

Rozdział IV.1

Próba oceny badań podjętych w projekcie CLESA

Dotychczas prowadzone w Polsce badania dostępności opieki zdrowotnej dotyczyły wybranych świadczeń lub kontekstów dostępu. Dopiero wprowadzenie reformy ochrony zdrowia zmotywowało badaczy do przeprowadzenia bardziej kompleksowych projektów obejmujących analizę dostępu do większości świadczeń [Tymowska, 2003a; Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004; Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001]. Zwykle dotyczyły one ogółu ludności i opierały się na opinii osób badanych¹, rzadko skupiając się na dostępności różnych form opieki dla osób starszych [Halik, 2002; Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001] lub korzystaniu ze świadczeń przez tę grupę [Bień, 1996; Bień, 2002a; Trafiałek, 2003; Szczerbińska, 2002].

Celem projektu CLESA było przeprowadzenie w miarę możliwości całościowej oceny porównawczej dostępności szerokiego zakresu usług medycznych i pomocy społecznej dla osób starszych z uwzględnieniem poszczególnych kategorii dostępności i ich zmian w określonym okresie (1990–2000). W ramach projektu przy użyciu odpowiednich metod w sposób systematyczny i uporządkowany przeprowadzono analizę wielu dokumentów (w tym wyników wspomnianych wyżej raportów z badań) w poszukiwaniu informacji odnoszących się do zagadnienia osiągalności i dostępności świadczeń medycznych i pomocy społecznej dla ludzi starszych. Zastosowanie opracowanych w projekcie narzędzi (kwestionariusza MQ i FCQ) umożliwiło przeprowadzenie wszechstronnej oceny dostępności. Kompleksowość podejścia została zagwarantowana poprzez:

- objęcie badaniami większości grup świadczeń medycznych i społecznych;
- analizę zasadniczych kategorii dostępności świadczeń (tj. osiągalności świadczeń, świadomości istnienia świadczenia na rynku, dostępności przestrzennej, organizacyjnej i kosztowej);
- rozważenie wielu cech charakteryzujących poszczególne kategorie dostępności świadczeń, takich jak: liczba profesjonalistów, udzielanych porad, zakładów udzielających świadczenia, stopień świadomości lekarzy, pracowników socjalnych i osób starszych odnośnie do istnienia i sposobu korzystania ze świadczeń, stopień partycypowania pacjentów w kosztach

¹ Na przykład badania CBOS, CSIOZ.

świadczeń, zasady reglamentacji świadczeń, liczba wejść do systemu, czas oczekiwania i rodzaje dostępu do usługi (patrz załącznik 2);

- wykorzystanie metod badawczych stosowanych w badaniach świadczeń zdrowotnych (*health services research*), zapewniających ocenę ich dostępności z różnej perspektywy: świadczących i odbiorców świadczeń;
- odtworzenie pełniejszego obrazu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w odniesieniu do osób starszych przy wykorzystaniu:
 - wskaźników strukturalnych dających obraz statyczny,
 - opinii profesjonalistów na temat trajektorii – ścieżki starszego pacjenta w systemie (w tym celu przeprowadzono analizę specjalnie dobranych przypadków, odwzorowując w sposób dynamiczny funkcjonowanie systemu w różnych zakresach opieki),
 - opinii osób otrzymujących świadczenia (opiekunów osób starszych), które miały dopełnić obraz funkcjonowania opieki, a jednocześnie dostarczyć informacje o akceptowalności świadczeń;
- wykazanie zmian dostępności opieki w pewnym czasie (analizowano okres od 1990 do 2000 roku).

Przeprowadzono analizę świadczeń, które wybrano tak, aby odzwierciedlały cztery główne obszary opieki:

1) **opiekę podstawową** realizowaną w środowisku domowym (przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną, pracownika socjalnego i opiekunkę środowiskową), działania z zakresu promocji zdrowia oraz uczęszczanie do DDPS;

2) **opiekę specjalistyczną** ambulatoryjną z wyróżnieniem geriatrycznej;

3) **opiekę szpitalną** prowadzoną na oddziałach chorób wewnętrznych i ostrych geriatrycznych;

4) **opiekę poszpitalną** obejmującą:

- rehabilitację w warunkach szpitalnych lub uzdrowiskowych,
- opiekę długoterminową realizowaną w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach oraz w oddziałach dla przewlekle chorych,
- opiekę długoterminową realizowaną w domach pomocy społecznej.

W badaniu opinii profesjonalistów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na temat funkcjonowania obu tych instytucji w zakresie opieki nad osobami starszymi posłużono się wybranymi przypadkami (upadku, otępienia, zniechęcenia i udaru mózgu), tak aby zobrazować sposób postępowania w różnych obszarach opieki. I tak, analiza przypadku osoby, która doznała udaru mózgu, pozwoliła na opis realizacji opieki w oddziałach szpitalnych (wewnętrznym, specjalistycznym i rehabilitacji) oraz opieki domowej prowadzonej w odniesieniu do osoby przewlekle chorej i niepełnosprawnej fizycznie. Z kolei przykład osoby chorej na otępienie posłużył do opisu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnego), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki środowiskowej realizowanej zarówno

przez pielęgniarki, jak i opiekunki środowiskowe pomocy społecznej, oraz stacjonarnej opieki długoterminowej w ramach ZOL, ZPO i DPS dla przewlekle chorych. Przypadek człowieka zniedołężniałego pozwolił na zobrazowanie procedury przyjmowania osoby starszej do DPS i spektrum świadczeń z zakresu promocji zdrowia realizowanych w tych placówkach. Epizod upadku bez złamania dał możliwość oceny działania pomocy doraźnej (pogotowia, izby przyjęć) i rehabilitacji środowiskowej.

W ten sposób dokonano próby wnikliwej oceny dostępu osób starszych do różnych form opieki. Zastosowana metoda (badanie kwestionariuszem MQ) w dużej mierze bazuje na danych zastanych. Z tego względu nie zawsze było możliwe precyzyjne określenie wszystkich elementów dostępności świadczeń dla osób w wieku 65 lat i więcej. Utrudnienia związane z pozyskiwaniem informacji na temat korzystania przez ludzi starszych z poszczególnych świadczeń były spowodowane niepełną sprawozdawczością w tym zakresie. Co więcej, wyniki analizowanych badań czasem wykazywały sprzeczności, będące źródłem problemów w ich interpretacji. Jednym z utrudnień była również konieczność szacowania liczby usług na podstawie danych dotyczących populacji ogólnej. Aby zobrazować charakter zawilości poszukiwania odpowiednich danych, wystarczy powiedzieć, że świadczenia realizowane w ramach pomocy społecznej od lat wydają się bardzo precyzyjnie raportowane. Korzystając z dostępnych danych, nie można było jednak określić liczby osób starszych uzyskujących poszczególne świadczenia (np. zasiłki i usługi), ponieważ w zestawieniach stosuje się kryterium sytuacji uprawniającej do pomocy, a nie wieku.

Z drugiej strony, zastosowanie w projekcie wielu metod z zakresu badań jakościowych zapewniło wszechstronność podejścia i stanowi nowość w badaniach dostępności świadczeń medycznych w Polsce. Należy podkreślić, że wiele danych zebranych w wyniku analizy literatury znalazło potwierdzenie we wnioskach z wywiadów przeprowadzonych z pracownikami obu sektorów i opiekunami osób starszych (a więc klientami tych instytucji). Badanie opinii osób opiekujących się chorymi na otępienie i po udarze mózgu pozwoliło na dokładniejsze odwzorowanie sposobu zorganizowania opieki i zakresu jej realizacji, dostarczając jednocześnie (dokonanego z ich perspektywy) szczegółowego opisu problemów i potrzeb pojawiających się w trakcie opieki nad przewlekle chorym starym człowiekiem.

Wspomniane uwagi dotyczące problemów, które pojawiły się w trakcie prowadzenia badania, są więc przyczynkiem do stwierdzenia konieczności wprowadzenia spójnego systemu sprawozdawczości, który umożliwiałby analizowanie danych w różnej przestrzeni czasowej, zakresie pojęciowym, jak również w wielu kontekstach, uwzględniających między innymi wiek podeszły. Natomiast uzyskane wyniki, a zwłaszcza niemożność dokładnego określenia dostępności niektórych świadczeń dla osób starszych, powinny być impulsem do przyszłych badań empirycznych.

Trzeba podkreślić, że zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze zdecydowanie zwiększa się po 75. roku życia. Dlatego prowadzenie szczegółowych sta-

tystyk i badań, zwłaszcza w odniesieniu do tej grupy ludzi starych, ma mocne uzasadnienie. Rozwijanie różnych świadczeń należy bowiem planować, odwołując się do szczegółowych danych dotyczących rzeczywistych potrzeb populacji osób starszych. Cennym źródłem takich danych mogą być informacje gromadzone przez NFZ.