanie przepisanych zastrzyków, pomoc w przygotowaniu przepisanych leków, zmiana opatrunków etc.)
- Usługi higieny osobistej w domu (np. mycie)
- Usługi związane z prowadzeniem domu (pomoc w pracach domowych, przygotowanie lub dostawa posiłków [„obiady na kółkach"] oraz inne usługi)
- Specjalistyczne świadczenia medyczne (telemedycyna/telekonsultacje, rehabilitacja, fizjoterapia oraz inne)
- Konsultacje dietetyczne
- Wsparcie przy kontaktach z instytucjami medycznymi (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia)
- Zarządzanie chorobami przewlekłymi
- Współpraca z lokalnymi aptekami w celu uniknięcia tzw. polipragmazji

Świadczenia medyczne objęte planem opieki:

- Świadczenia lekarskie
- Świadczenia pielęgniarskie
- Podstawowe usługi z zakresu rehabilitacji ogólnej w celu poprawy mobilności pacjenta i złagodzenia skutków pogorszenia zdrowia
- Pomoc psychologiczna
- Czynności terapeutyczne
- Farmakoterapia
- Dieta
- Pomoc w pozyskaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do opieki i rehabilitacji w domu
- Zapobieganie powikłaniom
- Konsultacje i wizyty w przychodni lub w domu pacjenta, również u pacjentów niekwalifikujących się do domowej opieki hospicyjnej
- Edukacja zdrowotna w celu przygotowania pacjentów, ich rodzin i opiekunów do życia i opieki w warunkach domowych

Ważne jest jednak, by zauważyć, że większość zadań wymienionych powyżej wchodzi w zakres umowy lekarza POZ z Narodowym Funduszem Zdrowia, choć niektóre z wymienionych usług medycznych stanowią rozszerzenie jego kompetencji. Niemniej, nie da się koordynować opieki i zapewniać dodatkowych usług bez aprobaty i/lub skierowania od lekarza pierwszego kontaktu w POZ.

Usługi dla indywidualnego pacjenta geriatrycznego:

- Ocena stanu zdrowia pacjenta, w oparciu o całościową ocenę geriatryczną (COG). Ocena powinna obejmować aspekty zdrowotne, sprawność fizyczną, stan psychiczny, wsparcie społeczne (w tym rodzinę i sytuację finansową) oraz standard życia pacjenta
- Przedstawiciele POZ i miejskiego ośrodka pomocy społecznej powinni ocenić stan pacjenta w uzgodnieniu z lekarzami specjalistami (co najmniej dwoma), a następnie sporządzić plan opieki w uzgodnieniu z pacjentem, jego rodziną i zespołem realizującym opiekę
- Wielodyscyplinarny zespół medyczny podejmuje działania w koordynacji z POZ/pielęgniarką środowiskową oraz w bliskiej współpracy z lekarzem POZ
- Plan opieki finansowany jest głównie z budżetu POZ. Miejski ośrodek pomocy społecznej zapewnia, w zależności od potrzeb, wkład rzeczowy lub wsparcie ze strony pracownika socjalnego. Jeśli po dokonaniu oceny stanu zdrowia pacjent nie kwalifikuje się do wsparcia z pomocy społecznej (według opinii pracownika socjalnego), ale potrzebuje takiego wsparcia, można zastosować współpłacenie za usługi socjalne

- Plan opieki jest aktualizowany co najmniej raz na dwa lata, w zależności od potrzeb. Plan opieki jest aktualizowany przez lekarza POZ/specjalistę wskazanego przez lekarza POZ — np. geriatrę — zgodnie z zasadami całościowej oceny geriatrycznej. COG służy jako platforma wymiany informacji na temat pacjenta geriatrycznego z zespołem, z innymi świadczeniodawcami i pomocą społeczną. COG umożliwia integrację usług lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa i pracownika socjalnego ze świadczeniami pomocy społecznej
- Zespół POZ pracuje w formie rad medycznych, dedykowanych poszczególnym przypadkom (również rad wirtualnych), w celu monitorowania stanu zdrowia pacjenta i dostosowywania, w miarę potrzeb, interwencji medycznych i środowiskowych oraz rehabilitacji
- Zespół zajmuje się również promocją edukacji zdrowotnej i zapobieganiem chorobom/niepełnosprawności wśród seniorów i ich rodzin lub opiekunów

Budżet potrzebny na realizację Komponentu B może zostać oszacowany dopiero po ustaleniu przez osoby odpowiedzialne za realizację modelu ostatecznego zakresu działań koordynatorów, a także potencjalnych dodatkowych usług zdrowotnych i społecznych wchodzących w skład planów opieki.

KOMPONENT C

Regularna ocena stanu zdrowia, dobrostanu i samodzielności (lub niesamodzielności) osób starszych, dla potrzeb ustalenia zakresu i rodzaju niezbędnej opieki/pomocy.

Ocena dobrostanu pacjenta nie ogranicza się do identyfikacji chorób, na jakie cierpi pacjent, czy też objawów pogarszających jakość jego życia codziennego. Inne elementy o kluczowym znaczeniu to ocena funkcji fizjologicznych, dobrostanu psychicznego oraz relacji społecznych pacjenta. Ocena funkcji fizjologicznych pacjenta jest kluczowa w przypadku interwencji nastawionej na wsparcie pacjenta, którego jakość życia pogorszyła się na skutek utraty poszczególnych funkcji.

Oprócz wyboru i opracowania narzędzia oceny dobrostanu pacjentów w opiece koordynowanej, ważne jest też odpowiednie wykorzystanie danych i weryfikacja poprawności procesu zbierania danych.

Najbardziej zaawansowanym i kompleksowym sposobem na regularną ocenę stanu zdrowia i dobrostanu pacjenta starszego wiekiem jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Jest to narzędzie tak rozbudowane, że uważane jest za interdyscyplinarny proces oceny zdrowia fizycznego i psychicznego, aspektów behawioralnych, w tym potencjału intelektualnego, funkcjonowania w środowisku społecznym, a także definiowania potrzeb zdrowotnych i społecznych osoby starszej.

COG będzie prowadzona przez wcześniej ustalonego koordynatora opieki nad seniorem, we współpracy z lekarzem, pielęgniarką, fizjoterapeutą i pracownikiem socjalnym. Ocena COG powinna być przeprowadzona w momencie wprowadzania seniora do projektu opieki koordynowanej, a następnie okresowo powtarzana w miarę potrzeb pacjenta.

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG[19])

Narzędzie to należy uznać za rozbudowany interdyscyplinarny proces oceny zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, jego zdolności do funkcjonowania na wszystkich poziomach, w tym potencjału intelektualnego i funkcjonowania w środowisku społecznym, a także ogólnej identyfikacji potrzeb zdrowotnych, psychicznych i społecznych pacjenta. COG powinna być prowadzona przez zespół składający się z lekarza, pielęgniarki, terapeuty zajęciowego/fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego. COG nie jest więc narzędziem jednorazowego użytku, ale raczej zestawem wystandaryzowanych wywiadów, których wyniki są podstawą do opracowania kompleksowego planu opieki. Równocześnie, diagnoza każdego z obszarów może być przeprowadzona osobno i stanowić podstawę do interwencji o ograniczonym zakresie. COG jest zaprojektowana

tak, by oceniać zdolność osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania w swoim środowisku i jej potrzeby w aspekcie zdrowia i opieki. Dla potrzeb oceny stanu zdrowia szczególnie ważne są moduły pozwalające na ocenę czynności życia codziennego (ADL) i funkcjonowania w środowisku domowym (IADL), jak też stanu psychicznego seniora, w tym ryzyka depresji.

COG może być dodatkowo uzupełniona o ocenę sytuacji socjalnej.

Ocena sytuacji socjalnej

Ocena sytuacji socjalnej, przeprowadzana przez pracownika socjalnego, powinna być oparta na wywiadzie środowiskowym stosowanym w ośrodkach pomocy społecznej, rozszerzonym o następujące pytania:

- Czy dana osoba mieszka sama? Jeśli nie, to z kim (współmałżonek, dzieci, wnuki)?
- Czy dana osoba utrzymuje regularne kontakty z rodziną? Jeśli tak, to jak często (1 – 4 razy w tygodniu, codziennie)?
- Czy kontakty z rodziną mają charakter bezpośredni (wizyty)? (tak/nie)
- Czy w bezpośredniej bliskości znajdują się osoby (członkowie rodziny, sąsiedzi), które mogą zapewnić bezpośrednie, regularne wsparcie w prowadzeniu domu lub też wsparcie w zakresie opieki?
- Czy dana osoba otrzymuje obecnie wsparcie, a jeśli tak, od kogo (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, opiekunka opłacana prywatnie, inne — jakie)?

Ocena stanu zdrowia i sytuacji socjalnej powinna umożliwiać nakreślenie planu usług pomocowych i opiekuńczych oraz opracowanie kompleksowego planu opieki. W odniesieniu do usług należy uwzględnić następujące potrzeby:

- Przygotowanie posiłków i gotowanie
- Pomoc w jedzeniu
- Kładzenie do łóżka, wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła
- Ubieranie i rozbieranie
- Korzystanie z toalety (WC)
- Mycie całego ciała, kąpiel
- Sprzątanie
- Chodzenie na spacery
- Robienie zakupów
- Korzystanie z urządzeń gospodarstwa domowego: pralki, telewizora i innych
- Przyjmowanie leków
- Czynności medyczne: pomiar ciśnienia krwi, podawanie zastrzyków, pomiar poziomu insuliny, zmiana opatrunków
- Kontakt z bankami i urzędami publicznymi
- Kontakt z placówkami opieki zdrowotnej (zapisywanie się do lekarza)
- Korzystanie ze specjalnych urządzeń ułatwiających poruszanie się (balkonik, laska, kule)
- Korzystanie z teleopieki i telemedycyny (np. przycisk alarmowy): zdalnie sterowane urządzenia informujące o stanie zdrowia i ułatwiające interwencję w przypadku sytuacji zagrażającej życiu

Przewidywany koszt realizacji komponentu C może wynosić od 200 do 300 PLN na jedną osobę powyżej 65. roku życia, mieszkającą w Grudziądzu i korzystającą z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Minimalne roczne środki finansowe, które należy zabezpieczyć na badanie 21 000 seniorów w Grudziądzu, wyniosłyby zatem 4 200 000 PLN, gdyby wszystkie osoby w ww. wieku uczestniczyłyby w COG. Na budżet komponentu C składają się:

- czas pracy koordynatora opieki nad seniorem (komunikowanie się i zapraszanie pacjentów do przeprowadzenia COG),
- czas pracy pielęgniarki — przeprowadzenie COG,
- czas pracy lekarza POZ i lekarza geriatry — potwierdzenie COG,

- dodatkowe narzędzia służące komunikacji i przeprowadzaniu COG (np. drukowanie kwestionariuszy).

Zestaw materiałów, pomocnych do oceny stanu zdrowia pacjentów powyżej 65. roku życia, w tym kwestionariusz Całościowej Oceny Geriatrycznej, został załączony do niniejszego raportu (Załącznik nr 7; materiały dostępne w polskiej wersji językowej).

KOMPONENT D

Wprowadzenie mechanizmów przekazywania pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej informacji na temat stanu zdrowia, potrzeb i dostępnych usług dla osób starszych.

Narzędzia wspierające wprowadzenie opieki koordynowanej w Grudziądzu

Istnieje potrzeba stworzenia zestawu narzędzi, które pomogą we wdrożeniu opieki koordynowanej w Grudziądzu. Poziom zaawansowania tych narzędzi może być różny — od narzędzi zarządczych i IT, po nowo opracowane narzędzia systemowe służące egzekwowaniu reguł i kontroli, zbieraniu danych, jak też działaniom z zakresu monitorowania i ewaluacji.

Niezbędne będą następujące elementy:

- Poprawa wiedzy i podstawowej efektywności działania świadczeniodawców (np. w zakresie przeprowadzania COG). Szczególną uwagę należy poświęcić kwestiom związanym z przejściem od obecnego modelu opieki, opartego na medycynie naprawczej, do modelu opartego na prewencji i edukacji;
- Wsparcie merytoryczne i szkolenie personelu w zakresie implementacji opieki koordynowanej (np. zarządzanie kontraktami, wymagania w zakresie monitorowania i sprawozdawczości);
- Modernizacja i rozbudowa systemu informacji o zdrowiu oraz szkolenie personelu w zakresie użytkowania takiego oprogramowania; w szczególności systemów IT zgodnych z systemami stosowanymi w pomocy społecznej (jak np. Emp@tia);
- Narzędzia prognozowania ryzyka (zdarzenia niepożądanego, jak np. hospitalizacja) stosowane w odosobnieniu nie będą miały wpływu na wyniki zdrowotne społeczeństwa. Aby osiągnąć rzeczywisty skutek (wynikający z oceny ryzyka), potrzebne są dodatkowe interwencje ze strony zespołu opieki, jak też zmiany behawioralne po stronie pacjenta. Populację można podzielić na różne grupy na podstawie następujących kryteriów:
  - Stratyfikacji ryzyka
  - Wieku i stanu zdrowia
  - Sytuacji socjalnej i demograficznej

Podział populacji można przeprowadzić na poziomie POZ, Urzędu Miasta lub regionalnego oddziału NFZ.

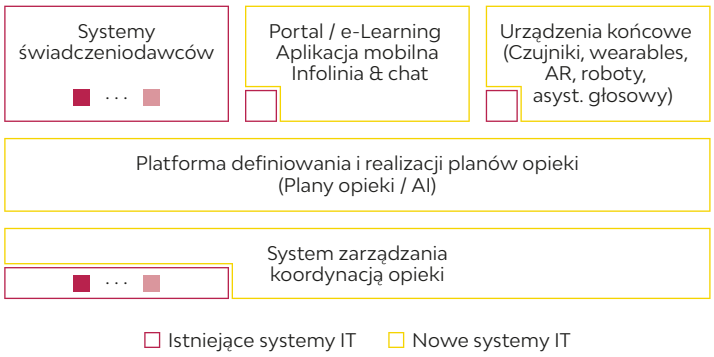
W przypadku osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu podział pacjentów na grupy w oparciu o otrzymane świadczenia powinien być oparty na ocenie ryzyka zdrowotnego, uwzględniającej:

- Ocenę dobrostanu i stanu zdrowia (COG),
- Potrzeby w zakresie rehabilitacji,
- Potrzeby w zakresie opieki pielęgniarskiej, pomocy przy przyjmowaniu leków i używania sprzętu medycznego (ocena stanu zdrowia i potrzeb w zakresie opieki powinna być przeprowadzona w szpitalu),
- Poziom pogorszenia funkcji życiowych (ocena geriatryczna wg skali Barthel),
- Potrzeby w zakresie dbałości osobistej.

Proponowane rozwiązanie IT

Planowane rozwiązanie IT powinno się opierać na architekturze modularnej i otwartych standardach, tak, by umożliwić rozbudowę systemu o nowe grupy użytkowników czy nowe funkcjonalności (zastosowania) oraz w przyszłości — integrację z innymi systemami IT.

WYKRES 18 Architektura systemu IT proponowana przez Bank Światowy



Mając na uwadze zidentyfikowany brak komunikacji (interoperacyjności) pomiędzy systemami podmiotów zajmujących się opieką zdrowotną i pomocą społeczną, proponujemy rozważenie następującej koncepcji architektury systemu IT (zob. Wykres 18).

Zgodnie z proponowaną koncepcją, istniejące systemy świadczeniodawców, które zostały uwzględnione, powinny być uzupełnione o niezbędne dodatkowe systemy, umożliwiające prowadzenie opieki koordynowanej. Szczegółowa koncepcja wdrożenia systemów IT, w tym etapy implementacji i wybór rozwiązań technologicznych, powinna być sporządzona na podstawie szczegółowych analiz przeprowadzonych w ramach odpowiedniego studium wykonalności.

Poniższa tabela przedstawia podmioty odpowiedzialne za dany system IT (administratora) oraz użytkowników poszczególnych komponentów systemu.

TABELA 3 Rekomendowana struktura administratorów i użytkowników poszczególnych systemów IT w ramach opieki koordynowanej w Grudziądzu

	Systemy świadczeniodawców	Portal eLearning/ Aplikacje mobilne/ infolinia i czat	Urządzenia peryferyjne	Platforma definiowania i implementacji planów opieki	System zarządzania koordynacją opieki
Pacjenci i opiekunowie	Użytkownik	Użytkownik	Administrator/ Użytkownik	Użytkownik	
Podmiot/y odpowiedzialny/e za system koordynacji		Administrator/ Dostawca treści		Administrator	Administrator / Użytkownik
Podmioty realizujące opiekę zdrowotną, w tym: a. Przychodnie POZ/ AOS w Grudziądzu b. Szpital wojewódzki w Grudziądzu c. Rehabilitacja	Administrator/ Użytkownik	Dostawca treści	Dostawca sprzętu*/ Użytkownik	Użytkownik	Użytkownik
Podmioty realizujące opiekę społeczną, w tym: ROPS, MOPR, DPS	Administrator/ Użytkownik	Dostawca treści	Dostawca sprzętu*/ Użytkownik	Użytkownik	Użytkownik
NGO	Administrator/ Użytkownik	Dostawca treści	Dostawca sprzętu*/ Użytkownik	Użytkownik	Użytkownik

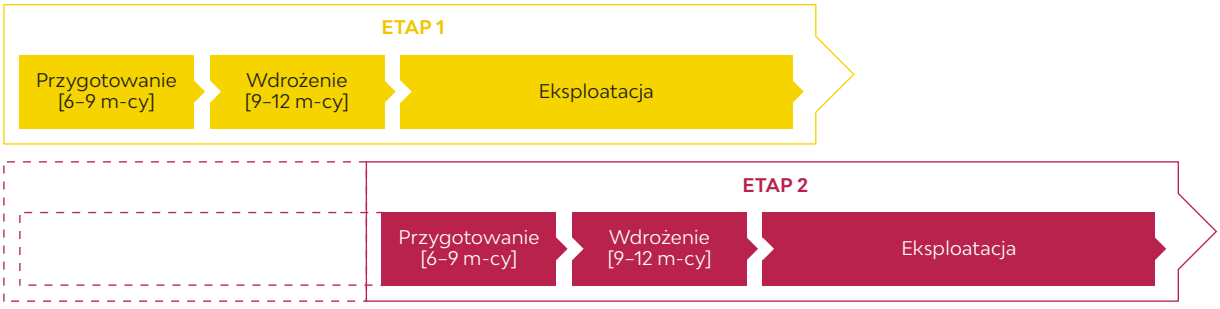
(*) Dopuszczalne jest rozwiązanie, w którym dostawcą sprzętu dla pacjentów będzie podmiot świadczący opiekę.

TABELA 4 Główne elementy systemu IT

Lp.		
1.	Platforma definiowania i implementacji planów opieki	1.Plany opieki • Tworzenie/modyfikacja/monitorowanie realizacji 2. Integracja z systemami podmiotów realizujących plany opieki 3. System analityczny/AI — prognozowanie zdarzeń w ramach planu opieki
2.	System zarządzania koordynacją opieki	1. Zarządzanie informacjami dotyczącymi potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia populacji 2. Zarządzanie informacjami dotyczącymi procesów opieki 3. Alokacja zasobów 4. Ocena i rozliczenie usług opieki
3.	Front-end	1. Pacjent • Infolinia/czat • Portal • Aplikacja mobilna • Integracja z urządzeniami peryferyjnymi 2. Personel świadczący opiekę • Interfejsy do systemów podmiotów realizujących opiekę • Aplikacja mobilna • Integracja z urządzeniami peryferyjnymi, które mogą być użytkowane w procesie realizacji opieki (np. w domu pacjenta) 3. Menedżerowie • Portal • Aplikacja mobilna
4.	Urządzenia peryferyjne	• Aplikacje mobilne (stron trzecich) • Wearables • Przyciski alarmowe • Urządzenia i czujniki w otoczeniu pacjenta • Roboty, urządzenia reagujące na głos
5.	Systemy świadczeniodawców (podmioty realizujące opiekę zdrowotną i społeczną)	1. Integracja z platformą planu opieki 2. Integracja z systemem zarządzania koordynacją opieki 3. Wprowadzenie nowych funkcjonalności związanych z realizacją opieki (np. wsparcie personelu w otoczeniu pacjenta, telemedycyna, teleopieka)

Rekomenduje się wdrożenie systemu IT w dwóch etapach: najpierw na poziomie lokalnym, a następnie na poziomie regionalnym.

WYKRES 19 Ramowy harmonogram wdrożenia systemu IT proponowany przez Bank Światowy



W pierwszym etapie proponowanego ramowego harmonogramu wdrożenia systemu IT wdrożony powinien być lokalny system IT w Grudziądzu, który jest zasilony danymi, bądź to z istniejących systemów, bądź to wprowadzonymi bezpośrednio przez użytkowników.

W drugim etapie rekomendowane są następujące działania:

- Zdefiniowanie bazowych standardów interoperacyjności, we współpracy z instytucjami krajowymi (np. CSIOZ — Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) oraz regionalnymi (Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego), jak też podmiotami wspierającymi koordynację opieki. Rekomenduje się rozważenie możliwości zastosowania standardów HL7 FHIR i IHE PCC/IHE XDW;

- Implementacja systemu IT (w oparciu o standardy interoperacyjności) umożliwiającego wymianę informacji (danych) niezbędnych dla koordynacji opieki. Należy rozważyć włączenie systemu koordynacji opieki do regionalnej platformy eHealth, budowanej w województwie kujawsko-pomorskim;
- Zapewnienie integracji/interoperacyjności systemów IT w podmiotach zaangażowanych w koordynację opieki z systemem wymiany danych (również w oparciu o standardy interoperacyjności).

Rekomendacje dotyczące organizacji wdrożenia systemów IT

1. Wyznaczenie koordynatora wdrożenia systemów IT i zespołu wdrożeniowego (częściowe wsparcie z zewnątrz — możliwe jest korzystanie także z tzw. outsourcingu);

2. Sporządzenie podstawowych dokumentów implementacyjnych: analizy wykonalności dla systemów IT, w tym specyfikacji systemów oraz procesów ich utrzymania i rozwijania; sporządzenie dokumentów niezbędnych w procesie zamawiania usług;

3. Priorytetyzacja funkcjonalności wdrażanych na poszczególnych etapach oraz edycji odpowiednich systemów IT. Rekomendowana kolejność wdrożenia to:
   - Bazowe/krytyczne funkcjonalności platformy planów opieki,
   - Bazowe funkcjonalności komunikacji z pacjentami i ich opiekunami,
   - Bazowe funkcjonalności systemu zarządzania,
   - Niezbędny/krytyczny zakres integracji pomiędzy systemami IT;

4. Wdrożenie procedur oceny działania systemów IT i aktualizacja planów ich rozwoju;

5. Zapewnienie kompetencji i zasobów potrzebnych do rozwoju systemów IT;

6. Szkolenia dla użytkowników systemów IT.

Utworzenie wyżej opisanego systemu IT umożliwi wsparcie funkcjonowania opieki koordynowanej dzięki odpowiedniemu zarządzaniu pozyskanymi danymi. Urząd Miasta w Grudziądzu, lub inna podobna w zakresie funkcji instytucja, będzie administratorem systemu na poziomie miasta, jednak dane poszczególnych pacjentów pozostaną na poziomie świadczeniodawcy. Wyżej opisany system powinien zawierać możliwość tworzenia indywidualnych planów opieki dla pacjentów powyżej 65. roku życia. Proces tworzenia systemu IT na potrzeby elektronicznych planów opieki został przez nas zaproponowany jako gotowa do użytku fiszka UE (Załącznik nr 5; materiał dostępny w polskiej wersji językowej).

Wysokość budżetu na realizację komponentu D może zostać ustalona dopiero po przeprowadzeniu odpowiedniego studium wykonalności dla proponowanego rozwoju systemu IT. Rozwój systemów i narzędzi IT może generować koszty od kilkudziesięciu tysięcy złotych do nawet setek tysięcy złotych, w zależności od zakresu, który obejmuje.

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1: Szczegółowy opis wywiadów FGI (materiał dostępny w angielskiej i polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 2: Lista i opis modeli opieki koordynowanej nad pacjentami powyżej 65. roku życia funkcjonujących w innych krajach (materiał dostępny w angielskiej i polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 3: Gotowa do użytku fiszka UE: Wdrożenie modelu opieki koordynowanej dla osób powyżej 65. roku życia w Grudziądzu (materiał dostępny w polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 4: Gotowa do użytku fiszka UE: Organizacja szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz rodzin i opiekunów nieformalnych w zakresie: dostępnych narzędzi kompleksowej oceny stanu zdrowia i potrzeb pacjentów powyżej 65. roku życia, sprawowanie opieki nad osobą starszą, realizacja planów opieki, kompetencje opiekunów, baza danych potencjalnych wolontariuszy (opiekunów) chętnych do zajęcia się osobami starszymi etc. (materiał dostępny w polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 5: Gotowa do użytku fiszka UE: Budowa narzędzia IT umożliwiającego tworzenie planów opieki dla seniorów w Grudziądzu, tzw. Care Plans (materiał dostępny w polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 6: Gotowa do użytku fiszka UE: Dostosowanie obecnie istniejącej w Grudziądzu infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej, a także transportu miejskiego, do potrzeb i możliwości osób starszych (materiał dostępny w polskiej wersji językowej)

Załącznik nr 7: Zestaw materiałów dotyczących oceny stanu zdrowia pacjentów powyżej 65. roku życia, w tym kwestionariusz Kompleksowej Oceny Geriatrycznej (materiały dostępne online w polskiej wersji językowej: https://tiny.pl/td51b)

Załączniki 1 – 6 dostępne są pod linkiem:
http://documents.worldbank.org/curated/en/743881563205500919/pdf/Opieka-Koordynowana-w-Grudziadzu-Raport-z-Badania.pdf

PRZYPISY

1. Jakovljevic, Mihajlo Michael, Yael Netz, Sandra C. Buttigieg, Roza Adany, Ulrich Laaser, and Mirjana Varjacic. "Population aging and migration — history and UN forecasts in the EU-28 and its east and south near neighborhood — one century perspective 1950 – 2050." (Starzenie się społeczeństwa i migracje — historia i prognozy ONZ dla krajów UE-28 oraz ich wschodnich i południowych państw ościennych — perspektywa jednego stulecia 1950 – 2050) Globalization and health 14, nr 1 (2018): 30.
2. GUS (2014). Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014 – 2050. Warszawa.
3. Hrynkiewicz, Józefina, Alina Potrykowska, Janusz Witkowski oraz Rządowa Rada Ludnościowa. „Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej." (2018).
4. GUS (2014). Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014 – 2050. Warszawa.
5. GUS (2017) Regionalne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności Polski w latach 1990 – 2015 oraz w perspektywie do 2040 r.
6. Portal miejski Grudziądza. Pobrano z: https://grudziadz.pl/; dostęp w dn. 18.03.2019.
7. Portal miejski Grudziądza. Pobrano z: https://grudziadz.pl/; dostęp w dn. 18.03.2019.
8. Dom Dziennego Pobytu w Grudziądzu. Pobrano z: https://ddpmaksymiliangrudziadz.twoje-miasto.pl/, dostęp w dn. 18.03.2019.
9. NFZ. Lista umów. Pobrano z: http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/, dostęp w dn. 26.03.2019.
10. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia. Wyszukiwanie podmiotów leczniczych. Pobrano z: https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/RegistryList; dostęp w dn. 26.03.2019.
11. Dane Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
12. Jeden beneficjent może otrzymywać więcej niż jedno świadczenie, w tym przypadku zarówno świadczenie pieniężne jak i rzeczowe.
13. Usługi opiekuńcze świadczone są przez pracowników socjalnych lub opiekunki; obejmują różne usługi z zakresu opieki i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności.
14. FGI zostały przeprowadzone przez PBS Sp. z o.o.
15. McLafferty, Isabella. "Focus group interviews as a data collecting strategy." Journal of advanced nursing 48, nr. 2 (2004): 187 – 194.
16. Interoperacyjny oznacza tu zgodny z innymi systemami IT wspierającymi opiekę i oparty na branżowych standardach interoperacyjności.
17. Béland, François i Marcus J. Hollander. "Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives." Gaceta Sanitaria 25 (2011): 138 – 146.
18. NHS England. A guide to community-centered approaches for health and wellbeing. Pozyskano z: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_clld_local_actors.pdf & https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing__full_report_.pdf; dostęp z dn. 18.06.2019
19. Stuck, Andreas E., and Steve Iliffe. "Comprehensive geriatric assessment for older adults." (2011): d6799, str.343.