

Grażyna Mikołajczyk-Lerman
Małgorzata Potoczna



Instytucjonalne wsparcie niesamodzielných osób starszych w województwie łódzkim

**Potencjał, potrzeby,
wyzwania**



Instytucjonalne wsparcie niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim

**Potencjał, potrzeby,
wyzwania**



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
Łódzkiego

**Grażyna Mikołajczyk-Lerman
Małgorzata Potoczna**

Instytucjonalne wsparcie niesamodzielných osób starszych w województwie łódzkim

**Potencjał, potrzeby,
wyzwania**

Grażyna Mikołajczyk-Lerman, Małgorzata Potoczna – Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej
91-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43

RADA REDAKCYJNA SERII GERONTOLOGIA
prof. dr hab. *Elżbieta Kowalska-Dubas*
(Wydział Nauk o Wychowaniu UŁ) – przewodnicząca
członkowie

prof. dr hab. *Bogusława Urbaniak* (Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny UŁ)
prof. dr hab. *Piotr Szukalski* (Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny UŁ)
prof. dr hab. *Grzegorz Bartosz* (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska UŁ)
mgr *Monika Kamieńska* (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi)
dr *Natalia Piórczyńska* (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi)

RECENZENT
Beata Szluz

REDAKTOR INICJUJĄCY
Monika Borowczyk

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
AGENT PR
Marcin Mach

SKŁAD I ŁAMANIE
AGENT PR
Beata Chruścicka

PROJEKT OKŁADKI
AGENT PR
Beata Chruścicka

Zdjęcie wykorzystane na okładce: freepik.com

© Copyright by Authors, Łódź–Kraków 2020
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź–Kraków 2020
© Copyright for this edition by AGENT PR, Łódź–Kraków 2020

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09637.19.0.K

Ark. wyd. 10,5; ark. druk. 11,75

ISBN WUŁ 978-83-8220-389-9
e-ISBN WUŁ 978-83-8220-390-5
ISBN AGENT PR 978-83-64462-74-0

<https://doi.org/10.18778/8220-389-9>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 665 58 63

Spis treści

1. Wprowadzenie	7
2. Starość i starzenie się w ujęciu definicyjnym	11
2.1. Teoretyczne koncepcje starości	11
2.2. Procesy demograficznego starzenia się – przyczyny i konsekwencje	16
2.2.1. Konsekwencje procesu demograficznego starzenia się	18
2.3. Struktura demograficzna mieszkańców województwa łódzkiego	26
2.4. Niesamodzielnosc osób starszych w ujęciu definicyjnym	31
3. Polityka społeczna wobec starości i starzenia (polityka senioralna)	41
3.1. Podstawowe założenia europejskiej koncepcji aktywnego starzenia się	41
3.2. Strategie polityki senioralnej w Polsce	43
3.2.1. Polityka społeczna wobec niesamodzielnych osób starszych	47
3.3. Model lokalnej polityki senioralnej na terenie województwa łódzkiego	49
4. System wsparcia niesamodzielnych osób starszych	53
4.1. Rodzinne wzory opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi	55
4.2. Instytucjonalne i środowiskowe formy wsparcia niesamodzielnych osób starszych	64
4.2.1. Instytucje pomocy społecznej	66
4.2.2. Instytucje ochrony zdrowia	74
4.3. Problemy i niedostatki systemu wsparcia osób starszych niesamodzielnych	76
4.4. Potencjał instytucji wsparcia niesamodzielnych osób starszych na terenie Łodzi i województwa łódzkiego	86

5. Instytucjonalne wsparcie niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim w opinii badanych	97
5.1. Ocena niesamodzielności i szacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych	98
5.1.1. Ocena stanu zdrowia	100
5.1.2. Ocena sytuacji materialnej	106
5.1.3. Ocena sytuacji rodzinnej	108
5.1.4. Metody i techniki zbierania informacji dla potrzeb oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	115
5.1.5. Specjalistyczne narzędzia (testy) diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	120
5.1.6. Ocena jakości – trafności i adekwatności wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych	126
5.2. Określenie zakresu i form wsparcia	128
5.3. Formy i zakres wsparcia instytucjonalnego	130
5.3.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	138
5.4. Zasoby kadrowe placówek opieki długoterminowej	142
5.5. Problemy i ograniczenia w zakresie wsparcia instytucjonalnego	145
5.5.1. Problemy utrudniające trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	146
5.5.2. Ograniczenia w zakresie infrastruktury pomocowej	151
5.5.3. Problemy adaptacyjne podopiecznych	159
5.5.4. Propozycje działań służących poprawie jakości procesów diagnostycznych i pomocowych	164
6. Rekomendacje	177
7. Zakończenie	181
Bibliografia	183

1. Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności, który oznacza wzrost odsetka osób starszych w populacji, jest jednym z kluczowych wyzwań socjalnych, z jakimi mierzą się współczesne społeczeństwa. Obserwowane trendy demograficzne mają charakter globalny. Wydłużanie się życia – w skali społecznej – prowadzi do zwiększenia się liczby osób w trzecim i tzw. czwartym wieku¹. Ze starzeniem się ludności współwystępuje wielopokoleniowość, w efekcie której coraz częściej najstarsze pokolenie w rodzinie posiada nie tylko wnuki, ale i prawnuki (rzadziej praprawnuki). W populacji osób starszych zaznacza się przewaga starszych kobiet w stosunku do liczby mężczyzn w podobnym wieku, a także wzrost odsetka osób samotnych, które prowadzą jednoosobowe gospodarstwa domowe, i których samotność wynika najczęściej ze zmiany sytuacji rodzinnej, śmierci współmałżonka, partnera, usamodzielnienia dorosłych dzieci². Konsekwencjami procesu starzenia się są zmiany kulturowe, nowy sposób pełnienia ról rodzinnych i zmiana pozycji seniorów w rodzinie. Wraz z wiekiem zmniejszeniu ulega sieć kontaktów społecznych. A wraz ze spadkiem sił witalnych, obniżeniu ulega funkcjonalność i zdolność do samodzielnego radzenia sobie z odczuwanymi zmianami. Profil współczesnych seniorów, jak również wzory przebiegu procesu starzenia się, charakteryzuje duże zróżnicowanie indywidualne, którego źródeł upatruje się w: cechach osobowościowych, indywidualnych predyspozycjach genetycznych, poziomie wykształcenia, zasobach materialnych, zasobach rodzinnych i społecznych osób starszych. Kluczowym czynnikiem różnicującym sytuację życiową osób starszych jest stan zdrowia, a przede wszystkim problemy zdrowotne, które utrudniają i ograniczają możliwość samodzielnego

¹ Mianem trzeciego wieku określa się seniorów, którzy utrzymują się z emerytur i rent, samodzielnie są w stanie wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego, mianem czwartego wieku seniorów, którzy wymagają stałej pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

² Zjawisko feminizacji i singularyzacji starości.

zaspakajania potrzeb. W konsekwencji osoby starsze w różnych obszarach są zmuszone korzystać z pomocy innych. Stopnień doświadczanych trudności jest zróżnicowany – niekiedy oznacza jedynie pewne niewielkie funkcjonalne ograniczenia, innym razem, gdy utrata samodzielności jest całkowita, zmusza osoby starsze do korzystania z pomocy innych. W konsekwencji seniorzy stanowią wewnętrznie niejednorodną grupę, którą charakteryzują zindywidualizowane potrzeby i oczekiwania. W populacji osób starszych są osoby aktywne zawodowo, w przypadku których wydłużenie trwania życia współwystępuje z coraz dłuższym okresem aktywności zawodowej, społecznej, sprawności fizycznej i psychicznej. Z kolei dla innej grupy osób starzenie się oznacza utratę sił vitalnych i ograniczenie aktywności a z uwagi na zaawansowaną fazę starości³ generuje potrzebę pomocy i opieki. Wraz z wydłużaniem się przeciętnego czasu trwania życia, wzrasta liczba osób starszych, które znalazły się w sytuacji ograniczonej samodzielności i w konsekwencji są zmuszone korzystać z różnych form świadczeń opiekuńczych ułatwiających im funkcjonowanie w środowisku społecznym. Utrata samodzielności jest skutkiem wielu czynników, na przykład choroby przewlekłej czy niepełnosprawności. Kluczową zatem w systemie pomocy kwestią jest zapewnienie dla niesamodzielnych osób starszych wsparcia, którego wymagają w codziennym funkcjonowaniu. Zagwarantowanie pomocy i opieki osobie starszej powinno przybierać zróżnicowane z uwagi na potrzeby, indywidualne formy. Należy mieć na uwadze, iż potrzeba wsparcia ma charakter dynamiczny – ulega zmianie wraz ze zmianą sytuacji osoby starszej. Poszczególne osoby potrzebują jej w różnych formach i zakresie, który ulega zmianie wraz z: wiekiem, zmianą stanu zdrowia, fazą cyklu życia, sytuacją rodzinną czy statusem ekonomicznym. Z jednej strony, działania opiekuńcze w sposób nieformalny świadczą członkowie rodziny, sąsiedzi, znajomi, a z drugiej, w sytuacji utraty przez rodzinę zdolności do pełnienia funkcji opiekuńczych, są one realizowane w formie pomocy zinstytucjonalizowanej⁴.

Celem publikacji jest wskazanie na aktualny stan instytucjonalnych zasobów wsparcia niesamodzielnych osób starszych i zakres potrzeb w tym zakresie na terenie województwa łódzkiego, które

³ Wzrasta liczba osób bardzo starych (zjawisko podwójnego starzenia się).

⁴ Członkowie rodzin, znajomi, sąsiedzi stanowią tzw. pierwotne źródła wsparcia, natomiast instytucje i grupy samopomocowe – wtórne źródła wsparcia.

należy do województw najstarszych demograficznie. W województwie łódzkim w większym stopniu niż w innych częściach kraju obserwuje się procesy demograficznego starzenia się.

W strukturze publikacji wyróżnione zostały cztery rozdziały. W rozdziale pierwszym zdefiniowane zostały pojęcia starości i starzenia się oraz niesamodzielności. Wskazane zostały podstawowe charakterystyki procesu demograficznego starzenia się. Zwrócono też uwagę na konsekwencje wydłużania się przeciętnego trwania życia – dla osób tego doświadczających i dla całego społeczeństwa.

Rozdział drugi stanowi przegląd podstawowych koncepcji polityki społecznej na rzecz osób starszych, ze zwróceniem uwagi na potrzeby osób zależnych. Zapewnienie opieki niesamodzielnym osobom starszym staje się coraz ważniejszym zadaniem dla twórców polityk publicznych i wyzwaniem dla lokalnej polityki społecznej. Wymusza ono podjęcie odpowiednich działań, ukierunkowanych na potrzeby bardzo zróżnicowanej populacji osób starszych, niemal we wszystkich obszarach: służby zdrowia, finansów publicznych, rynku pracy, struktury i relacji w gospodarstwach domowych, poziomu konsumpcji, polityki publicznej (Fihel, Okólski 2018). Głównymi celami podejmowanych w ramach polityki społecznej działań są: ograniczenie niekorzystnych konsekwencji wzrostu populacji osób starszych, stworzenie warunków umożliwiających osobom starszym godne funkcjonowanie w społeczeństwie, zapobieganie ich wykluczeniu i marginalizacji, oraz działania aktywizujące i włączające seniorów w pracę zawodową i strukturę społeczną.

Rozdział trzeci prezentuje podstawowe rodzinne, instytucjonalne, środowiskowe formy, składające się na obowiązujący system wsparcia niesamodzielnych osób starszych. W stosunku do osób starszych stosuje się rozróżnienie między opieką formalną, świadczoną w ramach formalnego, zawodowego świadczenia usług opiekuńczych i opieką nieformalną, udzielaną głównie przez rodzinę. Potrzeby osób starszych, które z racji wieku potrzebują pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, są zaspokajane w przeważającej mierze przez rodzinę.

Z uwagi na aktualne zmiany społeczne, ekonomiczne i demograficzne zmianie ulega także model opieki nad osobami starszymi w rodzinie. Zmiana roli rodziny w opiece nad niesamodzielnymi seniorami wskazuje na zmniejszające się zasoby opiekuńcze rodziny. Konsekwencją ograniczonej wydolności opiekuńczej rodziny jest

zwiększone zapotrzebowanie na profesjonalne usługi opiekuńcze, świadczone w ramach instytucjonalnych form wsparcia – systemu publicznej pomocy społecznej i służby zdrowia, a realizowane przez na przykład: zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, DPS, organizacje pozarządowe, podmioty świadczące opiekę na zasadach komercyjnych. Kluczowa (z uwagi na procesy deinstytucjonalizacji) jest pomoc w formie środowiskowej, udzielana w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

W rozdziale czwartym zostały przedstawione wyniki przeprowadzonych analiz, które powstały w oparciu o materiał empiryczny zebrany w ramach projektu badawczego pod nazwą „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim”, zrealizowanego na zlecenie Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi. Przedstawione analizy ilustrują w jaki sposób istniejący potencjał wybranych instytucji publicznych dla niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim radzi sobie z diagnozowaniem potrzeb i realizacją wsparcia w kontekście wyzwań współczesnej codzienności.

Podjęte rozważania wpisują się w ogólnopolski dyskurs na temat problemów funkcjonowania instytucjonalnego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami i chorujących psychicznie, na przykładzie analizy wybranych instytucji na terenie województwa łódzkiego.

2. Starość i starzenie się w ujęciu definicyjnym

Pierwszą kwestią – nierozzerwanie związaną z definiowaniem starości – jest określenie, w którym momencie przebiegu życia jednostka wchodzi w okres starości. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne propozycje określające początek okresu starości, które odwołują się do wieku kalendarzowego. W większości propozycji za początek starości uznaje się 60 lub 65 rok życia. Definicja wprowadzona w 1982 roku przez pierwsze światowe Zgromadzenie Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat Starzenia się Społeczeństw stanowi, że osoba starsza to osoba, która ukończyła 60 rok życia¹. Zgodnie z definicją ustawową, osoba starsza to osoba, która ukończyła 60 rok życia². Według klasyfikacji WHO przedziały wiekowe określające poszczególne fazy starości wyróżniają wiek przedstarczy (41–59 rok życia), wczesną starość (60–75 rok życia), trzeci wiek ('młodzi'–'starzy'), 75–90 – późna starość, starość dojrziała ('starzy'–'starzy'), po wyżej 90 roku życia – starość sędziwa, ('długowieczność') (Szatur-Jaworska 2006: 46). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) klasyfikuje wiek podeszły jako przedział wiekowy 60–75 lat (tzw. wczesna starość), wiek starszy jako 75–90 lat (tzw. późna starość) i wiek sędziwy 90+. (Kijak, Szarota 2013:14).

2.1. Teoretyczne koncepcje starości

Starość jest pojęciem wielowymiarowym. Z perspektywy polityki społecznej postrzegana jest jako jedna z naturalnych faz rozwojowych cyklu życia człowieka, w której zachodzą nieodwracalne zmiany w układach i narządach człowieka, a także w jego

¹ Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Dz.U. z 2013, poz. 118.

² Ustawa z dnia 11 września 2015 o osobach starszych, Dz.U. 2015, poz.1705.

funkcjach życiowych (Kotlarska-Michalska 2016). Starość jest nieuniknionym efektem procesu starzenia się organizmu, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne oddziałują względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu (Szarota 2010: 24). Każda z osób w indywidualny sposób doświadcza zmian fizycznych, psychicznych i społecznych. Fazę starości charakteryzują zmiany w aspekcie biologicznym, psychicznym i społecznym. W aspekcie społecznym okres starości skutkuje zmianą pozycji społecznej i związanymi z nią rolami społecznymi. Każda rola jest normatywnie wyznaczana przez system społecznej kontroli, posiada przypisane jej nakazy, zakazy, przywileje lub powinności i wyznacza zakres wolności jednostki oraz ograniczenia podyktowane dobrem ogółu. Redukcja dotychczasowych obowiązków i zadań przynosi jednostce poczucie odseparowania, izolacji i rozgoryczenia. Zakończenie aktywności zawodowej wiąże się z reorganizacją i zmianą stylu życia. Zmienia się także status ekonomiczny. Seniorzy funkcjonujący niegdyś jako opiekunowie teraz sami potrzebują pomocy i wsparcia na różnych płaszczyznach (Kijak, Szarota 2013: 50).

Starość jako faza życia jest bardzo zróżnicowana. Jeden z wymiarów jej zróżnicowania stanowią indywidualne możliwości zaspakajania własnych potrzeb. Jak stwierdzają autorki badań nad poczuciem użyteczności Astrid Tokaj i Danuta Krzysztofiak, potrzeby osób starszych w zasadniczy sposób nie różnią się od potrzeb pozostałych grup wiekowych, zmianie ulega tylko ich natężenie oraz możliwości ich zaspakajania, a w rezultacie sposoby i formy ich zaspakajania (Tokaj, Krzysztofiak 2015: 94–95). W okresie starości bardzo silnie odczuwana jest potrzeba użyteczności, przynależności, bezpieczeństwa. Odczuwanie bezużyteczności wzmacnia postępujący proces starzenia się, czego efektem jest rzeczywiste zmniejszanie się sprawności psychofizycznej. Poczuciu bezużyteczności sprzyjają stereotypy społeczne, które – odzwierciedlając stosunek do osób starych – upowszechniają przekaz, że człowiek stary jest zależny od innych, wymaga pomocy, jest obciążeniem dla rodziny i społeczeństwa, jest społecznie nieprzydatny (Tokaj, Krzysztofiak 2015).

Starzenie to zróżnicowany, zindywidualizowany, wielowymiarowy i dynamiczny proces zmian ściśle związanych z oddziaływaniem

upływającego czasu, a wraz z nim pogarszaniem się psychobiologicznej kondycji organizmu jednostki. Ponadto podkreśla się, że cykl zmian dotyczy całego organizmu i jego funkcji, ma charakter nieuchronny, powszechny, długotrwały, a z punktu widzenia indywidualnej jednostki oznacza szereg spowodowanych wiekiem zmian – nie tylko fizjologicznych, ale także psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych. Starzenie się to zmniejszanie zdolności odpowiedzi na stres środowiskowy, który pojawia się w organizmach wraz z upływem czasu, naturalne i nieodwracalne nagromadzenie się uszkodzeń wewnątrzkomórkowych, które przerastają zdolności organizmu do regeneracji. Co istotne, przebieg procesu starzenia się ma charakter zindywidualizowany Indywidualne tempo procesu starzenia wyznaczają: czynniki genetyczne, styl życia, sposób odżywiania, poziom stresu, przebyte choroby, aktywność fizyczna (Szarota 2014). Kluczowym elementem postrzegania starości jako fazy cyklu życia jest zindywidualizowany sposób adaptacji do zmian, jakie wyznaczają specyfikę tego okresu. Przygotowanie się do zmiany ról społecznych, adaptacja do zmian związanych z wiekiem i umiejętności na nie reagowanie stanowią podstawowe zadanie rozwojowe tej fazy. To co różnicuje indywidualny obraz starości to sposób przebiegania procesu adaptacji. Jak zwraca uwagę Zofia Szarota, okres starości jest czasem, w którym osoby starsze zmuszone są zmierzyć się ze zmianami, na które nie zawsze są gotowi. Istotnym elementem procesu adaptacji jest osiągnięcie wewnętrznej integracji. Doświadczeniem niełatwym jest pogodzenie się z upływającym czasem oraz wypracowanie dojrzałej postawy wobec śmierci własnej i osób bliskich (Szarota 2014: 38). Są seniorzy, którzy wejście w okres starości traktują jako wejście w ostatnią fazę życia, która otwiera nowe możliwości i w której osoba starsza znajduje czas na rozwój zainteresowań czy podejmowanie aktywności, na które brakowało czasu we wcześniejszych etapach życia. Ale są także seniorzy, dla których okres starości jawi się jako czas bezpowrotnej straty cenionych społecznie wartości – zwłaszcza w sytuacji ograniczonej zdolności do samodzielnego zaspakajania swoich potrzeb. Niesamodzielnność czyni te osoby zależnymi od innych, a tę zależność od innych są w różnym stopniu skłonne zaakceptować (Fabiś, Tokaj, Krzysztofiak 2015).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na pięć typologii odzwierciedlających postawy osób starszych wobec własnej starości.

1. Postawa konstruktywna charakterystyczna jest dla ludzi o pozytywnym nastawieniu, tolerancyjnych, pełnych humoru, którzy mają dobry kontakt z otoczeniem i mogą liczyć na pomoc i wsparcie najbliższych, dzięki czemu nie obawiają się starości i związanych z nią konsekwencji.

2. Postawa zależności charakteryzuje ludzi biernych, uległych, zależnych od innych i wycofujących się. Osoby te nie szukają nowości, a harmonia i życie rodzinne zapewniają im poczucie bezpieczeństwa i równowagę psychiczną.

3. Postawa obronna charakteryzuje osoby przesadnie opanowane, które nie potrafią mówić o swoich problemach. Ich postawę cechuje sztywne przestrzeganie zasad. Boją się starości, przez co odczuwają zazdrość wobec osób młodych.

4. Postawa wrogości – to osoby podejrzliwe, agresywne, obwiniające innych za swoje błędy. Nie posiadają zadowalających kontaktów z innymi, izolują się, nie akceptują starości i zamykają się w sobie.

5. Postawa wrogości wobec samego siebie opiera się na niechęci do własnego życia, braku zainteresowań. Osoby te uważają się za pokrzywdzone, czują się osamotnieni i niepotrzebni. Często prowadzą nieudane życie rodzinne. Mają obojętny stosunek do życia – nie zazdroszczą młodym, nie boją się śmierci, a często nawet traktują ją jako wybawienie (Fabiś 2015: 65).

Wielowymiarowe podejście do starości i starzenia się odzwierciedlają koncepcje teoretyczne na gruncie gerontologii społecznej³. Każda z koncepcji prezentuje odmienny sposób interpretacji procesu starzenia się i starości. Niekiedy jest to interpretacja nazbyt optymistyczna, która nie dostrzega ograniczeń związanych z wiekiem, innym razem zbyt pesymistyczna, która w sposób wyolbrzymiony dostrzega ograniczenia wynikające ze zmian funkcjonalnych i biologicznych. Wśród koncepcji zwracamy uwagę na teorię wyłączenia, teorię aktywności, teorię kontynuacji. Istnieją także: teoria stratyfikacji wieku, teoria subkultury starości, teoria na-

³ Gerontologia społeczna bada społeczne przyczyny i konsekwencje procesu starzenia się społeczeństw, psychologiczne aspekty starzenia się, postawy społeczeństwa wobec osób starszych i ich miejsce w społeczeństwie. Poszukuje metod zaspakajania potrzeb starszych osób przez zapewnienie im specjalnych programów opieki i pomocy, a także usług i rozwiązań z zakresu polityki społecznej. Gerontologia społeczna łączy w sobie wiedzę z zakresu pedagogiki, psychologii i socjologii starzenia się (Zych 2001: 79).

znaczenia społecznego, teoria kompetencji, teoria wymiany, teoria modernizacji, teoria biegu życia.

Teoria wyłączenia się jest jedną z pierwszych koncepcji, która wywarła znaczny wpływ na definiowanie procesu starzenia się. Konceptualizacja procesu starzenia się jaką prezentuje ta teoria spotkała się z dość ostrą krytyką, dlatego współcześnie należy do najrzadziej akceptowanych stanowisk w tym zakresie. Koncepcja ujmuje starzenie jako nieunikniony proces stopniowego ograniczania interakcji między osobą starszą a innymi członkami systemu społecznego. Wycofanie się osób starszych z dotychczasowych form aktywności społecznej – rozumiane jako niechęć do podejmowania nowych obowiązków, zmniejszenie zainteresowania sprawami zewnętrznymi, skoncentrowanie uwagi na sobie – jest zjawiskiem naturalnym, powszechnym i nieuchronnym, i nie musi oznaczać nieudanej starości (Synak 1999: 145, Halik 2002: 17).

Teoria aktywności zakłada przeciwną interpretację procesu starzenia się. W teorii aktywności proces starzenia rozpatruje się jako „gromadzenie się napięć związanych z obrazem siebie, które powstają wraz ze zmianą w pełnieniu ról społecznych” (Zych 2001: 218). Aktywne przystosowanie się do starości jest naturalnym zjawiskiem i polega na podtrzymywaniu wzorów oraz wartości charakterystycznych dla wieku średniego. Negatywne konsekwencje utraty jednej roli mogą być wynagradzane przez przyjmowanie ról nowych (utrata roli zawodowej nie wyklucza aktywności w innych dziedzinach życia np. społecznej, kulturalnej). Warunkiem udanej starości jest realizowanie przez osoby starsze, odpowiednio do stanu zdrowia i wieku, wszelkich form aktywności. A zatem większość starzejących się osób utrzymuje ten sam co na wcześniejszych etapach życia, stały poziom aktywności (Synak 1999).

Koncepcją, która łączy elementy teorii wycofania się i aktywności jest teoria kontynuacji, która zakłada, że poszczególne etapy ludzkiego życia stanowią kontynuację poprzednich. Wejście w okres starości jest zatem kolejnym etapem życia, w którym – przystosowując się do nowej sytuacji – jednostka utrzymuje wcześniej zinternalizowane wartości, normy, zwyczaje. Twórcy koncepcji zakładają, że możliwości adaptacyjne jednostki w podeszłym wieku są bardzo duże. Każda jednostka wchodzi w okres starości przygotowana przejściem wcześniejszych etapów życia (Halik 2002).

Potrzeba użyteczności jest szczególnie ważna dla zachowania równowagi psychicznej i społecznej (Tokaj, Krzysztosiak 2015). Istnieje kilka przestrzeni, które umożliwiają potrzebę użyteczności. Taką przestrzeń powinna dawać rodzina – zaznaczając, iż nierzadko jest to zadanie dla rodziny trudne z powodu źle rozumianej opiekuńczości, która przeradza się w nadopiekuńczość (Tokaj, Krzysztosiak 2015: 97). Inny możliwy obszar to przynależność do organizacji pozarządowych, wolontariat seniorów, aktywność edukacyjna.

2.2. Procesy demograficznego starzenia się – przyczyny i konsekwencje

Starzenie się ludności czyli wzrost liczby osób powyżej 60 roku życia lub powyżej 65 roku życia – obserwowany co prawda aktualnie w wymiarze globalnym, w sposób szczególny dotyka społeczeństwa europejskie. Jak wskazują dane Eurostat w 2014 roku w 28 krajach UE żyło 506,8 mln ludzi, z czego niemal 94 mln w wieku 65 lat i więcej. Osoby starsze stanowiły ponad jedną piątą mieszkańców Włoch, Niemiec i Grecji (Eurostat 2015). W konsekwencji wskazano, że wspólną cechą państw europejskich jest fakt, iż „niemal każda z europejskich populacji jest starsza od populacji każdego z pozostałych kontynentów” (Baranowska 2017: 2)⁴.

Wszystkie prognozy demograficzne zakładają, że nadchodzące dekady charakteryzować będzie stały przyrost populacji osób starszych, przy jednoczesnym spadku udziału osób w wieku produkcyjnym i starzeniu się zasobów pracy. Według ONZ w 2025 roku 2 miliardy osób osiągnie wiek powyżej 60 lat (1/3 ogółu ludności świata). Ponad 20% Europejczyków będzie miało 65 lat lub więcej, ponadto gwałtownie wzrośnie liczba osób powyżej 80. roku życia. Co istotne, starzeje się nie tylko ogólna populacja, ale w generacji seniorów mamy też coraz większą grupę osób z najstarszych kategorii wiekowych (podwójne starzenie się ludności).

Zaawansowany proces starzenia się charakteryzuje także społeczeństwo polskie. Wśród krajów europejskich Polska jest krajem, który charakteryzuje najbardziej zaawansowany proces demograficznego starzenia się (GUS 2014: 4). Starość demograficzna,

⁴ Według kryteriów ONZ za starą uważa się populację, w której ten odsetek przekracza 7%.

która oznacza ponad 7% udziału osób w wieku 65 lat oraz starszych w populacji jest cechą polskiego społeczeństwa. Proces starzenia się zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego oznacza „zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci” (GUS, 2014: 2). Według prognozy GUS w 2035 roku udział osób w wieku 65 lat i więcej przekroczy w Polsce 24,5%, a w 2050 – 32,7% (GUS 2014).

W roku 2035 liczba osób w wieku 65+ ma osiągnąć 8,358 mln, co oznacza wzrost z 13,5 do 23,2% ogółu ludności Polski w stosunku do roku 2010. Ponadto, pomimo generalnego spadku liczby ludności o 5,5%, zakłada się równie duży wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych – do 4,805 mln (w porównaniu z 2010 r., w którym liczba gospodarstw wynosiła 3,955 mln). W kolejnych dekadach postępować będzie znaczne wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia. Według prognoz demograficznych w 2060 r. Polska, obok Słowacji, będzie państwem europejskim z najwyższą medianą wieku, wynoszącą 54,7 lat⁵ (Eurostat). W 2035 r. odsetek osiemdziesięciolatków w polskim społeczeństwie wzrośnie mniej więcej do 7%, w ciągu kolejnych 45 lat się podwoi, tym samym Polska będzie wśród krajów europejskich o najwyższym tempie wzrostu odsetka osób w wieku 80 lat i więcej. Jak przewiduje prognoza Eurostat (opublikowana w 2015 r.), w 2060 roku odsetek osób w wieku 80 lat i więcej będzie w Polsce wynosił 14,6%, co oznacza, że co siódmy Polak będzie miał 80 lat i więcej – będzie w grupie tzw. czwartego wieku, ludzi „starych–starych”⁶ (Szatur-Jaworska, Błędowski 2016).

Przyczyn zdynamizowania przebiegu zjawiska starzenia się upatruje się w: poprawie jakości życia związanego z dostępem do opieki medycznej, poprawie jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych, wyeliminowaniu lub ograniczeniu chorób przewlekłych, nowych technologiach medycznych i nowoczesnych metodach diagnostycznych. Na wydłużenie życia wpływa poprawa warunków socjalnych i bytowych, wyższy poziom społecznego bezpieczeństwa. Istotna jest większa świadomość społeczeństwa w zakresie troski o zdrowie i higienę życia. Następuje zmiana kulturowego obrazu

⁵ Oznacza to, że połowa Polaków będzie w wieku 54,7 lat lub młodsza, ale druga połowa będzie w tym wieku lub starsza.

⁶ Podobny wskaźnik – ponad 14% – prognozowany jest jeszcze dla trzech krajów europejskich, tj. Słowacji, Niemczech i Portugalii.

starości z modelu cechującego się kłopotami zdrowotnymi na model starości w zdrowiu i sprawności (Szukalski 2012a: 94).

Proces starzenia się ludności w Polsce jest także, jak stwierdza Piotr Szukalski, nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego – spadku umieralności i znacznego spadku poziomu dzietności (obniżony poziom przyrostu naturalnego) (Szukalski 2009c). Proces starzenia się ludności w Polsce wynika z dochodzenia do wieku emerytalnego licznych generacji powojennego wyżu demograficznego. Istotny wpływ mają też procesy migracyjne – wyjazdy młodych osób za granicę w celach zarobkowych, co prowadzi do „przyspieszenia tempa wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie, ale i do zwiększenia dysproporcji między poszczególnymi regionami kraju” (PolSenior 2012: 14).

2.2.1. Konsekwencje procesu demograficznego starzenia się

Przyjmuje się, iż proces demograficznego starzenia się z jednej strony świadczy o dokonującym się postępie cywilizacyjnym, gospodarczym, ekonomicznym i społecznym, z drugiej strony wynikają z niego coraz bardziej wyraźne i liczne wyzwania socjalne, z jakimi zmierzyć się muszą współczesne społeczeństwa i państwa. Konsekwencje procesów starzenia się mają wielowymiarowy charakter. Do najważniejszych należeć będą konsekwencje gospodarcze, społeczne i medyczne. Wymuszają zasadnicze zmiany w polityce społecznej we wszystkich jej obszarach. Podstawowym wyzwaniem jest przygotowanie całego społeczeństwa, gospodarki i państwa do nowej sytuacji demograficznej. Podstawową kwestią jest też podejmowanie działań zapewniających właściwe warunki i możliwości zaspokajania zróżnicowanych potrzeb osób starszych. Starość jest stanem, który wymaga rzeczywistych działań na rzecz zorganizowania systemu wsparcia. Fundamentalną kwestią pozostaje rozwój szeroko rozumianego sektora usług społecznych, określanego obecnie mianem rynku usług senioralnych, który osobom starszym zapewnia dostęp do szeregu dóbr i usług. Ramy organizacyjne sektora usług senioralnych określa zróżnicowana oferta usług/produktów, odpowiadających na potrzeby – z jednej strony – szeroko definiowanych nowych formy aktywności konsumpcyjnej seniorów oraz zmianę pozycji seniorów na rynku pracy i w środowisku lokalnym, z drugiej – potrzeby opieki i wsparcia. W tym pierwszym

przypadku wyzwaniem staje się zatem rozwój sektora usług wspierających aktywność i samodzielność osób starszych – sektora, który zagospodarowuje ich coraz większy potencjał i kapitał społeczny. W konsekwencji procesów deinstytucjonalizacji rodziny aktywność seniorów – wcześniej lokowana w rolach rodzinnych – poszukuje innych możliwości. Jak wskazuje literatura przedmiotu, starzejące kolejne generacje są coraz lepiej wykształcone, coraz lepiej orientujące się w mechanizmach współczesnego świata, coraz bardziej aktywne, zarówno społecznie, jak i ekonomicznie oraz bardziej nastawione na świadomą konsumpcję. Rynek usług senioralnych tworzą działania komercyjne związane z produkcją dóbr i usług dla różnych (w sensie marketingowym) kategorii seniorów. Jedną z typologii wskazuje na starszych konsumentów (55–64 lata), relatywnie starych konsumentów (65–74 lata), starych konsumentów (75–84 lata) i bardzo starych konsumentów (powyżej 84 lata) (Wieczorkowska: 8). Ponieważ na przeciętne dalsze trwanie życia wynoszące 21 lat, przypada okres 16,5 lat przeciętego trwania życia w dobrym zdrowiu.

Rozwój sektora usług senioralnych jest odejściem od postrzegania starości prezentowanej w ramach koncepcji apokaliptycznej demografii, w kierunku podejścia do starości jakie ujmuje koncepcja aktywnego starzenia się. Apokaliptyczna demografia postrzega konsekwencje wydłużenia się ludzkiego życia w kategoriach dotkliwie odczuwanych problemów społecznych, głównie o charakterze ekonomicznym, oraz w kategoriach konfliktów międzypokoleniowych, z odwołaniem się do pojęcia równości, a przede wszystkim sprawiedliwości międzypokoleniowej (Szukalski 2012a: 97). Wzrost populacji osób starszych stanowi zagrożenie dla długookresowego dobrobytu społecznego. Starość z uwagi na problemy zdrowotne, psychiczne i somatyczne wpływa na brak predyspozycji do wykonywania pracy. Założenie to stało się podstawą zjawiska ageizmu nadmiernie stygmatyzującego i dyskryminującego traktowania osób starszych.

Jak stwierdza Piotr Szukalski założenia apokaliptycznej demografii nie dają się utrzymać w sytuacji poprawy stanu zdrowia, wzrostu świadomości swych praw i zainteresowania koncepcją pomyślnego starzenia się. Koncepcja ta jest ukierunkowana na podtrzymanie produktywności ekonomicznej i społecznej osób starszych. Odwołuje się do konieczności zapewnienia na starość

dostępu do zdrowia, samodzielności i produktywności. Bazuje na myśleniu, iż ludzie są zdolni do tego, aby wraz z wiekiem być aktywni w sferze zawodowej i społecznej. Seniorzy potrafią zarządzać przebiegiem swojego życia tak, by minimalizować zakres ograniczeń funkcjonalnych pojawiających się wraz z wiekiem, potrafią podejmować decyzje i starania tak, jak we wcześniejszych etapach życia. Przebieg starości jest konsekwencją wcześniejszych wyborów i zachowań, przede wszystkim na rzecz poprawy swojego stanu zdrowia (Szukalski 2012a: 101). Zgodnie z demografią apokaliptyczną, starzenie się ludności postrzegane jest jako społeczne zagrożenie, jednak dziś zmiany demograficzne należy traktować jako wyzwanie, któremu sprostać należy poprzez podejmowanie działań mających z wyprzedzeniem zmniejszyć konsekwencje wzrostu starzenia się. Najważniejsze z tych działań to: aktywizowanie osób starszych, promowanie bycia aktywnym, umożliwianie bycia aktywnym, zmuszanie do bycia aktywnym (Szukalski 2012a: 109; Szukalski 2012b).

Znaczenie sektora tzw. „srebrnej gospodarki” podkreśla idea, że wszelkie problemy związane ze starzeniem się ludności mogą być rozwiązane w sytuacji występowania trwałego 2–3% wzrostu gospodarczego (Szukalski 2012b). Srebrna gospodarka oznacza zarówno wszelką działalność gospodarczą mającą na celu zaspokajanie potrzeb wynikających z procesu starzenia się ludności (Szukalski 2012b: 7), jak i ogół podejmowanych przez różnorodne podmioty sektora publicznego, „półpublicznego” i prywatnego działań, ukierunkowanych na osoby starsze oraz instytucje/organizacje, których klientami/pracownikami są takie osoby. W skład „srebrnej gospodarki” wchodzi liczne działania mające na celu:

- 1) zapewnienie jak najdłuższej aktywności zawodowej osób starszych – zaopatrzenie jednostek w zaktualizowane kwalifikacje, umiejętności i wiedzę, niezbędne do pomyślnej kontynuacji kariery zawodowej oraz zaopatrzenie organizacji w wiedzę i umiejętność dostosowywania warunków i organizacji pracy do wymagań starzejących się zasobów pracy;

- 2) zapewnienie jak najdłuższej samodzielności – zapewnianie usług umożliwiających dłuższe przebywanie w domu (sprzątanie, zakupy, usługi pielęgnacyjne), dostarczanie wiedzy o występowaniu i korzystaniu z „protez cywilizacyjnych” (wszelkie przyrządy – w tym i roboty domowe – których celem jest kompensacja utraconej

sprawności), organizacja usług transportowych, jak i działalność firm przygotowujących tzw. inteligentne mieszkania (lokale wyposażone w systemy urządzeń elektronicznych wspierających samodzielne życie);

3) zagospodarowanie czasu seniorów – czyli zarówno edukacja, rozrywka, jak i rekreacja; turystyka, usługi odnoszące się do hodowli zwierząt domowych;

4) dbałość o swoje zdrowie i swój image – wszelkie działania (w tym przede wszystkim te o charakterze prewencyjnym) mające poprawić stan zdrowia oraz sprawność, jak i podnoszące samoocenę jednostki dzięki odpowiedniemu makijażowi, ubiorowi;

5) zapewnianie integracji społecznej – działania ukierunkowane na osiągnięcie wyższego poczucia wspólnotowości pomiędzy różnymi grupami społecznymi, w tym i przedstawicielami różnych pokoleń, przybierające najczęściej charakter pracy w wolontariacie;

6) dostarczanie usług finansowych „wrażliwych na wiek” – doradztwo odnoszące się do sposobów zabezpieczenia posiadanego kapitału, gospodarowania posiadanymi środkami (w tym i planowania ich wolnego upływniania), oszczędzania z myślą o sfinansowaniu okresu własnej starości (Szukalski 2012a: 111; Szukalski 2012b).

Piotr Szukalski prognozuje trwały rozwój „srebrnego rynku” w Polsce z trzech powodów:

1) wzrostu liczby osób starszych, a zatem zwiększenia się ważności tego segmentu konsumentów;

2) powolnego wzrostu zamożności osób starszych, a zwłaszcza wyłaniania się podzbiorowości osób starszych, które zdołały skorzystać ze zmian ustrojowych i zgromadzić zasoby materialne – proces ten będzie bardzo nierównomiernie dotyczyć różne warstwy osób starszych i na przedpolu starości, najsilniej zaznaczy się wśród osób z reguły najbardziej skłonnych do korzystania z oferty „srebrnej gospodarki”, czyli wykształconych mieszkańców wielkich miast, mających niewiele dzieci (lub ich niemających), przyzwyczajonych na wcześniejszym etapie życia do realizacji większości wyłaniających się potrzeb;

3) zmian mentalnych wśród seniorów, którzy w mniejszym stopniu oczekiwać będą opieki ze strony rodziny – a zatem i mniej będą skłonni do oszczędzania w imię przekazania majątku następnej generacji – a jednocześnie w większym stopniu będą nastawieni na korzystanie ze starości (zwłaszcza tej wczesnej) jako okresu,

w którym ze względu na dostatek czasu zacząć można realizację niewykonalnych wcześniej marzeń i zamierzeń (Szukalski 2012b).

W skład srebrnej gospodarki wchodzi coraz częściej działania związane z indywidualnym i społecznym przygotowaniem do starości w różnych wymiarach. Przygotowanie do starości jest sposobem na zapobieganie konsekwencjom procesu starzenia się. Ważne jest przygotowanie się jednostek i zbiorowości do bycia jak najdłużej produktywnym. Podejmowany jest szereg działań, między innymi: umożliwianie osobom starszym aktywność zawodową zgodnie z ich możliwościami, wzrost mobilności zawodowej, rozwój edukacji ustawicznej, dostosowywanie miejsc pracy do specyfiki osób starszych, rozwój edukacji zdrowotnej, profilaktyki, rehabilitacji.

Jak pisze Piotr Szukalski, ageizm to proces systematycznego tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z powodu tego, że są stare. Ageizm to zestaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym różnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się. Stereotypy te dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku (Szukalski 2012a: 144). Istota ageizmu polega na założeniu, że powyżej pewnego wieku każda osoba nie jest w stanie poprawnie wykonywać określonych ról społecznych, zwłaszcza tych, które przez społeczeństwo uznane są za produktywne. Podstawą praktyk ageistowskich są dwa przekonania: o homogeniczności populacji osób starszych oraz o silnym i powszechnym związku między wiekiem a stanem zdrowia i sprawnością (Szukalski 2012a: 143). Z ageizmem związane są: dyskryminacja na rynku pracy, dyskryminacja w dostępie do opieki zdrowotnej, dyskryminacja osób starszych jako konsumentów. Wśród licznych przejawów ageizmu wymienia się: lekceważenie, ośmieszanie, paternalizm, protekcyjność, zaniedbanie, przemoc, eksterminację (Szukalski 2012a: 155). Dyskryminacja ze względu na wiek traktowana jest jako najważniejsza przeszkoda w osiągnięciu integracji międzypokoleniowej.

Ramy organizacyjne sektora usług senioralnych określa potrzeba rozwoju usług opiekuńczych. Starzenie się społeczeństwa skutkuje wzrostem liczby osób niesamodzielnych, wymagających opieki i wsparcia ze strony rodziny oraz instytucji państwowych. Procesy demograficznego starzenia się generują wzrost zapotrzebowania na rozwój sektora usług zdrowotnych (medycznych), socjalnych, opiekuńczych, w zakresie opieki długoterminowej. Wyzwaniem jest

rozbudowa rynku usług zdrowotnych i opiekuńczych, na które zapotrzebowanie będzie wzrastało.

Ponieważ wydłuża się okres życia, wrasta liczba osób starszych, w tym najstarszych i najbardziej zagrożonych poważnymi ograniczeniami w zakresie samodzielnej aktywności (Błędowski 2012). Kluczowy w obliczu potrzeb tych osób jest rozwój efektywnie działającego sektora usług opiekuńczych, zapewniający niesamodzielnym osobom starszym możliwość opieki, w tym zakresie opieki długoterminowej. Zapewnienie opieki i wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych staje się jednym z najpilniejszych wyzwań. Zakres niezbędnego i oczekiwanego wsparcia może być różny. Częstość występowania niesamodzielnosci jest wyższa wśród osób w tzw. IV wieku niż u osób młodszych. Wielochorobowość i choroby chroniczne dotyczą od 50 do 80% populacji osób starszych, prowadząc do ograniczenia sprawności funkcjonalnej, a ryzyko wystąpienia chorób również rośnie z wiekiem. Osoby w wieku 80 lat i więcej najczęściej potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły oraz sprawności fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania/domu, przygotowywanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Wśród osób w IV wieku zwiększa się jednak również odsetek osób potrzebujących pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak: zabiegi higieniczne, ubieranie się, samodzielne jedzenie, poruszanie się po domu itp. (Szweda-Lewandowska 2014).

Im większy odsetek osób starszych, tym większe zapotrzebowanie na systematyczne świadczenia opiekuńcze. Wzrasta liczba osób potrzebujących systematycznej opieki. Jak wskazują badania, wraz z wiekiem rośnie udział osób niesamodzielnych wymagających wsparcia w postaci usług opiekuńczych lub pomocy ze strony rodziny. W grupie wiekowej 70–74 lata odsetek ten sięga już prawie 7%, a najwyższy odsetek jest w grupie wiekowej 85–89 lat – prawie 10%. Na rosnącą wraz z wiekiem niesamodzielnosc wskazuje badanie osób starszych w Polsce PolSenior⁷. Dane uzyskane na podstawie badania wskazują na niższy niż wynika z danych ZUS odsetek osób niesamodzielnych w grupie wiekowej 75–79 lat⁸. Wśród

⁷ Do badania niesamodzielnosci użyto wskaźnika ADL, który pozwala na kompleksową ocenę stanu zdrowia.

⁸ Należy wziąć pod uwagę, iż po 75. roku życia wszyscy uprawnieni do otrzymywania świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych nabywają prawo do dodatku pielęgnacyjnego.

najstarszych, czyli osób w wieku 80 lat i więcej, odsetek ten jest natomiast wyższy niż wynika z danych ZUS. Wśród osób w wieku 90 lat i więcej niesamodzielny jest co trzeci senior (PolSenior). Coraz wyraźniej nabrzmiewa potrzeba rozbudowy systemu opieki długoterminowej.

Wyzwaniem staje się też organizacja systemu wsparcia społecznego, który ma na celu zabezpieczenie osób starszych przed ubóstwem. Konsekwencją procesu starzenia, przynajmniej dla części populacji seniorów, jest ryzyko związane z zagrożeniem ubóstwem. Należy pamiętać, iż w pokoleniu seniorów znajdować się wkrótce będą i takie osoby, które w pewnym okresie wieku produkcyjnego doświadczyły bezrobocia, nie były więc wtedy w stanie opłacać składek na ubezpieczenie emerytalne, co stanowi o niskim poziomie świadczeń emerytalnych.

Zwiększenie efektywności opieki jest niezbędne w kontekście starzenia się ludności i konieczności zapewnienia wsparcia zwiększającej się liczbie osób starszych, które nie będą mogły go uzyskać ze strony krewnych. Zapewnianie efektywności wsparcia zależy od wielu czynników – kluczową rolę wydają się odgrywać dwa: finansowanie usług i systemu świadczeń społecznych oraz zapewnienie odpowiedniej kadry.

Wraz ze zwiększaniem się udziału osób starszych w społeczeństwie, istotne staje się znalezienie źródeł i wypracowanie rozwiązań pozwalających na właściwe finansowanie wydatków związanych ze zwiększeniem się wartości wypłacanych świadczeń społecznych oraz znalezienie nakładów finansowych niezbędnych dla rozwoju systemu usług zdrowotnych i usług opiekuńczych. Niezrozerwalnie z rozwojem sektora usług wiązać należy wzrost wydatków publicznych. Obawa o możliwość uzyskiwania wystarczająco wysokich wpływów budżetowych, pozwalających finansować zapotrzebowania na usługi społeczne wyłaniające się ze starzenia populacji.

Zapewnienie właściwej opieki nad osobami starszymi dotkniętymi przewlekłą chorobą lub niepełnosprawnymi w placówkach, wymaga zapewnienia odpowiedniej bazy materialnej oraz zatrudnienia odpowiedniej liczby profesjonalnie przygotowanego personelu. Organizacja instytucjonalnych i środowiskowych form pomocy pociąga za sobą relatywnie wysokie koszty. Koszty te – w interesie ogólnospołecznym – powinny być ponoszone przede wszystkim przez społeczeństwo, a dopiero dodatkowo przez osoby niesamodzielne lub przez ich rodziny (Błędowski 2012).

Analizy (m.in. OECD) pokazują bardzo wyraźnie, że w miarę wzrostu odsetka osób starszych w społeczeństwie wzrasta nie tylko udział wydatków emerytalnych, ale także tych na ochronę zdrowia. W strukturze społecznych wydatków w UE, przeciętnie 2/3 z nich przeznaczane jest na ochronę zdrowia i wydatki związane z wiekiem. Coraz większą część środków finansowych trzeba będzie przeznaczać na ochronę zdrowia. Wysokość wydatków na świadczenia zdrowotne w przeliczeniu na jedną osobę okazuje się być tym wyższa, im wyższa grupa wieku (aż do 90 roku). Otwarte pozostają dwie kwestie – po pierwsze kategoria świadczeń gwarantowanych niezależnie od wieku, po drugie zakres tych usług, które powinny być finansowane ze środków publicznych, osoby starsze i ich rodziny.

Wraz ze zwiększaniem się udziału osób starszych w społeczeństwie potrzebna będzie większa liczba opiekunów. Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze zwiększa zapotrzebowanie na wykwalifikowane w tym zakresie kadry opiekuńcze. Profesjonalne kadry to na przykład pracownicy socjalni, opiekunki środowiskowe, lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe oraz przedstawiciele nowych zawodów pomocnych np. asystent osoby starszej, animator czasu wolnego osób starszych czy instruktor aktywności ruchowej osób starszych.

Nie mniej istotne w kontekście sytuacji demograficznej staje się kształtowanie prawidłowych relacji międzypokoleniowych i solidarności międzypokoleniowej. Wzrost liczby osób starych stanowi potencjalne ryzyko powstania konfliktów między kohortami w obrębie populacji, wyrażające się między innymi w braku akceptacji dla społecznych i indywidualnych potrzeb osób starych. Stąd postulowana konieczność prowadzenia rozbudowanych działań w obszarze międzygeneracyjnej polityki społecznej, a także potrzeba poszukiwania nowych narzędzi i metod, ukierunkowanych na osiągnięcie międzypokoleniowej integracji. Podstawowym celem polityki międzygeneracyjnej jest wypracowanie uznawanych przez wszystkie pokolenia zasad wzajemnego postępowania, wzajemnych praw, obowiązków, podziału zasobów – takie, które zostaną uznane za właściwe, sprawiedliwe i niekrzywdzące. Polityka międzypokoleniowa jest rozumiana jako próba kreowania warunków umożliwiających tworzenie relacji międzypokoleniowych między osobami i grupami żyjącymi dziś, w przyszłości i w przeszłości, w sposób, który gwarantuje

wzmocnienie odpowiedzialności, walczy z stereotypami i dyskryminacją ze względu na wiek, które prowadzą do segregacji i izolacji międzypokoleniowej (Szukalski 2016a; Szukalski 2017). Takim narzędziem kształtowania relacji międzypokoleniowych staje się projekt międzypokoleniowy (Szukalski 2016a; Szukalski 2017). Działania podejmowane w jego ramach polegają na wymianie wiedzy, doświadczeń, umiejętności, ukierunkowane są na rozwijanie więzi i solidarności międzypokoleniowej za pomocą współdziałania niespokrewnionych osób pochodzących z różnych pokoleń (czyli osób z różnych grup wiekowych), zazwyczaj mieszkających w tej samej miejscowości (Szukalski 2016a; Szukalski 2017: 159). Działania te mogą być realizowane w sferze edukacji, w sferze wolontariatu, rekreacji i turystyki, kultury czy mieszkalnictwa. Oczekiwanym ich rezultatem jest wyeliminowanie opartych o uprzedzenia stereotypowych sposobów myślenia na temat starości i ludzi starych.

2.3. Struktura demograficzna mieszkańców województwa łódzkiego

Proces starzenia się nie omija także mieszkańców województwa łódzkiego. Procesowi zmiany struktury wieku towarzyszą procesy depopulacji. Depopulacja oznacza proces polegający na trwałym zmniejszaniu się liczby mieszkańców danego obszaru. Spadek liczby ludności w województwie łódzkim to wynik ujemnego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji (Ocena 2020).

W 2019 roku województwo łódzkie zamieszkiwało 2 454 779 osób, co w skali kraju lokuje łódzkie na 6. miejscu pod względem liczby ludności⁹. Liczba mieszkańców województwa łódzkiego maleje od kilkunastu lat i wykazuje trwały trend. W 2019 roku liczba mieszkańców województwa łódzkiego była niższa o ponad 11,5 tys. osób (około 0,5%) w porównaniu do stanu z roku 2018, natomiast w latach 1995–2019 liczba ta zmniejszyła się o blisko 233 tys. osób, co stanowi spadek o 8,7% (Ocena 2020: 15). Co więcej, jak wskazują prognozy stałe zmniejszanie się liczby mieszkańców województwa będzie się pogłębiać. Według prognoz po 2020 procesy te ulegną przyspieszeniu, co oznacza utrwalenie negatywnego trendu

⁹ Po województwach: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, małopolskim i dolnośląskim.

demograficznego w województwie łódzkim (plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim). Według prognozy GUS z 2014 roku na lata 2014–2050, do 2050 roku populacja osób zamieszkałych na terenie województwa zmniejszy się o kolejne 18,6% w porównaniu do stanu z roku 2019. W okresie 2014–2050 r. utrzymywać się będzie także ujemny przyrost naturalny. Według prognozy z 2017 roku, w województwie łódzkim do 2030 roku ubytek ludności powyżej 5% dotknie 38,4% gmin województwa, a ubytek 8,5% dotknie powyżej 10% gmin (Szukalski 2019: 11 za: GUS¹⁰). Postępujący proces ma swoje liczne konsekwencje gospodarcze i społeczne. Prowadzi do zmniejszenia popytu konsumpcyjnego, zaniku aktywności ekonomicznej z powodu kurczenia się zasobów pracy, a także do – istotnych z punktu widzenia procesów starzenia się – rozerwania i zaniku rodzinnych i sąsiedzkich systemów wsparcia. Pociąga to za sobą konsekwencje w zakresie polityki społecznej, w tym nacisk na ograniczenia usług społecznych i zarazem niższą ich jakość (Szukalski 2019: 13–14).

Znaczące zmiany zachodzą w strukturze demograficznej mieszkańców województwa łódzkiego. W porównaniu do struktury wiekowej ludności w Polsce sytuacja demograficzna w województwie łódzkim jest mniej korzystna. Zjawisko starzenia się społeczeństwa województwa łódzkiego dotyczy obu płci. W 2019 roku w strukturze wiekowej ludności dominowały osoby w wieku 35–39 lat (8,1%) oraz 40–44 lata (7,8%), przy czym stosunkowo wysokie były również udziały osób w grupie wiekowej 60–64 lata (7,6%) oraz 65–69 lat (7,0%). W 2018 roku mediana wieku¹¹ ludności w województwie łódzkim wyniosła 39,7 lat dla mężczyzn (przy czym 40,5 roku w miastach i 38,5 roku na wsi) oraz 43,0 lata dla kobiet (44,5 roku w miastach i 40,6 lat na wsi). Przeciętne trwanie życia mieszkańców województwa łódzkiego¹² jest krótsze niż w kraju. W Polsce w 2018¹³ roku przeciętne trwanie życia kobiet wynosiło 81,7 lat, zaś mężczyzn – 73,8 lat (dane GUS), podczas gdy w woje-

¹⁰ GUS, Prognoza ludności gmin na lata 2017–2030, s. 9.

¹¹ Mediana wieku (wiek środkowy) – parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa badanej populacji już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

¹² Przeciętne dalsze trwanie życia osób w momencie narodzin.

¹³ Dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia publikowane są ze znacznym opóźnieniem. W chwili opracowywania raportu dane za rok 2019 nie były dostępne.

wództwie łódzkim wartości te ukształtowały się na poziomie 80,7 lat oraz 72 lata¹⁴.

Struktura wiekowa ludności województwa łódzkiego ulega niekorzystnym przemianom. Zmniejsza się odsetek ludności w wieku produkcyjnym (w 2019 roku ich udział wynosił 17,0%, niewiele ponad 417,1 tys. osób) oraz (w mniejszym stopniu) w wieku przedprodukcyjnym (59,0%, około 1442,2 tys. osób), a zwiększa – w wieku poprodukcyjnym (w 2019 roku 24,0%, ponad 595,4 tys. osób)¹⁵. Prognoza na rok 2030 przewiduje, że na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie łódzkim przypadać będzie 76,3 osób w wieku nieprodukcyjnym. Wskaźnik obciążenia demograficznego, tj. liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym, osiągnął województwie łódzkim w 2017 roku wartość 39 osób wobec 34 osób w Polsce. W roku 2019 roku wartość wskaźnika dla województwa wyniosła 41,3 wobec 39,9 w roku 2018 (Ocena 2020: 17). Dodatkowo, zgodnie z prognozą ludności GUS, liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie łódzkim będzie się zwiększać i do roku 2050 (w porównaniu z rokiem 2017) wzrośnie o prawie 43 tys. osób. Jednocześnie udział osób w tej grupie wiekowej zwiększy się z 23% w roku 2017 do 31% w roku 2050. Natomiast zgodnie z prognozą liczba mieszkańców województwa w wieku produkcyjnym ma spaść o blisko 337,0 tys. osób (23,4%), a w wieku przedprodukcyjnym o ponad 138,2 tys. osób (33,1%). Jest to szczególnie negatywne zjawisko w połączeniu z przewidywanym spadkiem liczby osób w wieku produkcyjnym, w wyniku którego udział tych osób w ogóle mieszkańców województwa zmniejszy się z 60 do 55%.

Województwo łódzkie jest regionem o szybko rosnącej liczbie i odsetku seniorów. W nadchodzących latach przewidywany jest dalszy wzrost liczby seniorów, wraz ze starzeniem się powojennego wyżu demograficznego. Przewidywany jest wzrost liczby i odsetka osób najstarszych. Według szacunków GUS, do 2050 roku

¹⁴ Województwo łódzkie odnotowało pod względem tym względem najgorszy wynik spośród wszystkich województw. Zbliżone wartości wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia – w przypadku wskaźnika dla kobiet – osiągnęło jedynie województwo lubuskie oraz śląskie, a w przypadku wskaźnika dla mężczyzn – województwo warmińsko-mazurskie.

¹⁵ BDL GUS. Wiek przedprodukcyjny: do 17 lat, wiek produkcyjny: mężczyźni w wieku 18–64 lata i kobiety w wieku 18–59 lat, wiek poprodukcyjny: mężczyźni w wieku 65 lat i więcej i kobiety w wieku 60 lat i więcej.

w największym stopniu – bo ponad dwukrotnie – wzrośnie (w stosunku do stanu z roku 2019) liczba mieszkańców w wieku 85 lat i więcej (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 14), natomiast o blisko połowę zmniejszy się liczba osób w wieku 35–39 lat (Ocena 2020: 19). Jednocześnie w 2017 roku najliczniejszą grupę w ogóle ludności województwa stanowiły osoby w wieku 35–39 lat (8%), natomiast w 2050 roku będą to osoby w wieku 65–69 lat (prawie 9% ogółu mieszkańców). Współczynnik obciążenia demograficznego przewidywany dla województwa łódzkiego będzie się zwiększał, prognozuje się pogłębienie spadku liczby ludności, a niekorzystne zmiany demograficzne na wsi wystąpią począwszy od 2025 roku (Dostępność usług społecznych 2018: 8–9).

Wyniki badania samodzielności mieszkańców województwa w wieku powyżej 60 roku życia (mierzone na podstawie skal ADL i IADL) wskazują, iż ogólny obraz samodzielności osób 60+ jest dobry¹⁶. Zdecydowana większość mieszkańców to osoby sprawne w zakresie podstawowych czynności życia codziennego. Niemniej ograniczenie sprawności charakteryzuje ponad 33 tys. mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+, z czego części w stopniu znacznym (2,9%) oraz umiarkowanym (2,3%). W ogólnej grupie osób o ograniczonej sprawności około 24 tys. stanowią osoby powyżej 70 roku życia, wśród nich 14 tys. osób doświadcza ograniczeń funkcjonalnych w stopniu znacznym. Jak stwierdzają autorzy badania, problem jest szczególnie nasilony w Łodzi i na obszarach wiejskich (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 38). W badaniu najsłabiej oceniono samodzielność w zakresie kąpania/mycia się i ubierania/rozbierania, relatywnie mniejsze problemy osoby badane miały z samodzielnym jedzeniem. Trudności narastające po 85 roku życia dotyczą szczególnie czynności wymagających sprawności ruchowych (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 38). Osoby o ograniczonej sprawności mają problemy z poruszaniem się. Bardzo często przeszkodą są bariery architektoniczne (brak windy, schody). Niesamodzielność funkcjonalna decyduje w znacznym stopniu o braku niezależności od innych. Co piąty mieszkaniec województwa wieku 60+ posiada orzeczenie o niepełnosprawności, w tym 5% ogólnej populacji w stopniu znacznym, 10% w stopniu umiarkowanym (Urbaniak,

¹⁶ Badanie zostało zrealizowane wśród mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+. Jego celem była ocena poziomu funkcjonalności mierzona skalami ADL i IADL.

Krzyszkowski 2017: 38). Niewielki jest zakres samodzielności cyfrowej. Zdecydowana większość osób powyżej 60 roku życia nie potrafi korzystać samodzielnie z komputera czy Internetu.

Osoby 60+ najczęściej zamieszkują ze współmałżonkiem lub z dziećmi, jednakże mniej więcej co czwartego mieszkańca województwa (częściej mieszkańców miast oraz kobiety) dotyka samotność. Co trzecia osoba 60+ mieszka samodzielnie, przy czym samotnych kobiet jest w badanej populacji dwukrotnie więcej niż mężczyzn. Odsetek osób mieszkających samotnie rośnie wraz z wiekiem badanych. 69% mężczyzn mieszka z żoną, 41% kobiet z mężem. Z dziećmi mieszkają zdecydowanie częściej mieszkańcy wsi niż miast. Niemal wszyscy utrzymują stałe kontakty z osobami spoza gospodarstwa domowego, najczęściej z dziećmi (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 30).

W sytuacji niesamodzielności głównym system wsparcia osób starszych jest rodzina. Pomoc lub opiekę świadczą przede wszystkim małżonkowie i/lub dzieci. Tylko w niewielkim stopniu sprawują ją opiekunowie formalni, świadczący usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania lub w instytucji całodobowej opieki. Z wiekiem zwiększa się liczba osób starszych, które potrzebują pomocy (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 7–8). Wzrost potrzeb wraz z wiekiem nie zmienia systemu opieki, który ciągle opiera się na opiekunach nieformalnych (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 43). Seniorzy potrzebują wsparcia emocjonalnego, większej liczby kontaktów społecznych, lepszego zrozumienia ich problemów. Zdecydowana większość osób 60+ nie jest skłonna płacić za pomoc w codziennych obowiązkach, a ci, którzy zdecydowaliby się na to, byłaby gotowa wyklądać stosunkowo małe kwoty. Wśród opiekunów osób starszych brakuje wolontariuszy organizacji pozarządowych. W najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej z uwagi na niemożność zaspokojenia bieżących potrzeb są mieszkańcy wsi – prawie co czwarta osoba w wieku 60+ deklaruje niewystarczalność własnych dochodów. Drugą kategorią o relatywnie słabej kondycji finansowej są osoby w wieku 70 lat i więcej – prawie co piąta osoba ocenia, że jej stałe dochody nie wystarczają na pokrycie bieżących potrzeb. W trudnej sytuacji są kobiety. Co szósta odczuwa kłopoty materialne. Osoby mieszkające same częściej niż osoby mieszkające wspólnie z innymi osobami wykazują trudności materialne (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 7–8).

Potrzeba dostosowania istniejącej infrastruktury usług społecznych do specyficznych potrzeb osób starszych oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńczo-pielęgnacyjne są najważniejsze dla badanych. Badani liczą też na stworzenie szerszej oferty usług dla osób starszych (domy dziennego pobytu, usługi opiekuńcze), likwidację barier transportowych, poprawę bezpieczeństwa i organizację czasu wolnego (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 7–8). Jako podmioty odpowiedzialne za zaspokojenie potrzeb osób 60+, badani wskazują na znaczenie państwa, samorządów, samych siebie i rodziny (Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 7–8).

2.4. Niesamodzielnosć osób starszych w ujęciu definicyjnym

Termin niesamodzielnosć oznacza sytuację, w której znajdują się osoby niezdolne do samodzielnego zaspokojenia potrzeb związanych z odżywianiem, zachowaniem higieny osobistej, ubieraniem się i prowadzaniem gospodarstwa domowego (Błędowski 2012). W literaturze przedmiotu za osoby niesamodzielnne uznaje się osoby niezdolne do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego z racji wieku, choroby, niepełnosprawności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu tychże potrzeb (Szweda-Lewandowska 2014). Stopień niesamodzielnności może być zróżnicowany. Niemożność samodzielnego funkcjonowania jest zróżnicowana co do czasu jej występowania i przede wszystkim nasilenia. Niesamodzielnosć w zakresie samoobsługi, zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, komunikacji, poruszania się, odżywiania, pielęgnacji może występować w mniejszym lub większym stopniu. Od nasilenia tych dysfunkcji powinien być różnicowany zakres pomocy.

Biorąc pod uwagę to zróżnicowanie, wyróżnić można trzy zasadnicze rodzaje niesamodzielnności: niesamodzielnosć faktyczna, subiektywna oraz prawna.

Niesamodzielnosć faktyczna to rzeczywista, ograniczona zdolność wykonywania codziennych czynności odpowiednich dla wieku danej osoby, która może być konsekwencją problemów zdrowotnych, choroby przewlekłej lub niepełnosprawności. Niesamodzielnosć subiektywna opiera się na opinii respondenta. Za osobę wymagającą

opieki w ujęciu subiektywnym uznawana jest osoba wskazana przez głowę gospodarstwa domowego jako wymagająca opieki w wymiarze co najmniej 1 godziny tygodniowo. Niesamodzielność prawna ma charakter najbardziej sformalizowany. Podstawą do jej stwierdzenia jest deklarowany fakt posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub inwalidztwie¹⁷ (Pieńkosz, Matejczuk 2015). Jak stwierdzają autorzy, zestawienie tych różnych podejść do niesamodzielności wydaje się niezwykle ważne. Niesamodzielność faktyczna, subiektywna i prawna może bowiem (lecz nie musi) ze sobą współwystępować. Samo formalne ustalenie niepełnosprawności nie zawsze wpływa na ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Istnienie obiektywnych potrzeb w zakresie opieki nie musi wiązać się z poczuciem niesamodzielności. Z kolei postrzeganie niesamodzielności niekiedy nie idzie w parze z występowaniem rzeczywistych potrzeb opiekuńczych. Nie wszystkie grupy, które wymagają opieki zgodnie z przyjętą w projekcie definicją, mogą też uzyskać formalne orzeczenie (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Definicja osoby niesamodzielnej została wypracowana w ramach w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”¹⁸. Projekt stanowi propozycję standardów usług asystenckich, opiekuńczych i teleopieki.

¹⁷ W przypadku dzieci i młodzieży – orzeczenia lub opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego.

¹⁸ Projekt został zrealizowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON3. Naczelnym celem samych badań była ocena wypracowanych w ramach projektu standardów kształcenia i opieki skierowanych do asystentów osób niesamodzielnych. Projekt realizowano w ramach II Osi priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji”, Działanie 2.8 „Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym”, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, którego głównym celem było opracowanie narzędzi pozwalających na skuteczniejszą interwencję, zwiększenie efektywności, spójności i skoordynowanie usług opiekuńczych i asystenckich świadczonych starszym osobom zależnym. W ramach projektu przygotowano standardy kształcenia asystentów i opiekunów świadczących usługi opiekuńcze i asystenckie osobom starszym o różnym stopniu niesamodzielności, standardy usług asystenckich, opiekuńczych i teleopieki oraz jednolity system oceny niesamodzielności osoby starszej, przez opracowanie definicji osoby niesamodzielnej oraz określenie stopni niesamodzielności.

Osoba niesamodzielną to osoba, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (Szwalkiewicz 2018: 9; Pawlak i in. 2018: 23).

O osobach niesamodzielnym opowiadali przede wszystkim uczestnicy projektu, czyli asystenci/opiekunowie. Najmłodszy z badanych miał 62 lata, a najstarszy 97 lat (Augustyn 2010).

Jak wynika z badania najważniejsze trudności związane z realizacją usług asystenckich i/lub opiekuńczych lokują się po stronie osoby niesamodzielną i wiążą się np. z cechami charakteru podopiecznych, niechęcią podopiecznego wobec opiekuna, ograniczeniami komunikacyjnymi i brakiem możliwości porozumiewania się, ograniczeniami ruchowymi podopiecznych oraz innymi cechami i ograniczeniami psychicznymi i fizycznymi osób niesamodzielnym. Problemy lokują się też po stronie szeroko rozumianego „otoczenia” osób niesamodzielnym, czyli wynikające z: braku osób bliskich, które mogłyby pomóc w opiece nad podopiecznym, braku współpracy rodziny podopiecznego z opiekunem, oczekiwaniami i wymaganiami rodziny podopiecznego wobec opiekuna, negatywnym nastawianiem podopiecznego wobec opiekuna przez osoby z otoczenia podopiecznego itp.

Problemy lokalizowane są także po stronie samych opiekunów i łączą się z ich organizacją pracy (przydziałem podopiecznych, systemem wsparcia zagwarantowanym przez koordynatorów pracy), przygotowaniem opiekunów do wykonywania tej pracy, ich cechami charakteru, wiedzą, umiejętnościami i wcześniejszymi doświadczeniami opiekuńczymi oraz osobistą sytuacją opiekunów.

W celu określenia stopnia niesamodzielnosci wykorzystano działalność i uczestnictwo osób w trzech obszarach: mobilności, samoobsłudze oraz aktywności w codziennym życiu i kontaktach społecznych (Daniłowicz i in. 2019: 8).

W ramach projektu zdefiniowano trzy stopnie niesamodzielnosci starszych osób.

Osoby należące do pierwszego stopnia, nazywanego umiarkowaną niesamodzielnoscia, nie wymagają bezpośredniego, fizycznego angażowania się asystenta w wykonanie czynności związanych z ich codziennym funkcjonowaniem, jedynie wsparcia w formie asysty. Oznacza to, że asystent towarzyszy osobie niesamodzielną

w sytuacjach życiowych, zarówno normalnych, typowych, jak i zawierających jakiś problem czy trudność.

Osoby zakwalifikowane do drugiego stopnia niesamodzielności, określanego jako znaczna niesamodzielność, w codziennym życiu napotykają na trudności ograniczające ich aktywność, w konsekwencji wymagają systematycznej, codziennej, aktywizującej pomocy opiekuna.

Do trzeciego stopnia niesamodzielności zaliczone zostały osoby z całkowitą niesamodzielnością, a więc wymagające stałej opieki i zastępowania w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Zdolność do wykonania czynności w obszarach mobilności, samoobsługi oraz kształtowania codziennego życia i kontaktów społecznych osób zaliczonych do pierwszego stopnia niesamodzielności mieści się na skali w przedziale od 35 do 54 punktów, osób w drugim stopniu niesamodzielności mieści się na skali w przedziale od 55 do 74 punktów, osób w trzecim stopniu w przedziale od 75 do 100 punktów.

Wszystkie usługi stanowiące pomoc dla osób zależnych zostały podzielone na usługi asystenckie i opiekuńcze. Dostęp do usług determinuje stopień niesamodzielności.

Usługi asystenckie świadczone są dla starszych osób z pierwszym stopniem niesamodzielności i obejmują wsparcie w rozwiązywaniu problemów życiowych, mobilności, samoobsługi i funkcjonalnych podopiecznego. Asystent pomaga osobie zależnej w sprawach bytowych w miejscu zamieszkania i poza nim, np. w urzędach, przychodni itp. W tym przypadku oferowane wsparcie ma rozwijać kompetencje społeczne starszej osoby niesamodzielnej i motywować ją do podejmowania działań poprawiających jej sytuację życiową, do nawiązywania kontaktów z osobami kompetentnymi do rozwiązania problemów mieszkaniowych, pomocy społecznej itp. Czas opieki nad starszą osobą niesamodzielną to średnio godziny dziennie w dni robocze, czyli 10 godzin w tygodniu. Czas pracy asystenta powinien być ustalany zgodnie z potrzebami osoby niesamodzielnej i wykorzystany we wskazanych przez nią dniach. Organizacja asysty może być różna w kolejnych dniach miesiąca. Osobie starszej z pierwszym stopniem niesamodzielności przysługuje również teleopieka. Jedynie w jej przypadku świadczone usługi asystenckie mogą mieć charakter ciągłej elektronicznej asysty (Daniłowicz i in. 2019: 9).

Zakres oferowanych usług opiekuńczych adresowanych dla osób w II lub III stopniu niesamodzielnosci jest znacznie szerszy. Polega na współdziałaniu z osobą niesamodzielną w codziennej aktywności, częściowym wykonywaniu przez opiekuna szczególnie trudnych dla osoby starszej czynności lub też wyręczaniu jej w wykonywaniu czynności, których nie jest w stanie wykonać samodzielnie (Daniłowicz i in. 2019: 9). Do pomiaru niesamodzielnosci najczęściej stosowane są skale ADL, IADL i Barthel.

Skala Katza (ADL) to skala podstawowych czynności życia codziennego związanych z samoobsługą. Służy do oceny zdolności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych niezbędnych w życiu codziennym, takich jak: kąpanie się, ubieranie i rozbieranie się, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na krzesło, jedzenie, kontrolowane wydalanie moczu i stolca. Im mniej punktów pacjent osiąga, tym więcej wymaga pomocy innych w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym. Skala zatem odpowiada na pytanie, czy jest niezbędna pomoc osób trzecich w sytuacji, kiedy osoba traci zdolność do wykonywania czynności niezbędnych w życiu codziennym. Niezdolność do zaspokojenia tych potrzeb oznacza znaczną niesprawność wymagającą stałej opieki, konieczność opieki instytucjonalnej.

Skala Lawtona (IADL) to skala złożonych, instrumentalnych czynności życia codziennego, których wykonywanie jest konieczne do dalszego pozostawania w środowisku domowym. Jest wykorzystywana do oceny samodzielności pacjenta w wykonywaniu takich czynności jak: umiejętność korzystania z telefonu, orientacja w przestrzeni, radzenie sobie ze zrobieniem zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, majsterkowanie, pranie, przyjmowanie leków i gospodarowanie pieniędzmi, pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu.

Do oceny sprawności osoby chorej wykorzystywana jest 100 punktowa skala Barthel. Skala Barthel jest uznanym przez NFZ narzędziem kwalifikacji do objęcia pacjenta opieką zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego lub do opieki długoterminowej w warunkach domowych. W przypadku skali Barthel ocenie podlega 10 czynności: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie

higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie i kąpiel całego ciała, poruszanie się po płaskich powierzchniach, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie zwieracza odbytu, kontrolowanie zwieracza pęcherza moczowego. Zakres samodzielności pacjenta w ramach każdej z wymienionych czynności oceniany jest w skali od 0 do 10 punktów. 0 punktów oznacza brak samodzielności osoby, 10 pkt jej samodzielność, uzyskanie 5 pkt oznacza, iż osoba wymaga pomocy. Zgodnie z obowiązującą procedurą NFZ pacjent, który uzyskuje ocenę poniżej 40 pkt, jest osobą niesamodzielną wymagającą pomocy ze strony innych – w tym przypadku pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym może zostać sfinansowany z funduszy publicznych. Osoba, która w ocenie skali Barthel uzyskuje od 86 do 100 punktów jest osobą „lekko niesprawną”, w przedział od 21 do 85 punktów oznacza, iż jej stan jest „średnio ciężki”, do 20 punktów – ciężki.

Jak wynika z badania „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim”¹⁹, województwo łódzkie charakteryzuje się rekordową wśród wszystkich pozostałych województw wartością Indeksu Starości²⁰, która wynosi 139 osób w wieku 60 lat i więcej na 100 osób w wieku 0–19 lat. Wartość Indeksu Starości dla Polski wynosi 118. Tak wysoki wzrost wskaźnika wynika z dwóch nakładających się tendencji: wydłużającego czasu trwania życia przy jednocześnie spadających współczynnikach dzietności (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 95). Obciążenie osobami starszymi w stosunku do osób w wieku produkcyjnym rośnie w Polsce i łódzkim od roku 2010²¹. W województwie łódzkim na 100 osób w wieku 20–64 przypada o średnio 3 osoby w wieku 65+ więcej (29,1) niż w Polsce (25,8). Biorąc pod uwagę całkowity współczynnik obciążenia demograficznego²², obciążenie osobami w wieku nieprodukcyjnym rośnie w Polsce i łódzkim od roku 2009. Wyższa dynamika tych zmian w województwie łódzkim powoduje, że łódzkie, które

¹⁹ Biorąc pod uwagę różne mierniki obciążenia demograficznego w województwie łódzkim.

²⁰ Indeks starości – relacja między liczbą osób w wieku 60 lat i więcej a liczbą ludności w wieku poniżej 19 lat.

²¹ OADR (ang. *Old Age Dependency Ratio* – współczynnik obciążenia osobami w starszym wieku) – liczba osób w wieku 65+ na liczbę osób w wieku 15–64.

²² TDR (ang. *Total Dependency Ratio* – całkowity współczynnik obciążenia demograficznego) – jest stosunkiem liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na liczbę osób w wieku produkcyjnym.

w roku 2004 miało identyczną do Polski wartość TDR, w końcowym okresie analizy zdecydowanie Polskę wyprzedza. W roku 2016 w województwie łódzkim na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada o średnio 3 osoby w nieprodukcyjnym więcej niż w całej Polsce (Polska 61,7, województwo łódzkie 64,7). W przypadku RLE²³ dla Polski, w 2016 r. przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku 0 lat wynosiło dla kobiet 81,94, dla mężczyzn 73,94. Niestety w obu przypadkach przeciętne trwanie życia jest najniższe dla województwa łódzkiego, w którym oczekiwane trwanie życia mężczyzn jest o prawie dwa lata niższe niż ogólnopolskie, a kobiet – o ponad rok niższe. Mężczyźni we wszystkich powiatach województwa łódzkiego żyją krócej niż w Polsce, a największe różnice w dalszym trwaniu życia dotyczą mężczyzn zamieszkujących podregion piotrkowski, dla których dalsze trwanie życia jest 2 lata niższe niż przeciętnie dla Polski. W przypadku kobiet największe różnice dotyczą tych, które mają do przeżycia 5 lat lub mniej – dla wszystkich podregionów województwa łódzkiego wiek takich kobiet jest niższy niż średnio w Polsce o 2 lata. Współczynniki obciążenia demograficznego (w tym obciążenia osobami starszymi) są wyższe w powiatach województwa łódzkiego niż średnio w Polsce. Największe różnice dotyczą oczywiście Łodzi, w której wszystkie indeksy obciążenia demograficznego znacznie przewyższają wartości ogólnopolskie.

Jak wynika z badania, województwo łódzkie charakteryzuje się rekordowym (najwyższym w Polsce) obciążeniem osobami w wieku niepoprodukcyjnym, w tym osobami w wieku senioralnym. Do określenia stopnia niesamodzielnosci i liczby osób niesamodzielnych w województwie łódzkim wykorzystano dwie grupy badanych, które wykazywały całkowite, poważne lub umiarkowane ograniczenie sprawności:

1) osoby niepełnosprawne wyłącznie biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale odczuwały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla ich wieku;

2) osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, tj. takie osoby, które posiadały aktualne orzeczenie i jednocześnie deklarowały

²³ RLE (ang. *Remaining Life Expectancy* – dalsze trwanie życia) – przeciętna liczba lat pozostała poszczególnym rocznikom do przeżycia (dane w liczbach bezwzględnych).

całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

W badaniu za osobę niesamodzielną w stopniu całkowitym, poważnym lub umiarkowanym została uznana osoba, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (praca, nauka, zabawa, samoobsługa) w stopniu odpowiednio całkowitym, poważnym, umiarkowanym (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 123).

Jak wynika z badania, odsetek osób niesamodzielných ogółem (tzn. osób z ograniczeniami sprawności) jest wyższy w województwie łódzkim (11,8%) niż w Polsce (10,9%). W województwie łódzkim wyższy odsetek osób z niesprawnościami jest spowodowany głównie wyższym odsetkiem osób z niesprawnością umiarkowaną, za co odpowiadają głównie osoby w wieku 25–54 lata. Wartości procentowe dla pozostałych grup wiekowych to: w wieku 55–64 lata (Polska – 20,3%, województwo łódzkie – 20,9%), 65–74 lata (Polska – 28,3%, województwo łódzkie – 26,7%), 75–84 lata (Polska – 38,2%, województwo łódzkie – 36,2%), 85+ (Polska – 42,5%, województwo łódzkie – 39,4%). Liczba osób niesamodzielných ogółem w województwie łódzkim w 2016 r. wynosiła 293080 osób, w tym: w wieku 55–64 – 78491 osób, w wieku 65–74 lata – 70026 osób, w wieku 75–84 lata – 50124 osoby, w wieku 85+ – 21426 osób (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 126–127).

Udział osób niesamodzielných według stopnia ograniczenia sprawności w ogóle osób niesamodzielných kształtuje się następująco: niesamodzielné osoby w stopniu całkowitym (Polska – 13,5%, województwo łódzkie – 11,0%), niesamodzielné osoby w stopniu poważnym (Polska – 25,8%, województwo łódzkie – 24,7%), niesamodzielné osoby w stopniu umiarkowanym (Polska – 60,6%, województwo łódzkie – 64,4%) (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 128).

Prognozowany w badaniu procentowy przyrost liczby osób niesamodzielných w roku 2020 w stosunku do roku 2016 w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego to: dla grupy wiekowej 65–74 wzrost o 22,5%, dla grupy wiekowej 85+ wzrost o 7,5%. (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 130).

Jak wynika z badania, odsetek osób niesamodzielných w województwie łódzkim rośnie wraz z wiekiem i jest najwyższy w wieku

senioralnym. Do oceny wykorzystano dwa badania dotyczące oceny skali niesamodzielnosci seniorów w Polsce i województwie łódzkim²⁴. W przypadku obu badań do oceny niesamodzielnosci ze względu na wiek używano skali oceny podstawowych czynności życiowych – skala Katza (ADL – *activities of daily living*), oraz skali złożonych czynności życia codziennego – skala Lawtona (IADL – *instrumental activities of daily living*). Skala IADL ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu i pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb w zakresie pomocy/opieki.

Jak wynika z badania, odsetek osób 65+ samodzielnie wykonujących poszczególne czynności wyróżnione w skali ADL w Polsce i województwie łódzkim jest podobny. Średnia punktacja skali ADL jest niższa dla województwa łódzkiego niż dla Polski w przypadku mieszkańców województwa łódzkiego w grupie wiekowej 70–74 lat oraz powyżej 85 roku życia, co oznacza, że osoby te charakteryzują się mniejszą samodzielnością w wykonywaniu czynności życia codziennego (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 133). Wraz z wiekiem rośnie odsetek osób, które nie mogą wykonać samodzielnie złożonych czynności życia codziennego. W grupie najstarszych seniorów (85+) odsetek osób niewykonywujących czynności monitorowanych w skali IADL wynosi 59,1% w Polsce oraz 60,0% w województwie łódzkim (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 139).

Z badań wynika, iż w województwie łódzkim występuje mniejszy niż w Polsce odsetek osób samodzielnych (mniejszy o 0,9–2,8 pp.) i w konsekwencji wyższy odsetek osób niesamodzielných (od 0,9 do 2,8 pp.). Niesamodzielnosc w łódzkim w mniejszym stopniu niż w Polsce jest związana z wiekiem (starzeniem się populacji), a znacznie częściej dotyczy osób w wieku produkcyjnym (35–64 lata) i dotyczy w szczególności umiarkowanej niesamodzielnosci. Jak pokazują wszystkie przeprowadzone badania, udział osób niesamodzielných rośnie wraz z wiekiem (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 151).

²⁴ W ocenie wykorzystano dwa badania dotyczące oceny skali niesamodzielnosci seniorów w Polsce i województwie łódzkim: PolSenior, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* [Poznań, 2012] oraz *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, udostępnionym na potrzeby niniejszych analiz przez Regionalne Centrum Pomocy Społecznej (badanie przeprowadzone w 2017 r. na próbie 1100 osób z województwa łódzkiego).

3. Polityka społeczna wobec starości i starzenia (polityka senioralna)

3.1. Podstawowe założenia europejskiej koncepcji aktywnego starzenia się

Uwzględniając zmiany demograficzne, na przestrzeni ostatnich kilku dekad podjęty został szereg działań w obszarze polityki społecznej, ukierunkowanych na zaspakajanie zróżnicowanych potrzeb osób starszych. Podstawowe założenia i cele polityki senioralnej – formułowane przez Komisję Europejską i Światową Organizację Zdrowia – określa Międzynarodowy Plan działania WHO w kwestii aktywnego starzenia się społeczeństwa (tzw. plan madrycki), uchwalony przez ONZ w 2002 r. Plan madrycki projektuje podjęcie szeregu działań mających na celu między innymi: sprzyjanie aktywnemu i zdrowemu starzeniu się, ograniczanie rozmiarów ubóstwa wśród ludzi starych poprzez zapewnienie im ochrony socjalnej, wsparcia materialnego i poprawę warunków mieszkaniowych, uwzględnienie problemów związanych z zatrudnieniem coraz starszych pracowników, edukację osób starszych, umacnianie więzi międzypokoleniowych poprzez promocję solidarności międzypokoleniowej i pozytywnego wizerunku ludzi starych, przestrzeganie praw człowieka w odniesieniu do osób starszych i niesamodzielnych, ochronę przed naruszaniem praw osób starszych i przemocą, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób starszych poprzez zwiększenie nakładów na podstawową opiekę zdrowotną i podniesienie kwalifikacji personelu medycznego, promocję zdrowia, zapewnienie opieki dla osób niesamodzielnych poprzez zagwarantowanie ciągłości opieki długoterminowej – formalnej i nieformalnej, współpracę podmiotów publicznych i prywatnych w zakresie innowacji na rzecz starzejącego się społeczeństwa.

Wypracowana i implementowana na poziomie krajów europejskich koncepcja polityki aktywnego starzenia się zakłada:

1) wspomaganie osób starszych w samodzielności i w niezależnym funkcjonowaniu tak długo, jak to jest możliwe;

2) kreowanie i promowanie aktywności osób starszych w sferze pracy, tj. wydłużenie wieku emerytalnego, poprawę warunków pracy i dostosowywanie środowiska pracy do możliwości osób starszych;

3) zapobieganie dyskryminacji ze względu na wiek¹ poprzez przełamywanie stereotypowego sposobu postrzegania starości jako fazy, która oznacza wycofywanie się z życia społecznego oraz stereotypowego sposobu postrzegania starszych jako osób, które są depresyjne, mają niską samoocenę, chorują i są zależne od innych. Istotne znaczenie na sposób postrzegania starości i ludzi starych miał 2012 rok, który został ustanowiony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. W jego ramach podjęto szereg działań na rzecz promowania aktywności ludzi starszych;

4) wspieranie innowacji na rzecz zdrowia osób starszych, a także różnego rodzaju programów z zakresu zdrowia publicznego skierowanych do tej grupy, np. dotyczące promocji zdrowia;

5) wspomaganie nieformalnych opiekunów (np. rodzinnych) w przypadku osób wymagających pomocy;

6) oferowanie wsparcia środowiskowego;

7) pobyty w instytucjach opieki całodobowej (Urbaniak 2017).

Koncepcja aktywnego starzenia się polega na stworzeniu ludziom takich możliwości, aby – niezależnie od upływającego czasu – mogli wieść produktywne życie w sferze społecznej i gospodarczej, poprzez wspieranie wyborów odnoszących się do zarządzania własnym czasem, jego podziałem na pracę, naukę, odpoczynek i opiekę nad innymi. Zadaniem władz publicznych jest dostosowanie polityki społecznej w celu znoszenia barier związanych z nieelastycznym rynkiem pracy i ze złym stanem zdrowia, utrudniającym osiągnięcie postulowanego stanu rzeczy. Aktywne starzenie się powinno być realizowane poprzez aktywność społeczną, edukacyjną i polityczną seniorów, a także przez zaangażowanie w wolontariat i różnorodne inne formy aktywności wśród seniorów (np. kluby

¹ Odniesienie do zjawiska ageizmu.

aktywnego seniora). Istotną rolę odgrywają organizacje pozarządowe, które działają na rzecz seniorów. Na terenie województwa łódzkiego istnieje wiele klubów, fundacji i stowarzyszeń, które prowadzą działalność na rzecz osób starszych (np. Drzewieckie Centrum Wolontariatu „Ofiarna Dłoń”).

Narzędziem służącym do oceny aktywności osób starszych jest Active Ageing Index, skonstruowany z czterech podstawowych elementów:

- 1) możliwość aktywności na rynku pracy;
- 2) możliwość aktywnego uczestniczenia w zorganizowanym życiu społecznym, wolontariacie, ale też i aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym (czyli świadczenie opieki) i w życiu politycznym;
- 3) możliwość niezależnego funkcjonowania, aktywności fizycznej, lecz również samodzielnego mieszkania, stabilności finansowej;
- 4) stan zdrowia, warunki sprawnego funkcjonowania.

Polityka aktywnego starzenia się jest próbą zarządzania przygotowaniem do starości w skali indywidualnej i społecznej. Przygotowanie do starości jest zadaniem dla jednostek i zbiorowości – oznacza działania podejmowane przez jednostkę z myślą o poprawie swojej sytuacji życiowej w okresie starości, jak i działania podejmowane przez organy państwa, samorządy oraz instytucje społeczne ukierunkowane na zaspakajanie potrzeb społeczeństwa, w którym wzrasta udział osób starszych. Przybiera wymiar ekonomiczny, medyczny, relacyjny (społeczny), przestrzenny, technologiczno-edukacyjny, polityczny (Szukalski 2009a: 39).

3.2. Strategie polityki senioralnej w Polsce

Zgodnie z definicją ustawową polityka senioralna oznacza ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się².

Z uwagi na zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, polityka senioralna jest jedną z najważniejszych dziedzin polityki publicznej, jaka jest realizowana na wszystkich szczeblach polityki przez podmioty publiczne i sektor non-profit.

² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz.U. 2015, poz. 1705.

Na szczeblu centralnym agendą rządową w ramach której tworzy się dyrektywy i wytyczne jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w tym Departament Polityki Senioralnej. Na poziomie polityki lokalnej kluczową rolę w systemie opieki nad osobami starszymi pełni samorząd terytorialny. Gminy i powiaty zobligowane są przede wszystkim do realizacji zadań z zakresu polityki senioralnej. Do jednostek organizacyjnych samorządowej pomocy społecznej, które mają największe kompetencje w tym zakresie, należą: powiatowe centra pomocy społecznej (na poziomie powiatów) i ośrodki pomocy społecznej (na poziomie gmin). Kluczowa rola polityki senioralnej polega na podejmowaniu działań mających powstrzymać marginalizację i wykluczenie społeczne osób starszych. Na poziomie ogólnopolskim wypracowane zostały liczne dokumenty strategiczne i programowe, które odnoszą się do działań w obszarze polityki senioralnej. Pierwszy dokument, w którym uwzględnia się kwestię osób starych jest „Raport o kapitale intelektualnym Polski” z 2008 roku. W roku 2008 przyjęto też Program „Solidarność pokoleń”. W 2012 roku powołano Departament Polityki Senioralnej w ówczesnym Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej.

W 2013 roku powstał pakiet senioralny „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020” oraz „Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020”. Program w sposób kompleksowy zakłada praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów. Organizacje działające na rzecz osób starszych (np. fundacje czy stowarzyszenia) otrzymują dofinansowanie na realizację działań w jednym z czterech priorytetowych obszarów: edukacja osób starszych, aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypacja społeczna osób starszych, usługi społeczne dla osób starszych. Obszar edukacja osób starszych obejmuje działania mające na celu: rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji (w tym nieformalnej i pozaformalnej), promowanie tzw. wolontariatu kompetencji, rozwój korzystania z nowych technologii oraz przeciwdziałanie e-wykluczeniu wśród osób starszych. W obszarze aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową zakłada się rozwój różnych form aktywności osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej

(takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury) oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwoli na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych. Obszar partycypacji społecznej osób starszych zakłada realizację działań na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, przyczyniając się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Ostatni z obszarów, usługi społeczne dla osób starszych, zakłada realizację działań służących rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych.

We wrześniu 2015 roku przyjęta została ustawa o osobach starszych. Dokument zobowiązał organy administracji publicznej, państwowe jednostki organizacyjne oraz inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych do monitorowania sytuacji osób starszych w Polsce³, czego efektem jest przygotowywana corocznie przez Radę Ministrów „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce”. W artykule 1 ustawy określony został zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych, a także podmioty uczestniczące w realizacji tego zadania oraz źródła jego finansowania. „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015” była pierwszym dokumentem dotyczącym sytuacji osób starszych i stanu realizacji polityki senioralnej w Polsce, przygotowanym przez Radę Ministrów na podstawie Ustawy o osobach starszych. Monitorowanie sytuacji osób starszych jest prowadzone przez organy administracji publicznej oraz inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych i swoim zakresem obejmuje: sytuację demograficzną, sytuację dochodową, warunki mieszkaniowe, aktywność zawodową, sytuację rodzinną i strukturę gospodarstw domowych, sytuację osób niepełnoprawnych, aktywność społeczną, obywatelską, edukacyjną, kulturalną, sportową, rekreacyjną, stan zdrowia, dostępność i poziom usług socjalnych, przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz ocenę realizacji polityki senioralnej na szczeblu centralnym i regionalnym. Monitorowanie sytuacji osób starszych oraz przygotowanie informacji o sytuacji osób starszych jest finansowane z budżetu państwa (Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz.U. 2015, poz. 1705).

³ Ustawa o osobach starszych weszła w życie 1 stycznia 2016 r.

Główne cele polityki senioralnej w Polsce wyznacza dokument pn. „Rządowy Program na rzecz Aktywności Osób Starszych 2030 Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność”. Cele szczegółowe strategii uwzględniają: działania mające na celu kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości w społeczeństwie, tworzenie możliwości uczestnictwa w życiu społecznym i wspieranie aktywności seniorów we wszystkich obszarach, tworzenie możliwości udziału seniorów w życiu gospodarczym, tworzenie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, ułatwienie seniorom dostępu do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, przeciwdziałanie patologiom społecznym dotyczącym seniorów, dialog międzypokoleniowy, tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej, tworzenie nowej oferty edukacyjnej wychodząc naprzeciw potrzebom seniorów poprzez kształcenie kadr opiekuńczych (edukacja dla starości) oraz tworzenie oferty edukacyjnej dla seniorów (edukacja w starości), zapobieganie wykluczeniu społecznemu, zdrowotnemu, mieszkaniowemu i cyfrowemu, zapewnienie stabilnej sytuacji dochodowej gospodarstw emerytów, aktywizacja społeczna i ekonomiczna osób starszych.

Istotnym elementem polityki senioralnej jest zwrócenie uwagi na potrzeby osób starszych niesamodzielnych. Wskazany powyżej program na rzecz aktywności uwzględnia szereg istotnych działań na rzecz niesamodzielnych seniorów: zwiększenie dostępu do usług podnoszących samodzielność oraz dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb tych osób, zoptymalizowanie dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, utworzenie sieci usług instytucjonalnych i środowiskowych, wspomaganie nieformalnych opiekunów osób starszych, organizacja kompleksowego systemu opieki długoterminowej.

Ponadto działania wspierające niesamodzielne osoby starsze projektuje dokument pn. „Polityka społecznej wobec osób starszych 2030”. Zgodnie z jego zapisami celem wsparcia jest:

- 1) zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych;

- 2) zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych;

3) rozwój sieci usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym;

4) zbudowanie systemu wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielných osób starszych przez instytucje publiczne.

3.2.1. Polityka społeczna wobec niesamodzielných osób starszych

Istotnym elementem polityki senioralnej jest wsparcie rozwoju dzienných form opieki nad osobami niesamodzielnymi. W tym celu uruchomiony został program „Senior-WIGOR”. Program zakłada udostępnienie osobom starszym domów dziennego pobytu, oferujących nie tylko opiekę, ale i zajęcia o charakterze rehabilitacyjnym. Domy „Senior-WIGOR” mają na celu zapewnienie wsparcia seniorom m.in. poprzez umożliwienie korzystania z oferty opiekuńczej, aktywizującej, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej oraz prozdrowotnej.

Od roku 2015 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizuje Program Wieloletni „Senior+” na lata 2015–2020. Program skierowany jest do jednostek samorządu terytorialnego (wcześniej Program „Senior-WIGOR”). Program polega na wsparciu tworzenia placówek typu „Senior+”, w tym Dzienných Domów „Senior+” i Klubów „Senior+” przez jednostki samorządu, których strategię rozwoju pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innej infrastruktury pomocy społecznej tego typu. W ramach Programu uprawnione podmioty, w trybie otwartego konkursu ofert, otrzymują jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie lub wyposażenie placówki lub na zapewnienie funkcjonowania już istniejących placówek. Placówka działająca w formie Dziennego Domu „Senior+” powinna zapewniać co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku. Podstawowy zakres działań świadczonych przez Dzienny Dom „Senior+” może obejmować udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego, a także: usługi: socjalne (w tym zapewnienie minimum jednego posiłku gorącego), edukacyjne, kulturalno-oświatowe, aktywności ruchowej lub kinezyterapii, sportowo-rekreacyjne, aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy), terapii zajęciowej i inne usługi wspomagające dostosowane do potrzeb seniorów. Działalność Klubu „Senior+”

polega na motywowaniu seniorów do działań na rzecz samopomocy i działań wolontarystycznych na rzecz innych.

Od roku przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizowany jest program „Opieka 75+”. Jego celem jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych (w tym specjalistycznych usług opiekuńczych) dla osób samotnych, jak również pozostających w rodzinach, będących w wieku 75 lat i więcej. Program adresowany jest do gmin do 60 tys. mieszkańców, które przedmiotowe usługi świadczą samodzielnie, tj. przez pracowników urzędów gmin, ośrodków pomocy społecznej lub innych gminnych jednostek organizacyjnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a także do gmin, które realizują usługi opiekuńcze poprzez spółdzielnie socjalne osób prawnych, których założycielami są jednostki samorządu terytorialnego. Gminy realizujące program uzyskują finansowe wsparcie – do 50% przewidywanych kosztów realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych. Program umożliwia zlecenie wykonania usług opiekuńczych organizacjom pozarządowym na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej w trybie otwartego konkursu ofert na podstawie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz zakup usług opiekuńczych od podmiotów sektora prywatnego.

Celem głównym kampanii informacyjnej „Bezpieczny i Aktywny Senior” jest podwyższenie świadomości polskiego społeczeństwa na temat kwestii związanych z bezpieczeństwem oraz osób starszych. Zagwarantowanie bezpieczeństwa seniorom jest podstawowym elementem polityki społecznej wobec osób starszych. Celami kampanii w tym obszarze jest wzmacnianie świadomości społecznej na temat bezpieczeństwa osób starszych, a co za tym idzie ograniczenie liczby nadużyć popełnianych na szkodę osób starszych, ochrona interesów konsumentów (seniorów) oraz promocja zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów. Celem kampanii „Bezpieczny i Aktywny Senior” w obszarze aktywności jest podniesienie świadomości społecznej, a w szczególności świadomości seniorów, na temat znaczenia uczestnictwa osób starych w życiu społecznym, kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie, promocja zdrowego stylu życia i aktywnego starzenia się, propagowanie idei i działań mających na celu przygotowanie się do starości i jak najdłuższe zachowanie samodzielności.

3.3. Model lokalnej polityki senioralnej na terenie województwa łódzkiego

Polityka senioralna w województwie łódzkim realizowana jest zgodnie z założeniami koncepcji aktywnego starzenia się. Do najważniejszych dokumentów, które uwzględniają zapisy dotyczące osób starszych, należy zaliczyć: Strategię Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020, Wojewódzką Strategię w zakresie Polityki Społecznej 2020 dla województwa łódzkiego, Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim, Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020.

W Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej jest zapis, który mówi, że z uwagi na wysoki udział osób starszych w populacji województwa oraz gorszy stan zdrowia mieszkańców regionu niż innych częściach Polski seniorzy stanowią ważną grupę beneficjentów lokalnej polityki społecznej. W strategii określono cztery główne obszary działań na rzecz osób starszych w województwie łódzkim. Obszar pierwszy polega na tworzeniu instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy dziennej dla osób starszych, a drugi ma na celu rozszerzenie oferty usług opiekuńczych dla osób starszych. Istotnym zakresowo obszarem działań jest rozwój współpracy instytucji pomocy społecznej i organizacji pozarządowych na rzecz świadczenia usług socjalnych dla osób starszych. Celem ostatniego obszaru jest wyrównywanie szans osób starszych na terenie województwa w dostępie do usług opiekuńczych i usług specjalistycznych.

Zgodnie z założeniami aktywnej polityki senioralnej w Łodzi realizowany jest szereg projektów wspierających seniorów. Przy przychodniach miejskich działają Centra Zdrowego i Aktywnego Seniora, które stanowią przestrzeń spotkań, gdzie seniorzy mogą wziąć udział w szkoleniach i warsztatach z zakresu obsługi komputera, zajęciach z zakresu profilaktyki zdrowotnej, kółkach zainteresowań, skorzystać z badań profilaktycznych, bezpłatnych porad prawnych i psychologicznych. Realizowany jest też projekt „Bezpieczny senior”, w ramach którego seniorzy otrzymują tzw. „pudełko życia” oraz tzw. „kartę życia”. Pudełko życia jest bezpłatne, w środku posiada formularz, w który senior wpisuje: swoje dane podstawowe, informacje na temat stanu swojego zdrowia (czyli choroby, alergie, przyjmowane leki), informacje gdzie się znajduje dokumentacja medyczna, gdzie zostawić klucze, kogo wezwać w razie wypadku.

Takie pudełko chowa potem do lodówki, na której nakleja specjalna naklejkę „pudełko życia”. Służby medyczne w Łodzi wiedzą, że jeśli zobaczą taką naklejkę, to w pudełku znajdą wszystkie informacje na temat stanu zdrowia pacjenta. Karta życia zawiera podstawowe informacje na temat stanu naszego zdrowia i krótki schemat postępowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Wydany także został poradnik dla seniorów, w którym mogą zapoznać się z podstawowymi zachowaniami w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Realizowany jest pilotażowy projekt szkoleń seniorów z pierwszej pomocy oraz projekt rozwoju wolontariatu wśród seniorów w dwóch formach. W ramach pierwszej, we współpracy z Fundacją „Subvenio” utworzony został łódzki telefon życzliwości, gdzie dyżur specjalisty – prawnika lub psychologa – pełni wolontariusz-senior. Jak wskazuje praktyka, z telefonu korzystają osoby samotne, najczęściej nie-samodzielne z powodu przewlekłej choroby, które mogą uzyskać fachową informację lub porozmawiać z wolontariuszem. Drugą formą jest wolontariat seniorów w ramach wsparcia grupy seniorów wymagających opieki długoterminowej, realizowany w partnerstwie z firmą HRP. Przez rok osoby te otrzymują wsparcie fizjoterapeuty, pielęgniarki, dietetyka, psychologa i opiekuna wspierającego. Funkcje te pełnią wolontariusze-seniorzy. W partnerstwie z ZUS oddział realizuje spotkania w ramach projektu „Niezbędnik emeryta”. Osoby, które otrzymują od ZUS decyzję o przejściu na emeryturę, otrzymują zaproszenie na spotkanie informacyjno-edukacyjne, w trakcie którego zostają poinformowane z jakich możliwości form spędzania czasu wolnego czy rozwijania swoich własnych umiejętności mogą skorzystać. Informowani są także o możliwości zaangażowania się w wolontariat. Aby dotrzeć do jak najszerszej grupy seniorów niezaktywizowanych, wydawana jest co 2–3 miesiące „Łódzka tytka seniora” – 30 tys. sztuk koperty, która zawiera pełną informację na temat oferty miasta dla seniorów. „Tytka” jest dostępna we wszystkich urzędach Miasta Łodzi oraz we wszystkich przychodniach. W tytce – oprócz stałej oferty różnorodnych form aktywności (rozrywka, warsztaty, zajęcia komputerowe itd.) – często przekazywane są też ważne informacje/komunikaty NFZ czy ZUS skierowane do seniorów. W ramach projektu „Miasto Łódź – miasto teleopieki”⁴,

⁴ Pacjenci objęci projektem otrzymują odpowiednie urządzenia, by przebywali w domu i byli stale monitorowani przez swoich lekarzy.

który skierowany jest do osób niesamodzielnych, osoby te otrzymują bezpłatnie na okres dwóch lat opaskę (wyposażoną w takie funkcje jak detektor upadku, przycisk życia, badanie tętna, temperatury) i są stale monitorowane przez utworzone w tym celu Centrum Teleopieki. We współpracy około 150 partnerów (instytucji i organizacji pozarządowych) organizuje się „Łódzkie Senioralia”. Bardzo dużym zainteresowaniem cieszy się kompleksowy program zajęć aktywizujących dla seniorów, mieszkańców DPS, którzy mieli okazję uczestniczyć w zajęciach jogi, gimnastyki, warsztatach, wycieczkach po Łodzi. Senioralia to impreza, której celem jest wypromowanie wśród seniorów różnych dostępnych w mieście form aktywności. Impreza odbywa się w maju, w ciągu 2 tygodni zorganizowanych zostaje od 500 do 700 wydarzeń (wycieczki, warsztaty, wykłady), z których 99% jest dla seniorów bezpłatna. Ponadto w Łodzi działa Miejska Rada Seniorów (MRS). Jest to ciało społeczne. Aktualnie w skład wchodzi 15 przedstawicieli różnych środowisk seniorskich (organizacji pozarządowych, uniwersytetów trzeciego wieku, domów dziennego pobytu). Zadaniem Rady jest konsultowanie projektów i wydawanie opinii na temat zmian zachodzących w Łodzi.

Drugi obszar działań na rzecz osób starszych obejmuje różne formy wsparcia samotnych, niesamodzielnych osób starszych poprzez rozwój usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz poszerzenie oferty środowiskowych form opieki, takich jak dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, rodzinne domy pomocy, a także wolontariat, wsparcie osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów nieformalnych m.in. poprzez tworzenie ośrodków wsparcia dziennego w formie środowiskowych domów samopomocy.

W modelu lokalnej polityki społecznej ważną rolę odgrywa współpraca władz samorządowych z organizacjami pozarządowymi na rzecz osób starszych, w ramach której realizowane są cykliczne programy: Złoty Seniora, dystrybucja żywności, Uniwersytety Trzeciego Wieku. Województwo łódzkie oferuje dotacje dla organizacji pozarządowych działających na rzecz włączenia społecznego osób starszych, na bazie programu współpracy samorządu województwa łódzkiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Począwszy od 2009 roku, Regionalne Centrum Polityki Społecznej organizuje konferencje i seminaria poświęcone problematyce osób starszych. Realizowane są także projekty badawcze, których celem jest diagnoza sytuacji osób starszych zamieszkujących województwo łódzkie pod kątem potrzeb związanych z dostępnością do usług w czterech kluczowych obszarach, tj. rynku pracy, służby zdrowia, pomocy społecznej oraz edukacji i kultury. Wydaje też publikacje poświęcone problematyce osób starszych⁵.

Diagnoza sytuacji osób starszych w województwie łódzkim wykazała, że ze wszystkich usług oferowanych dla osób starszych oferta usług zdrowotnych jest znacząco nieadekwatna w stosunku do potrzeb i w dużej części niedostępna dla mieszkańców, zwłaszcza gmin miejsko-wiejskich na terenie województwa łódzkiego. Pilnych działań wspierających zaspokajanie potrzeb osób starszych wymaga służba zdrowia (67%), oferta kulturalna (21%), rynek pracy (15%), dostępność miejsc spotkań (12%) (Diagnoza: 10). Jak wskazało badanie, problem osób starszych nie był dostrzegany przez wiele samorządów. Władze samorządowe nie traktowały kwestii osób starszych jako priorytetowej i nie diagnozowały sytuacji tych osób. Powodem braku wiedzy na temat tych osób było też całkowite zepchnięcie problemów do pomocy społecznej. W wielu badanych samorządach budzi się świadomość starzenia się mieszkańców i wagi problemów tej grupy. Brakuje jeszcze kompleksowego spojrzenia na tę grupę, na ich relacje z innymi pokoleniami. Część samorządowców nie dostrzega problemów zdrowotnych osób 50+ (Od problemu 2012: 12).

W województwie w 2017 roku powołana została Społeczna Rada Seniorów jako organ o charakterze opiniująco-doradczym oraz konsultacyjnym⁶.

⁵ W roku 2009 odbyła się konferencja pn. „Aktywizacja osób w wieku 50+ z terenu województwa łódzkiego”. Zrealizowano projekty badawcze: „Diagnoza sytuacji osób starszych w województwie łódzkim”, „Aktywizacja osób starszych w województwie łódzkim”, „Być seniorem w woj. Łódzkim”. Wydano publikacje: B. Urbaniak, J. Krzyszkowski (2017), *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego, Raport końcowy*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi; A. Urbaniak (2017), *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.

⁶ Uchwała nr 58/17 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 23 stycznia 2017 w sprawie powołania Społecznej Rady Seniorów Województwa Łódzkiego.

4. System wsparcia niesamodzielnych osób starszych

Europejska polityka społeczna obejmująca wsparcie dla osób niesamodzielnych jest oparta o wypracowane w poszczególnych krajach modele i standardy opieki nad osobami niesamodzielnymi, uwzględniające zindywidualizowanie usług świadczonych na poziomie lokalnym przez instytucje w sektorze publicznym, pozarządowym, rynkowym i prywatnym, które udzielają osobom niesamodzielnym pomocy formalnej i nieformalnej w wielu wymiarach (finansowym, rzeczowym, usługowym). Środki finansowe organizujące system usług pochodzą z budżetu państwa, samorządu terytorialnego i gospodarstw domowych. Modele zakładają uniwersalizm pozwalający na adresowanie świadczeń do wszystkich osób niezależnie od poziomu ich dochodów. Podstawowym kryterium dostępu do świadczeń stanowi wiek oraz diagnoza potrzeb osób niesamodzielnych (Kretek-Kamińska, Kukulak-Dolata, Krzewińska 2020). W krajach europejskich na przestrzeni ostatnich dwóch dekad w zakresie wsparcia udzielanego osobom niesamodzielnym znacznie zwiększyła się rola opieki sprawowanej przez rodzinę. Sprzyja temu rozwój (choć w różnym tempie i zakresie) segmentu wsparcia środowiskowego, w tym rozwój instytucji i form pomocy dla opiekuna nieformalnego osoby niesamodzielnej (np. w formie opieki wytchnieniowej, szkoleń, doradztwa), które mają umożliwić opiekunom pełnienie różnych ról, tych związanych z rodziną i sprawowaniem opieki nad osobami zależnymi oraz ról zawodowych (Kretek-Kamińska., Kukulak-Dolata., Krzewińska 2020: 33–48).

Jak wskazuje Zofia Szweda-Lewandowska (2014: 218) w ujęciu historycznym ukształtowały się różne modele opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi opisujące relacje między pomocą nieformalną oraz pomocą formalną. Należą do nich hierarchiczny model kompensacyjny (*hierarchical compensatory model*), model substytucji (*substitutional model*), model szczególności (*specificity*

model), model uzupełnienia (*supplementation model*), model komplementarności (*acomplementarity model*). Hierarchiczny model kompensacyjny zakłada, że istnieje hierarchia podmiotów udzielających wsparcia. Pierwszym podmiotem są rodzinne sieci wsparcia, drugim nierodzinne, nieformalne sieci wsparcia, trzecim samorząd terytorialny lub państwo. Zgodnie z modelem substytucji następuje przekazywanie zadań w zakresie opieki nad osobą starszą przez rodzinę do sfery formalnej. Pomoc formalna jest substytucyjna w stosunku do pomocy nieformalnej, co łamie zasadę subsydiarności i rodzi postawy roszczeniowe. Model szczególności zakłada wzajemne dopełnianie się opieki oferowanej osobie starszej przez sieci wsparcia społecznego oraz pomoc formalną. W modelu tym zakłada się dualność opieki oraz wzajemną komplementarność pomocy i instytucji do tego powołanych. Model uzupełnienia zakłada, że najbliżsi są głównym źródłem pomocy i to oni sprawują opiekę. Pomoc formalna pojawia się wtedy gdy rodzina czasowo nie może wypełnić swoich zadań opiekuńczych. Ten model jest zgodny z koncepcją *aging in place* (starzenia się w dotychczasowym otoczeniu). Z kolei w modelu komplementarności zakłada się, że opieka formalna i nieformalna uzupełniają się w ten sposób, że opieka formalna podejmuje zadania, których nie mogą realizować opiekunowie nieformalni ze względu na brak kompetencji (Szweda-Lewandowska 2014).

W Polsce aktualnie realizowany model wsparcia osoby starszej, która nie w pełni jest samodzielna uwzględnia różne formy i zakresy pomocy.

Jak stwierdza Zofia Szweda Lewandowska w Polsce władze publiczne dążą do wprowadzenia hierarchicznego modelu kompensacyjnego opieki nad osobami niesamodzielnymi jako najbardziej skutecznego i efektywnego w implementacji. W ocenie autorki w jego ramach warunkiem zapewniającym skuteczność udzielanej pomocy jest jej indywidualizacja, co zakłada, że decyzja o udzielaniu pomocy formalnej powinna być uzależniona od cech osoby niesamodzielnej, jej wieku, stanu zdrowia, sytuacji dochodowej i nieformalnych sieci wsparcia (Szweda Lewandowska 2014: 222).

Ramy systemu wsparcia niesamodzielnymi osobom starszym w Polsce tworzą

- rodzina, sąsiedzi, krewni, znajomi
- instytucje świadczące usługi opiekuńcze
- placówki środowiskowe, półinstytucjonalne
- organizacje pozarządowe.

4.1. Rodzinne wzory opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi

W Polsce zapewnienie pomocy dla starzejących się i/lub schorowanych członków rodzin spoczywa w głównej mierze na członkach najbliższej rodziny (Kotlarska-Michalska 2016, 2017, 2019).

Jak wskazuje praktyka ukształtowany na przestrzeni pokoleń familistyczny model opieki długoterminowej nad osobami starszymi (Anioł 2015: 109), w rodzinie lokuje odpowiedzialność za realizację funkcji opiekuńczej wobec osób starszych wymagający pomocy, przy bardzo ograniczonym wsparciu zewnętrznym, co nierzadko odbywa się kosztem innych ról społecznych i aspiracji jej członków. Jak wskazują badania w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych pierwsze miejsce przypada członkom rodziny (69,8%), na drugim miejscu znajdują się instytucje (30, 2%) (Pieńkosz, Matejczuk 2015). Praktykowany w ten sposób, na którym opiera się zapewnienie niezbędnej opieki niesamodzielnym osobom starszym ma charakter hierarchiczno kompensacyjny i uwzględnia także hierarchiczny porządek krewnych odpowiedzialnych za opiekę. W pierwszej kolejności odpowiedzialność za pomoc spada na małżonka, następnie na dzieci, w dalszej kolejności na pozostałych krewnych (Urbaniak 2017: 16).

Aktualnie nadal w znaczącym stopniu ciężar opieki nad osobą niesamodzielną spoczywa na rodzinie, która postrzegana jest jako naturalne środowisko opiekuńcze i główne źródło udzielające wsparcia osobie niesamodzielnej. Niesamodzielnym, w tym sędziwi członkowie rodziny, otrzymują wsparcie w ramach sieci krewniaczej, dopiero w sytuacji, gdy rodzina nie ma możliwości sprawowania opieki uruchamiana jest pomoc świadczona przez instytucje pomocy społecznej (Szweda-Lewandowska 2014).

Pierwszoplanową rolę rodziny jako źródła wsparcia i pomocy dla osoby nie w pełni samodzielnej potwierdzają badania. Według GUS, 66,4% respondentów wymieniło dzieci jako te osoby, na pomoc których może liczyć w przypadku choroby. Najpowszechniejszym sposobem sprawowania opieki nad osobami chorymi

i niepełnosprawnymi jest opieka ze strony członków gospodarstw domowych (Pieńkosz, Matejczuk 2015). Badanie PolSenior ujawniło, iż obok współmałżonka, który pomaga seniorowi, około 3/4 badanych może liczyć na pomoc dzieci, w dalszej kolejności wnuków. Dotyczy to zarówno pomocy w przypadku choroby, pogorszenia sprawności, kłopotów finansowych, trudności w robieniu zakupów, sprzątaniu i innych pracach domowych, jak też przy ujawnianiu się trudności w załatwianiu spraw urzędowych oraz poczuciu osamotnienia (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012). Badania potwierdzają, nie tylko fakt, iż w rodzinach, w których są osoby starsze wymagające wsparcia i zależne od opieki, opieka ta jest świadczona głównie przez najbliższą rodzinę i krewnych, ale także iż najbardziej preferowaną i oczekiwaną formą opieki jest właśnie ta, udzielana przez członków najbliższej rodziny.

Jak wynika z dotychczasowych badań w sytuacji nagłej potrzeby, oczekujemy wsparcia od dzieci, potem sąsiadów, dalej dalszych krewnych. W sytuacji nagłej potrzeby, oczekujemy wsparcia od dzieci, potem sąsiadów, dalej dalszych krewnych. Większość badanych oczekuje pomocy od członków najbliższej rodziny, dzieci (91%), współmałżonka (87%). W następnej kolejności liczy na wsparcie dalszych krewnych, przyjaciół lub sąsiadów. W najmniejszym stopniu liczy na instytucje, państwo, instytucje samorządowe, organizacje pozarządowe (w tym stowarzyszenia i fundacje prowadzone przez związki wyznaniowe). W raporcie „To idzie starość” 2009, jako osoby odpowiedzialne za sprawowanie opieki nad osobami starszymi w pierwszej kolejności badani wskazali na dorosłe dzieci (59%), niespełna 40% wyraziło opinię, że obowiązek taki spoczywa na całej rodzinie tj. współmałżonku, dalszych krewnych, dalej pomocy oczekuje się od przyjaciół lub sąsiadów. Prawie jedna trzecia respondentów twierdziła, że opieka nas seniorami jest obowiązkiem społeczeństwa, a wsparcie powinno być świadczone przez instytucje formalne, samorząd, państwo, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe, kościoły¹. Podobne wnioski płyną z łódzkich badań dotyczących sytuacji osób po 75. roku życia korzystających

¹ Deklaracje są niezależne od płci i wieku, a cechami różnicującymi, ale w niewielkim stopniu, są miejsce zamieszkania i wykształcenie. Osoby legitymizujące się wykształceniem średnim zawodowym i zasadniczym zawodowym oraz osoby mieszkające na wsi były większymi zwolennikami obowiązku świadczenia pomocy przez dzieci niż osoby z wyższym wykształceniem i mieszkające w miastach.

z pomocy społecznej. Większość badanych jako podstawowe źródło wsparcia wskazała rodzinę, przede wszystkim dzieci. Istotnym i częstym źródłem potencjalnej pomocy są sąsiedzi (Szukalski 2002).

Z kolei, jak wynika z badań przeprowadzonych na terenie województwa łódzkiego, w sytuacji odczuwania stałej potrzeby pomocy osób trzecich najbardziej akceptowaną formą wsparcia bez względu na wiek, płeć, wykształcenie, czy sytuację zawodową jest skorzystanie z usług opiekuna z pomocy społecznej lub pielęgniar-ki we własnym domu 35%, co piąty badany dopuszcza możliwość zamieszkania w DPS finansowanym ze środków publicznych. Najrzadziej taką gotowość deklarują mieszkańcy wsi. Co 10 badany dopuszcza możliwość pobytu w ZOL, 8% wyraża potencjalną zgodę na pobyt w prywatnym domu spokojnej starości, 7% deklaruje gotowość na pobyt w hospicjum. Prawie 45% badanych nie bierze pod uwagę żadnej instytucjonalnej formy pomocy ze strony osób trzecich (Urbaniak., Krzyszkowski 2017: 112).

Część osób starszych mimo ograniczonej sprawności i potrzeby opieki, w wielu sytuacjach radzi sobie sama (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Ponieważ nie zawsze członkowie rodzin w sposób bezpośredni są w stanie zapewnić niezbędne wsparcia, w organizację procesu włączone zostają inne, poza rodzinne dostępne formy opieki. Jak wskazują badania, wybór formy opieki nad osobami wymagającymi wsparcia jest uzależniony od rodzaju niesamodzielności, sytuacji rodzinnej osoby zależnej oraz standardu placówek specjalistycznych (Pieńkosz, Matejczuk 2015). Jak wskazują badania istnieje niezaspokojony popyt na indywidualną opiekę nad osobami niesamodzielnymi, sprawowaną przez osoby spoza gospodarstwa domowego, a także przez opiekę instytucjonalną. W konsekwencji rodziny pozostają w sytuacji braku możliwości dokonywania swobodnych wyborów co do formy organizacji opieki w zasadzie w stosunku do wszystkich dorosłych osób niesamodzielnych (seniorów, chorych somatycznie, o niepełnosprawności intelektualnej). Gdyby rodziny – które sprawują opiekę z konieczności – miały możliwość dokonywania swobodnych wyborów, z pewnością wzrosłoby zainteresowanie organizacją opieki poza gospodarstwem domowym zarówno w formie realizowanej przez placówki jak i indywidualnej. Wśród przyczyn organizacji opieki niezgodnie z preferencjami, na pierwszym miejscu można wymienić problemy finansowe gospodarstw, tym także te wynikające z utraty dochodów opiekunów z racji sprawowanej opieki.

Zapewnienie osobom starszym w rodzinie specjalistycznej opieki, pielęgnacji i bezpieczeństwa jest ważne dla większości członków rodzin i ma duży wpływ na podejmowane decyzje w tej sprawie, niezależnie od ich sytuacji zawodowej. Członkowie rodzin kierują się głównie poczuciem obowiązku i miłością. W Jednak często zauważalny jest negatywny wpływ opieki na życie rodzinne. Organizacja opieki nad starszymi krewnymi powoduje, iż osoby w roli opiekuna, dysponują mniejszą ilością czasu, jaki mogą poświęcić dzieciom, współmałżonkom czy partnerom życiowym, w konsekwencji doprowadzać to może do konfliktów i nieporozumień. Na tle finansowym nierzadko pojawiają się konflikty z dalszą rodziną.

Członkowie rodzin kierują się głównie poczuciem obowiązku i miłością. W przypadku osób starszych działania opiekuńcze to głównie czynności pielęgnacyjne, dbanie o regularne przyjmowanie leków, wykonywanie drobnych czynności medycznych oraz wszystkich prac domowych, ciągła obecność, gotowość pomocy w codziennych czynnościach, wsparcie emocjonalne i psychiczne, zapewnianie bezpieczeństwa oraz dbanie o zdrowie podopiecznego. Celem jest podtrzymanie tych osób w możliwie najlepszym zdrowiu. W przypadku osób chorych somatycznie, opieką jest dyskretna pomoc w codziennych prostych czynnościach oraz przejęcie wszystkich pozostałych obowiązków w domu. Jej celem jest zahamowanie postępów choroby oraz poprawa kondycji psychicznej podopiecznego. Ważnym celem opieki jest pomoc w budowaniu kontaktów ze światem zewnętrznym i dążenie do usamodzielnienia, stała obecność opiekuna przy osobie podopiecznej i gotowość niesienia jej pomocy. W warunkach rodzinnych osoba starsza lub chora czuje się lepiej. Opieka jest również postrzegana przez badanych jako dążenie do usamodzielnienia podopiecznego oraz integracji ze społeczeństwem (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Jak wynika z badań, w rodzinach praktykowane są różne strategie radzenia sobie z obciążeniami fizycznymi i psychicznymi: opiekuńczy konformizm, opiekuńcza innowacyjność, opiekuńcze wycofanie. Pierwsza strategia, opiekuńczy konformizm, wyraża przekonanie, iż niezależnie od obciążeń materialnych i niematerialnych zadania opiekuna powinny być realizowane. Uzasadnieniem jest silnie zinternalizowana norma dotycząca transferów międzygeneracyjnych i sprawowania opieki w rodzinie. Strategia jest charakterystyczna dla opiekunów świadczących opiekę osobom o niskim stopniu niesamodzielności, którzy podejmują opiekę przez

niedługi czas i mają silne przekonanie o zasadności sprostania normom kulturowym.

Opiekuńcza innowacyjność, wiąże się z pogarszaniem stanu zdrowia osoby starszej lub wynika z długiego sprawowania opieki, pojawia się refleksja nad własnymi potrzebami i kwestionowanie swoich możliwości do sprawowania opieki samodzielnie. Opiekun dąży do włączenia do opieki inne osoby, dostrzega koszty ponoszonej opieki, brak równowagi między różnymi obszarami życia i trudności w łączeniu kariery opiekuna z innymi rolami. Poszukuje innych, których może zaangażować do opieki.

Opiekuńcze wycofanie (strategie oddają różnice w podejściu do opieki) opiekun nie jest w stanie zapewnić opieki osobie wymagającej wsparcia, ani samemu właściwie funkcjonować. Może to być spowodowane złym stanem zdrowia lub bardzo niskimi możliwościami opiekuna wynikającymi z sytuacji finansowej, przemęczenia rolą opiekuna, Opiekun dąży do zakończenia kariery opiekuna rodzinnego i przekazania komuś obowiązków. Najczęściej angażowane są w takiej sytuacji instytucje publiczne (Urbaniak 2017: 146–148).

Jak wynika z badań, często organizacja opieki przez członków rodziny jest koniecznością i bardzo często wynika z ograniczeń finansowych rodziny (Pieńkosz, Matejczuk 2015). W ponad połowie (52,6%) ograniczone zasoby finansowy determinują wybór formy opieki. Finansowe ograniczenia uniemożliwiają przede wszystkim skorzystanie z pomocy indywidualnego opiekuna zatrudnianego spoza gospodarstwa domowego. Wybór do opieki indywidualnej członka rodziny wynika z dość ograniczonej oferty pomocowej oraz ograniczonego zaufania do opiekunów spoza rodziny. Znaczącą rolę odgrywa tu również brak indywidualnego wsparcia osób spoza gospodarstwa domowego oraz zbyt wysoki koszt usług opiekunów indywidualnych (Pieńkosz, Matejczuk 2015). Badani nie oceniają pozytywnie ani standardów, ani dostępności do placówek leczniczych i opiekuńczych. Większość z nich jest skłonna zrezygnować z tej formy pomocy na rzecz niewielkiego wzrostu w opiece wewnątrz gospodarstwa i znacznym powiększeniu opieki organizowanej poza gospodarstwem domowym przez indywidualnych opiekunów (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Familistyczny model opieki wymaga przebudowy z dwóch powodów:

1. Sama instytucja rodziny podlega przeobrażeniom, w wyniku których potencjał opiekuńczy rodziny maleje (procesy migracyjne, zmniejszenie wielkości rodzin, osłabienie więzi rodzinnych, zmiana aspiracji kobiet),

2. Model generuje znaczne zagrożenia dla opiekuna, rodzi koszty społeczne i ekonomiczne dla całego społeczeństwa, jest nim całkowite wycofanie się z życia zawodowego. Może w przyszłości zagrozić zdolności do osiągania wysokiego poziomu zatrudnienia jako warunku rozwoju gospodarki i utrzymania państwa opiekuńczego (Anioł 2015: 111).

Aktualnie rola rodziny jako gwaranta podstawowego źródła opieki nad osobami starszymi ulega obiektywnie zmniejszeniu. Kurczy się potencjał opiekuńczy rodzin. Potencjał opiekuńczy rodziny ulega ograniczeniu z kilku powodów. Jak wynika z prognozy Głównego Urzędu Statystycznego współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba osób w wieku 16–64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat i więcej) ulegnie obniżeniu z 485 do 169. Natomiast współczynnik opieki nad rodzicami (liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata) wzrośnie z 8 do 38. A zatem zmniejszeniu ulegnie liczba osób w wieku 16–64 lat mogących świadczyć wsparcie osobom 65 lat i więcej a zwiększy się liczba osób w wieku 50–64 lat pełniących opiekę nad rodzicami w wieku 85 lat i więcej (Urbaniak 2017: 58). Jak wskazują wyniki badania na temat sytuacji opiekunów rodzinnych osób w wieku powyżej 60 lat z terenu województwa łódzkiego, opiekunowie nieformalni, którzy świadczyli opiekę osobom powyżej 66 lat to osoby w głównej mierze w wieku powyżej 50 lat. W grupie tej najliczniejszą grupę stanowiły dzieci (Urbaniak 2017: 87). Czas jaki poświęcają na opiekę jest uzależniony od wieku i potrzeb osoby starszej. Więcej czynności wykonują osoby zamieszkujące wspólnie z osobami starszymi. Te osoby również częściej deklarują zmęczenie psychiczne i fizyczne. Różnice w ilości czasu poświęconego na opiekę i zakresu wykonywanych czynności wynikają z indywidualnych potrzeb. Zakres wykonywanych czynności wynika z potrzeb indywidualnych. Najczęściej czynności związane ze świadczeniem opieki stanowią czynności zorientowane na przestrzeń, w której sprawowana jest opieka (prace domowe, pranie, sprząatanie, zmywania, generalne porządki, remonty, naprawy w domu), czynności zorientowane na osobę otrzymującą opiekę (zapewnienie i podanie posiłku, podawanie leków, dotrzymywanie towarzystwa, pomoc

przy ubieraniu, zabiegi medyczne np. wykonywanie zastrzyków, pomoc w poruszaniu się), czynności zorientowane na reprezentowanie interesów osoby na zewnątrz (umawianie/dowożenie na wizyty lekarskie, załatwianie spraw urzędowych, zarządzanie finansami osoby), czynności zorientowane na zapewnienie niezbędnych środków do sprawowania opieki (zakupy, przygotowywanie lekarstw, przynoszenie opału, palenie w piecu) (Urbaniak 2017: 93).

Na podstawie badań wyodrębniono trzy grupy czynników motywujących do zaangażowania się w opiekę, do podejmowania się roli opiekuna.

1. Bliska więź emocjonalna i wynikające z więzi poczucie obowiązku,
2. Głęboko zakorzenione poczucie obowiązku i obawa przed złamaniem norm nakazujących świadczenie opieki bliskim,
3. Chęć niesienia pomocy – pobudki altruistyczne (Urbaniak 2017: 100).

Kluczowy powód występowania problemów związanych z organizacją opieki i odpowiedzialnością za nią wynika z procesów deinstytucjonalizacji i detradycjonalizacji form życia rodzinnego, ze zmian jakie zachodzą w strukturze i funkcjach rodziny. Rodzina staje się mniej zdolna do udzielania opieki, ponieważ zmniejsza się wielkość rodziny i przekształca się jej struktura. Maleje liczba członków rodzin, które mogłyby sprawować opiekę nad osobami starszymi. Mniej liczne rodziny mają poważniejsze problemy w zapewnieniu właściwej opieki i pomocy, przede wszystkim, gdy w rodzinie jest więcej niż jedna osoba wymagająca opieki, nierzadko opieki specjalistycznej. W sytuacji takiej jest coraz więcej rodzin z uwagi na wzrost liczby osób niesamodzielnych i wydłużający się czas trwania życia. Istnieją rodziny, w których wsparcia wymagają dwa pokolenia (Urbaniak 2017: 7). Warto zauważyć, iż zagwarantowanie właściwej opieki nierzadko przekracza nie tylko możliwości, ale i umiejętności członków rodziny. Z uwagi na specyfikę zaburzeń opieka i pielęgnacja wymaga zarówno profesjonalnych umiejętności jak i sprzętu medycznego. Nie zawsze rodziny są w stanie temu sprostać. W konsekwencji mamy do czynienia ze wzrostem liczby osób w rodzinie wymagających opieki. Zaspokojenie potrzeb współwystępujących i wzmacnianych przez wzrost wymagań w zakresie profesjonalizacji opieki i pielęgnacji jest trudny.

Kluczowy powód ograniczenia możliwości wsparcia w rodzinie stanowi wertykalizacja sieci rodzinnej, czyli zmniejszanie się liczby

osób z tego samego pokolenia i zwiększanie się jednocześnie żyjących pokoleń². W konsekwencji coraz częściej opieka nad osobami starszymi nie jest dzielona przez kilka osób tworzących pokolenie, a skupia się na 1–2 osobach, co jest efektem małodziejności, a to z kolei powoduje znaczący wzrost obciążeń osób, którym przypadła rola opiekuna osoby wymagającej z racji ograniczonej samodzielności wsparcia. Konsekwencją wydłużania się życia jest występowanie rodzin wielopokoleniowych. Są to najczęściej żyjące jednocześnie trzy lub cztery pokolenia, rzadziej większa liczba pokoleń. Natomiast konsekwencją współwystępowania jest pojawienie się pokolenia *sandwich generation* – pokolenia osób w wieku 45–65 lat, na które spada odpowiedzialność i obciążenie koniecznością opiekowania się zarówno własnymi wnukami jak i rodzicami, a także pojawienie się rodzin z dwoma pokoleniami seniorów i występowania sytuacji, gdy 80–90 latkami opiekują się osoby o 20–30 lat młodsze, borykające się z własnymi problemami zdrowotnymi (Urbaniak 2017: 7). Zmiany w strukturze i wielkości rodziny sprawiają, iż możliwości świadczenia opieki nad osobami starszymi stają się coraz bardziej ograniczone. Coraz częściej mamy sytuacje że w tym samym okresie opieki wymaga więcej niż jedna osoba w rodzinie. Znaczny wpływ na zasoby opiekuńcze mają procesy migracyjne (Urbaniak 2017: 10).

Malejąca wydolność opiekuńcza rodzin jest także efektem mniej przejrzystych relacji rodzinnych. Inne ważne zmiany to rozpowszechnienie nietradycyjnych form rodzinnych, odracanie decyzji prokreacyjnych. Wzrasta udział rodzin niepełnych i rekonstruowanych, gdzie w skład rodziny wchodzi dzieci z wcześniejszych związków, nie zawsze ze zinternalizowaną powinnością postaw opiekuńczych. Zmiana struktury rodzin na skutek spadku dzietności powoduje, że coraz częściej w rodzinie wielopokoleniowej jest więcej osób starszych niż dzieci. Aktywizacja zawodowa kobiet, migracje zarobkowe dorosłych dzieci zmniejszają możliwości opiekuńcze naturalnych systemów rodzinnych.

Ograniczenia zdolności rodzin do wywiązywania się z funkcji opiekuńczej wobec osoby niesamodzielnej są aktualnie coraz częściej spowodowane przez fizyczny brak członków rodziny uniemożliwiający zapewnienie stałej pomocy i wsparcia. Brak ten jest

² Homogenizacja pokolenia wynikająca z ograniczenia dzietności ze skracania się okresu, w którym realizowane są plany prokreacyjne.

spowodowany większą mobilnością przestrzenną członków rodzin i ich przestrzennym rozproszeniem. Większa mobilność przestrzenna i zawodowa osób w wieku produkcyjnym z kolei stanowi konsekwencję zmian na rynku pracy i migracji w poszukiwaniu zatrudnienia. W rezultacie w wielu przypadkach migracja zarobkowa wpływa niekorzystnie na możliwości zapewnienia opieki przez rodzinę. W debacie publicznej pojawił się nawet termin euroseniorzy, na określenie samotnych starszych osób pozbawionych opieki z powodu emigracji dzieci. Jak wynika z badań różne są wzory/strategie sprawowania opieki nad osobami starszymi w sytuacji wyjazdu dorosłych dzieci (Kramkowska 2016; Krzyżowski 2012, Cekiera 2016).

Malejąca wydolność opiekuńcza rodzin jest także efektem ograniczonych środków finansowych, niezbędnych do zabezpieczenia coraz wyższych kosztów opieki, opiekunki, środków opatrunkowych i higienicznych. Z drugiej strony ograniczenie dochodów związanych z ograniczaniem rozmiaru zatrudnienia lub rezygnacją z pracy zawodowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, przekłada się na pogorszenie bieżącej sytuacji materialnej, a w przyszłości na mniejsze świadczenia emerytalne (Błędowski 2012).

Wzrost liczby osób starszych zwiększa popyt na usługi opiekuńcze. Zmniejsza się potencjał rodzin ze względu na coraz większą liczbę kobiet pracujących zawodowo, podczas gdy w rodzinach ciężar opieki nad osobami zależnymi spadał głównie na kobiety. Wydłuża się także okres aktywności zawodowej.

Zmniejszające się zasoby opiekuńcze rodziny determinują wzrost zapotrzebowania na instytucjonalne formy opieki. Odchodzenie od tradycyjnego modelu rodziny skutkuje tym, że osoby starsze, nie w pełni samodzielne, doświadczające samotności, choroby czy niepełnosprawności zdane są na siebie lub na pomoc instytucjonalną.

Zapewnienie opieki nad osobami starszymi jest zadaniem osób zobowiązanych do alimentacji. Kwestie te reguluje kodeks rodzinny i opiekuńczy. Art. 67 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek zagwarantowania dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Opieka nad bliską osobą starszą – szczególnie jeśli jest to osoba niesamodzielna – bywa bardzo trudna.

4.2. Instytucjonalne i środowiskowe formy wsparcia niesamodzielných osób starszych

Wsparcie instytucjonalne dla niesamodzielných osób starszych występuje w różnych formach. Instytucjonalny system wsparcia osób zależnych obejmuje podmioty zarządzane przez państwo, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe oraz podmioty prywatne świadczące usługi opiekuńcze i zdrowotne. Rodzaje wsparcia dla seniorów obejmują wynikające z polityki społecznej wsparcie materialne, rzeczowe, usługowe. Aktualna oferta instytucjonalnych form opieki nad osobami starszymi wynika z wymagań określonych w rozwiązaniach prawnych³. Zgodnie z obowiązującym systemem prawnym zinstytucjonalizowany system opieki i wsparcia niesamodzielných osób starszych składa się z różnego rodzaju usług świadczonych przez instytucje pomocy społecznej oraz instytucje ochrony zdrowia w formie opieki całodobowej, opieki dziennej lub opieki środowiskowej⁴:

Instytucjonalna opieka całodobowa stanowi formę opieki stacjonarnej. Osoby niesamodzielne przebywają w instytucji, która zapewnia pobyt i specjalistyczną pielęgnację. W ramach systemu pomocy społecznej funkcje taką pełnią domy pomocy społecznej, w ramach systemu służby zdrowia – zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja stacjonarne, szpitalne oddziały opieki paliatywnej.

Instytucjonalna opieka dzienna stanowi formę opieki półstacjonarnej. Funkcje te pełnią dzienne domy pomocy społecznej oraz środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, domy dziennego pobytu „Senior Wigor”, dzienne domy opieki medycznej.

Ważną częścią systemu opieki jest pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby zależnej. Opieka świadczona w miejscu zamieszkania stanowi formę opieki środowiskowej. Czynności opiekuńcze wykonywane w domu osoby niesamodzielnej lub jej

³ Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Zasady Narodowego Funduszu Zdrowia, określające zakres realizowanych na rzecz pacjenta usług, standardy i wytyczne dla poszczególných zakresów opieki zdrowotnej tworzone przez konsultantów krajowych, zadania instytucji określone w statutach (m.in. MOPS), uchwały rad gminy/miasta/powiatu, sejmiku województwa.

⁴ System opieki zdrowotnej i system pomocy społecznej w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi nie są zintegrowane, co więcej, odpowiedzialność za ich funkcjonowanie leży w gestii wielu różnych departamentów w Ministerstwach Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia.

najbliższym otoczeniu. Środowiskowe formy pomocy obejmują usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, asystent osoby starszej, asystent osoby niepełnosprawnej, rodzinny dom pomocy, mieszkania chronione, pielęgnarska opieka długoterminowa, hospicja domowe.

Opieka środowiskowa obejmuje usługi zdrowotne, pielęgnarskie i opiekuńcze, umożliwiające osobie zależnej życie w domu. W ramach systemu ochrony zdrowia realizowane są świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej finansowane przez NFZ. Świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej są udzielane świadczeniobiorcy, który w skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej i nie korzysta z innych form opieki zdrowotnej, takich jak hospicja, ZOL, ZPO.

Do opieki środowiskowej zostały zakwalifikowane finansowane przez samorząd mieszkania chronione i rodzinne domy pomocy (RDP). Mają one zapewniać warunki częściowo samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

Opieka długoterminowa może mieć charakter formalny lub nieformalny. Opieka formalna jest świadczona w ramach zatrudnienia opiekuna na podstawie umowy, i który na jej podstawie otrzymuje wynagrodzenie. Opieka nieformalna obejmuje pomoc świadczoną nieodpłatnie przez rodzinę, przyjaciół, a także osoby, które sprawują opieką odpłatnie poza uregulowanymi formami świadczenia usług. Granica między opieką formalną i nieformalną w wielu krajach ulega zanikowi, ponieważ coraz częściej członkowie rodzin są wynagradzani za świadczenie opieki (Łuczak 2015).

Opieka długoterminowa definiowana jest w literaturze przedmiotu jako profesjonalne lub nieprofesjonalne, intensywne i długotrwałe usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, świadczone codziennie osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) w zakresie odżywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego (Augustyn 2010: 12).

Opieka długoterminowa – usługi, które polegają na organizacji i świadczeniu szerokiego zakresu pomocy osobom o długotrwałej, ograniczonej zdolności do samodzielnego życia.

Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty. Obejmują również

pomoc przy wykonywaniu takich czynności, jak: kąpiel, ubieranie się, jedzenie czy też inne czynności higieniczne i pielęgnacyjne, przygotowywanie posiłków, sprzątanie i różne zadania organizacyjne, w tym: robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, podawanie leków czy organizację transportu.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – opieka długoterminowa to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub formalnych (medycznych, społecznych) mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, utrzymania najwyższej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej (Fathey 2002: 36).

Definicja Komisji Europejskiej: opieka długoterminowa łączy szereg usług medycznych i socjalnych na rzecz osób, które z powodu chorób przewlekłych są upośledzone fizycznie lub umysłowo i zdane na pomoc innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Wyzwaniem jest zapewnienie opieki dla osób starszych, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i zaspakajaniu potrzeb bytowych w związku z niezdolności do samodzielnej egzystencji.

4.2.1. Instytucje pomocy społecznej

Funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej w Polsce reguluje Ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, w której art. 7, stanowi, że pomocy udziela się z powodu wieku, niepełnosprawności i długotrwałej lub ciężkiej choroby. Ustawa określa podstawowe formy pomocy, do których należą świadczenia pieniężne, rzeczowe i usługowe (w formie środowiskowej).

Beneficjent systemu pomocy społecznej może uzyskać pomoc w formie świadczenia pieniężnego⁵, jakim jest zasiłek stały, okresowy lub celowy/specjalny celowy. Zasiłek stały jest przyznawany osobie, jeżeli występuje całkowita niezdolność do pracy z powo-

⁵ W zakresie świadczeń pieniężnych, wypłacanych osobom niesamodzielnym lub ich rodzinom, dochodzi jeszcze system ubezpieczeń społecznych. Świadczenia pieniężne wypłacane są również przez system ubezpieczenia społecznego (ZUS lub KRUS) w formie dodatku pielęgnacyjnego.

du wieku bądź niepełnosprawności i dochód osoby nie przekracza kryterium dochodowego, a zasiłek celowy/specjalny celowy przyznawany jest dla zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych np. zakupu leków, opału, odzieży, żywności. Możliwe jest także uzyskanie świadczenia pieniężnego dla opiekuna osoby niesamodzielnej, jeśli opiekun zrezygnuje z pracy zawodowej. Wsparcie w formie rzeczowej polega na zapewnieniu osobie starszej posiłku, odzieży, potrzebnych leków, sprzętu ortopedycznego czy rehabilitacyjnego. Usługi społeczne dla osób starszych niesamodzielnych w formie środowiskowej obejmują usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze. Pomoc w formie stacjonarnej zapewniają osobom starszym domy pomocy społecznej. Świadczenia w ramach pomocy społecznej są realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane przede wszystkim z budżetu gminy?

Instytucjonalna opieka całodobowa w formie stacjonarnej realizowana jest przez domy pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej (DPS) jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej to stacjonarne placówki pobytu i całodobowej opieki dla osób starszych, obłożnie chorych, bezradnych, niepełnosprawnych, które nie mają opieki w rodzinie lub samodzielnie nie są w stanie funkcjonować. Osoba starsza w zależności od sytuacji życiowej i zdrowotnej może się ubiegać o miejsce w DPS. Prawo do umieszczenia w placówce przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemożęcej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym, kierowanie do nich osób wymagających opieki, jak i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańców gminy w DPS należy do zadań własnych gminy. Prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych tam osób, należy do zadań własnych powiatów. Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne oraz osoby fizyczne. Prowadzenie domu pomocy społecznej wymaga uzyskania zezwolenia wojewody właściwego ze względu na miejsce położenia domu. Zezwolenie wydawane jest na czas nieokreślony, a wojewoda jest zobowiązany prowadzić rejestr domów pomocy społecznej.

Placówki świadczą osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb na poziomie obowiązującego standardu.

Pobyt w placówce wiąże się z poniesieniem odpłatności za mieszkańca. Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej wynosi tyle, co średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca, określany przez organ właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Opłata ponoszona przez mieszkańca nie może przekroczyć 70% jego dochodów (emerytury lub renty). Różnicę między kwotą opłaconą przez mieszkańca a wymaganą przez placówkę pokrywa zobowiązana do alimentacji rodzina. W sytuacji, gdy nie jest to możliwe, koszt ponosi gmina na terenie, której zamieszkiwała osoba skierowana do domu pomocy społecznej. Funkcjonowanie domów pomocy społecznej reguluje Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁶, które określa typy placówek oraz szczegółowo warunki jakie muszą być spełnione, aby DPS został wpisany na listę wojewody. Poniżej przedstawiony został podział domów pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone. Są to domy dla:

- osób starszych, w podeszłym wieku,
- osób przewlekle chorych somatycznie,
- osób przewlekle chorych psychicznie,
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób uzależnionych od alkoholu.

Wszystkie typy DPS stacjonarnych zapewniają całodobową opiekę i wsparcie, polegające na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji oraz niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych. Podopieczni DPS charakteryzują się różnym poziomem samodzielności. Wielu z nich jest niesprawnych fizycznie, inni są niesamodzielnymi w codziennym funkcjonowaniu.

Domy Pomocy Społecznej świadczą usługi na poziomie obowiązującego standardu w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb:

- usługi bytowe (zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży, środków czystości),

⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).

- usługi opiekuńcze (pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacja, w tym pielęgnację w czasie choroby, pomoc w załatwianiu spraw osobistych),
- usługi wspomagające (terapia zajęciowa, aktywizacja mieszkańców, samorządność, kontakty z rodziną, usamodzielnienie mieszkańców),
- usługi edukacyjne (nauka, zajęcia rewalidacyjne, szkoła życia),
- usługi zdrowotne.

Dom pomocy społecznej dla osób w nim niezamieszkujących może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze.

W DPS świadczenia zdrowotne udzielane są przez podstawową opiekę zdrowotną i pielęgniarzką opiekę długoterminową domową a finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Potrzebę umieszczenia w DPS identyfikuje pracownik socjalny. Cała procedura rekrutacyjna jest realizowana przez ośrodek pomocy społecznej. Pracownik socjalny OPS przeprowadza wywiad środowiskowy. Wniosek składany jest przez zainteresowanego bądź jego opiekuna prawnego. Do dokumentacji załączane są także diagnozy medyczne, w tym od psychiatry w przypadku DPS dla osób psychicznie chorych. W dalszej kolejności dokumenty są przekazywane do PCPR właściwego ze względu na powiat, na terenie którego leży DPS.

Stacjonarne formy wsparcia zapewniają rodzinne domy pomocy⁷. Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osoby fizyczne w ich miejscu zamieszkania lub przez organizacje pożytku publicznego. Rodzinne domy pomocy świadczą usługi bytowe i opiekuńcze w budynku mieszkalnym jednorodzinnym i mogą przyjmować pod opiekę zazwyczaj od 3 do 8 osób, oferując tym samym swoim mieszkańcom warunki bardziej zbliżone do naturalnego środowiska domowego. Z usług świadczonych w formie rodzinnego domu pomocy korzystać mogą osoby wymagające z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób w przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu ich zamieszkania. Rodzinny dom pomocy świadczy swe usługi w budynku mieszkalnym jednorodzinnym, którego właścicielem lub najemcą jest osoba fizyczna

⁷ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U. z 26 czerwca 2012 r., poz. 719).

prowadząca rodzinny dom pomocy, w którym ta osoba zamieszkuje lub organizacja pożytku publicznego w przypadku domu prowadzonego przez organizację pożytku publicznego (art. 52 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

Instytucjonalną opiekę dzienną realizowaną w formie opieki półstacjonarnej świadczą dzienne domy pomocy społecznej, Dom Senior.

W systemie pomocy społecznej ważną rolę odgrywają dzienne formy opieki. Świadczą je ośrodki wsparcia. Funkcję taką pełnią dzienne domy pomocy społecznej (DDPS), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), a także kluby samopomocy. Tworzenie i finansowanie ośrodków wsparcia o zasięgu lokalnym jest zadaniem własnym gminy (art. 17 ust. 2 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej). Powiat organizuje i finansuje ośrodki wsparcia o zasięgu ponadlokalnym (art. 19 ust. 11 ww. ustawy). Wyjątek stanowią ośrodki wsparcia zwane środowiskowymi domami samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Na ich tworzenie i prowadzenie samorządy (gmina lub powiat) otrzymują dotację z budżetu państwa. Środki na bieżące utrzymanie ośrodków planuje w swoim budżecie wojewoda, zaś na tworzenie nowych miejsc w środowiskowych domach samopomocy planowana jest corocznie w budżecie państwa rezerwa celowa.

Dzienny dom pomocy jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W dziennych domach pomocy świadczone są między innymi usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz wydawane posiłki, głównie osobom, które ze względu na wiek wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. W dziennym domu pomocy mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Miejsce bezpiecznego i godnego spędzania czasu. Wspiera nie więcej niż 30 osób. Zatrudnia minimum 3 specjalistów. Funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników. Formy wsparcia obejmują: zajęcia aktywizujące, terapeutyczne, opiekuńcze i pielęgnacyjne, pomoc psychologiczną, poradnictwo życiowe.

Środowiskowy dom samopomocy jest placówką dziennego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną, które po okresie specjalistycznego leczenia szpitalnego wymagają wsparcia i pomocy.

Formę wsparcia środowiskowego dla osób starszych stanowią mieszkania wspomagane. Usługa w formie mieszkania wspomagane ma charakter pobytu stałego lub okresowego. O miejsce w mieszkaniu wspomagany mogą ubiegać się starsze osoby samotne lub pozbawione wsparcia rodziny (osoby o ograniczonej samodzielności i nieposiadające wsparcia ze strony rodziny i najbliższych osób), wymagają stałego lub okresowego wsparcia, ale nie wymagają całodobowej opieki medycznej, posiadają zaświadczenie lekarza prowadzącego lub psychiatry o wskazaniach bądź ograniczeniach osoby przyjmowanej, określający stopień sprawności psychofizycznej. Mieszkania wspomagane o charakterze prewencyjnym, służą odzyskaniu samodzielności życiowej i sfinalizowania procesu wspierania. Mieszkalnictwo wspomagane wpisuje się w zasadę deinstytucjonalizacji usług społecznych i inkluzji społecznej.

Kluczową formę opieki środowiskowej dla niesamodzielnych osób starszych stanowią usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w ich miejscu zamieszkania. Usługi opiekuńcze mogą być świadczone także w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, zaś specjalistyczne usługi opiekuńcze w ośrodkach wsparcia. Przepisy określają kryteria przyznawania pomocy w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, umieszczenia w ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej, mieszkaniu chronionym (art. 50, 51, 52, 53). W Polsce głównym pozarodzinnym organizatorem usług opiekuńczych dla zależnych osób starszych jest publiczna pomoc społeczna i placówki finansowane przez NFZ.

Pomoc w formie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu, a są jej pozbawione. Pomoc taka przysługuje również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina, w tym także niezamieszkujący wspólnie małżonek, wstępn i zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze mają na celu jak najdłuższe zapewnienie pomocy osobie w jej miejscu zamieszkania.

Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, obejmuje:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb (dostarczanie zakupów, przygotowanie posiłków, sprzątanie, pranie, pomoc w sprawach urzędowych),

- opiekę higieniczną (utrzymanie higieny osobistej, ubieranie się, układanie osoby leżącej i zmiana pozycji by zapobiegać odleżynom i odparzeniom),
- pielęgnację zaleconą przez lekarza (podawanie leków, karmienie),
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej.

Usługi opiekuńcze są świadczone w sposób zindywidualizowany przez wykwalifikowanych opiekunów. Świadczenia w formie usług opiekuńczych są nieodpłatne dla osób spełniających kryterium dochodowe w pomocy społecznej (Błędowski 2012). Opieką może być objęta osoba samotna, która z racji podeszłego wieku lub choroby wymaga opieki osób trzecich i nie może liczyć na finansowe wsparcie rodziny w celu opłacenia usług opiekuńczych.

Z kolei specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania obejmują usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Standard usług obejmuje usługi wskazane w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych⁸. Różnorodne formy opieki specjalistycznej obejmują naukę i rozwijanie umiejętności niezbędnych do życia niezależnego, usługi pielęgniarstwa w czasie trwania leczenia, wsparcie rehabilitacyjne i wspomaganie przywrócenia sprawności organizmu, pomoc w pracach domowych, wsparcie psychologiczne, pomoc w dostępie do świadczeń medycznych, uzgadnianie wizyt lekarskich, zakup leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków, zmianę opatrunków (ewentualnie), rehabilitację fizyczną. Decyzje o przyznaniu prawa do tego typu świadczeń podejmuje dyrektor ośrodka pomocy społecznej. Decyduje też o długości ich trwania, miejscu i zasięgu. Świadczenia są odpłatne. Wysokość opłaty zależy od dochodu rodziny, która może też zostać z niej zwolniona.

Kolejną możliwą formę wsparcia osób starszych stanowią sąsiedzkie usługi opiekuńcze takie jak:

⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. Nr 189, poz. 1598, zm. Dz.U. z 2006 r., Nr 134, poz. 943).

- Pomoc w wykonywaniu zakupów,
- Pomoc w przygotowaniu i podaniu posiłków,
- Pomoc w wykonywaniu prac porządkowych (sprzątanie, pranie),
- Pomoc w uiszczaniu opłat, załatwianiu spraw urzędowych,
- Informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia. Świadczone przez osoby blisko zamieszkujące przynajmniej raz dziennie w zależności od potrzeb na podstawie kontraktu trójstronnego.

Opieka nad starszą osobą musi zawsze być dostosowana do jej potrzeb i indywidualnie określona. Część osób wymaga tylko niewielkiego wsparcia przy większych zakupach i porządkach, inni codziennej kontroli w przyjmowaniu leków i czynnościach higienicznych, niektórzy dodatkowej opieki pielęgniarstwa i asysty przy wyjściu z domu, a czasami pełnej opieki 24 godziny na dobę. Asystent osoby starszej to forma opieki przeznaczona dla osób samodzielnych i zdrowych, które jednak potrzebują wsparcia przy codziennych czynnościach takich jak: sprzątanie, gotowanie, ubieranie, robienie zakupów czy wyjście z domu. Asystent domowy nie musi mieć skończonych specjalistycznych szkoleń. Najczęściej jednak poszukiwane są osoby z doświadczeniem w opiece domowej, opiece społecznej czy pomocniczym personelu medycznym. Wielu seniorów ceni sobie umiejętność gotowania. Atutem asystenta osoby starszej jest posiadanie prawa jazdy i własnego samochodu. Ułatwia to większe zakupy czy wyjście do miasta, do kina, urzędu czy kościoła. Konieczne są umiejętności komunikacyjne oraz empatia. Zakres prac wykonywanych przez asystenta zależy przede wszystkim od czasu, na jaki jest zatrudniany. Podczas godzinnej opieki w ciągu dnia nie da się posprzątać, zrobić zakupów, ugotować i wyjść z domu z podopiecznym. Wiele podmiotów opiekuńczych określa minimalny dzienny czas usługi na co najmniej dwie godziny. Rodziny często zauważają, że w opiece nad osobą starszą nie można zaplanować dnia co do minuty. Odpowiedzialny asystent, który w zaplanowanym czasie nie wykonał wszystkich zadań, np. nie zdążył dogotować obiadu, nie zostawi pacjenta i nie trzaśnie drzwiami, tylko zostanie dłużej (<https://slowoseniora.pl/opieka-nad-starsza-osoba-na-co-zwrocic-uwage/>).

Wsparcie w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności. Wsparcie osób starszych standardy usług asystenckich.

Funkcjonowanie społeczne:

- pomoc w dotarciu do lekarza, urzędów,
- pomoc w zakupach,
- wsparcie w spędzaniu czasu wolnego.

Aktywność zawodowa:

- pomoc w dotarciu do urzędów pracy
- wsparcie w przemieszczaniu się do miejsca pracy.

4.2.2. Instytucje ochrony zdrowia

W systemie wsparcia starszych osób niesamodzielnych, ważną rolę odgrywa system ochrony zdrowia. Osoby starsze korzystają z usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych. W przypadku gdy stan ich zdrowia wymaga długoterminowej opieki specjalistycznej uzyskują w miejscu zamieszkania pomoc pielęgniarki środowiskowej, natomiast w formie stacjonarnej opieka specjalistyczna jest realizowana przez oddziały szpitalne (szczególną rolę odgrywają oddziały geriatryczne), zakłady opiekuńczo lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, a także placówki opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Instytucjonalna opieka całodobowa w formie stacjonarnej realizowana jest przez Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), hospicja stacjonarne, szpitalne oddziały opieki paliatywnej.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) to placówki, udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujące pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji. Zapewniają im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia oraz wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin jak i przygotowywanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Zadaniem ZOL jest pomoc przewlekle chorym w poprawie jakości życia i odzyskaniu możliwie największego zakresu sprawności oraz niezależności. Podstawą do umieszczenia w placówce jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowym kryterium dostępu jest uzyskanie nie więcej niż 40 punktów w skali Barthel, służącej do pomiaru samodzielności pacjenta. Wyjątkiem jest sytuacja, w której podstawowym wskazaniem do umieszczenia w zakładzie jest choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Zakres świadczeń gwarantowanych i zasady ich udzielania w placówkach opieki długoterminowej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Pobyt w ZOL i ZPO jest świadczeniem odpłatnym. Odpłatność za pobyt w placówce opiekuńczej ustala się na podstawie art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. Zgodnie z tym osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie rehabilitacji, który udziela świadczeń całodobowych ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania itd.¹⁰ Miesięczna opłata wynosi 250% najniższej emerytury, jednak nie powinna przekraczać 70% uzyskiwanego przez świadczeniobiorcę dochodu.

Ważną formą opieki dla osób starszych stanowi opieka geriatryczna realizowana przez poradnie geriatryczne oraz szpitale oddziały geriatryczne. Obowiązujący standard udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry jest nieadekwatny do potrzeb zakres opieki geriatrycznej. Narzędzie diagnostyczne stanowi procedura całościowej procedury geriatrycznej (COG). Procedura to wielowymiarowy, wielodyscyplinarny proces diagnostyczny, służący gromadzeniu danych o medycznych, psychospołecznych i czynnościowych możliwościach oraz ograniczeniach pacjentów w wieku starszym (Fedyk-Łukasik 2015). Zebrane w ramach procedury diagnostycznej informacje służą lekarzom geriatrom do stworzenia kompleksowego planu terapii, opieki długoterminowej, do optymalizacji leczenia, zabezpieczenia doraźnej/podstawowej opieki medycznej i rehabilitacji. Geriatria jako specjalność medyczna zakłada holistyczne podejście do pacjenta. Procedura całościowej oceny geriatrycznej obowiązuje w szpitalnych oddziałach geriatrycznych i obejmuje cztery podstawie obszary: zdrowie fizyczne, sprawność funkcjonalną, zdrowie psychiczne, uwarunkowania społeczno-środowiskowe. W procedurze wykorzystuje się liczne testy diagnostyczne.

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Uchwała Nr 104/2012 Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie ustanowienia rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (MP z dn. 22 czerwca 2012 r., poz. 455).

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.).

Do najczęściej stosowanych rodzajów opieki należą: opieka hospicyjna i paliatywna. Stanowią one ważny element systemu opieki nad niesamodzielną osobą starszą. Hospicjum powołuje się do sprawowania specjalistycznej, wszechstronnej i całościowej opieki medycznej, psychologicznej, duchowej, społecznej nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby, kiedy leczenie przyczynowe zakończyło się niepowodzeniem, choroba się rozwija i nieuchronnie prowadzi do śmierci (głównie choroby nowotworowej) oraz dla opieki nad ich rodzinami. Celem opieki hospicyjnej jest umożliwienie osobie chorej najpełniejsze przeżycie terminalnego okresu choroby poprzez leczenie objawowe, pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie. Opiekę nad chorym podejmuje zespół hospicyjny, w skład którego wchodzi: lekarze, psychodzy, pracownicy socjalni, pielęgniarzy, osoby duchowne, pracownicy niemedyczni. Działalność hospicyjna może być prowadzona w formie hospicjum stacjonarnego i skierowana jest do osób wymagających całodobowej opieki specjalistycznej, niemożliwej do prowadzenia w domu chorego, w formie domowej opieki hospicyjnej (stanowi podstawową, nieodpłatną formę opieki zapewnianą przez lekarzy, pielęgniarzy, psychologa, kapłana, wolontariuszy).

Ośrodki opieki dziennej są organizowane głównie w dużych aglomeracjach miejskich i uzupełniają działania ośrodków stacjonarnych oraz zespołów opieki domowej, ośrodków opieki paliatywnej. Zorganizowane w specjalnie wydzielonych oddziałach szpitalnych, ośrodki konsultacyjno-specjalistyczne i poradnie, udzielają informacji na temat różnych form pomocy oraz pomagają w nawiązywaniu kontaktu z hospicjum lub ośrodkami opieki paliatywnej.

4.3. Problemy i niedostatki systemu wsparcia osób starszych niesamodzielnych

Od dłuższego czasu toczy się debata publiczna podejmowana przez środowisko naukowe zajmujące się gerontologią społeczną, lekarzy praktyków, gerontologów, geriatrów nad funkcjonowaniem opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce. Wniosek ogólny jaki wynika z tej debaty wskazuje na nieadekwatny w stosunku do potrzeb i oczekiwań poziom obowiązujących rozwiązań w tym zakresie, postrzegane są często jako fragmentaryczne i niespójne (Szweda-Lewandowska 2014: 223).

Generalnie niesatysfakcjonująca ocena systemu wsparcia dotyczy kilku kluczowych problemów, którymi są:

- 1) ograniczony potencjał i dostęp do instytucjonalnych form pomocy,
- 2) brak środowiskowych form wsparcia oraz opieki długoterminowej udzielanej w miejscu zamieszkania,
- 3) brak wyodrębnienia i skoordynowania w ramach polityki publicznej,
- 4) niski poziom nakładów na opiekę,
- 5) brak kompleksowości w podejściu do potrzeb rodzin z sobą niesamodzielną.

Istniejący potencjał instytucjonalnych form opieki nad osobami starszymi jest z uwagi na liczbę instytucji, formy świadczonej opieki, jak i oferowaną liczbę miejsc, nie w pełni satysfakcjonujący sposób zaspakajania potrzeb różnych grupy osób niesamodzielnych. Obowiązujące regulacje prawne i zasady finansowania systemu opieki nie gwarantują ani właściwego poziomu świadczeń ani dostatecznego dostępu do nich (Błędowski 2012).

Bogatsza jest sieć instytucji opieki przynależących do systemu pomocy społecznej niż do systemu ochrony zdrowia. Jak wynika z danych, opieka nad osobami starszymi w systemie pomocy społecznej zapewniona jest w podstawowym zakresie w każdym z powiatów. Dotyczy to świadczeń prowadzonych przez znajdujących się na terenie gmin ośrodków pomocy społecznej, domów pomocy społecznej oraz środowiskowych domów samopomocy. W każdym z powiatów działa placówka opieki całodobowej. Podaż instytucji opieki w ramach systemu ochrony zdrowia w badanych powiatach jest wyraźnie zróżnicowana. Natomiast sieć instytucji świadczących opiekę w systemie ochrony zdrowia zdominowana jest przez instytucje świadczące środowiskową lub długoterminową opiekę pielęgniarstwa. Dużo gorzej sytuacja wygląda w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Największe braki dotyczą instytucji wyspecjalizowanej w świadczeniu opieki nad pacjentami w fazie terminalnej (hospicja, oddziały opieki paliatywnej). Opieka nad osobami starszymi w systemie pomocy społecznej niemal we wszystkich powiatach zdominowana jest przez sektor publiczny. W przypadku opieki sprawowanej w ramach systemu ochrony zdrowia dominują instytucje niepubliczne. Analizując sieć systemu opieki nad osobami starszymi, należy zwrócić

uwagę na problem koncentracji instytucji. Pomijając usługi świadczone w gminach przez OPS, znaczna część instytucji (szczególnie ochrony zdrowia) zlokalizowana jest w obszarach najbardziej zurbanizowanych. System opieki nie pokrywa swoim zasięgiem małych i oddalonych od miast miejscowości. W związku z tym, potrzebujący z tych terenów mają utrudniony dostęp do usług (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Ograniczona w stosunku do potrzeb liczba miejsc w instytucjonalnych formach pomocy oraz czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej wynosi w niektórych regionach Polski do trzech lat i sprawia, że część osób starszych nie otrzymuje dostatecznego wsparcia. Dotyczy to szczególnie osób samotnych lub osób, które z powodu braku dostatecznych więzów rodzinnych nie mogą liczyć na pomoc (Szwenda-Lewandowska 2014). Osoby, których placówki nie są w stanie objąć pomocą, zostają pod opieką rodzin albo korzystają z usług instytucji niepublicznych, prywatnych pielęgniarek lub opiekunek (Pieńkosz, Matejczuk 2015).

Znacznie trudniej jest zapewnić odpowiednią opiekę osobom niepełnosprawnym intelektualnie oraz chorym psychicznie. Dostępność do usług jest zróżnicowana. Niepełnosprawnymi intelektualnie i chorymi psychicznie przeważnie opiekują się rodzice lub inni bliscy, ponieważ wymagają stałego nadzoru. Zauważalne jest, że opiekunowie rzadko łączą pracę zawodową z codzienną opieką. Opiekę nad osobą starszą najczęściej sprawuje członek gospodarstwa domowego. Seniorzy starają się także radzić sobie samodzielnie lub korzystają ze wsparcia indywidualnego spoza gospodarstwa, najczęściej nieprofesjonalnego.

Badanie przeprowadzone wśród kadry zarządzającej instytucjami pomocy sektora pomocy społecznej i służby zdrowia¹¹ wskazało słabe strony systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi starszymi. W sektorze ochrony zdrowia słabą stroną stanowi niedofinansowanie, mała liczba ZOL (Iwański 2016: 123). W sektorze pomocy społecznej są to: niewydolna i źle funkcjonująca pomoc w formie środowiskowej, zła polityka ośrodków pomocy społecznej względem seniorów wymagających wsparcia i pomocy w codziennym funkcjonowaniu, rozwiązywanie problemów socjalnych w gminie poprzez kierowanie do domów pomocy społecznej osób niespełniających obiektywnych

¹¹ Badanie zostało zrealizowane na terenie województwa zachodniopomorskiego.

kryteriów, brak możliwości kontraktowania usług z NFZ przez domy pomocy społecznej. Działalność OPS zależy od kondycji finansowych gmin. Biedne gminy zapewniają słabą pomoc. GOPS mają problemy z powodu braku infrastruktury pomocowej i dużym rozproszeniem seniorów, a środki na pomoc wydawane są nieracjonalnie. Rodziny, które nie uzyskują pomocy środowiskowej, próbują umieścić seniora w DPS (Iwański 2016: 123). Zauważalne są braki zasobów ludzkich we wszystkich typach pomocy, wśród opiekunek środowiskowych, opiekunów w DPS, pielęgniarek i rehabilitantów (Iwański 2016: 125).

Rzeczą niezwykle ważną jest dopasowywanie oferty domów pomocy społecznej w związku ze zmianami w strukturze demograficznej mieszkańców oraz wzrostem ich potrzeb zdrowotnych. Równie ważnym jest położenie większego nacisku na zapewnienie całodobowej opieki dla osób przewlekle somatycznie chorych, zmniejszenie okresu oczekiwania na umieszczenie w placówce osób przewlekle psychicznie chorych, zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc dla osób w podeszłym wieku. W rozwoju opieki długoterminowej istotną rolę odgrywa poprawa dostępności do lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii i stosowanie kompleksowej oceny geriatrycznej.

Istotnym problemem ograniczającym są znaczne braki w zakresie świadczeń środowiskowej pomocy środowiskowej. W Polsce mamy do czynienia ze znacznymi brakami w zakresie świadczeń środowiskowej pomocy społecznej oraz opieki długoterminowej udzielanej w miejscu zamieszkania, a także ograniczona dostępność do usług opiekuńczych w Polsce. Główną tendencję rozwoju systemu formalnej opieki nad osobami niesamodzielnymi wyznacza proces deinstytucjonalizacji. Proces ten oznacza wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (także zdrowotnych) w środowisku osoby wymagającej wsparcia, mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom, młodzieży, osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Oznacza planowane, jakościowe przekształcenie, a niekiedy i zamknięcie stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej. Oznacza też rozwój usług świadczonych w środowisku lokalnym, których integralnym elementem powinna być profilaktyka, czyli zapobieganie

umieszczaniu osób w placówkach opieki stacjonarnej, całodobowej. Ma w swoim założeniu zapewnić osobom niesamodzielnym godne traktowanie oraz zindywidualizowane usługi opiekuńcze, a także aktywizację społeczną podopiecznych – wskazuje się na wady i zalety procesu (Instytucje 2016). Na proces ten składa się kilka elementów:

1) Rozwój w obrębie społeczności zindywidualizowanych usług wysokiej jakości. Chodzi tu o zapobieganie umieszczaniu dorosłych osób niesamodzielnych w zakładach opieki zamkniętej. Ma temu służyć przeniesienie zasobów finansowych ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej do pomocy środowiskowej w celu świadczenia nowych usług środowiskowych.

2) Zamykanie nieprawidłowo funkcjonujących stacjonarnych zakładów opieki, w których dzieci, osoby niepełnosprawne, w tym mające problemy ze zdrowiem psychicznym i starsze, wymagające opieki są odizolowane od społeczeństwa, nie zapewnia się im odpowiedniej opieki i wsparcia, nie szanuje się ich praw.

3) Zapewnienie powszechnej dostępności podstawowych usług społecznych wymaga rozwoju usług świadczonych w środowisku lokalnym, z drugiej strony stopniowego ograniczania usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem procesu powinna być profilaktyka, zapobieganie umieszczeniu osoba w opiece instytucjonalnej (Instytucje 2016: 15–16).

Jak wskazują badania, których celem było m.in. określenie zakresu środowiskowego wsparcia niesamodzielnych osób starszych, nie jest zadowalająca. Zdecydowana większość osób starszych pozostaje poza jego oddziaływaniem. Niezadowalający jest stan infrastruktury społecznej wykorzystywanej do świadczenia usług wsparcia i organizowania aktywności osób starszych. Brakuje kadr wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu samodzielności, różnym potencjale kulturowym i kapitale społecznym (Szatur-Jaworska, Błędowski 2016: 107).

Kwestią kluczową jest, aby wsparcie udzielane seniorom miało charakter środowiskowy i zindywidualizowany, aby było udzielane lokalnie, w miejscu zamieszkania osoby starszej z uwzględnieniem jej stanu zdrowia i zdolności psychofizycznych.

Wyniki badań wskazują na niewydolną i źle organizowaną pomoc środowiskową. Wskazują też na nieadekwatną, w stosunku do potrzeb, pomoc świadczoną przez opiekunki środowiskowe w wymiarze

czasowym, brak infrastruktury do świadczenia pomocy w formie półstacjonarnej. W opiniach badanych większa pomoc środowiska i zwiększenie wymiaru pomocy pozwoliłoby na zatrzymanie większej liczby osób we własnym gospodarstwie domowym (Iwański 2016: 125).

Wsparcie w środowisku staje się koniecznym standardem (Szatur-Jaworska, Błędowski 2016: 6). W opinii Barbary Szatur-Jaworskiej opieka nad osobami w czwartym wieku, dotkniętymi niesamodzielnością, powinna polegać na wsparciu ich w miejscu zamieszkania, czyli należy jak najdłużej zatrzymywać te osoby w ich domach, nie tylko ze względów ekonomicznych. Do pewnego stopnia pomoc środowiskowa jest nie tylko tańsza, ale dodatkowo już samo pozostanie w domu wpływa pozytywnie na samopoczucie świadczeniobiorcy (Szatur-Jaworska, Błędowski 2016). Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi nie powinna oznaczać zmniejszenia liczby miejsc w placówkach zakładowych, ale poprawę dostępności świadczeń środowiskowych. Konieczne jest ułatwienie dostępu do usług opiekuńczych poprzez zwiększenie wymiaru ich świadczenia, przeformułowanie zasad korzystania z nich oraz zapewnienie dodatkowych usług np. z usługi edukacyjnej lub pomocy wytnieniowej dla opiekunów rodzinnych. Celem do osiągnięcia powinien być np. rozwój usług opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnych (poprawa dostępności, opracowanie standardów i katalog usług), dostosowanie infrastruktury i kadr służby zdrowia dla potrzeb opieki nad osobami starszymi.

Środowiskowy model wsparcia jest zdecydowanie bardziej korzystny. Model opieki spoczywającej całkowicie na rodzinie jak i opieki w pełni instytucjonalnej jest w dłuższej perspektywie kosztowany. Autorzy wskazują na cztery scenariusze opiekuńcze, z uwzględnieniem relacji sektora formalnego i miejsca sprawowania opieki.

- Opieka w całości sprawowana przez członków rodziny w warunkach domowych (rodzinna opieka domowa).

- Opieka sprawowana w warunkach domowych wspierana potencjałem opiekunów nieformalnych a także opieki formalnej o charakterze publicznym, społecznym, prywatnym (usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej, usługi w sektorze prywatnym).

- Opieka w otoczeniu półstacjonarym (dzienne domy pomocy, domy Senior-Wigor).

- Opieka sprawowana w otoczeniu instytucjonalnym, DPS, ZOL, ZPL, prywatne domy seniora (Anioł 2015: 121–126).

Postulują politykę rozwoju wsparcia domowego i dziennego w środowisku, wskazując na następujące korzyści:

- Brak konieczności pełnej instytucjonalizacji, która jest kosztowana i niepreferowana przez wielu obywateli.

- Brak konieczności wykorzenienia z dotychczasowego miejsca zamieszkania, co może być źródłem poczucia autonomii i opieki.

- Ograniczenie ryzyka wypalenia opiekuna.

- Ograniczenie ryzyka izolacji społecznej po stronie wymagającej opieki i jej opiekuna.

- W części przypadków umożliwienie godzenia pracy z opieką (Anioł 2015: 127).

Istotny problem stanowi brak skoordynowania w ramach polityki publicznej współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej i brak współpracy między instytucjami i rozproszenie odpowiedzialności. W Polsce obserwujemy znaczne rozproszenie świadczeń, co powoduje brak koordynacji opieki nad osobą starszą, która bardzo często jest pozostawiona sama wobec licznych problemów. Z perspektywy funkcjonowania systemu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi ważne jest stworzenie mechanizmu współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej podmiotów działających w obszarze opieki. Potrzebne jest zwiększenie spójności współpracy instytucjonalnej na obszarze gminy, powiatu, województwa w zakresie rozwoju usług opiekuńczych dla dorosłych osób zależnych (Instytucje 2016: 7). Na poziomie lokalnym są trzy autonomiczne systemy pomocy państwa: pomoc społeczna, rynek pracy i ochrona zdrowia. Każdy z nich ma swoje regulacje, zasady działania i swoje źródła finansowania. Nie sprzyja to integracji działań. Obecnie istniejące rozwiązania nie tworzą systemu, są fragmentarycznymi, często niewspółpracującymi ze sobą elementami.

Brak koordynacji pomocy pomiędzy sektorami. Dwa sektory nie tworzą wspólnego systemu, lecz działają oddzielnie, brakuje unormowań prawnych, które obligowałyby obie strony do współpracy, co powoduje dublowanie świadczeń. Rodziny seniorów nie otrzymują wsparcia i są pozostawione bez pomocy, system pomocy nie jest dostosowany do problemów z jakimi stykają się osoby starsze niesamodzielne i ich rodziny. Brak jest całościowej polityki

społecznej państwa w zakresie zabezpieczenia opieki nad osobami starszymi. Widoczne jest niedofinansowanie systemu (Iwański 2016: 123). Brak wspomnianej współpracy powoduje przerzucanie odpowiedzialności na inny podmiot.

Kolejny problem to brak wsparcia dla nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych oraz brak kompleksowości w podejściu do potrzeb rodzin z osobą niesamodzielną (Błędowski 2012, Urbaniak 2017, Iwański 2016). Brakuje wsparcia, dla rodzin które opiekują się osobami starszymi o niskim stopniu samodzielności. Rodziny wymagają zróżnicowanego wsparcia, w zależności od zasobów własnych oraz stanu w jakim znajduje się senior (Iwański 2016: 131).

W polskim społeczeństwie bardzo ważną rolę odgrywa rodzina i dlatego bardzo ważne jest dostosowywanie wsparcia opiekunów rodzinnych, którzy pomagają swoim bliskim. Czwarty wiek okazuje się jednym z największych wyzwań na kolejne lata, dlatego, że do 2035 r. dynamika wzrostu ludności w tej grupie wiekowej będzie znacznie wyższa niż w innych i to ona będzie na sobie koncentrowała coraz większą uwagę. Z drugiej strony, przy ograniczonych środkach powstanie problem, w jaki sposób zaspokajać potrzeby tych „młodych–starych”, a nie zadowalać się przeświadczeniem, że te osoby siłą woli i aktywnością rozwiążą swoje problemy w sposób wystarczający i zadowalający. Trzeba stworzyć pewne warunki związane z kontrolą jakości usług, przy czym nie można sobie pozwolić na ich urynkowanie.

W Polsce brak jest mechanizmów wspierania opiekunów rodzinnych w sposób inny niż usługi opiekuńcze (Urbaniak 2017: 10). Status w prawie, debacie i polityce publicznej osób niesamodzielnych i ich nieformalnych opiekunów, wskazuje raczej na niski poziom publicznej troski wobec osób dotkniętych tym ryzykiem w Polsce. Wydaje się przy tym, że mamy do czynienia ze swoistym mechanizmem błędnego koła. Uwarunkowane kulturowo „wypierające” podejście do opieki nad osobami niesamodzielnymi, spycha rodziny dotknięte tym ryzykiem rzeczywiście na margines, do sfery prywatnej, osoby zaś wymagające opieki zamyka w mieszkaniach lub placówkach opiekuńczych (Anioł 2015: 110).

Nie funkcjonuje system wsparcia nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych. Zakres niezaspokojonych potrzeb opiekunów jest spory. Nieformalni opiekunowie seniorów borykają się z licznymi problemami. Coraz mniejsze zasoby osób powodują narastający

stres, często związany z pogarszającym się stanem zdrowia podopiecznego, z brakiem przygotowania medycznego opiekuna, poczuciem przymusu, braku alternatyw, poczuciem wpadnięcia w pułapkę sytuacji, gdy opieka wymaga coraz więcej czasu i wysiłku (Urbaniak 2017: 9). Opiekunowie często nie posiadają podstawowej wiedzy na temat rozwiązań mogących ułatwić im opiekę jak np. finansowanie z NFZ, pielęgniarstwa opieka długoterminowa, domowe zabiegi rehabilitacyjne, dostęp do sprzętu ortopedycznego, system dofinansowania takiego sprzętu oraz warunki jego uzyskania. Brak dostępu do sprzętu rehabilitacyjnego, specjalistycznych łóżek, potrzeba dofinansowania do remontów umożliwiających dostosowanie przestrzeni do potrzeb osoby starszej, podniesie standardu mieszkaniowego np. zabezpieczenie centralnego ogrzewania, zapewnienie dofinansowania do specjalistycznych leków i opatrunków, zabezpieczenie środków na wydatki związane z pełnieniem roli opiekuna, dostęp do specjalistycznych usług medycznych, zapewnienie stabilności świadczonych usług, zapewnienie łączenia funkcji opiekuńczej z karierą zawodową, bez utraty przyznanych świadczeń, potrzeba przerwy w pełnieniu roli opiekuna, (Urbaniak 2017: 134–140). Rodziny nie mają poczucia bezpieczeństwa, a potrzeby osób starszych w wymiarze zdrowotnym nie są uwzględniane w należyтым stopniu.

Wspieranie opiekunów powinno uwzględniać różne typy strategii. Obecnie bardzo wyraźnie zwraca się uwagę, że rodzina nie otrzymuje wystarczającego wsparcia w wypełnianiu funkcji opiekuńczych. Wsparcie opiekunów rodzinnych – wsparcie oferowane opiekunom nieformalnym – opisano w pracy M. Raclawa. *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych* (2011). Niezbędne staje się wsparcie rodziny w funkcjach opiekuńczych. Opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu wspierania nie tylko osoby starszej, lecz również rodziny i bliskich, którzy mogą być potencjalnym źródłem wsparcia wydaje się niezbędnym działaniem, zapobiegającym sytuacji, w której seniorzy nie będą mieli zapewnionej opieki i będą pozbawieni jakiegokolwiek wsparcia (Szweda-Lewandowska 2014).

W społeczeństwie polskim sprawowanie długoterminowej opieki nad bliską osobą niesamodzielną obarczone jest często ryzykiem wykluczenia osób sprawujących opiekę nad swoimi niesamodzielnymi członkami rodzin. W związku z pełnieniem funkcji opiekuńczej członkowie rodzin włączeni w sposób bezpośredni w sprawowanie

opieki narażeni są na ryzyko niedostatku, wykluczenia zawodowego w związku z koniecznością rezygnacji z pracy zawodowej lub ograniczaniem jej wymiaru na rzecz sprawowania opieki. Członkowie rodziny narażeni są ponadto na ryzyko ograniczenia kontaktów towarzyskich i społecznej izolacji, ryzyko urazów związanych ze sprawowaniem opieki, zaniedbywania własnego zdrowia, ryzyko fizycznego przemęczenia, ryzyko wypalenia psychicznego i stres, zwłaszcza w przypadku opieki nad osobami z demencją i zaburzeniami świadomości (Anioł 2015: 120 za Bakalarczyk 2015)¹².

Najpilniejszym zadaniem wydaje się zatem wdrożenie regulacji prawnych i finansowych, skutecznie wspierających rodzinę osoby niesamodzielnej w wypełnianiu funkcji opiekuńczej w stosunku do osób starszych o ograniczonym poziomie samodzielności. Regulacje takie ułatwiłyby godzenie obowiązków opiekuna i pracownika oraz zapewniły rekompensatę z tytułu ograniczenia lub rezygnacji z pracy zawodowej oraz sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną w rodzinie. Pomoc w organizacji i zapewnieniu należytej opieki i pielęgnacji jest rzeczą niezbędną (Błędowski 2012). Badani wyrażają opinie, że problem opieki nad osobami starszymi nie może być wyłącznie domeną rodzin.

Do spraw kluczowych należy zaliczyć zabezpieczenie wsparcia samotnym osobom starszym oraz niepełnosprawnym, poprzez rozwój usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, poszerzenie oferty środowiskowych form opieki – takich jak dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, rodzinne domy pomocy, a także wolontariat. Należy także zwrócić uwagę na wsparcie osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów nieformalnych m.in. poprzez tworzenie ośrodków wsparcia dziennego w formie środowiskowych domów samopomocy.

Z perspektywy funkcjonowania systemu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi kluczowe jest stworzenie spójnego, holistycznego systemu opieki długoterminowej, który zapewni kompleksową opiekę nad osobami niesamodzielnymi uwzględniając medyczne i społeczne aspekty opieki oraz potrzeby osoby niesamodzielnej, możliwości jej integracji ze środowiskiem lokalnym, jak i korzystania z praw obywatelskich i społecznych (Błędowski 2012).

¹² Rodzaj obciążeń fizycznych i psychicznych różni się w zależności od czasu sprawowania opieki i rodzaju wykonywanych czynności. Największy zakres zameczania deklarują opiekunowie sprawujący opiekę w okresie 2–5 lat (Urbaniak 2017).

Kolejnym problemem jest niski poziom nakładów na finansowanie usług opiekuńczych. Z perspektywy funkcjonowania systemu opieki długoterminowej kluczowe jest dofinansowanie i rozwój form opieki środowiskowej. Finansowanie świadczeń opiekuńczych, rozwój i skuteczne funkcjonowanie długoterminowej opieki środowiskowej wymaga zabezpieczenia stabilnego systemu finansowania. Koszty świadczeń środowiskowych są stosunkowo wysokie. W przypadku pomocy społecznej są one ponoszone – zależnie od rodzaju pomocy – przez samorząd gminny lub powiatowy. W obecnym stanie prawnym samorząd praktycznie nie jest w stanie ponosić większych wydatków na ten cel. Potrzeba zatem dyskusji na temat zmiany sposobu finansowania świadczeń opiekuńczych i poprawy ich dostępności. Konieczne jest dofinansowanie systemu długoterminowej opieki instytucjonalnej przez zwiększenie dochodów DPS i podniesienie stawki za osobodzień w zakładach opieki długoterminowej przez NFZ, który występuje jako płatnik mający monopol na finansowanie takich świadczeń jak i opieki środowiskowej. Zdaniem profesora Piotra Błędowskiego system musi zakładać finansowe według zasady solidarności społecznej i rozłożenie kosztów związanych z ryzykiem niesamodzielnosci solidarnie na całe społeczeństwo (Błędowski 2012).

4.4. Potencjał instytucji wsparcia niesamodzielnych osób starszych na terenie Łodzi i województwa łódzkiego

Jak wcześniej wspomniano województwo łódzkie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją demograficzną, co tym samym dla osób starszych wymagających zwiększonego wsparcia, generuje coraz większe zapotrzebowanie na usługi świadczone przez instytucje pomocowe. Aktualnie w województwie łódzkim wsparcie dla niesamodzielnych osób starszych oferowane jest przez kilka typów instytucji: pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy, hospicja, zakłady opiekuńczo – lecznicze¹³. W grupie działa-

¹³ Przytoczone dane pochodzą z analizy dokumentów: *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019 (2020)* – przygotowana przez Wydział ds. Badań i Analiz Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, *Dostępność usług społecznych świadczonych w formie zdeinstytucjonalizowanie*

jących placówek pomocowych dominują te świadczące usługi osobom dorosłym z obniżoną sprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza – 69% oraz 51% domów pomocy społecznej), osobom z obniżoną sprawnością ruchową 64% (w tym 40% DPS-ów), osobom starszym 57% (w tym 69% DPS-ów) (Instytucje 2016). Zgodnie ze swoją specyfiką w największym stopniu DPS-y koncentrują się na pomaganiu osobom starszym. Zgodnie z danymi, jakie przedstawia Raport *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019* (2020) w województwie łódzkim w 2019 roku funkcjonowało 55 domów pomocy społecznej (DPS). Wszystkie domy pomocy społecznej funkcjonujące na terenie województwa to placówki ponadgminne, które w większości prowadzone były przez samorządy powiatowe (48 placówek). Podmioty niepubliczne prowadziły w 2019 roku jedynie siedem placówek tego typu. Domy pomocy społecznej zlokalizowane są na terenie 22 powiatów. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż w województwie łódzkim występuje nierównomierne rozproszenie przestrzenne domów pomocy społecznej, które koncentrują się wokół dużych miast. Największa ich liczba ma swoją siedzibę w Łodzi (Ocena 2020: 88)¹⁴. Skutkuje to długimi terminami oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej¹⁵ oraz deficytami kadrowymi wykwalifikowanych opiekunów¹⁶.

W 2019 roku placówki tego typu oferowały 6 211 miejsc, natomiast z pomocy i wsparcia skorzystało w ciągu całego roku łącznie 7 208 osób (o 181 osób mniej niż w roku 2018)¹⁷. Według

w województwie łódzkim (2018) – przygotowana przez Wydział ds. Badań i Analiz Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, *Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego* (2016), Raport końcowy. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.

¹⁴ W województwie łódzkim jedynie na terenie dwóch powiatów nie działa żaden Dom Pomocy Społecznej.

¹⁵ Podobnie kształtuje się sytuacja w przypadku rozmieszczenia domów dziennego pobytu oraz środowiskowych domów samopomocy.

¹⁶ Liczba osób zatrudnionych w placówkach zasobu instytucjonalnego pomocy i wsparcia, tj. w domach pomocy społecznej oraz jednostkach specjalistycznego poradnictwa zmniejszyła się w roku 2019 w porównaniu do stanu z roku 2018. Nieznacznie wzrosła liczebność kadry środowiskowych domów samopomocy, dziennych domów pomocy i klubów samopomocy (Ocena 2020).

¹⁷ Liczba korzystających z Domów Pomocy Społecznej w całym 2017 roku wyniosła blisko 7,3 tys. osób (na 6,3 tys. miejsc), a liczba osób umieszczonych – 1,2 tys. Liczba korzystających z domów pomocy społecznej w całym 2017 roku wyniosła 7389 osób (Dostępność usług społecznych 2018: 28).

stanu na koniec 2019 roku liczba mieszkańców DPS korzystających z opieki wyniosła 6 126 osób. Największa liczba funkcjonujących w 2019 roku DPS przeznaczona była dla osób przewlekłe psychicznie chorych. W siedemnastu placówkach tego typu przebywały 2 072 osoby, z kolei w dwunastu DPS, które były przeznaczone dla osób przewlekłe somatycznie chorych przebywało 1668 osób. Kolejnych osiem placówek, które zamieszkiwały 573 osoby, przeznaczonych zostało dla osób w podeszłym wieku. W ośmiu placówkach, które zamieszkiwały 722 osoby znajdowały pomoc osoby przewlekłe somatycznie chore, w sześciu DPS, które zamieszkiwało 458 osób, osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie. Pomoc dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie została ulokowana w jednej placówce, w której przebywało 48 osób, natomiast osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie oraz dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie (211 osób) zamieszkiwała dwie placówki. Na terenie województwa łódzkiego tylko jedna placówka została przeznaczona dla kategorii innych odbiorców, zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej (przebywały w niej 374 osoby), natomiast nie są prowadzone domy dla osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób uzależnionych od alkoholu (Ocena 2020).

Biorąc pod uwagę strukturę wieku mieszkańców domów pomocy społecznej, ponad połowa z nich – 62,0% (3 815 osób) to osoby w wieku poprodukcyjnym (tj. w wieku 60 lat i więcej w przypadku kobiet i powyżej 65 lat dla mężczyzn). Niespełna 38,0% mieszkańców DPS-ów stanowiły osoby w wieku produkcyjnym (2 297 osób), natomiast liczba mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym była marginalna (14 osób). Najstarszy mieszkaniec DPS-u w województwie łódzkim miał w 2019 roku 106 lat (odnotowano dwie takie osoby), najmłodszy zaś – 3 lata. W DPS-ach dominuje zapotrzebowanie na pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych (ubieranie, mycie, zmiana pieluch) – 91% oraz pielęgnacja podopiecznych (wykonywanie zaleceń lekarskich, zakładanie opatrunków, podawanie leków) – 94%, zapewnienie wyżywienia – 89% (Instytucje 2016: 72). Około 14% spośród wszystkich mieszkańców domów pomocy społecznej (845 osób) stanowiły osoby, które z uwagi na stan zdrowia nie opuszczały łóżek (Ocena 2020).

W 2019 roku do domów pomocy społecznej przyjętych zostało 1 025 osób, z czego 1 021 osób przyjętych zostało po raz pierwszy.

Jednocześnie w ciągu roku z placówek tych odeszło 1 085 osób (w zdecydowanej większości osoby te zmarły (87,0% – 940 osób), natomiast 6,0% (65 osób) przeniesionych zostało do innych placówek, około 4,5% (49 osób) powróciło do rodziny, a 2,9% (31 osób) usamodzielniało się.

Domy pomocy społecznej funkcjonujące w województwie łódzkim to placówki stosunkowo duże. Na jeden dom pomocy społecznej przypada średnio około 111 miejsc. Jedynie w siedmiu DPS-ach statutowa liczba miejsc była nie większa niż 30, a w kolejnych trzech ich liczba zawierała się między 31 a 34. W pozostałych domach pomocy społecznej w województwie liczba miejsc wahała się między 41 do nawet blisko 600 miejsc (Dostępność usług społecznych 2018: 28). Jak wskazują wyniki badania dotyczącego potrzeb osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego, tylko nieliczne osoby w wieku powyżej 60 roku życia korzystają z opieki instytucjonalnej w domach pomocy społecznej. Mieszkańcami DPS-ów jest zaledwie 1,3% badanej populacji, przy czym wybierane są przede wszystkim ośrodki publiczne, zlokalizowane na wsi lub w Łodzi. Korzystaniem ze stałych usług opiekuńczych w domach pomocy społecznej czy ośrodkach wsparcia w największym stopniu zainteresowane są osoby samotne i osamotnione, przy czym osoby te oceniają dostępność różnych usług opiekuńczych dla seniorów jako bardzo złą. Ponadto blisko połowa osób w wieku 60+ przebywających w placówkach opieki całodobowej wskazywała na niskie lub bardzo niskie poczucie bezpieczeństwa. Osoby starsze mające wokół siebie większą liczbę osób z bliskiej rodziny są natomiast częściej zainteresowane korzystaniem z usług opiekuńczych we własnym domu (opiekun z pomocy społecznej, pielęgniarzka) oraz z opieki dziennej poza miejscem zamieszkania, a także zamieszkaniem w prywatnym domu spokojnej starości lub osiedlu dla seniorów (Dostępność usług społecznych 2018: 29).

Na koniec 2019 roku, w województwie łódzkim na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało 235 osób. Tym samym wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej (stosunek liczby osób umieszczonych w ciągu roku do ogółu osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej, tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie) osiągnął w województwie łódzkim wartość blisko 81,3%. Oznacza to, że w 2019 roku blisko 19% osób wymagających umieszczenia

w domach pomocy społecznej nie otrzymało miejsca w istniejących placówkach (Ocena 2020)¹⁸. Jak wskazują badania 79% funkcjonujących w województwie placówek pomocowych posiada listę oczekujących. Średnio na przyjęcie do placówki czeka 18 osób, w przypadku DPS 17 osób. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do placówki wynosi 37 tygodni (Instytucje 2016: 80).

Tym samym należy zauważyć, iż dostępność miejsc w domach pomocy społecznej jest nadal niewystarczająca w stosunku do istniejących potrzeb, podczas gdy zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, zarówno świadczone całodobowo, jak i w systemie dziennym, wzrasta. Obok środowiskowych usług opiekuńczych niezbędny jest również rozwój miejsc świadczenia usług opiekuńczych w systemie całodobowym oraz dziennym poza miejscem zamieszkania, w szczególności w formie rodzinnych domów pomocy (Dostępność usług społecznych 2018: 4–5). Jak wynika z badań mających na celu analizę stanu opieki nad osobami niesamodzielnymi w województwie łódzkim, to właśnie osoby starsze, chore, osoby z niepełnosprawnością są identyfikowane jako grupy osób wymagających w największym stopniu opieki i wsparcia instytucjonalnego (Instytucje 2016: 50). Alternatywną w stosunku do domów pomocy społecznej formą świadczenia całodobowej opieki nad osobami starszymi są rodzinne domy pomocy¹⁹.

Istotny element infrastruktury wsparcia dla osób starszych poza miejscem zamieszkania stanowią dzienne domy pomocy oraz kluby samopomocy. W 2019 roku w województwie łódzkim funkcjonowały 43 dzienne domy pomocy (tj. o 6 placówek więcej niż w roku 2018 i o 8 więcej niż w roku 2017), w większości prowadzone przez samorząd terytorialny (39 przez samorząd gminny, 2 przez samorząd powiatowy). Prowadzenie pozostałych dwóch zostało zlecone podmiotom zewnętrznym. Placówki tego typu funkcjonowały na

¹⁸ Wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej w roku 2018 osiągnął w województwie łódzkim 62%, co oznacza, że 38% osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej nie otrzymało miejsca w istniejących placówkach, w 2017 roku wartość wynosiła 58% (42% osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej nie otrzymało miejsca). Należy zaznaczyć, że sytuacja w tym zakresie uległa poprawie – w 2016 roku wartość wskaźnika wynosiła 55% (45% miejsc mniej w stosunku do potrzeb) (Dostępność usług społecznych 2018: 28).

¹⁹ Z uwagi na fakt, iż nie jest prowadzony szczegółowy rejestr rodzinnych domów pomocy, wskazanie dokładnej liczby placówek tego typu funkcjonujących na terenie województwa nie jest możliwe.

terenie 11 powiatów (w roku 2018 było to 10 powiatów) i w 3 miastach na prawach powiatu, przy czym największą ich liczbę odnotowano w Łodzi (22 ośrodki). Dzielne domy pomocy dysponowały w 2019 roku 1 798 miejscami (tj. o 65 więcej niż w roku 2018), z których w ciągu całego roku skorzystało łącznie 2 187 osób (o 211 osób więcej rok wcześniej) (Ocena 2020). Funkcjonowanie dziennych domów pomocy umożliwiło min. wsparcie uzyskane w ramach projektu Senior-WIGOR realizowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej²⁰. Osoby starsze mogą uzyskać wsparcie w ramach klubów samopomocy. Ich liczba w województwie łódzkim na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrasta. W 2019 roku funkcjonowały 253 kluby (i inne miejsca spotkań dla seniorów) tj. o 20 więcej niż rok wcześniej i o 45 więcej niż w roku 2017, co stanowi wzrost o blisko 8,0% (18 placówek) w stosunku do roku 2018 oraz aż o 36,0% (67 placówek) w stosunku do roku 2015. W 2019 roku kluby samopomocy w województwie łódzkim oferowały łącznie 435 miejsc (o 95 miejsc więcej niż w roku 2018), z których skorzystało łącznie 420 osób (o 130 więcej niż w 2018). Kluby działają niemal we wszystkich powiatach województwa łódzkiego (poza jednym, powiatem poddębickim (Ocena 2020: 116).

Do kluczowych dla niesamodzielnych osób starszych form wsparcia, jakie oferuje pomoc społeczna należy zaliczyć usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze, stanowiące świadczenia niepieniężne kierowane do osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innych przyczyn. W województwie łódzkim zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych jest wysokie o czym świadczy min. wzrost liczby osób korzystających z tego rodzaju wsparcia. W 2019 roku z usług opiekuńczych skorzystało o blisko 5% osób więcej niż w roku 2014, łącznie około 7,2 tys. osób (tj. 9,4% ogółu świadczeniobiorców pomocy społecznej). Ogółem wypłacono 1,8 mln

²⁰ Projekt Senior WOGOR jest projektem w ramach, którego samorządy terytorialne mogą ubiegać się o środki na rozwój sieci dziennych domów dla osób starszych na swoim terenie. W pierwszej kolejności wsparcie udzielane jest gminom wiejskim i miejsko-wiejskim charakteryzującym się niskimi dochodami w przeliczeniu na mieszkańca i wysokim odsetkiem seniorów w populacji lub brakiem wsparcia dla seniorów, w tym infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania.

świadczeń na łączną kwotę 34,2 mln zł²¹ (Ocena 2020). Zdecydowanie mniej świadczeniobiorców pomocy społecznej korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych. W 2019 roku objęto nimi zaledwie 159 mieszkańców województwa (w roku 2018 było to 155 osób, a w roku 2017 – 151 osób), którym udzielono ponad 14,6 tys. świadczeń (o 2,2 tys. świadczeń mniej niż w roku poprzednim) na łączną kwotę blisko 557 tys. zł (w roku 2018 kwota ta była o około 116 tys. zł niższa). Warto, jednakże zauważyć, że zwiększa się liczba powiatów, których mieszkańcy korzystają z tej formy świadczenia – w 2019 roku specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone je na terenie jedenastu powiatów, podczas gdy w roku 2018 było to osiem powiatów, a w roku 2017 – zaledwie trzy²². Osoby w wieku poprodukcyjnym stanowią tylko jedną z grup odbiorców usług opiekuńczych i specjalistycznych opiekuńczych. Odsetek mieszkańców województwa łódzkiego w wieku poprodukcyjnym objętych pomocą w tej formie wyniósł w 2017 roku wyniósł około 1% (5,8 tys.), przy czym od roku 2014 odsetek ten zwiększył się o 0,4 punktu procentowego (wzrost o blisko 2,4 tysiąca). Pomoc udzielana w miejscu zamieszkania w formie usług opiekuńczych świadczone przez organizacje pozarządowe. Usługi opiekuńcze zabezpieczają min. Polski Czerwony Krzyż (PCK), Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPP), Ośrodek Dziennego Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych Sióstr Felicjanek w Rzgowie czy Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie Amicus w Sieradzu. W formie instytucjonalnej usługi opiekuńcze realizowane są przez hospicja (w 2019 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 17 tego typu placówek zlokalizowanych na terenie dziesięciu powiatów) (Ocena2020), zakłady opiekuńczo lecznicze. Wsparcie i specjalistyczną opiekę geriatryczną w województwie łódzkim zabez-

²¹ Co oznacza wzrost o 193 osoby więcej, o 31,2 tys. świadczeń, o blisko 3 mln zł więcej niż w roku 2018. W roku 2018 roku ogółem z usług opiekuńczych skorzystało 8,3% beneficjentów pomocy społecznej. W 2017 roku z usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w województwie łódzkim skorzystało łącznie blisko 7,2 tys. osób (ponad 1,7 mln świadczeń na łączną kwotę 29,8 mln zł), a zatem objęto nimi około 16% ogółu osób, którym udzielono świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej (Dostępność usług społecznych 2018: 21).

²² W 2017 roku objęto nimi 151 mieszkańców (ponad 18,1 tys. świadczeń na łączną kwotę niespełna 539 tys. zł). Było to o 20 osób mniej niż w roku 2016, przy czym w roku 2018 przewiduje się ponowny wzrost liczby osób korzystających z tego typu wsparcia do poziomu 170 osób. Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone na terenie trzech powiatów, w tym dwóch ziemskich (bełchatowskiego – 74 osoby i kutnowskiego – 21 osób) oraz w Łodzi – 49 osób.

pieczają min. Centralny Szpital Weteranów oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie – Centrum Medyczne Boruta, które to placówki oferują niewielką liczbą miejsc, w pierwszym przypadku są to 24 miejsca, w przypadku drugim zaledwie 10 miejsc.

Potencjał instytucji pomocowych dla osób starszych potrzebujących zwiększonego wsparcia wymaga niewątpliwie dostosowania do istniejących potrzeb. Jak wykazane zostało w dokumencie *Oce-
na zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019* (2020) w województwie łódzkim istnieje potrzeba rozwoju usług w zakresie wsparcia niesamodzielnych osób starszych w systemie opieki całodobowej oraz dziennej poza miejscem zamieszkania.

Ponieważ większość gmin województwa łódzkiego nie organizuje na swoim terenie wsparcia w postaci usług oferowanych przez placówki wsparcia dziennego, istnieje konieczność zwiększenia dostępności np. do dziennych domów pomocy – w szczególności na terenach pozbawionych tego typu jednostek – oraz na terenach, na których nie występuje odpowiednia infrastruktura pomocy społecznej służąca realizacji usług opiekuńczych. Pomimo poprawy sytuacji w zakresie dostępności do opieki całodobowej, liczba placówek jest nadal niewystarczająca w stosunku do występujących potrzeb.

Z uwagi na potrzebę wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym rozwoju wymaga system środowiskowych domów samopomocy. Niezbędne jest również podjęcie działań mających na celu podtrzymanie samodzielności osób zagrożonych jej utratą poprzez reorganizację ich życia i środowiska. Niezbędny wydaje się rozwój dziennych form wsparcia dla osób starszych, w tym w formie klubów samopomocy. Na szczególną uwagę zasługuje także rozwój rodzinnych domów pomocy. Istotną kwestię stanowi także podjęcie działań mających na celu zapewnienie wsparcia opiekunom nieformalnym osób starszych oraz niesamodzielnych.

Niemniej jednak kluczowym dla poprawy zasobów wsparcia jest zwiększenie dostępności osób niesamodzielnych do środowiskowych usług opiekuńczych. Kluczowe jest zabezpieczenie odpowiednich zasobów (finansowych i kadrowych) na realizację usług opiekuńczych, co stanowi warunek niezbędny umożliwiający zaspokojenie pojawiających się w tym zakresie potrzeb, w szczególności w gminach, w których skala korzystania z usług opiekuńczych była dotychczas

nieznaczna. Niezbędne jest wzmocnienie roli samorządowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych w ich działaniach opiekuńczych a także rozwój wolontariatu (Dostępność usług społecznych 2018: 4–5).

Generalna ocena zasobów instytucjonalnych, kadrowych i finansowych instytucji wspierających niesamodzielne osoby w województwie łódzkim wskazuje na potrzebę działania w zakresie poprawy jakości i dostępności usług opiekuńczych, zwiększenia nakładów finansowych na opiekę, podjęcie działań mających na celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu opiekunów, wprowadzenie superwizji dla opiekunów w placówkach stacjonarnych i opiekunów środowiskowych służących podniesieniu ich wiedzy i umiejętności. Z uwagi na liczne problemy w zakresie współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej podmiotów działających w obszarze opieki niezbędne jest zwiększenie spójności instytucji pomocowych działających na terenie gminy, powiatu, województwa w zakresie rozwoju usług opiekuńczych dla dorosłych osób zależnych (Instytucje 2016: 7).

Na terenie województwa łódzkiego dostępność do instytucjonalnych i środowiskowych form wsparcia dorosłych osób niesamodzielnych nie zaspokaja w pełni istniejących potrzeb i oczekiwań. W konsekwencji za niewystarczające lub niskie należy uznać dopasowanie funkcjonującego systemu usług opiekuńczych (zarówno w formie opieki instytucjonalnej jak i pozainstytucjonalnej) do potrzeb zależnych osób starszych (Instytucje 2016: 61). Fakt ten przy obserwowanej migracji zarobkowej osób młodych do dużych ośrodków miejskich lub za granicę (z mniejszych miejscowości) powoduje w konsekwencji, że pozostający w wieku senioralnym członkowie rodziny są pozbawiani naturalnych opiekunów – najczęściej własnych dzieci, a to przekłada się na wzrost prawdopodobieństwa konieczności skorzystania z usług systemu opieki. Wśród placówek, których brak na terenie województwa łódzkiego jest najsilniej identyfikowany należy wymienić hospicja stacjonarne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społeczne. Dotkliwy jest ponadto brak specjalistycznych usług opiekuńczych.

O wspomnianym powyżej niedopasowaniu systemu decydują w głównej mierze czynniki finansowe i organizacyjne. Wśród tych pierwszych należy wskazać na niewystarczające finansowanie placówek przez samorządy, limity NFZ, wysokie koszty utrzymania dla pacjenta i jego rodziny. Z kolei wśród czynników związanych z organizowaniem opieki wymienia się wspomniany już

wcześniej brak równomiernego rozmieszczenia przestrzennego placówek na terenie województwa i ich koncentracja w okolicach dużych ośrodków miejskich, priorytet tworzenia instytucji całodobowych i wynikająca z tego niewystarczająca infrastruktura usług o charakterze dziennym i środowiskowym w miejscu zamieszkania, zbyt mała liczba placówek i wynikający z tego długi okres oczekiwania na miejsce w placówce, nadmiar biurokracji w procesie uzyskiwania wsparcia, niewystarczające zatrudnienie wykwalifikowanych kadr i wynikający z tego krótki limit czasu jaki opiekun może poświęcić każdemu z pacjentów czy też rozproszenie odpowiedzialności za politykę senioralną (Instytucje 2016: 52)²³.

Na koniec warto ponadto zwrócić uwagę na istotną formę wsparcia osób starszych jaką stanowi w systemie pomocy społecznej pomoc finansowa. Osoby starsze w ramach ustawowych regulacji mogą uzyskać wsparcie finansowe w formie zasiłku stałego, celowego i okresowego. Długotrwała lub ciężka choroba (51,7% rodzin, którym przyznano świadczenie z pomocy społecznej) należy do najczęstszych powodów przyznawania pomocy i wsparcia w województwie łódzkim w 2019 roku, w dalszej kolejności są to ubóstwo (41,5%), niepełnosprawność (39,8%), bezrobocie (39,6%) oraz bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (18,8%) (Ocena 2020: 39). Długotrwała lub ciężka choroba jest równie istotnym powodem uzyskania świadczenia w 2018 roku (46%) (Dostępność usług społecznych 2018: 10).

Formą świadczenia niepieniężnego jest odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej. Do wnoszenia opłaty zobowiązana jest gmina, z terenu której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej, a jej wysokość stanowi różnicę między średnim kosztem utrzymania w DPS a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca domu i/lub jego małżonka, zstępnych lub wstępnych. W 2019 roku w województwie łódzkim powyższe świadczenie przyznane zostało 5,5 tys. osób (7,2% wszystkich świadczeniobiorców), co stanowi liczbę o około 500 osób większą niż w roku 2018. Łączna kwota świadczeń wyniosła blisko 126,3 mln zł (o ponad 11,4 mln zł więcej niż w roku poprzednim) (Ocena 2020: 49).

²³ Trzy główne problemy z jakimi mierzą się placówki domy pomocy społecznej stanowią niewystarczające środki finansowe na zaspokajanie potrzeb podopiecznych (66%), biurokracja (74%), niewystarczające zasoby kadrowe – (46%) (Instytucje 2016: 91).

5. Instytucjonalne wsparcie niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim w opinii badanych

Analizy zawarte w tej części publikacji powstały w oparciu o materiał empiryczny zebrany w ramach projektu badawczego pod nazwą „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim” zrealizowanego na zlecenie Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi. Badanie zostało przeprowadzono w wybranych instytucjach orzecznich oraz różnego typu placówkach świadczących usługi opiekuńcze i zdrowotne osobom dorosłym, które z uwagi na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają większego wsparcia¹.

Celem tych badań była identyfikacja oraz szczegółowy opis praktyk związanych z przebiegiem procesu diagnostycznego w badanych instytucjach, szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych, a także ograniczeń, problemów i oczekiwań w zakresie diagnozy, pomocy i wsparcia oraz opis form i zakresu wsparcia oferowanego przez badane instytucje i organizacje na rzecz swoich podopiecznych². Materiał do szczegółowej analizy wybranych zagadnień

¹ Dobór placówek starano się zróżnicować, osiągając kompromis pomiędzy kryterium maksymalizacji wariacji wewnętrznej oraz wyrażonej zgody placówki. W trakcie realizacji badania decydujące okazało się to drugie kryterium. Wśród podmiotów badanych znalazły się: Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (powiatowe i wojewódzkie); Ośrodki Pomocy Społecznej; placówki opieki długoterminowej, w tym: Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Środowiskowe Domy Samopomocy (typu A, B), Dom Pomocy Społecznej dla mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną; organizacje pozarządowe świadczące usługi opiekuńcze i pomocowe (Caritas, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji (FAR) prowadzące m.in. Warsztat Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywności Zawodowej, Środowiskowy Dom Samopomocy) (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 29).

² Szczegółowy opis metodologii badawczej oraz analizy w oparciu o uzyskany materiał badawczy zostały przedstawione w raporcie badawczym E. Kusideł,

stanowiły informacje uzyskane od przedstawicieli instytucji orzecznich oraz świadczących wsparcie, zebrany techniką wywiadu pogłębionego (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 28)³.

W ramach analiz prezentowanych w publikacji skoncentrowano się przede wszystkim na uwarunkowaniach i problemach procesu oceny potrzeb opiekuńczych, w instytucjach służby zdrowia świadczących usługi w formie opieki długoterminowej tj. przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz w formie świadczenia długoterminowej środowiskowej opieki pielęgniarstwa, ponadto w instytucjach pomocy społecznej realizujących wsparcie w formie opieki dziennej przez domy dziennego pobytu, oraz w formie stacjonarnej opieki długoterminowej tj. domy pomocy społecznej, formach i zakresie wsparcia realizowanego przez wskazane instytucje opieki środowiskowej i długoterminowej, ocenie współpracy międzyinstytucjonalnej, współpracy z rodziną, a także utrudnieniach i ograniczeniach w zakresie świadczonych form pomocy i opieki.

5.1. Ocena niesamodzielności i szacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Podstawową kwestią pozostaje po „wejściu” podopiecznego do placówki rozpoznanie i ocena zakresu niesamodzielności, a na tej podstawie oszacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych.

Kadra instytucji udzielających wsparcia, zarówno na etapie wstępnej oceny niesamodzielności, jak i w dalszym postępowaniu oceniającym, koncentruje swoją uwagę na ustaleniu aktualnych

D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna (2017), *Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej, a także G. Mikołajczyk-Lerman, M. Potoczna (2019), *Enhancing Autonomy through the Occupational Engagement of Adults with Intellectual Disabilities: Supported Employment Model Applied by the Polish Association for Persons with Intellectual Disabilities (Branch in Zgierz)*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 15, nr 4, s. 184–203.

³ W wymienionych placówkach przeprowadzono ogółem 20 wywiadów z różnymi kategoriami respondentów (kierownicy, dyrektorzy, prezesi zarządów placówek/podmiotów lub ich zastępcy; kierownicy poszczególnych działów, np. kierownik rehabilitacji, kierownik działu służb społecznych i terapii, kierownik działu usług pielęgnacyjnych, kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego); przewodniczący zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności; pracownicy socjalni; psychologowie; doradcy zawodowi (Kusideł, Podgórska-Jachnik, Potoczna 2017: 28–29).

potrzeb opiekuńczych i pomocowych oraz niezbędnych w tym zakresie oddziaływań zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. Zebrane dane stanowią zasób informacji, umożliwiających identyfikację ograniczeń wyznaczających zakres niezbędnego wsparcia w obszarze aktywności fizycznej, na poziomie aktywności intelektualnej, czy też szerzej – w zakresie aktywności społecznej.

Rozpoznaniu zasobów oraz kompetencji podopiecznych służy we wszystkich z badanych placówkach mniej lub bardziej sformalizowana wstępna ocena, która trwa przez kilka pierwszych miesięcy pobytu podopiecznego⁴.

W okresie pierwszych trzech miesięcy kadra placówki ma też praktyczną możliwość szczegółowego rozpoznania zasobów i kompetencji podopiecznego. Okres ten w badanych placówkach jest traktowany jako okres wstępny. W tym czasie podopieczny ma możliwość zapoznania się z ofertą terapeutyczną placówki i podjęcia decyzji o udziale w proponowanych formach zajęć. Ocena posiadanych przez podopiecznych zasobów i kompetencji, czy zakresu niesamodzielnosci, ma przede wszystkim charakter opisowy.

Na efektywność oceny diagnostycznej składa się wypracowana w placówkach i konsekwentnie stosowana procedura postępowania, wykorzystywane metody, techniki, narzędzia diagnostyczne. Istotne znaczenie mają kompetencje i doświadczenie zatrudnionej kadry. Na całościową procedurę oceny niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych we wszystkich typach badanych placówkach składają się cztery kluczowe elementy:

1) rozpoznanie sytuacji życiowej podopiecznego i ocena poziomu samodzielności, w tym przede wszystkim szczegółowa ocena stanu zdrowia, sytuacji socjalnej oraz ocena wydolności opiekuńczej rodziny,

2) określenie zakresu i rodzaju niezbędnej pomocy i wsparcia, opracowanie indywidulanego planu pracy i pakietu usług dostosowanych do potrzeb konkretnego podopiecznego,

⁴ Tylko w jednej z instytucji, zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osób chorujących psychicznie, okres rozpoznania zasobów i kompetencji, na podstawie których określa się potrzeby danego podopiecznego, trwa zaledwie około dwóch tygodni. Wstępna ocenę – która przekłada się bezpośrednio na plan rehabilitacyjny, w momencie, kiedy pacjent trafia do placówki – przeprowadzają pracownik socjalny i psycholog. Wsparcie psychiatryczne pacjent otrzymuje na podstawie skierowania lekarza psychiatry. W przypadku jednego z domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych wskazano na okres 6 miesięcy.

3) organizacja procesu pomocy opieki i systemu wsparcia (zorientowana na typ instytucji),

4) ocena rezultatów podejmowanych działań i ocena realizacji indywidualnego planu.

We wszystkich typach badanych placówek pomocowych stan zdrowia, rodzaj schorzenia, sprawność fizyczna oraz kondycja psychiczna stanowią najważniejsze, decydujące kryterium oceny stopnia i zakresu niesamodzielności, szacowania wynikających z niej potrzeb pomocowych, opiekuńczych, czyli ustalania zakresu niezbędnych form pomocy i wsparcia, np. właściwego zakresu działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych. Pozostałe kryteria uzupełniające stanowią: ocena sytuacji ekonomicznej osoby zgłaszającej się po pomoc, w tym jej dochody, warunki mieszkaniowe oraz ocena sytuacji rodzinnej i sytuacja społeczna.

5.1.1. Ocena stanu zdrowia

Podstawowym kryterium oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych jest stan zdrowia i kondycja fizyczna. W każdej z instytucji kluczową rolę odgrywa rozpoznanie potrzeb podopiecznych wynikających z ich stanu zdrowia⁵. Ocena stanu zdrowia ma miejsce „na wejściu” podopiecznego do placówki, potem realizowana jest na bieżąco. W ocenie pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i środowiskowych domów samopomocy najważniejszym kryterium diagnozy jest ocena stanu zdrowia i ocena sprawności fizycznej osób korzystających z ich usług w trakcie całego okresu pobytu podopiecznego w placówce. Kondycja fizyczna i psychiczna wyznacza bowiem zakres czynności, które osoba może wykonywać samodzielnie, określa zakres wsparcia, którego wymaga, czy też formy działań aktywizujących, w których może uczestniczyć. Stan zdrowia podopiecznych determinuje zatem dobór adekwatnych czynności leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

Rozpoznanie potrzeb podopiecznych wynikających z ich stanu zdrowia podejmuje kadra już „na wejściu” podopiecznego do placówki w celu ustalenia niezbędnego w pierwszym okresie pobytu

⁵ Na oddziałach szpitalnych procedury diagnostyczne są zgodne z obowiązującymi wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia (na oddziale rehabilitacji stosowane są dodatkowe).

zakresu wsparcia. Aby zyskać rozeznanie w tym aspekcie pracownicy instytucji analizują komplet otrzymanych dokumentów medycznych (tj. np. orzeczenie o niepełnosprawności, karty leczenia szpitalnego, dokumentację lekarza pierwszego kontaktu). Obligatoryjna dla niemal wszystkich instytucji dokumentacja medyczna, przekazywana jest placówce, do której trafia podopieczny, a więc przede wszystkim wspomniane wcześniej skierowanie lekarza pierwszego kontaktu/lekarzy specjalistów, historie choroby, karty leczenia szpitalnego itp., *Często do oddziałów, do pielęgniarek trafiają różnego rodzaju karty informacyjne z przebiegu chorób, karty informacyjne ze szpitala, z różnego rodzaju poradni specjalistycznych* (wywiad 9). Rozpoznaniu potrzeb podopiecznych służy także podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie „na wejściu”.

Równie znaczące są opinie lekarskie stanowiące wynik realizowanych na bieżąco medycznych badań diagnostycznych lub konsultacji specjalistycznych. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że chodzi głównie o konsultacje w zakresie oceny stanu psychicznego jakie warunkują podejmowanie działań przez pracowników socjalnych: *Rzeczywiście często musimy się posilkować opinią lekarza specjalisty. Jest tzw. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która nas do tego obliguje, jeśli mamy już dokumenty, bo np. pacjent jest objęty opieką poradni zdrowia psychicznego, to wtedy jest łatwiej, a jeśli nie, a my dostrzegamy jakieś symptomy, coś budzi nasz niepokój albo budzi niepokój sąsiadów, to wtedy prosimy o wizytę lekarza psychiatry* (wywiad 14).

Niemniej ważne są informacje zwarte w innych formalnych dokumentach pozostających w posiadaniu instytucji pomocy społecznej (np. wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego).

Do pozostałych wskazanych przez badanych źródeł dostarczających informacji na temat podopiecznych należy zaliczyć wyniki testów diagnostycznych.

Często przychodzą tacy podopieczni z całymi woreczkami leków. Dla nas również jest to bardzo ważnym źródłem informacji, ponieważ możemy do takiej diagnozy podejść w sposób specjalistyczny. Wiemy czy są to leki krążeniowe, czy są to leki moczopędne, czy obniżające ciśnienie, czy są to jakieś psychotropy, które również potrafią nam w doskonały sposób określić w jakim ten podopieczny znajdował się stanie. Jeżeli pielęgniarz widzi, że brał

antydepresanty, to jest to dla nas konkretnym znakiem, konkretną informacją (wywiad 9.1).

Ocena stanu zdrowia jest realizowana na bieżąco. Ograniczenia samodzielności osób przebywających w instytucji, np. w zakresie czynności samoobsługowych, zdiagnozowane na podstawie oceny ich stanu zdrowia, modyfikują sposób działania danej placówki.

Stan zdrowia i wynikające z niego ograniczenia funkcjonalne stanowią podstawowe kryterium oceny niesamodzielności dokonywane przez pracowników socjalnych w kontekście tego, w jaki sposób wyznaczają sposób funkcjonowania człowieka w codziennym życiu (poziom wykonania czynności samoobsługowych, relacje społeczne): *Bierzemy pod uwagę sprawność fizyczną takiej osoby, czy jest w stanie zaspokoić swoje podstawowe potrzeby życiowe we własnym zakresie, i tutaj oceniamy właśnie ten zakres, czy np. może samodzielnie przygotować posiłek, czy samodzielnie może zrobić zakupy, czy wychodzi z domu, czy potrzeby fizjologiczne załatwia (wywiad 14).* W tym celu pracownik socjalny pozyskuje możliwie obszernie informacje na temat stanu zdrowia fizycznego i psychicznego podopiecznego, jego sytuacji dochodowej, mieszkaniowej, zawodowej i społecznej, a przede wszystkim możliwości uzyskania wsparcia ze strony rodziny oraz sposobu funkcjonowania w środowisku społecznym.

Organizacja procesu wsparcia jest w dużym stopniu uzależniona od bieżącego zapotrzebowania na określony zakres usług, a co za tym idzie, określa niezbędne dla ich zapewnienia zasoby kadrowe: *Bardzo często w oddziałach, jeżeli widzimy na przykład, że jest większa ilość osób w gorszym stanie zdrowia, że chorzy są leżący i wymagają kompleksowej obsługi, to ja, jako kierownik, staram się, żeby na takich oddziałach, gdzie ta praca absorbuje większą ilość osób, było większe obciążenie w opiekunów. Dla mnie jako kierownika personelu w oddziałach, ta diagnoza stanu zdrowia, kondycja zdrowotna, jest niezmiernie ważna (wywiad 9.1).*

Istotnym elementem stanu zdrowia jest ocena kondycji psychicznej osób ubiegających się o wsparcie lub już z niego korzystających. Determinuje ona poczucie bezpieczeństwa podopiecznego zarówno podczas samego procesu diagnozy, jak i później, w nowym dla niego środowisku społecznym, jaki tworzy placówka pomocowa. Wpływa także na przebieg procesów adaptacyjnych, sposób współpracy z podopiecznym, jego zaangażowanie w rehabilitację i przezwyciężanie

ograniczeń powstałych w wyniku choroby. Badani podkreślają, że nawet, jeżeli ograniczenia te są poważne na tyle, że podopieczny w zasadzie jest osobą leżącą, ale jednocześnie jest on w dobrej kondycji psychicznej, to współpraca jest możliwa.

W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, iż pracownicy instytucji świadczących wsparcie niesamodzielnym osobom starszym lokują diagnozę poza właściwymi ich instytucji zadaniami i traktują ją jako element procesu udzielania pomocy. Zatem rzeczywistymi diagnostami niesamodzielnosci oraz osobami wytyczającymi kierunek i zakres świadczonej przez instytucje wspierające starsze osoby są lekarze. Przyjęcie do każdej placówki opieki długoterminowej poprzedza złożenie przez osobę zainteresowaną odpowiednich dokumentów zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Takim dokumentem podstawowym jest wniosek o przyjęcie, który uzupełnia odpowiednia dokumentacja medyczna oraz skierowanie wystawione przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza psychiatrę. Wzory wymaganej przez instytucje dokumentacji medycznej określają wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia i stosowne w tym zakresie rozporządzenia.

W przypadku każdego typu instytucji, zarówno w obszarze instytucji pomocy społecznej jak i instytucji służby zdrowia, do których trafia osoba wymagająca bardziej intensywnego wsparcia, podstawowym kryterium kwalifikowania jest diagnoza lekarska stwierdzająca potrzebę/konieczność objęcia osoby pomocą medyczną, rehabilitacyjną czy opiekuńczą. Szczegółowe zasady przyjęcia do placówek pomocy społecznej i instytucji służby zdrowia udzielających wsparcia warunkuje decyzja właściwego dla miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej ośrodka pomocy społecznej. W przypadku wsparcia osoby niesamodzielnnej w formie środowiskowych usług opiekuńczych, przyjęcia do domu pomocy społecznej, pobytu w domu dziennego pobytu, jest to skierowanie lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii. W przypadku wsparcia udzielanego osobom niepełnosprawnym intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi przez środowiskowe domy samopomocy – wsparcie placówki środowiskowej warunkuje zaświadczenie lekarza psychiatry, w którym znajduje się informacja, że osoba choruje i w sposób stały objęta jest opieką psychiatryczną. Pobyt w placówce środowiskowej stanowi najczęściej kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, jakie prowadzi poradnie zdrowia psychicznego, skierowanie lekarza psychiatry

oraz orzeczenie o niepełnosprawności, ukończony 16. rok życia. W przypadku uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w warsztatach terapii zajęciowej, wymagany jest wniosek, skierowanie lekarza podstawowej opieki lub lekarza opieki długoterminowej. Taki wniosek/skierowanie wymagany jest również w przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, przyznania świadczenia w formie długoterminowej środowiskowej opieki pielęgniarstwa, w sytuacji, w której pobyt pacjenta finansuje NFZ. W przypadku komercyjnego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym obowiązuje tylko umowa jaką podpisuje placówka z rodziną osoby wymagającej wsparcia. Co prawda, w domu dziennego pobytu każdy z podopiecznych – a są to w przypadku tej placówki osoby starsze, najczęściej samotne – skierowanie do placówki otrzymuje z ośrodka pomocy społecznej, jednakże decyzje o tym czy jest on zainteresowany udziałem w zajęciach podejmuje samodzielnie.

Diagnostyka stanu zdrowia realizowana jest zatem przez kadre medyczną (lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej) i uwzględnia szeroką gamę obligatoryjnie stosowanych specjalistycznych technik i narzędzi diagnostycznych takich jak podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie, specjalistyczne testy kliniczne stosowane w diagnostyce medycznej. Stanowią one podstawę do oceny zakresu niesamodzielności podopiecznych placówek pomocowych. W przypadku pacjentów geriatrycznych istotnym źródłem wiedzy jest wywiad przeprowadzony z rodziną, *bo pacjent w wieku lat 80 nie do końca jest zorientowany, co do sytuacji, z rodziną, o ile rodzina jest też przy przyjęciu albo odwiedza* (wywiad 19).

Bezpośrednim źródłem informacji jakie wykorzystują pracownicy badanych instytucji w procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych jest sam podopieczny: *Podopieczny w trakcie rozmowy/wywiadu przekazuje nam swoje potrzeby i oczekiwania, mówi nam przede wszystkim o swoim życiu, o swoich przeżyciach, o tym co przeszedł* (wywiad 10). Wypowiedzi badanych wskazują, iż niekiedy pojawia się problem wiarygodności informacji przekazywanych przez podopiecznych. Dlatego, aby pogłębić lub uwiarygodnić uzyskane w ten sposób informacje na temat sytuacji życiowej, w przypadku np. środowiskowego domu samopomocy czy warsztatu terapii zajęciowej, są one weryfikowane w trakcie wywiadu, jaki przeprowadza pracownik placówki

w miejscu zamieszkania podopiecznego: *Jedna rzecz to to, co mówi podopieczny, a druga zorientowanie się naocznie w tych problemach i w sytuacji. To są takie podstawowe nasze narzędzia* (wywiad 6). Istotnym źródłem informacji jest środowisko społeczne podopiecznego, jego rodzina, znajomi, sąsiedzi. Na szczególną uwagę w ocenie pracowników instytucji zasługują informacje przekazywane przez rodzinę. Pracownicy socjalni zwrócili uwagę, że jeżeli podopieczny posiada rodzinę, która wyraża zgodę na udzielenie informacji, stanowią one istotnie wiarygodne źródło wiedzy ułatwiające im ocenę niesamodzielności: *Rodzina potrafi też wiele powiedzieć jak wygląda szczegółowa sytuacja zdrowotna, poza tym, co jest wpisane w kartach. Czasem takie rozmowy z rodziną mogą nam wiele wniesić do sprawy, więcej rozjaśnić, jeśli chodzi o niesamodzielność tej osoby. Możemy uzyskać też informacje, oczywiście za zgodą tych osób, od sąsiadów* (wywiad 13). Podobne opinie formułuje kadra placówek wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie i chorujące psychicznie: *Jeżeli jest rodzina, jeżeli jest taka możliwość, bo pamiętajmy, że mówimy o osobach chorych psychicznie, to jest taka specyficzna sytuacja, że większość osób, nawet jeżeli ma rodzinę, to nie utrzymuje z nią kontaktu. To są osoby samotne. Ale jeżeli jest rodzina i możemy się skontaktować i ten kontakt nie jest utrudniony, to jak najbardziej uzupełniamy te informacje* (wywiad 6). Rozmowa z członkami rodziny odgrywa szczególnie ważną rolę w sytuacji, gdy z racji wieku lub stanu zdrowia pacjent/podopieczny nie jest w stanie samodzielnie udzielić wiarygodnych informacji. W sytuacji, gdy podopieczny jest osobą samotną lub gdy kontakt z jego najbliższą rodziną nie jest możliwy, pracownicy socjalni starają się w celu rozpoznania jego sytuacji życiowej pozyskiwać niezbędne informacje od sąsiadów, znajomych. Ważnym źródłem informacji są instytucje, w których podopieczny przebywał w okresie wcześniejszym: *Szukam źródła wiedzy w środowisku, w którym wcześniej funkcjonowali, czy to będzie instytucja, czy dom rodzinny. Ja bardzo lubię informacje z poprzednich miejsc zamieszkania, jak dana osoba tam funkcjonowała, jaka tam była terapia dla niego stosowana, co dobrze na niego działało, co źle. Nie zawsze jest kontakt, nie zawsze są chętni do współpracy, nie zawsze też chcą się dzielić wiedzą. Przysyłają dokumentację i dla nich jest sprawa ułatwiona. Z rodzicami rozmawiamy, niektórzy są chętni do współpracy, niektórzy niestety bardzo oporni, ale kontaktujemy się z nimi* (wywiad 8).

5.1.2. Ocena sytuacji materialnej

Dochody osoby starszej i jej zasoby mieszkaniowe w poszczególnych typach placówek pomocowych stanowią mniej istotne kryterium oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych.

Sytuacja materialna podopiecznych nie ma żadnego znaczenia z punktu widzenia zakresu form wsparcia, jakie w trakcie pobytu otrzymuje podopieczny w domach pomocy społecznej. Ani koszt pobytu, ani zakres świadczonych usług nie jest zróżnicowany z uwagi na stopień zamożności: *Pacjent ma prawo do świadczenia bez względu na swoją sytuację majątkową* (wywiad 5). *Sytuacji bytowej nie bierzemy pod uwagę. Wszyscy są traktowani tak samo, niezależnie do sytuacji bytowej* (wywiad 8). *Do diagnozy i dalszej pracy z mieszkańcem, nie jest to zupełnie potrzebne. Nie ma to wpływu żadnego, co do diagnozy samodzielności i czy potem pracujemy, czy układamy plan wsparcia. Zasoby materialne zupełnie nie mają tu znaczenia. Każdy, kto przychodzi do Domu Pomocy Społecznej ma jakieś środki finansowe, płaci tak, jak mówi ustawa i tutaj to nie ma żadnego znaczenia. My dajemy wszystko niezależnie od stopnia zamożności, osoba wszystko to, co potrzebuje otrzymuje od nas, ponieważ odpłatność jest jedna, dla wszystkich taka sama, więc to nie ma właściwie żadnego wpływu, tzn. może mieć, o tyle, czy rodziny mniej, czy więcej dopieszcza taką osobę, [...] to może najwyżej wpływać na zakres jego życzeń odnośnie takich przyjemności, czy będzie sobie życzył taką kawę, czy najtańszą herbatę, jak to dodatkowe, poza tym, co mu serwujemy* (wywiad 10).

W placówkach takich jak dom pomocy społecznej, wsparcie otrzymują osoby o bardzo różnym statusie materialnym. Podopieczni trafiają do domów pomocy społecznej z uregulowaną sytuacją finansową. Koszty pobytu ponosi sam podopieczny, jego rodzina lub ośrodek pomocy społecznej. Jeżeli osoba ma rodzinę, ocenie pracownika socjalnego podlega także sytuacja materialna dorosłych dzieci czy wnuków osoby umieszczonej w placówce. Pracownik socjalny ustala osoby zobowiązane do alimentacji, czy są one w stanie partycypować w kosztach pobytu w domu pomocy społecznej, czy są podstawy do zwolnienia ich z tego obowiązku.

Sytuacja dochodowa i mieszkaniowa ma istotne znaczenie w procedurze przydzielania usług opiekuńczych lub przyznania miejsca

w domu pomocy społecznej. Decyzję o przyznaniu usług w określonym zakresie podejmuje pracownik socjalny na podstawie przeprowadzonego wywiadu środowiskowego, w ramach którego ocenia on wielkość zasobów finansowych osoby ubiegającej się o pomoc. Osoby starsze współfinansują koszty usług w wymiarze określonym w ramach obowiązującej tabeli odpłatności za usługi opiekuńcze. Wysokość tych opłat jest zależna od posiadanego dochodu. Im wyższy dochód tym wyższa odpłatność za jedną godzinę usług opiekuńczych. Sytuacja taka powoduje, iż bardzo często: *ludzie rezygnują z usług opiekuńczych i realizują je we własnym zakresie, czyli wolą komuś zapłacić 10–12 zł po znajomości, niż ubiegać się o usługi opiekuńcze* (wywiad 14).

W przypadku ustalania zakresu usług opiekuńczych istotna jest także kwestia własności mieszkaniowej osoby niesamodzielnej. Jeżeli osoba starająca się o wsparcie w formie usług opiekuńczych jest właścicielem mieszkania i jest osobą samotną, możliwość uzyskania pomocy jest większa, niż w przypadku, gdy mieszkanie stanowi własność członka rodziny. Dorosłe dzieci czy wnuki, które, jak zwracają uwagę pracownicy socjalni, bardzo często przejmują mieszkanie w zamian za deklarację dożywotniej opieki, a zatem po przepisaniu mieszkania są zobligowane do udzielenia pomocy i zagwarantowania opieki niesamodzielnemu rodzicowi. W związku z tym, w przypadku stwierdzenia takiej sytuacji, pracownik socjalny ma prawo odmówić przyznania usług opiekuńczych.

Zasoby finansowe, jakimi dysponuje osoba niesamodzielna są bardzo ważne w przypadku komercyjnego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Komercyjny koszt pobytu w placówce jest wysoki. Jak wynika z wypowiedzi pracownika ZOL-u, z uwagi na wysoki koszt pobytu w placówce, bardzo często ponosi go cała rodzina. Niestety w wielu przypadkach, głównie osób samotnych, koszt pobytu w placówce okazuje się zbyt wysoki i osoba potrzebująca jest zmuszona zrezygnować z tej formy opieki. W tym kontekście szczególnie problematyczna jest sytuacja bytowa starszych osób chorujących psychicznie: *To są bardzo często osoby, które żyją i mieszkają w bardzo kiepskich warunkach, które nie radzą sobie z takimi podstawowymi rzeczami dotyczącymi właśnie tego mieszkania, czyli dbaniem o to, żeby ono było opłacone, wymienione jakieś usterki i naprawione. Połowa osób, która tutaj przebywa ma tego typu problemy* (wywiad 6).

5.1.3. Ocena sytuacji rodzinnej

Jak wskazują wyniki badania, sytuacja rodzinna niesamodzielnych osób starszych, podopiecznych instytucji opieki długoterminowej i wsparcia środowiskowego jest zróżnicowana. Podstawowym kryterium tego zróżnicowania jest zakres wsparcia jakie otrzymuje starsza osoba niesamodzielna. Odzwierciedla ono zaangażowanie rodziny w pomoc i opiekę. Zakres wydolności opiekuńczej rodziny jest zróżnicowany.

Pierwszą grupę stanowią osoby starsze, z którymi rodziny utrzymują stały kontakt i udzielają im wsparcia. Wsparcie jakie otrzymują osoby starsze przybiera różne formy, a polega np. na finansowaniu lub współfinansowaniu wizyt u lekarzy specjalistów, finansowaniu usług opiekuńczych: *W niektórych przypadkach to pracownicy też wiedzą, że np. dokłada się rodzina. I wtedy, jak zadzwoni rodzina, proszą by „nie brać pod uwagę sprawy finansowej” albo „nie rozmawiać z mamą, bo ja będę tutaj opłacać te usługi” – to wtedy jest dużo łatwiej, bo i opiekunka często ma jakieś dodatkowe pieniądze z tego. Umawiają się z rodziną, bo np. MOPS nie przyzna wystarczającej liczby godzin, a wtedy rodzina prosi panią opiekunkę by została godzinę dodatkowo. Ważna jest ta rola rodziny (...)* (wywiad 15), także w finansowaniu pobytu osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, przede wszystkim na zasadach komercyjnych *Myślę, że tutaj decydują względy oczywiście finansowe, wydolność rodziny. Mamy przykład takich rodzin, które składają się na pobyt, czyli ileś tam osób z rodziny zbiera pulę pieniędzy i na tego podopiecznego przeznaczają tutaj tę kwotę. Wiemy, że są osoby, które są samotne i na to nie mogą sobie pozwolić, i dla nich jest to szalony problem. Natomiast są takie grupy osób, które dowiadując się o cenę muszą zrezygnować i wyrażają opinię: bardzo mi przykro chciałabym tu być, ale nie stać mnie na to* (wywiad 4). W sytuacji, gdy osoba starsza przebywa w placówce opiekuńczej rodzina utrzymuje stały kontakt i wspiera swoich krewnych przebywających w placówce, zaangażowanie się rodzin w dość istotny sposób warunkuje ich funkcjonowanie, a tym samym często wpływa na zakres potrzebnego wsparcia. Generalnie, w ocenie badanych, rodziny w zróżnicowanym stopniu angażują się w proces wsparcia swoich bliskich pozostających pod opieką placówek leczniczych i opiekuńczych. Jedną ze znaczących form wsparcia jest współfinansowanie

pobytu: *Wizja biednych, starszych ludzi porzuconych w domu pomocy społecznej to naprawdę jest stereotyp, który już dawno nie ma zastosowania w przypadku domów pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej są relatywnie drogie i w związku z tym osoby, które decydują się na płacenie za rodzica w domu pomocy społecznej, przeważnie, są to osoby zaangażowane w opiekę nad nim, i stąd ta współpraca stała jest. Oczywiście zdarzają się sytuacje ekstremalne, wyjątki trudne w tej współpracy, ale co zrobić, tak bywa* (wywiad 10).

Ponadto, rodziny te aktywnie i systematycznie współpracują z placówką i w znaczący sposób włączają się proces planowania i realizacji opieki, stanowią istotne źródło informacji na temat krewnego, współuczestniczą w procesie oceny potrzeb i rodzaju wsparcia, np. w podejmowaniu decyzji, co do zakresu działań medycznych czy aktywizujących: *Porozumiewamy się również z pacjentami, z rodzinami, wsłuchując się dokładnie w ich stan. Prowadzimy wywiad z rodziną. To robi zarówno pielęgniarka, jak i lekarz. Rodziny przekazują nam istotne informacje, które należy uwzględnić w prowadzeniu takiej opieki i rehabilitacji* (wywiad 4).

Są także rodziny zdefiniowane przez pracowników placówek opiekuńczych jako rodziny „nadopiekuńcze”, czyli takie, które w ocenie badanych: *Nie mogą sobie poradzić ze swoim sumieniem, że musiały [do placówki – przypis autoren] oddać kogoś bliskiego. Te rodziny też są bardzo trudne i współpraca z tymi rodzinami też jest trudna* (wywiad 9). Często rodziny te utrudniają proces leczenia lub rehabilitacji realizowany w trakcie pobytu podopiecznego w placówce⁶. Trudno im też pogodzić się z sytuacją, w której niekiedy ich bliscy wyraźnie artykułują, iż w placówce czują się lepiej i bardziej bezpiecznie niż w domu, do tego stopnia, że po zakończonej rehabilitacji nie chcą wracać do domu, bo jak twierdzą: *Kiedy się przewrócę, to ktoś jest. Jest lekarz, jest dużo zajęć, można wyjść do pięknego parku, a było się uziemionym na przykład na drugim piętrze* (wywiad 9). W ocenie badanych brak właściwej komunikacji z bliskimi podopiecznego, w której podstawę stanowią niekiedy ujawniające się postawy roszczeniowe rodziny wynikające w ocenie badanych najczęściej z niezrozumienia procesu rozwoju choro-

⁶ Rodziny są informowane przez personel medyczny o konieczności przestrzegania np. zaleceń dietetycznych, ale często nie zważając na zalecenia lekarskie, odwiedzając krewnego przynoszą mu słodczyce, owoce czy inne produkty, które są niepożądane w jego diecie.

by. Jest grupa opiekunów, którzy wiedzą lepiej, którzy mają jakąś swoją wizję, niekoniecznie idącą w parze z tym, co my widzimy jako personel. Jest grupa osób, które mają takie schorzenie, o którym my wiemy, że ich stan będzie z założenia coraz gorszy, to jest rodzaj otępienia. I te rodziny przychodzą i mówią: przyprowadziliśmy osobę, która była sprawna, logiczna, chodziła, a co się z nią dzieje, że ona coraz mniej chodzi? Czyli tak jakby z założenia mają prawo myśleć, że tutaj się nikt nią nie opiekuje. Trudno jest im wytłumaczyć, że choroba może tak postępować, że niestety ten podopieczny nigdy, nie będzie taki jak był rok czy dwa lata temu, którego obraz jest zapamiętywany przez rodzinę, to jest bardzo dużą barierą (wywiad 4).

Niekiedy dla rodzin decyzja o umieszczeniu osoby bliskiej w placówce jest decyzją trudną z uwagi na więzi rodzinne. Do ZOL trafiają pacjenci, których stan zdrowia pogorszył się na tyle, że nie są w stanie wstać z łóżka, nie są w stanie sami logicznie prosperować w tym domu i stanowią zagrożenia dla samych siebie i otoczenia, bo przecież odkręcenie gazu może być problemem, a rodzina nie może zrezygnować z życia zawodowego. Tak naprawdę to są dramaty. Najczęściej spotykam się z ludźmi, którzy są bardzo rozgoroczeni sytuacją swoją i zmuszeni przez los i przez życie do tego, żeby oddać tą swoją bliską osobę. Dwa razy spotkałam się z taką sytuacją, że rodzina przyprowadziła tutaj osobę, ale nie potrafili tego wytrzymać, pogodzić się z tym i po kilku godzinach osobę zabrali, tak silne były więzi emocjonalne, że nie potrafili sobie tego wyobrazić i zdecydowali się na zabranie (wywiad 5).

Drugą grupę podopiecznych stanowią starsze osoby samotne, które pozostają bez wsparcia rodziny, z którymi rodziny nie utrzymują kontaktu, ograniczają go lub utrzymują jedynie kontakt telefoniczny, a nawet w ogóle kontakt ten zrywają. Znaczącą grupę podopiecznych stanowią starsze osoby samotne, które nie posiadają rodziny, które nigdy nie założyły rodziny, w konsekwencji ich samotność wynika z braku najbliższej rodziny, małżonka, dzieci. Są to również osoby, które nie mogą liczyć na wsparcie osób bliskich z uwagi na wspomniane powyżej długotrwałe wyjazdy zarobkowe członków rodzin poza granice kraju. Coraz częściej pracownicy socjalni identyfikują sytuację rozproszenia członków rodziny na skutek mobilności przestrzennej spowodowanej migracją zarobkową. Samotność tej grupy osób starszych wynika z przymusowego rozdzielnia ze swoimi bliskimi.

Są to też osoby, których samotność wynika z braku włączenia się bliskich w proces opieki i niekiedy przełożenia i sędowania całej odpowiedzialności na instytucje pomocowe. Rodziny tych osób nie włączają się w proces opieki czy wsparcia ani w sytuacji, gdy osoba starsza mieszka sama (osoby starsze najczęściej mieszkają samotnie) ani gdy przebywa w placówce opiekuńczej.

Postawę członków rodziny wyraża ograniczone zaangażowanie wspierające osobę starszą przebywającą w placówce oraz niechęć do współpracy z placówką. Problem ten został zidentyfikowany w zasadzie przez wszystkich badanych, choć w różnym zakresie. Jest postrzegany zarówno jako problem, który utrudnia trafny proces diagnozy niesamodzielności przede wszystkim na etapie diagnozy wstępnej, ale także w trakcie pobytu osoby starszej w placówce: *nie każdy z nich jest skory do współpracy, niektórzy wbrew ich woli są uszczęśliwiani przez rodziny, przez sąsiadów itd., dużo osób nie zdaje sobie sprawy z sytuacji, w której się znajduje z powodu stanu umysłu* (wywiad 14)⁷. Należy dość wyraźnie podkreślić, że problem ten nie jest identyfikowany przez badanych jedynie w aspekcie procesu diagnostycznego, lecz zdecydowanie szerzej, w kontekście całościowego procesu wsparcia jakiego badane placówki udzielają osobom niesamodzielnym. Na etapie diagnozy wstępnej podstawowym utrudnieniem jest niechęć rodziny do udzielania informacji, na co uwagę zwrócili przede wszystkim pracownicy socjalni oraz pracownicy pozostałych placówek wspierających osoby niesamodzielne. Niekiedy ujawniająca się na etapie diagnozy wstępnej niechęć rodziny do udzielania informacji spowodowana jest przez konflikty rodzinne. Najczęściej informacje przekazywane przez rodzinę są nieadekwatne w stosunku do stanu faktycznego. Rodziny nie przekazują przede wszystkim wiarygodnych, rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia osoby bliskiej: *Rodziny nieraz powiedzą, że ich tata, mama jest np. logiczny, po czym przychodzi taki podopieczny do nas i okazuje się, że gdzieś ta myśl ucieka, że on wcale nie jest taki* (wywiad 10). Zatajane są problemy traktowane jako wstydlive, w tym problemy alkoholowe członków rodziny, problemy finansowe czy związane z trudnymi warunkami mieszkaniowymi. Niechęć rodziny do podejmowania współpracy z placówką, w której umieszczony

⁷ Problemy związane z zachowaniem najbliższego otoczenia osoby starszej wyrażające się w postawie braku lub ograniczonego zaangażowania należą do grupy ograniczeń tkwiących w samej procedurze diagnozowania.

zostaje niesamodzielny krewny, ujawnia się wielokrotnie w trakcie pobytu członka rodziny w placówce. Brak wsparcia ze strony najbliższej rodziny i zarazem brak współpracy ujawniają koordynator-ki środowiskowych usług opiekuńczych. *Różne rodziny są. Niestety rola rodziny jest naganna powiedziałabym, bo takie rodziny są w większości. Oczywiście nie wszystkie, bo nie można tak uogólniać, ale w bardzo wielkiej jednak części. Dochodzą do wniosku, że skoro jest opieka PCK albo innej agencji, to ta opiekunka jest od wszystkiego. I generalnie wtedy rzadko jest rodzina, która współpracuje, która pomaga, która chce. To z reguły są takie sytuacje, że właśnie nie ma tej rodziny, mimo że są dzieci, że są jakieś tam osoby, które powinni... To wydaje się nam, że to jest niedobre, dziwnie to brzmi – ale tak jest, bo jak jest dobra rodzina to znaczy, że ona ma się zająć w pełnym zakresie, zajmować, mimo że pracują, mają swoje życie, to oni są od opieki. Natomiast kiedy ta rodzina jest kiepska, to wtedy automatycznie jakby jest potrzebna mała czy duża ilość opieki, ale jest potrzebna (wywiad 15).* W konsekwencji podopieczni często oczekują pomocy w zakresie wykraczającym poza zakres zadań opiekunek: *Jeżeli jest rodzina czy nawet wnuczeta, którymi się często chwala albo na przykład przepisują mieszkania, gdzie pracownicy bardzo wypytują o to, że prawda... kto jest spadkobiercą mieszkania, to właśnie wiele rzeczy między innymi tych czynności powinno być cedowane na rodzinę czy na tych spadkobierców. No dla nas jest ważniejsze, żeby chora była czysta, nakarmiona, miała leki czy kontakt z lekarzem, z pielęgniarką środowiskową, a nie naprawdę odkurzenie, prawda. Czy nawet często pytają nas, czy opiekunka umyje mi okna czy zawiesi firanki, prawda, więc nas to bardzo bulwersuje, bo to nie jest rzecz pierwszej potrzeby, prawda. Sprzątanie, które jest naszą największą bolączką, bo jest sprzątanie, to trzeba to sprzątać zrobić. Nieważne, że są inne rzeczy do robienia, to właśnie ten dywan jest najważniejszy, mają tak zakodowane, że to są najważniejsze rzeczy, że nawet te takie stricte receptowe, lekarskie to najpierw nie, najpierw sprzątanie. A myślę, że pracownicy po prostu nie przeprowadzają, wywiadów szczegółowych, no ale z drugiej strony często chorzy bronią rodziny, a bo mówią: moja wnuczka to pracuje, nie ma czasu wie pani, prawda, czy tam syn czy córka i myślę, że to tym jest spowodowane. A pani pracownik socjalny, odhaczyć na kartce może wiele, a później niestety te czynności należy wykonywać, prawda, bo są napisane. Zawsze to jest*

taki problem, bo tak jak mówię, tak jak jest rodzina, to w ogóle nie powinny być pewne punkty jakoś zapisywane, do opieki nad danym chorym. I tu jest też problem takiego, niedogrania, chyba niedostarczania pracownika socjalnego (wywiad 15). Wyraźnie problem ograniczonej wydolności opiekuńczej rodzin wybrzmiał w wypowiedziach przedstawicieli służby zdrowia. Zróżnicowane, zazwyczaj niewystarczające jest wsparcie jakie otrzymują osoby starsze w trakcie leczenia szpitalnego. Zazwyczaj ocena wsparcia rodziny ze strony personelu medycznego (tak ocena zapisywana jest w raportach pielęgniarskich) jest negatywna rodzina przychodzi, bądź nie ma tej rodziny. Jest nie wystarczające wsparcie w procesie leczenia ze strony rodziny. Rodzina jest albo aktywna, przychodzi po południu, z pacjentem spaceruje, pomaga przy ćwiczeniach, interesuje się co dalej, jakie ćwiczenia w domu, albo jest rodzina, która przeniesie pomarańcze, siedzi na stołeczku, i się tylko uśmiecha, i właściwie zerka na zegarek, kiedy może wyjść, natomiast nie jest zainteresowana, ani wynikami pacjenta ani tym jakie ćwiczenia, jak może pomóc sama w domu. Jest takie pasywne podejście na zasadzie leczę mojego ojca, leczę moją matkę, natomiast ze strony rodziny ta opieka jest niewystarczająca (wywiad 20).

W doświadczeniu lekarzy wielokrotnie miały miejsce sytuacje, kiedy po zakończonym pobycie szpitalnym osoba starsza nie może wrócić do domu, rodzina nie jest zainteresowana podjęciem opieki nad osobą starszą, i w takiej sytuacji pozostaje ona w warunkach szpitalnych do czasu uzyskania miejsca w placówce opiekuńczo-leczniczej. Zdarzają się takie sytuacje, że pacjent nie ma gdzie wrócić, bo rodzina nie chce zabrać i tutaj zaczyna być takie błędne koło, ponieważ te instytucje – typu zakłady opiekuńczo lecznicze, domu pomocy społecznej – one nie są wydolne (wywiad 19).

W przypadku, kiedy pacjent nie wymaga intensywnego leczenia szpitalnego, a rodzina go nie chce, to wtedy pokrywa koszty pobytu. Ale u pacjenta w wieku lat 70–80 trudno powiedzieć wprost, że mają płacić. Zdarza się tak, i to tak widzę w szpitalach różnych, że np. pacjent czeka cały czas na miejsce w ZOL-u na oddziale, ileś miesięcy. To jest tak, że pacjenci przebywają do czasu umieszczenia w instytucji jakiejś. No skrajnie jest tak, że kobieta jest samotna, w wieku 70 lat, opiekował się nią syn, a syn trafił do więzienia albo innego szpitala, a warunki socjalne nie pozwalają na to, żeby ją zawieźć do domu, bo albo sanitarnie nie spełniają wtedy norm albo nie jest samodzielna. Ale to czasami wiemy już

od pracowników socjalnych z innych szpitali, my tu mamy pod sobą ZOL, tam już pacjent trafia, na oddziale szpitalnym jest kwalifikacja do ZOLu, w ten sposób (wywiad 19).

Warto podkreślić role pracowników socjalnych i służb medycznych na rzecz zaangażowania rodzin w celu zapewnienia właściwej i niezbędnej opieki osobom starszym. Nie zawsze to się udaje. Pracownicy socjalni starają się włączać rodzinę w opiekę. Pracownik socjalny podejmując decyzje o zakresie usług opiekuńczych ocenia w jakim zakresie rodzina może wesprzeć osobę niesamodzielną: *Dużo zadań staramy się cedować na rodzinę, jeśli jest rodzina, to staramy się, aby rodzina przejmowała tę pracę, tę opiekę nad osobą starszą (wywiad 14).*

Na sytuację rodzinną swoich pacjentów zwraca uwagę kadra placówek służby zdrowia. *Oceniamy pacjenta i wyciągamy wnioski jakie są jego potrzeby opiekuńcze, i zgłaszamy to pracownikowi szpitalnemu bądź rodzinie. Jeżeli jest rodzina, to mówimy: proszę państwa mama nie może mieszkać sama, musicie przyjąć mamę do siebie albo się do mamy wprowadzić, ponieważ sama sobie nie ugotuje, nie pójdzie po zakupy. Czyli w tych skalach ADEL pacjent jest niewystarczająco sprawny, ale także w domowych. Potrzebuje pomocy przy umyciu, potrzebuje pomocy przy ubraniu. Jeżeli jest aktywnie współpracująca rodzina i rodzina mówi, tak, podejmiemy się tego, załatwimy, albo rodzina mówi, nie dajemy rady, nie możemy się tym zająć, proszę nam pomóc, w związku z tym pracownik socjalny jest tutaj wyłączany. Informacja jest na piśmie, wszystko jest na karcie wypisowej, gdzie jest wpisane, że pacjent niesamodzielny wymaga częściowej pomocy, całkowitej pomocy, że wdrożono procedurę pracownika szpitala w zakresie instytucjonalizacji opieki. I to zawsze wpisujemy. Rodzina przy wypisie zawsze podpisuje, że zrozumiała, że zapoznała się z dokumentacją. My naprawdę pacjenta nie wypuszczamy, tak że rodzina nic nie wie. Piszemy na wypisie punkt 1, 2, 3..., co trzeba dalej zrobić, natomiast nie mamy takiego feedbacku rodziny, co do końca tak robi (wywiad 20). Zdarzają się sytuacje, w których pacjenci po zakończeniu leczenia nie chcą wracać do domu: wielu pacjentów: rzeczywiście tu się poprawia; mnie jest tu dobrze; bo są ludzie; mam towarzystwo. Czasami nawet mówią: bo tu mam z kim porozmawiać, a wszyscy dokoła sąsiedzi pomarli, są sami młodzi. Także tutaj, występowanie depresji jest istotną rzeczą, zwłaszcza u ludzi z niepełnosprawnościami, niesamodzielnych, starszych (wywiad 20).*

A zatem, w ocenie przedstawicieli instytucji długoterminowej opieki stacjonarnej sytuacja rodzinna podopiecznych jest istotna z kilku powodów. Po pierwsze, sytuacja rodzinna stanowi istotne kryterium oceny niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Po drugie, rodzina stanowi zasób, kapitał, który ma istotne wsparcie dla osoby starszej niesamodzielnej, ponieważ zasoby materialne, jakimi dysponują rodziny, są istotne w przypadku wsparcia osoby niesamodzielnej w formie usług opiekuńczych, jak i partycypowania w kosztach pobytu w domu pomocy społecznej. Wsparcie finansowe rodziny bardzo często warunkuje określony zakres usług opiekuńczych. Tak dzieje się w przypadku oceny pracowników socjalnych. Jak wynika z ich doświadczenia, realizacja zadań opiekuńczych związana z zaspakajaniem potrzeb osób starszych wydaje się być dla ich rodzin coraz trudniejsza do realizacji. Coraz częściej obserwują, iż zapewnienie stałej pomocy i opieki niesamodzielnym członkom rodziny uniemożliwia brak osób, które mogłyby się podjąć takiego zadania. Po drugie, prawidłowe zaspakajanie potrzeb osób niesamodzielnych utrudnia fakt, iż coraz częściej w rodzinach, stałej opieki i pielęgnacji wymaga więcej niż jedna osoba. Sytuację utrudnia ponadto fakt, że bardzo często z uwagi na rodzaj schorzenia przyczyniającego się do niesamodzielnosci, wymagana jest specjalistyczna pielęgnacja, co wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych wydatków. Co za tym idzie, w wielu przypadkach rodziny nie są w stanie zapewnić właściwej opieki swoim członkom.

5.1.4. Metody i techniki zbierania informacji dla potrzeb oceny niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Przedstawiciele poszczególnych instytucji w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych wykorzystują metody, techniki i narzędzia diagnostyczne. Mają świadomość ich mocnych i słabych stron. Wykorzystywanie metod pozwala na dokonanie trafnej oceny niesamodzielnosci, oszacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych i tym samym umożliwia adekwatne wsparcie.

W większości badanych instytucji, w celu uzyskania możliwie największego zakresu informacji o podopiecznym i jego rodzinie, konsekwentnie w procesie diagnostycznym wykorzystywane są wypracowane techniki i metody zbierania informacji. W mniejszym, zróżnicowanym zakresie, są wykorzystywane specjalistyczne narzędzia

diagnostyczne, które umożliwiają gromadzenie danych o medycznych, psychospołecznych czy też czynnościowych możliwościach i ograniczeniach podopiecznych. Można dzięki nim dokonać oceny stanu zdrowia i kondycji psychicznej podopiecznych. Specjalistyczne narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych uwzględniają ocenę w trzech podstawowych obszarach: zdrowie i sprawność fizyczna, zdrowie psychiczne, sytuacja społeczno-ekonomiczna.

We wszystkich typach instytucji świadczących wsparcie konsekwentnie w procesie oceny niesamodzielności, w celu uzyskania możliwie największego zakresu informacji o podopiecznym (poza wspomnianą wcześniej analizą dokumentacji medycznej, którą należy traktować zarówno jako technikę diagnostyczną oraz podstawowe źródło informacji na temat stanu zdrowia podopiecznego), podstawowe źródło wiedzy na temat podopiecznych stanowi diagnoza lekarska, z jaką do placówki trafiają podopieczni. W placówkach wykorzystuje się metodę obserwacji, a w ramach technik diagnostycznych wywiad swobodny. W mniejszym stopniu wykorzystuje się technikę wywiadu kwestionariuszowego. Co istotne, obserwacja stanowi najważniejszą metodę oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb opiekuńczych – na każdym etapie procesu diagnostycznego. Natomiast we wszystkich typach badanych instytucji w trakcie pobytu podopiecznego w placówce, podstawową metodą diagnostyczną, którą identyfikują badani jako metodę służącą ocenie i monitorowaniu stanu zdrowia, jest obserwacja oraz wywiad swobodny. Warto podkreślić, iż wszyscy badani traktują obserwację jako najlepsze źródło wiedzy na temat podopiecznego, które pozwala realnie ocenić zakres niesamodzielności i wynikających z niego potrzeb pomocowych.

Systematyczna, wnikliwa obserwacja prowadzona przez kadre placówki stanowi podstawę do podstawowej metody oceny zakresu potrzeb opiekuńczych podopiecznych we wszystkich typach badanych placówek pomocowych: *My podopiecznego po prostu obserwujemy. Nie w oparciu o jakiś konkretny papierowy model. Jakościowo mamy okazję zobaczyć z jaką swobodą ktoś porusza się w obszarze kulinarnym, porządkowym, własnej higieny, zarządzania własnym budżetem (wywiad 7). Pracownicy szczegółowo przyglądają się możliwościom osoby, i dostosowujemy naszą ofertę usługową, czyli oceniamy, czy osobę trzeba myć, czy się umyje sama, czy się umyje*

sama, ale pod nadzorem, czy będzie jadła sama, czy trzeba jej przygotować kanapki, czy np. jest nawet w stanie, to zrobić, ewentualnie czy wymaga pokrojenia kanapeczek w kostkę, czy wymaga karmienia, czy też specjalistycznej diety (wywiad 10).

Obserwacja pozostaje podstawową metodą oceny potrzeb i zmian zachodzących w funkcjonowaniu podopiecznych. Analizowane przez kadrę instytucji wnioski z obserwacji służą podejmowaniu na bieżąco decyzji o kontynuacji, modyfikacji, bądź zaprzestaniu pewnych działań: *To jest wszystko ustne. Codziennie tutaj rano przychodzi do mnie pani działu opiekunów, która od swoich opiekunów zbiera i przedstawia uwagi, jakie z całej doby zostały zebrane. Codziennie osoby są omawiane i codziennie są wprowadzane potrzebne rozwiązania (wywiad 10).* Obserwacja stanowi najważniejszą metodę w weryfikowaniu ograniczeń funkcjonalnych. Pracownicy socjalni wyraźnie podkreślają, że obserwacja w fazie diagnozy pozwala im identyfikować ograniczenia, będące podstawą do przyznawania usług opiekuńczych, czy umieszczenia w domu pomocy społecznej: *Z obserwacji wiele wynika, więc patrzymy, jeżeli [podopieczny – przypis autora] pyta po trzy razy, to wiemy, że nie dostłyszysz. Jeżeli widzimy, że ma okulary z grubymi szklami, to wiemy że nie dowidzi, jeżeli idzie do szafki po dokumenty i wtedy ma problemy w poruszaniu się, to też widzimy. Jeżeli są obok kule czy jakiś laska, czy balkonik, wiemy, że ma problemy z poruszaniem. Mniej więcej w ten sposób sobie diagnozujemy (wywiad 13).* Jak przychodzimy do domu i widzimy jakie dysfunkcje widoczne ma pacjent czy nasz klient, który się zgłasza, albo w jakich warunkach żyje, wtedy też możemy wyciągnąć wnioski, w jakich obszarach on jest po prostu niewydolny i nie radzi sobie z pewnymi problemami (wywiad 14).

Kluczową rolę obserwacji – jako metody identyfikacji ograniczeń funkcjonalnych i zmian kondycji fizycznej i psychicznej, jakie zachodzą w trakcie pobytu podopiecznych w placówce – podkreśla kadra zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz domów pomocy społecznej: *Najefektywniejszy jest bystry pracownik i codzienna obserwacja, absolutnie wnikliwa obserwacja, i właściwy przepływ informacji pomiędzy pracownikami. W tej codziennej pracy żadne narzędzie tego nie zastąpi. Pracownik, który będzie widział, czy ktoś ma lepsze samopoczucie, czy ktoś ma gorsze samopoczucie, czy ktoś z dotychczas wykonywanymi czynnościami bez problemu radzi sobie tak samo dobrze, czy zaczyna radzić sobie nieco gorzej, czy jego*

pamięć zaczyna bardziej szwankować, niż to było na początku, czy utrzymuje się na porównywalnym poziomie – na to wszystko jest tylko dobry, spostrzegawczy persone. Nie ma możliwości stosowania tak często, intensywnie, jakikolwiek wystandaryzowanych narzędzi, żeby to uzyskać w formie wskaźników, wyników będących konsekwencją stosowania narzędzi (wywiad 10). Dla mnie osobiście najbardziej się sprawdza obserwacja. Jak już tutaj osoba jest u nas – bo nawet jeśli mamy taki moment spotkania się przed przyjęciem do zakładu – gdybyśmy oceniali na podstawie jakiegoś pięknego kwestionariusza, nawet gdyby ta rozmowa trwała dwie godziny, to i tak pewnych rzeczy można nie zauważyć, a inne ukryć (wywiad 18). Obserwując na co dzień pacjenta jesteśmy w stanie zauważyć każdą zmianę w jego samopoczuciu, nastroju czy stanie zdrowia (wywiad 6).

Kluczowe jest także doświadczanie kadry. Tak naprawdę, to tutaj ważne jest nasze doświadczenie, bo chorzy są bardzo różni. W tych pierwszych spotkaniach, na tych pierwszych wizytach, z reguły się różnie dzieje, są chorzy, którzy bardzo chętnie opowiadają o sobie, o swoich potrzebach, o swoich możliwościach, i o wszystkim, a są tacy chorzy, że niestety nic człowiek nie może się dogadać. Nie ze względu na ich stan zdrowia, tylko ze względu na ich sposób bycia czy życia, na ich charakter i właściwie wtedy bardziej już idziemy na zasadzie naszego doświadczenia, wyłapania co może być bardziej potrzebne. Bo tak naprawdę, wtedy to dopiero panie opiekunki wiedzą co mu jest potrzebne i w czym one pomagają. I my dopiero nabywamy tej wiedzy, przez ich kontakty i kontakty z nami. Ale to nie jest tak, że od razu wszystko możemy mieć powiedziane, bo nie wszyscy chorzy są tacy skorzy do rozmowy i do opowiadania. Bo tak naprawdę pierwszy wywiad to tylko na rozmowie naszej długiej polega i na ocenie warunków mieszkaniowych, i na ocenie wizualnej podopiecznego, a w momencie jak pani opiekunka już robi zakupy, czy wykupuje leki, i wtedy nam przekazuje na co go stać, na takie jedzenie lepsze lub gorsze, często bywa tak, że panie opiekunki donoszą jedzenie, chleb, bo po prostu nie starcza. I przez panie opiekunki dowiadujemy się często jak naprawdę jest, a na pierwszych wizytach wydawało się, że jest wspaniale, że sobie lekko żyje, a tutaj niestety nie (wywiad 15).

I choć obserwacja nie jest wolna od pewnych wad, ponieważ towarzyszy jej zawsze pewna doza subiektywizmu, to jednak:

Obserwacja, staramy się, aby była efektywna i skuteczna, ale obserwacja nie jest wolna od subiektywnej oceny. To jest to ryzyko. Trochę przez to, że my się konsultujemy ze sobą. To nie jest tak, że tylko jest moja opinia brana pod uwagę. Ja się konsultuję z rehabilitantem i pozostałymi pracownikami kadry. Każdy z nas ma inne spojrzenie na daną sytuację, inny fragment widzi. Na pewno gdzieś się ten subiektywizm siłą rzeczy pojawia. Aczkolwiek, mimo wszystko, ja mam wrażenie, że jest chyba najskuteczniejsza, bo testy, one z kolei też tylko jakiś fragment nam pokazują. Chociaż ja mam takie poczucie, że im oni więcej różnego rodzaju testów robią, też się uczą, jak je robić (wywiad 18).

Poza metodą obserwacji, w procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych, w sposób równorzędny kadra badanych instytucji traktuje wywiad z podopiecznym, który prowadzi wszyscy zatrudnieni w placówce specjaliści. Są to: *rozmowy indywidualne, rozmowy grupowe. To daje nam to pełen obraz osoby, na podstawie którego możemy opracować plan wsparcia. Często jest tak, że dana osoba mówi czego potrzebuje i gdzie doświadcza trudności* (wywiad 18). Najczęściej wywiad ma charakter swobodnej rozmowy, która pozwala na nawiązanie kontaktu z podopiecznym i uzyskanie możliwie największego zakresu informacji na temat jego oczekiwań i potrzeb. Rozmowa wstępna z osobą zainteresowaną jest podstawą kwalifikowania do uzyskania pomocy w formie usług opiekuńczych, pobytu w każdej z instytucji pomocowych. W trakcie rozmowy/wywiadu z podopiecznym „na wejściu”, zostaje on zapoznany z zasadami i organizacją życia w placówce, formami oferowanego wsparcia, opieki, terapii, zabiegów medycznych. Wstępna ocena ogranicza się jedynie do swobodnej rozmowy z podopiecznym. Jeżeli podopieczny posiada rodzinę, dodatkowe informacje na jego temat są pozyskiwane od członków rodziny. W trakcie rozmowy/wywiadu z członkami rodziny, personel instytucji pozyskuje niezbędne dla siebie informacje na temat stanu zdrowia podopiecznego i jego dotychczasowego funkcjonowania. W trakcie rozmowy z rodziną ustala się również zasady współpracy i wzajemnych kontaktów.

Wywiad z podopiecznym – w charakterze swobodnej rozmowy, która pozwala na nawiązanie kontaktu z podopiecznym i uzyskanie możliwie największego zakresu informacji na temat jego oczekiwań i potrzeb – realizuje koordynator PCK. Pozyskane informacje

zawierają dane osobowe, adres, dane do kontaktu z rodziną, liczbę godzin usług, odpłatność, nazwisko pracownika socjalnego, rozpoznanie stanu zdrowia podopiecznego, opis sytuacji podopiecznego, uwagi. *Tutaj jest wywiad naszego pracownika, bardzo często poparty jeszcze wizytą w domu, bo to jest bardzo istotne. Jedna rzecz to to, co mówi podopieczny, a druga – zorientowanie się naocznie w tych problemach i w sytuacji. To są takie podstawowe nasze narzędzia. Konkretnie narzędzia, to w zależności od potrzeb. Nie ma obligatoryjnych, że każdy podopieczny jest badany jakimś testem. Kiedy widzimy potrzebę indywidualną, na zebraniach, to staramy się wtedy coś dobrać odpowiedniego, co nam o czymś powie (wywiad 6).*

5.1.5. Specjalistyczne narzędzia (testy) diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Specjalistyczne narzędzia diagnostyczne, które umożliwiają gromadzenie danych medycznych, psychospołecznych czy też o czynnościowych możliwościach i ograniczeniach podopiecznych, w badanych instytucjach wykorzystuje się w różnym zakresie. W zdecydowanie mniejszym stopniu, przez różne typy instytucji wspierających osoby niesamodzielne, wykorzystywane są specjalistyczne narzędzia diagnostyczne, oceniające stan zdrowia i kondycję psychiczną podopiecznych. Zróżnicowany jest także zakres wykorzystywania specjalistycznych narzędzi diagnostycznych w procesie diagnozowania niesamodzielności. Narzędzia te służą ocenie sprawności umysłowej i zaburzeń funkcji poznawczych oraz występowania depresji. Podobnie jak w przypadku oceny kondycji fizycznej, najszerszy zakres narzędzi oceniających obejmuje funkcje poznawcze, orientację, pamięć, koncentrację, zapamiętywanie, funkcje językowe, jakościowe zaburzenia świadomości (np. skale MMSE, CAM, DOS, VES-13⁸, test rysowania zegara, skala oceny depresji, ocena stanu odżywienia – MNA, skala oszacowania ryzyka upadków „Wstań i idź”).

Rozbudowana diagnostyka medyczna – w oparciu o specjalistyczne, kliniczne testy diagnostyczne – obowiązuje tylko w instytucjach służby zdrowia. Podstawowe dla oceny stanu zdrowia, sprawności

⁸ Badanie kwestionariuszowe oparte na samoocenie stanu zdrowia i możliwościach wykonywania codziennych czynności. Wynik punktowy zależy od stopnia samodzielności w codziennych czynnościach.

fizycznej, zakresu samodzielności i aktywności życiowej jest podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie. Badanie przedmiotowe oparte jest o testy stosowane w diagnostyce medycznej. Rozbudowany wachlarz narzędzi diagnostycznych służących ocenie stanu zdrowia, zakresu samodzielności, sprawności i aktywności życiowej wykorzystywany jest na oddziałach szpitalnych.

Na oddziale geriatrycznym w ramach całościowej procedury geriatrycznej wykorzystywane są następujące skale diagnostyczne: skala Katza (ADL), skala Lawtona (IADL), MMSE („Mini-Mental”). Do oceny sprawności osoby chorej wykorzystywana jest 100 pkt. skala Barthel⁹. Ponadto w ramach wskazanej procedury wykorzystywane są: skala odżywienia Mini Nutritional, skala WES-13¹⁰, test ‘Wstań i Idź’, test rysowania zegara, skala Norton, skala ogólnej deterioracji GDS¹¹. *Te ujęte w całościowej ocenie każda jest do czegoś, każda z nich stosowana pojedynczo nie odpowie, więc powiedzmy jednego takiego narzędzia, które by nam stwierdziło, że pacjent wymaga potrzeby pod kątem samodzielności, byłoby trudno, każde z tych narzędzi spełnia swoją rolę, w kontekście oceny całościowej* (wywiad 19).

Skala MMSE („Mini-Mental”) to skala oceny funkcji poznawczych pacjenta. Może być stosowana przez lekarza, w odróżnieniu od specjalistycznych baterii testów neuropsychologicznych zarezerwowanych do użytku i interpretacji przez psychologa z odpowiednim przygotowaniem. Wykonanie badania testem trwa około 5 minut. Najczęściej używany jest w praktyce lekarza ogólnego, neurologa i psychiatry.

Wymienione skale obligatoryjnie są wykorzystywane na oddziale geriatrycznym w ramach rozbudowanej procedury, tzw. całościowej oceny geriatrycznej, która obejmuje ocenę stanu psychicznego, zaburzenia pamięci, depresji. Na oddziale rehabilitacyjnym skale te wykorzystywane są w sposób fakultatywny z uwagi na fakt, iż w zakresie rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej stosowanie ich zgodnie z procedurą NFZ nie jest wymagane. Są

⁹ Skale zostały opisane w rozdziale 2.4.

¹⁰ Skala jest takim testem przesiewowym, pokazuje, czy pacjent powinien mieć zrobioną całościową, rozbudowaną ocenę geriatryczną (wywiad 19).

¹¹ W całościowej ocenie geriatrycznej w procesie diagnostycznym wykorzystuje się także badania laboratoryjne (np. stężenia albumin, stężenie witaminy B12, sód, poziom hemoglobiny).

prowadzone dodatkowo, ale żeby udokumentować niesprawność pacjenta, prowadzone są na początku i na końcu pobytu pacjenta, bo widzimy czy program rehabilitacji był prawidłowo prowadzony i jakie mogą być jeszcze dalsze zalecenia dla pacjenta (wywiad 20). Natomiast na oddziale rehabilitacyjnym do oceny stanu zdrowia pacjenta wykorzystuje się ponadto takie narzędzia diagnostyczne jak: Skala Rankin; Skala Lovetta; Skala VAS. Nie wszystkie wymienione skale są stosowane standardowo łącznie w przypadku każdego pacjenta.

W skład zespołu, który dokonuje całościowej oceny geriatrycznej wchodzi lekarz geriatra, niekiedy lekarz dietetyk, psycholog, rehabilitant. *Tak samo w to wchodzi rehabilitant, jeżeli są jakieś potrzeby ćwiczeń, to pacjent dostaje zakres ćwiczeń, które może wykonywać w domu. Pracownik socjalny z kolei ułatwia przygotowanie papierów pod kątem opieki długoterminowej – czyli ten zakład opiekuńczo-leczniczy najczęściej to jest tym pierwszym etapem – bądź też organizuje, ułatwia tę opiekę pielęgnarek środowiskowych, w ten sposób (wywiad 19).*

W zespole oceniającym ważną rolę pełni pracownik socjalny. *Jeżeli widzimy, że np. pacjent mieszka samotnie, no bo już z wywiadu widać, ewentualnie z tą opieką jest nie tak, bo np. okazuje się, że nie jest w stanie sam sobie przygotować posiłków, to pracownik socjalny zawsze u nas wywiad zbiera. To jest tak, że z geriatrią Ci pracownicy socjalni są bardziej związani, bo na innych oddziałach, tak z praktyki jak widzę, to jest na zasadzie takiej, kiedy jest problem z wypisem, to wtedy pracownik socjalny jest angażowany, natomiast u nas w całościowej ocenie geriatrycznej ten pracownik jest (wywiad 19).* Przy wypisie jest zawsze ujęte, że np. pacjent wymaga opieki 24 godzinnej, czy też ewentualnie pomocy, to przy wypisie jest zawsze takie wyraźne wskazanie co do opieki poszpitalnej. *To wszystko, w zależności od tego czy pacjent jest leżący czy ewentualnie np. jest chodzący, ale ma lekkie zaburzenia otępienne – czyli teoretycznie nie jest ubezwłasnowolniony, i tylko tym w niewielkim tam stopniu pamięć jest zaburzona, i może funkcjonować sobie samodzielnie tak, ale najczęściej, jeżeli jest to pacjent problematyczny, który wymaga opieki – to zawsze, jest to wyszczególnione (wywiad 19).*

W przypadku stanu zdrowia pacjentów geriatrycznych, to jest tak, że rzadko można spotkać pacjenta z jedną jednostką chorobową.

*Wszyscy ci pacjenci najczęściej mają kilka jednostek. Ci pacjenci na pewno mają schorzenia zwyrodnieniowe układu ruchu – czyli stawowe, ich mobilność jest mniejsza, i to wtedy widać, że np. pacjent jest zagrożony większym ryzykiem upadku, co pociąga za sobą potem albo złamanie i leżenie bądź też ewentualnie jakiś zespół po upadkowej. Tak samo jak i ta polipragmazja – to nadużywanie leków przez pacjentów, pomijając to, że jeden specjalista zapisuje takie, drugi specjalista zapisuje takie, pacjent bierze nagle 15–20 tabletek plus kupuje sobie wszystkie dostępne bez recepty, natomiast jest to udowodnione, że przyjmowanie powyżej 5 leków dziennie zwiększa ryzyko upadku u pacjenta w wieku powyżej 70 lat, to tak wygląda (wywiad 19). Ponadto, w placówce systematycznie wykorzystywana skala Norton¹². Natomiast skala Barthel w domach pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych jest obligatoryjnie stosowana tylko jeden raz, „na wejściu” podopiecznego do placówki. *Robimy to tylko dla siebie, robimy to dla ułatwienia* (wywiad 10). Obligatoryjnie, w sposób systematyczny jest wykorzystywana w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osób chorych somatycznie*

Skala Barthel, która mówi nam o kondycji zarówno psychicznej, jak i fizycznej, ale przede wszystkim fizycznej, która uświadamia nam to, czy mieszkaniem potrafi nam się przemieszczać, czy to przemieszczanie jest tylko w obrębie pokoju, czy może się przemieszczać na większych przestrzeniach, czy jest w stanie samodzielnie spożyć posiłek, czy jest w stanie sam utrzymać higienę osobistą, czy umie się poruszać po powierzchniach płaskich, wychodzić samodzielnie po schodach, ubierać się, rozbierać oraz kontrolować swoje potrzeby biologiczne (wywiad 9).

W ocenie kadry instytucji pomocowych skala Barthel stanowi narzędzie przydatne w ocenie niesamodzielności podopiecznych i zarazem efektywne z punktu widzenia projektowanych działań leczniczych czy opiekuńczych: *Ze skali widzimy czy pacjent adaptuje się w tym miejscu, bo czasami my możemy dużo, ale pacjent jest niechętny i zamknięty. To są takie najmocniejsze strony, czy osiągnęliśmy zamierzony cel, czy idziemy w dobrą stronę, czy pacjent wymaga innych specjalistów. Wtedy jest używany najczęściej psychiatra, jeżeli widzimy, że stan pacjenta pogorszył się, i mamy pacjenta, który sam jadł, a przestaje nam jeść, przestaje się odzywać, przestaje*

¹² Skala Norton ocenia możliwości wystąpienia odleżyn, ze względu na ograniczoną ruchomość pacjenta.

reagować, wykonywać jakiekolwiek polecenia, najczęściej leżałby w łóżku, nie chce mu się chodzić. Wówczas w ocenie w skali Barthel pogorszył się stan i jest to wskazanie, żeby poprosić o konsultację psychologiczną, psychiatryczną (wywiad 4).

Przydatna jest także skala Norton, aczkolwiek w ocenie przedstawiciela zakładu opiekuńczo leczniczego słabą stroną tego narzędzia jest jego ogólność. Dlatego z punktu widzenia procesu diagnostycznego korzystne byłoby wypracowanie bardziej szczegółowego narzędzia w zakresie monitorowania odleżyn: *Wydaje mi się, że jest to skala zbyt ogólna, że wymaga ona dopracowania, bo jeżeli ktoś weźmie dokument i popatrzy jak ta zmiana się rozwijała, to jest tam za mało informacji dotyczących samej rany (wywiad 4).*

W większości instytucji udzielających wsparcia, reprezentowanych przez stacjonarne placówki opieki długoterminowej dla osób somatycznie chorych, specjalistyczne narzędzia diagnostyczne (testy psychologiczne i psychiatryczne) są wykorzystywane przez psychologów do oceny stanu zdrowia psychicznego. W większości instytucji udzielających wsparcia wykorzystuje się specjalistyczne testy psychologiczne rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Należy wyraźnie podkreślić, iż ich dobór, w każdym typie placówki wyznacza indywidualna decyzja psychologa, który uzależnia swój wybór od indywidualnych potrzeb podopiecznych, a także od ich wieku. Bardzo często ważnym czynnikiem warunkującym jego decyzje są możliwości finansowe placówki: *Nie ma tak naprawdę jakiegoś wymogu ogólnego, jakie testy należy stosować i dlatego stosowane są te, które są dostępne i możliwe do zdobycia (wywiad 10)*¹³. Pomimo iż w ocenie przedstawicieli instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym wykorzystywanie specjalistycznych narzędzi diagnostycznych (testów psychologicznych) umożliwia ocenę funkcjonowania osób

¹³ Np. w jednym z domów pomocy społecznej dla osób chorych somatycznie do oceny stanu sprawności umysłowej, zaburzeń funkcji poznawczych i stopnia otępienia wykorzystuje się dość szeroki wachlarz narzędzi diagnostycznych. Są to: Test WAIS-R (pomiar inteligencji ogólnej), Test Pamięci Wzrokowej Bentona (bada pamięć i percepcję wzrokową), Kolorowy Test Połączeń (CTT) (bada procesy uwagi i funkcje wykonawcze), Kalifornijski Test Ucznia się Językowego (CBVLT) (służy do pomiaru zdolności uczenia się i zapamiętywania materiału werbalnego), Test Płynności Figuralnej Ruffa (RFFT) (służy do pomiaru płynności niewerbalnej), Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) (ocenia poziom sprawności umysłowej i poszczególnych domen poznawczych), Skala CDR – Kwestionariusz Klinicznej Oceny Stopnia Otępienia.

w populacji w podobnym wieku, to w instytucjach świadczących wsparcie narzędzia te stosowane są najczęściej fakultatywnie (np. „na wejściu” podopiecznego do placówki, a niekiedy, w sytuacji wyraźnie zidentyfikowanych potrzeb, w trakcie jego pobytu w placówce). A zatem wykorzystywanie przez specjalistów (psychologów, psychoterapeutów) specjalistycznych technik i narzędzi diagnostycznych nie regulują obligatoryjnie stosowane przez instytucje procedury. Sytuacja taka wydaje się wynikać z dwóch zasadniczych przyczyn. Po pierwsze, dlatego że w ocenie kadry tychże instytucji brakuje wystarczającej oferty dobrze opracowanych pod względem psychometrycznym narzędzi diagnostycznych, które byłyby dostosowane do specyfiki i potrzeb podopiecznych poszczególnych typów instytucji pomocowych wspierających dorosłe osoby niesamodzielne¹⁴. Po drugie, na co zwrócili uwagę pracownicy domu pomocy społecznej, dla osób chorujących somatycznie, aktualnie obowiązujące regulacje prawne, nie wskazują w sposób jednoznaczny na konieczność wykorzystywania specjalistycznych narzędzi diagnostycznych: *Nie ma narzędzi dostosowanych typowo do pracy w domach pomocy społecznej, ponieważ nie ma obowiązku zatrudniania psychologa w domach pomocy społecznej. Jest tylko zapisane bardzo enigmatycznie, że należy mieszkańcom umożliwić kontakt z psychologiem. Umożliwienie kontaktu z psychologiem może polegać na tym, że dwóch podopiecznych w kwartale zawieziemy do poradni psychologicznej, i ten punkt wymogów w stosunku do domu pomocy społecznej zostanie spełniony. My uważaliśmy, że bardzo istotne jest to, żeby wspierać procesy adaptacyjne, i jak gdyby czuwać nad tym stanem psychicznym mieszkańców. Stąd u nas jest dwóch psychologów nawet, ale to jest takie trochę ponadstandardowe zatrudnienie. Ale w związku z tym, że jest to tak określone w prawie, to nie ma też, jak gdyby parcia na to, żeby wystandaryzować narzędzia dla domów pomocy społecznej* (wywiad 10). W konsekwencji pracownicy instytucji pomocowych nie dostrzegają potrzeby stosowania w procedurze diagnostycznej rozbudowanych, wystandaryzowanych, sformalizowanych narzędzi, a obserwacja pozostaje podstawową metodą

¹⁴ W ocenie badanych brakuje odpowiednich narzędzi do oceny logopedycznej: *Najslabszą sytuację ma logopeda, dlatego, że to w logopedii nie ma narzędzi dla osób dorosłych. I to jest tak, że logopeda sobie z różnych testów wybrał to, co dla niego jest najbardziej konieczne, co jej jest do pracy potrzebne* (wywiad 9).

oceny potrzeb pomocowych: *Nie widzieliśmy potrzeb wystandaryzowania tego w jakiś sposób, żeby o mieszkańcu mówiły nam wskaźniki i cyfry. My na tyle dobrze znając swoich podopiecznych, że spotykając się i oceniając go cały czas, nie potrzebujemy takich instrumentów* (wywiad 10).

W procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych podstawowym narzędziem oceny sytuacji społeczno-ekonomicznej i socjalnej jest wywiad środowiskowy. Stanowi on podstawowe i obowiązkowe narzędzie, które wykorzystuje się do oceny sytuacji społecznej, socjalnej oraz rodzinnej. Wywiad ten przeprowadzany jest przez pracownika socjalnego. W ocenie pracownika socjalnego: *Wywiad środowiskowy jest po prostu narzędziem w takim sensie, że jest to jakiś schemat pytań, według którego musimy wywiad przeprowadzać, ale tak naprawdę, to jest to tylko druk, na którym my nanosimy informacje, które sami wyciągnęliśmy podczas rozmowy, analizując dokumentację medyczną czy rozmawiając z otoczeniem* (wywiad 14). Warto w tym miejscu podkreślić, że wywiad środowiskowy, do którego często odwoływali się respondenci, jest narzędziem bardzo ściśle standaryzowanym przez ustawodawcę w zakresie zawartości merytorycznej (pytań) oraz procedur przeprowadzania¹⁵. Zawiera pytania o niepełnosprawność, jednak pytanie o wynikające z niej ograniczenia funkcjonalne ma charakter otwarty. Pracownik socjalny musi więc odwoływać się w swojej ocenie do innych źródeł lub intuicji.

5.1.6. Ocena jakości – trafności i adekwatności wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych

Dla kadry instytucji wspierających, podstawowe źródło wiedzy na temat podopiecznych, ich ograniczeń – z jakimi trafiają do placówki, stanowią specjalistyczne badania lekarskie, których wyniki odzwierciedlają dokumentacja medyczna i inne dokumenty formalne pozostające w posiadaniu instytucji pomocowych. Są one tym samym kluczowym źródłem wiedzy dla personelu, które pozwala adekwatnie oszacować potrzeby opiekuńcze i pomocowe w pierwszym etapie

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. 2016, poz. 1406, z 6 września 2016 r.).

pobytu podopiecznego w placówce. W trakcie pobytu podopiecznego w placówce, proces oceny wzmacnia systematyczna obserwacja i rozmowa z podopiecznym, ich rodziną, znajomymi, sąsiadami, instytucjami oraz wyniki stosowanych w instytucjach specjalistycznych testów diagnostycznych

W ocenie badanych sposób diagnozowania niesamodzielności realizowany w placówce jest efektywny i pozwala adekwatnie ocenić potrzeby pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze podopiecznych. Ocenę taką wyrażają pracownicy ośrodków pomocy społecznej: *Uważam, że jeśli chodzi o diagnozę, to my sobie świetnie z tym radzimy; z diagnozowaniem różnych sytuacji, potrzeb, zasobów pacjenta. Natomiast nie możemy adekwatnie odpowiedzieć szybko na te potrzeby* (wywiad 14).

Podobnie pracownicy domów opieki społecznej: *Diagnozowanie nie jest problemem. Z diagnozowaniem naprawdę my sobie radzimy i tutaj potrafimy rozeznaczyć potrzeby. Potrzeby wynikające z jakichś tam np. zaburzeń psychicznych, z tym naprawdę nie ma problemu. Natomiast problem jest później, z adekwatną odpowiedzią, żeby on w większym stopniu odpowiadał niż w tej chwili [...] jest najwyższy problem z zaoferowaniem takiego zakresu usług, który byłby w pełni satysfakcjonujący dla podopiecznego. My staramy się odpowiadać na wszelkie zapotrzebowania, ale niemniej jednak, nasze możliwości instytucjonalne są takie, że nie zawsze te potrzeby są spełnione w 100%. Jest np. osoba, która wymagałaby asysty właściwie przez cały czas dziennej aktywności, tego oczywiście nie możemy zaoferować* (wywiad 10).

Badani w większości są zgodni, że proces diagnostyczny realizowany w oparciu o dostępne im metody i narzędzia diagnostyczne pozwala w sposób trafny rozpoznać i adekwatnie do potrzeb oszacować zakres indywidulanego wsparcia: *Większych błędów w ocenie to nam się nie zdarzyło zrobić* (wywiad 7).

W ocenie badanych instytucji, analiza dokumentów medycznych pogłębiona o wywiad z osobą i jej rodziną oraz codzienna bezpośrednia obserwacja zachowań są wystarczające do podejmowania adekwatnych decyzji o formie i zakresie wsparcia: *Dla naszych potrzeb (...) wydaje mi się to wystarczające* (wywiad 13). Proces diagnostyczny, realizowany w oparciu o dostępne im metody i narzędzia diagnostyczne, pozwala – w ich ocenie – w sposób trafny rozpoznać i adekwatnie do potrzeb oszacować zakres

indywidualnego wsparcia. W większości przypadków nie dostrzegają potrzeby korzystania ze specjalistycznych narzędzi diagnostycznych. Co więcej niemal wszyscy badani zgodnie artykułują, iż nie ma potrzeby dokonywania w tym zakresie znaczących zmian: *Tak, jest wystarczający, optymalny. Jeżeli się dobrze wykona swoją pracę na tym poziomie, to jest optymalny, nie potrzeba nic ulepszać* (wywiad 2). W ocenie pracowników domów pomocy społecznej: *Na nasze potrzeby uważam, że nasze narzędzia są optymalne. One pozwalają oszacować poziom potrzeb naszych podopiecznych. Wszystkie te narzędzia, zresztą same je tworzymy. Ale najlepszym narzędziem jest nasza długoletnia praca i doświadczenie, gdzie po tylu latach pracy, nawet zwykła rozmowa z podopiecznym potrafi nam bardzo dużo powiedzieć na jego temat. I taka metoda obserwacji* (wywiad 9). Podobna opinia wybrzmiewa z wypowiedzi pracowników socjalnych: *Mnie się wydaje, że one są wystarczające, że my dość dokładnie określamy potrzeby, jakie ma pacjent. Niestety nasza ocena nijak ma się czasami do realizacji tych potrzeb. Zazwyczaj nie jest tak. Niestety godziny usług opiekuńczych, które my ocenilibyśmy, że są potrzebne w danym środowisku, często nie są przyznawane* (wywiad 14). Równie jednoznaczne opinie artykułują przedstawiciele środowiskowych domów samopomocy: *Te metody pozwalają na adekwatną diagnozę. Mamy dosyć duże doświadczenie i prawda jest taka, że jeżeli poznajemy osobę, która do nas trafia, jest naszym uczestnikiem, widzimy tę osobę codziennie, namacalnie, naocznie i wiemy, jak ona funkcjonuje – nie tylko to, co nam powie, albo, co powie nam ktoś z rodziny, możemy ją obserwować przy treningu np. kulinarnym* (wywiad 6).

5.2. Określenie zakresu i form wsparcia

W ocenie badanych na podstawie zebranych informacji jest możliwe sformułowanie rozpoznania potrzeb podopiecznych w zakresie pomocy, a następnie planowanie i realizowanie działań opiekuńczych. Pozwala realnie ocenić zakres niesamodzielności i wynikających z niego potrzeb pomocowych.

W instytucjach wspierających starsze osoby niesamodzielne, określenie zakresu i form wsparcia polega na opracowaniu indywidualnego planu pracy i pakietu usług. Są one dostosowane

do potrzeb konkretnego podopiecznego na podstawie zebranych w trakcie trzymiesięcznej obserwacji informacji na temat posiadanych przez każdą osobę deficytów, zasobów i kompetencji¹⁶. Wypowiedzi kadry poszczególnych placówek wskazują na trzy zasadnicze cechy charakteryzujące wypracowany w ten sposób dokument. Po pierwsze, w każdym z typów badanych instytucji rodzaj i zakres proponowanego wsparcia jest ustalany adekwatnie do rozpoznanych indywidualnych możliwości i potrzeb podopiecznego oraz rozwijać te, w zakresie których zdiagnozowano deficyty. Po drugie, wypracowanie planu ma charakter zespołowy i uczestniczą w nim wszyscy zatrudnieni w placówce specjaliści: *Wtedy już odbywa się profesjonalne rozeznanie tych potrzeb i dostosowujemy te potrzeby do konkretnych usług. Wtedy jest pierwsze posiedzenie zespołu i każdy z przedstawicieli działu od swojej strony wypowiada się na temat mieszkańca; czyli terapeuta na temat potrzeb terapeutycznych, opiekunowie na temat potrzeb opiekuńczych, psychologowie na temat potrzeb psychologicznych, na temat potrzeb medycznych pani kierownik działu medycznego. I na tej podstawie sporządzona jest diagnoza potrzeb* (wywiad 10). Po trzecie, na ile jest to możliwe, plan indywidualnego wsparcia uwzględnia preferencje podopiecznych, co oznacza, że zarówno rodzaj i zakres wsparcia ustala się we współpracy z podopiecznym i jego rodziną: Jak zatem wskazują powyższe wypowiedzi, z jednej strony opracowany we współpracy z podopiecznym indywidualny plan pracy uwzględnia formy działań, w których udział deklaruje sam uczestnik i które są zgodne z jego zainteresowaniami. Z drugiej strony, taki plan uwzględnia propozycje różnych form wsparcia, które – sugerowane przez zespół terapeutyczny – kompensują deficyty z jakimi trafiają osoby te do placówki, kształtują i ćwiczą nowe umiejętności i kompetencje, lub wzmacniają już te posiadane. Uczestnik podpisuje kontrakt i deklaruje udział w wybranych zajęciach. W trakcie jego realizacji jest systematycznie motywowany do pracy. Niekiedy aktywność podopiecznych jest dokumentowana: *Każdy podopieczny ma swoją tzw. teczkę terapeutyczną i tam są wpisy terapeutów. W zależności na jakie zajęcia dana osoba chodzi, terapeuta wpisuje informacje o postępach, o tym co jest ważne. Jeżeli się coś działo, zupełnie ta-*

¹⁶ Inne obowiązujące w placówkach nazwy planu to: indywidualny plan wsparcia, indywidualny plan działania, indywidualny plan pracy wspierająco aktywizującej.

kiego nieoczekiwanego, to oczywiście też jest tutaj odnotowywane (wywiad 6). Najczęściej po upływie sześciu miesięcy zespół terapeutyczny ocenia skuteczność zrealizowanych działań.

5.3. Formy i zakres wsparcia instytucjonalnego

W placówkach świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych realizowane są różne formy indywidualnego wsparcia podopiecznych.

Rodzaj, zakres, kryteria dostępu oraz szczegółowe zasady udzielania wsparcia jakie realizują instytucje pomocy społecznej i instytucje ochrony zdrowia świadczące usługi na rzecz osób niesamodzielnych, określają obowiązujące akty prawne regulujące funkcjonowanie pomocy społecznej¹⁷ i instytucji systemu ochrony zdrowia¹⁸. Obowiązujące regulacje prawne określają szczegółowo procedury, których dopełnienie stanowi podstawowe kryterium uzyskania wsparcia oraz określenia jego zakresu i rodzaju. Wyznacza także zakres niezbędnej dokumentacji. Sama organizacja procesu pomocy, opieki, wsparcia jest zorientowana na typ instytucji. Różne są narzędzia wykorzystywane w procesie pomocowym. Proces pomocowy w poszczególnych instytucjach dokumentowany jest w zróżnicowany sposób. Są to np. harmonogram świadczenia usług – dokument służący planowaniu, karta pracy osoby, dziennik czynności opiekuńczych. W przypadku skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, tak jest w przypadku wniosku o skierowanie do domu pomocy społecznej, obowiązuje mocno rozbudowana dokumentacja medyczna oraz – z uwagi na rozbudowany zakres świadczeń pielęgniarских – rozbudowana dokumentacja pielęgniariska.

Podstawowym dokumentem, który określa rodzaj sugerowanego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz zaburzeniami psychicznymi jest skierowanie wystawione przez lekarza psychiatrę. Rodzaj i zakres wsparcia wyznacza specyfika zaburzenia,

¹⁷ Ustawa o pomocy społecznej, Dz.U. z 1990, nr 64, poz. 414 z późn. zm.; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480).

określona w rozpoznaniu medycznym, zawierającym konkretne zalecenia co do form wsparcia. Podobnie dzieje się w przypadku osób, których ograniczenia zdrowotne kwalifikują je do pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Do zakładu pacjent trafia najczęściej już z zaleceniami medycznymi od lekarza pierwszego kontaktu lub sformułowanymi podczas pobytu na oddziale szpitalnym. Zalecenia te, w trakcie pobytu przedłuża lekarz placówki. Na ich podstawie: *Jeżeli pacjent z oddziału trafia, jest ustalany tryb ćwiczeń rehabilitacyjnych. Jeżeli pacjent jest w stanie, to współpracuje na terapii zajęciowej. Rehabilitacja jest dobierana w zależności od tego jaki jest stan pacjenta i wywiad chorobowy, czy są to ćwiczenia bierne, czy ćwiczenia w odciążeniu, czy oddechowe. Terapia zajęciowa, najczęściej w gronie kilku osób jest prowadzona, a zajęcia z psychologiem i logopedą to już indywidualnie* (wywiad 19).

Charakteryzując ogólne zasady udzielania wsparcia przez badane placówki należy zwrócić uwagę na trzy kwestie: 1) instytucje pomocowe oferują szeroki zakres wsparcia, 2) rodzaj i zakres świadczonych przez instytucje usług jest ustalany indywidualnie dla każdego uczestnika i ujęty w planie postępowania wspierającego aktywizującego, 3) kluczowym, podstawowym kryterium, na podstawie którego instytucje określają rodzaj i zakres niezbędnego wsparcia jest stan zdrowia podopiecznego, rodzaj schorzenia i sprawność fizyczna oraz kondycja psychiczna. Pozostałe, uzupełniające kryteria stanowią: sytuacja społeczna i zawodowa, sytuacja ekonomiczna osoby zgłaszającej się po pomoc, w tym jej dochody i warunki mieszkaniowe oraz sytuacja rodzinna.

Do kluczowych form wsparcia realizowanych w placówkach należą: wsparcie medyczne, rehabilitacyjne, psychologiczne, terapeutyczne, socjalne, edukacyjne, wsparcie w sytuacjach kryzysowych – realizowane np. w formie opieki całodobowej w przypadku wyjazdu lub innych zdarzeń losowych opiekunów osób niepełnosprawnych.

Wsparcie medyczne stanowi podstawowy rodzaj wsparcia, jakiego udzielają wszystkie typy badanych placówek świadczących pomoc¹⁹. Każda placówka zapewnia dostęp do opieki lekarskiej

¹⁹ Opis nie uwzględnia szczegółowej charakterystyki działań medycznych, jakie podejmowane są na dwóch oddziałach szpitalnych, na których zostało zrealizowane badanie. Na oddziałach szpitalnych działania medyczne mają zarówno charakter diagnostyczny jak i leczniczy i przebiegają zgodnie z procedurami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, i tak na oddziale geriatrycznym

i pielęgniarzkiej, aczkolwiek w zależności od typu placówki forma organizacji pomocy medycznej jest zróżnicowana. Zabezpieczanie potrzeb medycznych w domach pomocy społecznej realizowane jest przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy przychodzą i świadczą usługi na miejscu w placówce: *Mamy tylko lekarza konsultanta, który konsultuje nam nowe osoby. Ewentualnie jak widzimy, że coś się dzieje, to lekarz tutaj nam konsultuje podopiecznych. Mamy łatwość też dzwonienia do lekarzy na rejonie, polewujemy się, że stan osoby pogorszył się i że wskazana jest jakaś interwencja czy inna forma farmakoterapii* (wywiad 10). Pomoc medyczna uwzględnia szeroki wachlarz form mających na celu poprawę lub utrzymanie możliwie stabilnego stanu zdrowia, zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i związanym z długotrwałym unieruchomieniem oraz uzyskanie możliwie maksymalnej samodzielności i niezależności. Zakres wsparcia medycznego ustalany jest na podstawie podstawowych badań lekarskich oraz specjalistycznych konsultacji lekarskich. W zależności od potrzeb, obejmuje opiekę lekarza pierwszego kontaktu, wsparcie lekarza psychiatry, neurologa, ortopedy (w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego), rehabilitanta, logopedy itd. Ponadto, kompleksowa opieka medyczna obejmuje leczenie farmakologiczne (w tym w związku z otępieniem i demencją starczą), usługi pielęgnacyjne wynikające z diagnozy pielęgniarzkiej, usługi diagnostyczne tj. monitorowanie stanu zdrowia podopiecznych i interwencję w przypadku pojawiania się lub zaostrzenia objawów choroby.

Niezwykle ważną formą wsparcia medycznego podopiecznych jest rehabilitacja lecznicza (ruchowa), mająca na celu poprawę sprawności fizycznej osoby niesamodzielnej. Zakres działań w tym obszarze, realizowanych na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, obejmuje kompleksowe badanie fizjoterapeutyczne, tj. ocenę mobilności i lokomocji pacjenta, ocenę w zakresie zapotrzebowania na sprzęt ortopedyczny, opracowanie programu rehabilitacji. W placówkach takich jak warsztat terapii zajęciowej, zakład aktywności zawodowej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej – różne formy fizjoterapii i rehabilitacji są dobierane i modyfikowane dla każdego z pacjentów w oparciu o bieżące zalecenia lekarskie: *Lekarz w porozumieniu z rehabilitantem ocenia,*

uwzględnia się procedurę całościowej oceny geriatrycznej, na oddziale rehabilitacji kompleksowej oceny fizjoterapeutycznej.

jaki rodzaj zabiegów może być u tych pacjentów ze względu na ich stan zdrowia podjęty (wywiad 5).

Bardzo ważną formą wsparcia, jakiego udzielają badane placówki, jest mające na celu utrzymanie lub poprawę kondycji psychicznej podopiecznych wsparcie psychologiczne. Zakres wsparcia ustalany jest na podstawie potrzeb psychicznych podopiecznych. W opinii badanych konieczność wsparcia psychologicznego ujawnia się z dwóch zasadniczych powodów jakich często doświadczają osoby niesamodzielne. Pierwszym z nich są zaburzenia depresyjne, drugim samotność. Występowanie depresji jest diagnozowane u podopiecznych niezależnie od wieku, choć częściej dotyka osoby starsze: *Bardzo wielu pacjentów starszych ma depresję, wychodzi to w skalach oceny depresji 30 pkt lub 15 (wywiad 20).* W ocenie badanych, głównym powodem depresji podopiecznych jest ich tęsknota za rodziną, zwłaszcza w przypadku tych rodzin, które nie odwiedzają swoich krewnych: *Te osoby bardzo tęsknią. To problem numer jeden, tęsknota za rodziną, za swoim miejscem zamieszkania, za kontaktem, bardzo silna potrzeba bliskości z rodziną, te osoby są już tu na stałe, a trafiają tu osoby, które mają po 19 lat i całe życie przed sobą (wywiad 8).* Ci pacjenci mają często stany depresyjne, buntują się najczęściej, albo jest to rodzaj tęsknoty za rodziną, szczególnie taką, która nie do końca może pełnić rolę opiekuńczą, [...] ten stan jest pełen cech buntu, osoba nie chce przyjmować tabletek, nie chce współpracować, i wtedy konieczne jest włączenie psychologa (wywiad 4). Problem depresji osób starszych jest bardzo ściśle skorelowany z drugim powodem, dla którego niezbędne jest wsparcie psychologiczne, a jest nim ujawniający się w ocenie badanych, w sposób bardzo wyraźny, problem samotności osób starszych. Jak zauważają przede wszystkim lekarze na oddziałach szpitalnych, zdarzają się i takie sytuacje, w których podopieczni po zakończonej hospitalizacji wykazują niechęć do powrotu do domu. Pobyt pacjenta na oddziale szpitalnym poprawia nie tylko fizyczny stan zdrowia, ale także funkcjonowanie psychiczne. Osoby te czasami komunikują: *Mnie jest tu dobrze, bo są ludzie, mam towarzystwo, bo tu mam z kim porozmawiać, a wszyscy dokoła sąsiedzi pomarli, są sami młodzi (wywiad 20)²⁰.*

²⁰ W przypadku szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego zdiagnozowana potrzeba wsparcia psychologicznego skutkuje skierowaniem takiego pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, do poradni psychologicznej.

W kontekście wsparcia psychologicznego należy podkreślić znaczenie realizowanych przez większość placówek różnorodnych form wsparcia terapeutycznego. Działają pracownie terapii zajęciowej i grupy terapeutyczne. W celu poprawy sprawności zarówno fizycznej, jak również kondycji psychicznej, wykorzystuje się różne metody sylwoterapii (spacery, wycieczki, imprezy plenerowe), kulturoterapii (muzykoterapia, biblioterapia, psychorysunek, psychogimnastyka). Należy wyraźnie podkreślić, że wsparcie terapeutyczne nie ogranicza się tylko do osób samodzielnych fizycznie. W przypadku podopiecznych leżących (osób, które nie mogą samodzielnie przemieszczać) realizowana jest terapia zajęciowa przyłóżkowa. Osoby takie objęte są także przyłóżkową opieką psychologiczną. W środowiskowym domach samopomocy dla osób chorujących psychicznie przewlekłe, realizuje się usamodzielniające w określonych sferach funkcjonowania treningi lekowe, kulinarne, higieniczne, budżetowe, ekonomiczne, kompetencji społecznych. Podopieczni uczestniczą także w zajęciach sportowych i rekreacyjnych.

Depresji i poczuciu samotności towarzyszą zauważalne w przypadku wielu podopiecznych, trudności adaptacyjne i niechęć do angażowania się w różnego rodzaju działania, prowadzące w skrajnych przypadkach do wycofywania się z udziału w jakichkolwiek zajęciach i zamykania się w przestrzeni własnego pokoju. Tu także niezwykle istotne jest zarówno wsparcie psychologiczne, jak i podejmowanie działań służących podtrzymaniu lub zwiększeniu samodzielności podopiecznego oraz podtrzymaniu czy zwiększeniu jego aktywności. [...] *Natomiast w pewnym wieku pojawia się niechęć do robienia czegokolwiek. To zależy od środowiska, z jakiego przychodzą ci nasi podopieczni. Już to zaburza jakoś, że oni nie są przyzwyczajeni do tego, żeby być aktywnym. Tylko oni są tacy bardzo bierni i bardzo trudno ich tutaj zmotywować do pewnych działań* (wywiad 9).

Dlatego też w badanych placówkach wykorzystuje się różne formy aktywizowania podopiecznych. Zwraca się więc uwagę na przestrzeganie właściwej dla placówki struktury dnia, która wymusza to, że podopieczny musi wstać o określonej godzinie, w danym momencie zjeść posiłek itd. Jak wynika z wypowiedzi badanych, kadra w sposób ciągły poszukuje atrakcyjnych form aktywizowania osób przebywających w instytucjach opiekuńczych. Rodzaj aktywności jest uwarunkowany stanem zdrowia. Podopieczni mają

możliwość udziału w różnego rodzaju zajęciach wspierających ich aktywność. Organizowane są konkursy, wycieczki, wyjazdy, wyjścia do teatru i kina, bale karnawałowe, grille, sylwester, rozpoczęcie i zakończenie lata, kolęda, wyświetlane są filmy. Na terenie jednej z placówek działa zespół Starszaki Śpiewaki i kabaret pod nazwą Starszaki Kabareciarze. Podopieczni biorą udział np. w festiwalu Domów Pomocy Społecznej, w konkursach fotograficznych, występują w innych DPS-ach, w Domach Dziennego Pobytu, w szpitalu dla osób przewlekle i somatycznie chorych. W domach dziennego pobytu i domach pomocy społecznej realizowane są inicjatywy mające na celu integrację międzypokoleniową, np. osoby starsze uczestniczą w zajęciach organizowanych przez dzieci.

Warto także zwrócić uwagę na inne rodzaje pomocy skierowane do osób niesamodzielnych, a często także ich rodzin, na funkcjonujące dzięki ich własnej aktywności grupy wsparcia, czy na działającą na terenie jednego z domów pomocy społecznej grupy AA.

Kolejny rodzaj wsparcia, jaki oferują badane placówki, stanowi wsparcie socjalne. Niezależnie od typu instytucji świadczącej usługi na rzecz osób niesamodzielnych, w każdej z nich podejmowane są działania, mające na celu wsparcie podopiecznych w zakresie zaspakajania potrzeb bytowych, załatwiania formalnych spraw osobistych. Wsparcie socjalne udzielane przez placówki jest uwarunkowane przez liczne problemy, z jakimi borykają się podopieczni: niskie dochody, trudne warunki mieszkaniowe, problemy dotyczące uregulowania spraw formalnych, urzędowych. W większości badanych instytucji podejmowanie działań w zakresie wsparcia o charakterze socjalnym należy do podstawowych zadań pracownika socjalnego. Jeżeli pracownik socjalny nie jest pracownikiem etatowym (np. domy dziennego pobytu), kadra placówki w momencie pojawienia się problemów socjalnych podopiecznych informuje odpowiedni ośrodek pomocy społecznej o potrzebie pomocy. Wsparcie socjalne realizowane jest w kilku formach. Po pierwsze, w każdej z badanych instytucji, podopieczny może liczyć na pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu dostępu do różnorodnych form wsparcia np. w uzyskaniu przysługujących osobie świadczeń finansowych. Wielokrotnie pracownicy interweniują w instytucjach, w których możliwe jest uzyskanie koniecznej formy wsparcia dla podopiecznych, którzy wymagają opieki indywidualnej. Po drugie, istotną formą wsparcia udzielanego przez pracowników socjalnych jest

doradztwo związane z przekazywaniem informacji i udzielaniem porad. Pracownicy informują zarówno podopiecznych, jak i członków ich rodzin o różnych możliwościach pozyskania pomocy. Wskazują, gdzie i w jakiej formie podopieczny może uzyskać wsparcie. Jak wynika z badania, kolejną ważną formą wsparcia socjalnego szczególnie w przypadku podopiecznych domu dziennego pobytu jest całodziennie wyżywienie: *Seniorzy w pewnym wieku mają problemy z prowadzeniem gospodarstwa domowego, z codziennymi zakupami czy z gotowaniem sobie codziennie ciepłych posiłków. To jest pewna forma już niesamodzielności i my na tę formę odpowiadamy, dlatego że prowadzimy stołówkę. [...] to jest tania forma żywienia bardzo, i tak naprawdę osoby, które gdzieś żyją same, nie gotują sobie, i to też jest bardzo duże ułatwienie, ciepły i tani posiłek* (wywiad 12). Także w przypadku osób chorujących psychicznie posiłki, które przygotowywane są w ramach treningu kulinarnego stanowią ważny element wsparcia. W przypadku tej grupy osób niesamodzielnych niezwykle istotną formą wsparcia wydają się działania, jakie podejmują instytucje na rzecz ochrony podopiecznego przed utratą samodzielności mieszkaniowej. Zdarza się, że osoby żyjące samotnie, pozbawione wsparcia ze strony rodziny, z uwagi na różnego rodzaju zadłużenia powstałe w trakcie kilkumiesięcznego pobytu w szpitalu, po wyjściu z niego zostają eksmitowane z mieszkania. Jak stwierdza jedna z osób badanych: *Niestety teraz w szpitalach psychiatrycznych nie ma pracowników socjalnych, albo są w minimalnych ilościach, w związku z czym nie ma się kto tymi ludźmi zająć, właśnie od takich spraw socjalnych, czyli wesprzeć i pomóc chociażby w opłatach, przypilnowaniu opłat, które wiadomo, że są niepłacone. Wychodząc ze szpitala, okazuje się, że taka osoba ma odcięty prąd, i ileś tam długów. Kiedy trafia do nas, to my staramy się takie trudne sytuacje jakoś rozwiązać. To nie jest łatwe oczywiście, bo nie dysponujemy tutaj środkami, które mamy nadwyżkowo i możemy opłacać długi naszych podopiecznych, ale staramy się robić wszystko, żeby jakoś tę sytuację wyprostować. Idziemy do urzędów, tam staramy się rozmawiać na różnych poziomach, tak żeby osoba mogła jakoś normalnie funkcjonować i żyć* (wywiad 6).

Kolejną formą wsparcia jaką otrzymują podopieczni badanych placówek jest wsparcie opiekuńcze. Sytuacja rodzinna pacjenta, przede wszystkim ocena wydolności opiekuńczej rodzin, stanowi także istotne kryterium wyznaczające zakres wsparcia socjalnego

i opiekuńczego, jaki podejmuje personel medyczny na oddziałach szpitalnych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Niezależnie od podejmowanych działań medycznych, lekarze i pielęgniarki dokonują oceny potrzeb opiekuńczych pacjenta. Zakres ten jest zgłaszamy rodzinie lub pracownikowi socjalnemu. Ocenie podlega przede wszystkim zakres wsparcia, jaki otrzymuje pacjent od rodziny: *Czy rodzina jest aktywna, przychodzi i z pacjentem spaceruje, pomaga mu przy ćwiczeniach, interesuje się co z nim dalej, jakie ćwiczenia w powinien robić w domu, albo jest rodzina, która przeniesie pomarańcze, siedzi na stołeczku i się tylko uśmiecha i właściwie zerka na zegarek, kiedy może wyjść, natomiast nie jest zainteresowana ani wynikami pacjenta ani tym, jakie ćwiczenia ma wykonywać sam w domu* (wywiad 20)²¹.

Jeżeli pacjent ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, nie radzi sobie z utrzymaniem porządku czy zrobieniem zakupów, nie jest w stanie sam sobie przygotować posiłków, a z wywiadu wynika, że jest osobą samotną i nie ma wsparcia w rodzinie – co spowodować może przerwanie procesu rehabilitacji – wówczas pracownik socjalny szpitala podejmuje odpowiednie działania. Mają one na celu umieszczenie pacjenta w odpowiednim ośrodku, który będzie mógł się zająć pielęgnacją i opieką pacjenta na czas krótszy bądź dłuższy²². Może to być również środowiskowy dom samopomocy, rehabilitacji środowiskowej, jak i mieszkanie chronione.

Ważną formą wsparcia oddziału rehabilitacji jest pomoc w wypełnianiu dokumentacji umożliwiającej uzyskanie wsparcia finansowego w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, wprowadzenie zmian architektonicznych w mieszkaniu w celu dostawania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, czy uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności, a wymaganej przez takie instytucje jak PFRON, NFZ czy zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności,

Wszystkie typy placówek stacjonarnych udzielają usług opiekuńczych, pielęgnacji, pomocy w załatwianiu spraw osobistych. Proponowane formy wsparcia pomagają podopiecznym instytucji pomocowych w zachowaniu samodzielności. Wszystkie działania,

²¹ W przypadku szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego zdiagnozowana potrzeba wsparcia psychologicznego skutkuje skierowaniem takiego pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, do poradni psychologicznej.

²² W przypadku szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego zdiagnozowana potrzeba wsparcia psychologicznego skutkuje skierowaniem takiego pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, do poradni psychologicznej.

jakie w tym zakresie podejmuje personel, mają na celu przeciwdziałanie utrwalaniu się zależności od pomocy. W istocie, służą także wzmacnianiu bądź przywracaniu posiadanych zasobów i kompetencji. Ich efektem staje się umiejętne podtrzymywanie lub odzyskiwanie przez osoby, których samodzielność jest zagrożona, określonego poziomu kontroli nad własnym życiem.

5.3.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

W przypadku osób starszych, które w życiu codziennym doświadczają ograniczeń w zaspakajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb, najistotniejszą formą wsparcia środowiskowego są usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. Ogólne zasady przyznawania tego typu świadczeń reguluje Ustawa o pomocy społecznej²³. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi ośrodki pomocy społecznej udzielają wsparcia osobom niesamodzielnym w trzech formach, tj. w formie wsparcia finansowego, usług opiekuńczych oraz w ramach umieszczenia osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej. Usługi opiekuńcze są przyznawane w oparciu o wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego, który ustala czasowy wymiar pomocy, w zależności od stanu zdrowia oraz możliwości opiekuńczych rodziny. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych (codziennych czynności jak np. zrobienie zakupów, ugotowanie obiadu, pomoc w higienie osobistej, pomoc w sprzątaniu mieszkania, pielęgnację zleconą przez lekarza, w miarę możliwości zapewnienie osobie starszej kontaktów z otoczeniem.

Świadczenie usług adekwatnie do rozpoznanych potrzeb zakłada partycypację osoby starszej w kosztach ich realizacji. Wsparcie przysługuje osobie starszej samotnie gospodarującej, która tworzy jednoosobowe gospodarstwo domowe, jak i osobie starszej w rodzinie, gdy wymaga pomocy ze strony innych, a rodzina nie może zapewnić odpowiedniej pomocy z uzasadnionej przyczyny. Ustalając wysokość odpłatności bierze się pod uwagę dochód osoby niesamodzielnej. Istotnym kryterium przyznania określonego typu i zakresu

²³ Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej usługi opiekuńcze są organizowane i świadczone przez gminę na jej terenie, jako zadania własne gminy z zakresu pomocy społecznej o charakterze obowiązkowym.

usług opiekuńczych jest wydolność opiekuńcza rodzin i dochody, jakimi dysponuje osoba. Szczegółowe warunki przyznawania usług, zasady odpłatności oraz częściowego czy całkowitego zwalniania z odpłatności należą do kompetencji władz samorządowych²⁴. W przypadku wsparcia w formie usług społecznych, kluczową rolę poza stanem zdrowia osoby niesamodzielnej odgrywają środki jakimi dysponuje gmina, sytuacja rodzinna, posiadanie rodziny i jej miejsce zamieszkania, możliwości wsparcia i udzielania pomocy przez rodzinę, sytuacja materialna, dochody osoby zgłaszającej się po pomoc, wymiar potrzeb zgłoszonych przez starszą osobę niesamodzielną. *Jeżeli w gminie nie ma pieniędzy, miasto nie ma pieniędzy na usługi opiekuńcze, choćby byłby inne kryteria spełnione, to również jest możliwość odmowy usług opiekuńczych, najczęściej robi się to osobom, gdzie jest wysoki dochód lub rodzina. Rzadko, kiedy jest niski dochód i nie ma rodziny* (wywiad 13).

Na całościową procedurę diagnostyczną w zakresie oceny niesamodzielnosci dla przyznawania oraz ustalania odpłatności za świadczenie usług opiekuńczych dla osób starszych w miejscu zamieszkania lub umieszczenia osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej składają się trzy etapy. Pierwszy etap – to przyjęcie przez pracownika socjalnego zgłoszenia o potrzebie udzielenia pomocy; drugi – stanowi ocena/rozpoznanie sytuacji życiowej osoby składającej wniosek o pomoc; etap trzeci – to wydanie decyzji o przyznaniu (bądź odmowie przyznania) usług opiekuńczych²⁵.

Rozpoczęcie procedury przyznania usług opiekuńczych lub pobytu w domu pomocy społecznej wymaga przyjęcia przez pracownika socjalnego zgłoszenia o potrzebie udzielenia pomocy. Pomoc w wymienionych formach jest udzielana na wniosek osoby zainteresowanej lub członka rodziny. O wsparcie osoby niesamodzielnej tą formą pomocy wnioskować mogą także sąsiedzi, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, czy pielęgniarka środowiskowa. Wniosek należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej adekwatnie do miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie świadczeń.

²⁴ Aktualnie kwestie te reguluje Uchwała nr lvi/1352/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 30 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz szczegółowych warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również trybu ich pobierania.

²⁵ Umieszczenie w domu pomocy społecznej nie podlega odmowie.

Złożenie wniosku uruchamia drugi etap procedury diagnostycznej polegający na ocenie/rozpoznaniu przez pracownika ośrodka pomocy społecznej sytuacji życiowej wnioskodawcy. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy²⁶ oraz ocenia zakres niezbędnych usług opiekuńczych. Aby oszacować stopień niesamodzielności, formy i rodzaj niezbędnej pomocy (wynikający także z werbalizowanych oczekiwań osoby wnioskującej) pracownik socjalny na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej (karty leczenia szpitalnego, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy, zaświadczenia i badania lekarskie itp.) rozpoznaje zakres ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia osoby. W sytuacji braku kompletu wymaganych dokumentów zwraca się z prośbą do odpowiednich instytucji o ich udostępnienie (np. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, karty leczenia szpitalnego). W sytuacji dysfunkcji intelektualnej czy psychicznej klienta kieruje wnioskiem o sporządzenie opinii psychiatrycznej. Ponadto pracownik socjalny ocenia zasoby materialne i mieszkaniowe oraz sytuację rodzinną pod kątem możliwości zapewnienia osobie niesamodzielnej opieki przez bliskich. Ustalając wydolność opiekuńczą rodziny, w tym przede wszystkim zdolność alimentacyjną członków rodziny zobowiązanych do udzielania pomocy, wykorzystuje wywiad środowiskowy. W przypadku osób samotnych w miarę możliwości przeprowadza wywiad/rozmowę z sąsiadami.

Po rozpoznaniu sytuacji życiowej klienta oraz uwzględniając jego oczekiwania, pracownik socjalny określa zakres niezbędnych usług opiekuńczych, na który składają się zarówno wymiar usług (ilość dni świadczenia usług w tygodniu, ilość godzin dziennie) jak również zakres przewidzianych do wykonania w tym czasie czynności. Wypowiedzi pracowników socjalnych świadczą, iż dokonując oceny sprawności funkcjonalnej osoby wnioskującej posiłkują się najczęściej zakresem czynności opiekuńczych świadczonych przez opiekunkę w domu klienta. Zakres ten obejmuje przygotowanie posiłków lub dostarczanie obiadów, podawanie posiłków, karmienie,

²⁶ W przypadku instytucji pomocy społecznej wywiad środowiskowy stanowi podstawowe narzędzie diagnostyczne wykorzystywane na potrzeby kwalifikacyjne do domu pomocy społecznej, usług opiekuńczych, na potrzeby skierowania do środowiskowego domu samopomocy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, skierowania do placówek wsparcia dziennego tj. domy dziennego pobytu.

dokonywanie zakupów ze środków finansowych klienta, załatwianie spraw bieżących i urzędowych, utrzymywanie w porządku i czystości mieszkania (bez mycia okien i generalnego sprzątania), palenie w piecu i przynoszenie opału, przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości, czynności związane z praniem odzieży i bielizny, oddawanie bielizny pościelowej do pralni, prasowanie, zmianę bielizny i pościeli, ślanie łóżka, czynności związane z pielęgnacją i higieną osobistą klienta, pomoc przy ubieraniu, opiekę nad chorym leżącym zleconą przez lekarza, wzywanie i kontakt z lekarzem, towarzyszenie w drodze do lekarza, w trakcie wizyty u lekarza, współpracę z rodziną w zakresie wypracowania reguł współdziałania z klientem, współpracę z pielęgniarką środowiskową. W odniesieniu do tak zdefiniowanego zakresu usług opiekuńczych, ocena pracownika socjalnego uwzględnia poziom samodzielności/zależności osoby w obszarze:

1) sprawności ruchowej: czy osoba jest leżąca (wstaje – nie wstaje z łóżka), czy może swobodnie poruszać się po mieszkaniu – poza mieszkaniem – o kulach, o lasce, bez żadnej pomocy, na wózku inwalidzkim, czy też nie wychodzi z domu;

2) sprawności w samoobsłudze: czy może samodzielnie sporządzać posiłki, spożywać posiłki, załatwiać potrzeby fizjologiczne i zadbać o higienę osobistą, czy wszystkie czynności może wykonywać, ale przy pomocy osób drugih;

3) zdolności porozumiewania się: czy z osobą chorą można nawiązać kontakt słowny, czy kontroluje swoje czynności i zachowanie, czy widzi/nie widzi, słyszy/nie słyszy, mówi/nie mówi, czy też wykazuje objawy demencji lub dolegliwość na podłożu psychicznym (depresje). Ponadto pracownik socjalny dokonuje oceny zakresu zasobów osób bliskich i zasobów własnych osoby starszej wskazując na:

4) czynności, które wykonuje rodzina, sąsiedzi;

5) czynności, które powinna wykonywać opiekunka (ponieważ nie może wykonywać chora lub jej rodzina).

W sytuacji konieczności natychmiastowego objęcia klienta usługami opiekuńczymi lub umieszczeniem w domu pomocy społecznej świadczenia te przyznaje się na podstawie wywiadu środowiskowego i podstawowego dokumentu, jakim jest zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej stwierdzające, że osoba wymaga pomocy innych.

Etap trzeci, który polega na wydaniu decyzji o przyznaniu (bądź odmowie przyznania) usług opiekuńczych kończy procedurę oceny niesamodzielności realizowaną przez ośrodki pomocy społecznej. Decyzje o przyznaniu lub o odmowie przyznania usług opiekuńczych (także o umieszczeniu osoby w domu pomocy społecznej) na wniosek pracownika socjalnego wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej. W decyzji, jaką otrzymuje klient wskazany jest okres, na który przyznana zostaje pomoc w formie usług opiekuńczych, ich wymiar (ilość dni w tygodniu, ilość godzin dziennie w dni robocze i dni świąteczne, zakres przyznawanych usług, odpłatność za 1 godzinę usług). Zgodnie z § 7 ust.1 Uchwały nr LVI/1352/17 RM w Łodzi z dnia 30.08.2017 osoba zobowiązana do ponoszenia odpłatności za usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze może zostać częściowo lub całkowicie zwolniona z odpłatności za usługi opiekuńcze z uwagi na stan zdrowia, sytuację rodzinną i finansową, obciążenia związane z wysokimi opłatami za mieszkanie, procesem leczenia, koniecznością rehabilitacji, zakupu leków, artykułów higienicznych i pielęgnacyjnych, stosowania określonej diety, których wysokość zagraża egzystencji. Decyzja taka może być podjęta także w sytuacji wnoszenia opłat za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodku wparcia lub innej placówce a także strat materialnych powstałych w wyniku zdarzenia losowego.

5.4. Zasoby kadrowe placówek opieki długoterminowej

Zasoby kadrowe placówek wspierających starsze osoby niesamodzielne w sektorze pomocy społecznej oraz instytucji służby zdrowia tworzą lekarze (lekarze rehabilitacji, lekarze psychiatry, neurolodzy i inni), pielęgniarki, psychologzy, pracownicy socjalni, rehabilitanci ruchu, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, opiekunowie. Wszyscy oni w różnym stopniu i zakresie uczestniczą w procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych oraz realizacji usług opiekuńczych. Jak już podkreśliliśmy w pkt. 5.1.1 rzeczywistymi diagnostami niesamodzielności oraz osobami wytyczającymi kierunek i zakres

świadczonej później pomocy są przede wszystkim lekarze, do których, w związku z problemami zdrowotnymi, trafiają późniejsi podopieczni instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym. Istotną rolę, z punktu widzenia osób potrzebujących wsparcia pełnią pracownicy socjalni. W ich gestii leży ocena sytuacji socjalnej osób starszych, będąca podstawą wydania decyzji o przyznaniu określonego zakresu usług opiekuńczych, skierowanie ich do określonej placówki pomocowej, domu pomocy społecznej, domu dziennego pobytu, czy generalnie poinformowanie o możliwości skorzystania z różnych form wsparcia. Pracownicy socjalni, poza ośrodkiem pomocy społecznej wchodzi w skład zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, diagnozują obszar społecznego funkcjonowania podopiecznych w zakładach opiekuńczo leczniczych, w szpitalach oceniają sytuację rodzinną pacjentów: *Pracownik socjalny ułatwia przygotowanie papierów pod kątem opieki długoterminowej, czyli ten zakład opiekuńczo-leczniczy, bądź też organizuje i ułatwia opiekę pielęgniarzek środowiskowych* (wywiad 19).

Pracownik socjalny szpitala organizuje pomoc po zakończonym leczeniu szpitalnym. Do zakresu jego obowiązków należy między innymi zorganizowanie opieki w warunkach domowych albo instytucjonalnych dla pacjentów, którzy wymagają długoterminowej opieki. Jeśli chodzi o pomoc środowiskową wykorzystuje także zasoby pomocowego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, placówki typu hospicja domowe, placówki długoterminowej opieki pielęgniarstwiej, pielęgniarstwa środowiskowe. Jeśli chodzi o instytucjonalną pomoc przygotowuje wnioski do zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej i innych placówek niepublicznych.

Istotną rolę w badanych placówkach pomocowych pełnią psycholodzy, na których spoczywa ocena i wsparcie psychologicznego funkcjonowania podopiecznych. W domach pomocy społecznej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych trzon kadry, która ocenia zakres potrzeb pomocowych podopiecznych i równocześnie jest odpowiedzialna za profesjonalnie realizowane działania medyczne, stanowi średni personel medyczny, pielęgniarstwa. Ponadto w placówkach opiekuńczych bardzo ważną rolę odgrywają opiekunowie, którzy sprawując bezpośrednią opiekę nad podopiecznymi, każdego dnia wykonując czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze mają możliwość oceniać zakres niesamodzielnosci swoich podopiecznych.

Wszyscy specjaliści wchodzi w skład działających w placówkach rad programowych, zespołów terapeutyczno-opiekuńczych czy zespołów wspierająco-aktywizujących: Do najważniejszych zadań zespołów specjalistów należy:

- udział w realizowanym w placówce procesie diagnostycznym,
- udział procesie ustalania indywidualnego planu pracy, programu rehabilitacji, programu terapii,
- organizacja systemu wsparcia, podejmowanie działań o charakterze opiekuńczym, pielęgnacyjnym, edukacyjnym, informacyjnym,
- udział w kompleksowej rehabilitacji,
- udział w procesie oceny indywidualnego planu pracy, postępów procesu rehabilitacji.

Członkowie zespołów spotykają się cyklicznie, choć w poszczególnych instytucjach w różnych odstępach czasu: *przynajmniej raz w tygodniu, co najmniej raz w miesiącu, praktycznie co miesiąc lub częściej, jeśli wymagają rozwiązania ujawniające się problemy, raz na dwa miesiące, nie rzadziej niż raz w roku, w miarę zaistniałych potrzeb*. Spotkania służą wymianie doświadczeń i spostrzeżeń na temat stanu zdrowia podopiecznych oraz dostrzeganych w szerszym kontekście potrzeb psychospołecznych. W trakcie spotkań szczegółowo omawiane są bieżące problemy, dokonuje się ewaluacji podejmowanych działań: *Spotykamy się raz w tygodniu na takich zebraniach zespołu terapeutycznego, na których bardzo szczegółowo omawiamy poszczególnych podopiecznych... weryfikujemy plany, robimy tak zwane ewaluacje, troszeczkę zmieniamy, poprawiamy jeśli coś jest nie tak jak założyliśmy na samym początku* (wywiad 6). *My potem weryfikujemy to w spotkaniach indywidualnych, z opiekunem terapeutycznym. Weryfikujemy co działa, co robimy dalej, co trzeba jeszcze poprawić* (wywiad 5).

W opinii badanych, kompetencje zawodowe i zaangażowanie kadry mają decydujący wpływ na jakość i wymiar udzielanego wsparcia: *My staramy się, żeby w naszej placówce był personel taki, który wspiera naszych podopiecznych, pełen empatii, zrozumienia, specjaliści, którzy się ciągle kształcą i są osobami, które nie boją się wyzwań. Na pewno by nam była potrzebna większa ilość terapeutów, większa ilość psychologów, specjalistów np. logopedów* (wywiad 9).

5.5. Problemy i ograniczenia w zakresie wsparcia instytucjonalnego

Należy wyraźnie podkreślić, że mimo iż w oparciu o opinie i opisy uzyskane od badanych przedstawicieli instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym udało się zidentyfikować szereg zjawisk utrudniających diagnozowanie niesamodzielnności i szacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych, to jednak wszyscy badani uważają, że personel instytucji, w których pracują, dobrze sobie radzi z rozpoznaniem problemów i potrzeb osób, które się do nich zgłaszają. Z powodu trudności i ograniczeń lokowane są zatem nie tyle w ramach samego etapu diagnozowania i szacowania potrzeb, ile raczej w dostosowaniu do przeprowadzonego rozpoznania adekwatnych działań pomocowych. Kwestie ulokowane bezpośrednio w procesie diagnozowania, postrzegane są jako wtórne, wobec tego problemu. Co ważne, wskazywane bariery i ograniczenia występujące w różnych typach instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym w związku z realizacją procesu diagnostycznego są przez część badanych opisywane jako problemy, przez innych zaś, jako przyczyny innych problemów. Wynika to z faktu, że łączą się one i oddziałują na siebie wzajemnie na różne sposoby, przyczyniając się do kumulowania negatywnych zjawisk ograniczających możliwość zarówno efektywnej diagnozy, jak i realizacji procesu wsparcia.

W poszczególnych instytucjach utrudnienia związane z realizowanym w placówkach procesem oceny niesamodzielnności i potrzeb pomocowych i opiekuńczych, a przede wszystkim ograniczenia w zakresie realizacji usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych mają różny charakter, pojawiają się w różnych fazach diagnozy i świadczenia opieki oraz wynikają z odmiennych przyczyn. Zidentyfikowane ograniczenia przypisać można do kilku bardziej ogólnych kategorii. Po pierwsze, są to problemy utrudniające trafny proces diagnozy niesamodzielnności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, na które składają się ramy czasowe przewidziane na diagnozę, sposób dokumentowania procesu diagnostycznego, narzędzia pozwalające na dokonywanie trafnego rozpoznania problemów i potrzeb osoby zgłaszającej się po pomoc, sposób współpracy między różnymi instytucjami zaangażowanymi w ten proces, oraz ograniczone zaangażowanie i możliwości wsparcia

i udzielania pomocy przez rodzinę, niechęć rodziny do współpracy z placówką. Istotny obszar problemów z jakimi zderzają się placówki pomocowe stanowią ograniczenia związane z udzielaniem adekwatnego do potrzeb zakresu wsparcia dla osób niesamodzielnych. Na ograniczenie te składa się brak infrastruktury, braki finansowe i kadrowe. Kolejny obszar utrudnień z jakim mierzą się placówki stanowią problemy adaptacyjne podopiecznych (problemy psychiczne, samotność, depresja, brak kontaktu rodziną).

5.5.1. Problemy utrudniające trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Ograniczenia utrudniające trafny proces diagnozy niesamodzielności w przebiegu procesu dotyczą m.in.:

- ram czasowych przewidzianych na diagnozę,
- sposobu dokumentowania procesu diagnostycznego,
- narzędzi pozwalających na dokonywanie trafnego rozpoznania problemów i potrzeb osoby zgłaszającej się po pomoc,
- sposobu współpracy między różnymi instytucjami zaangażowanymi w ten proces,
- postawy samego diagnozowanego oraz postaw i zachowań członków jego najbliższego otoczenia,
- braków kadrowych skutkujących nadmiernym obciążeniem obowiązkami osób dokonujących diagnozy.

W domach pomocy społecznej, do których podopieczni kierowani są decyzją Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej – i ze względu na swój stan zdrowia, trafiają tam na długi, zazwyczaj dożywotni pobyt – czas oceny możliwości i potrzeb osoby, która trafia do placówki trwa kilka miesięcy, podczas których wdraża się podopiecznego do funkcjonowania w nowych warunkach, zasad panujących w ośrodku, regulaminów, wykonywania określonych obowiązków samoobsługowych i proponuje mu się „na próbę” różne formy aktywności umożliwiające obserwację jego zachowań w różnych sytuacjach. Należy jednak pamiętać, że w tym przypadku, punktem wyjścia jest trwała niesamodzielność danej osoby, stwierdzona już przed trafieniem do Domu Pomocy Społecznej. Proces diagnostyczny służy tu zatem opracowaniu planu wsparcia, który – uwzględniając ograniczenia, zasoby, a także, w miarę możliwości,

preferencje osoby korzystającej z pomocy – pozwoli na stworzenie jej możliwie przyjaznych warunków dalszego życia. Nie zakłada on natomiast pracy mającej na celu usamodzielnienie, czy usprawnienie funkcjonowania podopiecznego, w stopniu umożliwiającym mu życie poza ośrodkiem, tak, jak ma to miejsce w innych instytucjach świadczących usługi opiekuńcze.

Wśród problemów utrudniających trafny proces diagnozy niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych wskazywanych przez pracowników instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym należy wymienić także nieadekwatność informacji zawartych w otrzymywanych dokumentach w stosunku do stanu faktycznego. Problem ten został wyartykułowany przez pracowników DPS: *wywiad z pomocą społeczną, która nam podopiecznego daje, nie jest adekwatny do stanu, który jest. Nie zawsze informacje podane w sposób opisowy w tych dokumentach są aktualne, ponieważ często czas od sporządzania wywiadu²⁷ do momentu, kiedy osoba trafia do placówki jest długi i zmienia się jej zakres funkcjonowania. Mało tego, takie historie choroby, kiedy wychodzą ze szpitala, też nie są czasami adekwatne do tego, co się u nas z mieszkańcem już dzieje. Tak, że nie możemy patrzeć na jakieś tam papierki czy wytyczne. My musimy same obserwować, każdy pracownik musi sam zaobserwować, wylapać to, co jest w danym momencie, na dziś, potrzebne dla każdego podopiecznego (wywiad 10). Nie do końca możemy też opierać się na wywiadzie środowiskowym, ponieważ zawarte tam informacje nie są może nie tyle nieprawdziwe, ale już nieaktualne czasami. Ta decyzja jest odległa w czasie, bo od momentu, jak jakaś osoba, która chce być umieszczona w Domu Pomocy Społecznej, albo są jakieś przesłanki do jej umieszczenia, to od momentu tego pierwszego wywiadu do finalizacji tutaj, to myślę, że mija około dwóch lat. Umieszczenie trwa dosyć długo i dokumenty zrobione półtora roku temu są już przestarzałe i nieadekwatne do nas. To działa w jedną i w drugą stronę, bo zdarza się, że w środowisku była osoba leżąca, ale potem przeszła rehabilitację i do nas przychodzi już sprawna, na przykład o trójnogu czy o balkoniku, albo odwrotnie (wywiad 9). W konsekwencji na poziomie diagnozy wstępnej, analiza dokumentacji umożliwia ocenę niepełną i pobieżną.*

²⁷ Respondentka ma na myśli wywiad środowiskowy.

W grupie ograniczeń tkwiących w samej procedurze diagnozowania znaczącą pozycję zajmuje brak lub nieadekwatność istniejących narzędzi wykorzystywanych w procesie oceny oraz związany z ich zastosowaniem zakres i charakter informacji zbieranych na jego kolejnych etapach przez poszczególne instytucje. Problem niedostosowania narzędzi diagnostycznych do warunków, w jakich przebiega diagnoza, stanu osób diagnozowanych oraz czasu jaki na tę procedurę można przeznaczyć, sygnalizują przede wszystkim pracownicy domów pomocy społecznej. Podkreślając czasochłonność stosowania i stopień skomplikowania standardyzowanych, specjalistycznych narzędzi, ich wykorzystywanie pozostawiają lekarzom i psychologom konsultującym pacjentów w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia. Sami zaś korzystają z własnych, uproszczonych narzędzi, pozwalających na opis podstawowych schorzeń podopiecznego oraz zidentyfikowanie czynności, które jest on w stanie wykonywać samodzielnie lub z niewielką pomocą. *Jest mnóstwo skal i formularzy, na podstawie których moglibyśmy pracować, ale nie ukrywam, że z uwagi na stan naszych podopiecznych, klientów, którzy przychodzą do naszego Domu Pomocy Społecznej, wypełnianie takiej dokumentacji byłoby dla personelu ogromnym obciążeniem. Mamy jedną, podstawową skalę, która określa nam ten stan – przede wszystkim fizyczny. Kondycję psychiczną oceniają nam psychologowie oraz lekarz psychiatra, który przyjeżdża do nas na konsultacje. Podstawowe wszystkie formularze zostały tutaj też stworzone przez nas (wywiad 9).*

Szczególny rodzaj utrudnienia jaki identyfikują pracownicy socjalni w procesie oceny niesamodzielności podopiecznych, stanowi długi okres oczekiwania na opinie lekarskie, w tym przede wszystkim opinie psychiatryczne. W konsekwencji utrudnia to pracownikom socjalnym podejmowanie adekwatnych do potrzeb działań pomocowych. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego wszczęcie procedury umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w placówce pomocowej wymaga odpowiedniej zgody sądu. Decyzje sądu są uzależnione od opinii lekarza psychiatry, jeżeli osoba nie była wcześniej pod opieką poradni zdrowia psychicznego. *Praktyka jest taka, że my np. stwierdzamy, że ktoś ma zburzenia psychiczne. Mamy różne sygnały, że ktoś zajmuje się zbieractwem, że źle funkcjonuje, że higieny osobistej nie utrzymuje. Prosimy o diagnozę lekarza psychiatry, bo dla nas to jest podstawą dalszych działań formalnych, a nie możemy się doprosić*

o opinię lekarza psychiatry czy o wizytę na podstawie, której możemy podejmować dalsze działania. Na te wizyty czeka się minimum pół roku (wywiad 14). Podobnie podjęcie adekwatnych do potrzeb działań pomocowych utrudnia pracownikom socjalnym przedłużające się oczekiwanie na postanowienia sądu czy postanowienia komisji ds. orzekania o niepełnosprawności: Na orzeczenie czekamy czasami kwartał, trzy miesiące, tak długo trwają te komisje. Ten orzecznik długo wydaje też te orzeczenia (wywiad 14).

W grupie ograniczeń tkwiących w samej procedurze diagnozowania szczególny rodzaj utrudnień wiązać należy się z brakiem współpracy między instytucjami zaangażowanymi w proces diagnostyczny oraz regulacjami prawnymi wyznaczającymi ramy działalności pomocowej. Skutkuje to licznymi utrudnieniami w gromadzeniu informacji na temat osoby występującej po pomoc i ich przepływie między instytucjami, które tę pomoc świadczą. Wśród ważnych problemów zidentyfikowanych w zakresie diagnozy i realizacji procesu pomocowego należy podkreślić także – wynikające z obowiązujących regulacji prawnych – utrudnienia w zakresie przekazywania informacji o podopiecznych. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawnych nie ma możliwości przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta nikomu spoza jego najbliższej rodziny. Co za tym idzie, obowiązujące regulacje w zakresie ustawy o ochronie danych osobowych oraz z ustawy o ochronie życia psychicznego ograniczają placówkom opiekuńczym prawo do informacji o stanie zdrowia podopiecznego jeżeli trafia on do szpitala. Nie istnieje regulacja prawna, która w przypadku pobytu podopiecznego domu pomocy społecznej w szpitalu nakładałaby obowiązek udzielania informacji placówce na temat stanu zdrowia. W konsekwencji kadra domu pomocy społecznej zwraca się z prośbą do rodziny o przekazanie takich informacji. Niekiedy zdobycie informacji o podopiecznym wymusza odwołanie się do „dobrych chęci” lekarza. Nie zawsze jednak sposób ten okazuje się być skuteczny. Z problemem tym borykają się pracownicy socjalni oraz domy pomocy społecznej.

Zrealizowane badanie nie ujawniło zinstytucjonalizowanych wzorów współpracy w zakresie diagnozowania niesamodzielności w środowisku lokalnym. Poszczególne typy instytucji świadczących wsparcie, w zróżnicowanym stopniu zaangażowane są w proces współdziałania i współpracy międzyinstytucjonalnej. Poziom, zakres jak i formy współpracy międzyinstytucjonalnej wyznacza specyfika zadań realizowanych przez poszczególne typy

instytucji. W ocenie badanych poszczególne instytucje sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia nie tworzą wspólnego systemu wsparcia niesamodzielnych osób dorosłych. Każda z instytucji działa niezależnie od siebie w ramach posiadanych uprawnień. Nie ma też unormowań prawnych, które obligowałyby instytucje do ścisłej współpracy, ani nie funkcjonują wypracowane przez instytucje wewnętrzne procedury w tym zakresie.

W świetle opinii wyrażanych przez przedstawicieli niemal wszystkich badanych instytucji, współdziałanie ogranicza się najczęściej do pojedynczych kontaktów warunkowanych przez pojawiające się na bieżąco problemy i potrzeby podopiecznych. Ponadto proces ten w znacząco większym stopniu uruchamiają „osobiste znajomości” osób zaangażowanych w jego realizację niż przyjęte przez instytucje sformalizowane procedury: *Ja nawet nie wiem, czy to jest możliwe, żeby funkcjonować według jakiegoś wzoru. Na pewno wszelkie ułatwienia pod tytułem „po znajomości”, bo kogoś znamy, możemy się na kogoś powołać, wielokrotnie wykorzystywaliśmy* (wywiad 13). Wypowiedzi badanych ujawniają w głównej mierze ograniczony w stosunku do rzeczywistych potrzeb – lub co najmniej daleki od oczekiwanego – zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej a instytucjami służby zdrowia. Na problem ten zwracają uwagę przede wszystkim przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej, w przypadku których wielokrotnie w znaczącym stopniu efektywność podejmowanych działań zależy od sprawnej współpracy z kadrami instytucji służby zdrowia (pw. lekarzami). Skrajnie sformułowana przez pracownika socjalnego ocena współpracy w tym obszarze wskazuje jej zupełny brak: *Ta współpraca jest taka, że jej nie ma* (wywiad 14). Z kolei na podobnie ograniczony poziom współpracy z ośrodkami pomocy społecznej wskazuje przedstawiciel zakładu opiekuńczo-leczniczego: *Więc jest telefon do punktu pracy socjalnej i stwierdzenie: Ale jak to wychodzi? jak to możliwe, że wychodzi? Przecież nie ma załatwionego tego, tego, tego. Czyli jest taka psychologia w tej instytucji, to ma go na chwilę z głowy* (wywiad 4).

Z kolei domy pomocy społecznej współpracują z samorządem lokalnym w zakresie pozyskiwania środków (np. z miejskiego programu profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych) na realizację projektów edukacyjnych, profilaktycznych (dla osób uzależnionych i współuzależnionych), z zakładami aktywizacji zawodowej w zakresie rehabilitacji zawodowej i pracy terapeutycznej.

W ocenie badanych, dodatkowe obciążenie dla szybkiej i adekwatnej organizacji procesu pomocowego stanowi wysoki stopień zbiurokratyzowania działań. Wskazują oni, że *podopieczni mają problemy w różnych obszarach życia, ale w tych formalno-urzędniczych zawsze jest problem. To zawsze jest długotrwały proces, żeby uzyskać jakąś pomoc. To są pisma do różnych ludzi, jedno, drugie, piąte, żeby ułatwić temu człowiekowi życie [...] jest straszne nadbudowanie tych wszystkich procedur, których chory, nieporadny, niezaradny życiowo człowiek nie jest często w stanie przejść sam. Te procedury na pewno nie służą szybkiej pomocy i szybkiej interwencji, a czasami tutaj chodzi o życie człowieka*” (wywiad 6). *Bo na dzień dzisiejszy wydaje mi się, że mamy bardzo dużo papierów, dokumentacji, którą trzeba wypełnić, a nie ma osób, czasu, żeby to zrobić* (wywiad 4).

5.5.2. Ograniczenia w zakresie infrastruktury pomocowej

Najistotniejszy obszar problemów z jakimi zderzają się placówki pomocowe stanowią ograniczenia związane z udzielaniem adekwatnego do potrzeb zakresu wsparcia dla osób niesamodzielnych. Na ograniczenia tego typu składa się brak infrastruktury, braki finansowe i kadrowe. W przekonaniu badanych nadrzędnym problemem związanym z procesem świadczenia pomocy jest kwestia rozbieżności pomiędzy wynikiem przeprowadzanej diagnozy a możliwościami dostosowania do niego działań adekwatnie wspierających osobę diagnozowaną. Adekwatne rozpoznawanie zakresu niesamodzielnosci i potrzeb pomocowych nie zawsze idzie w parze z instytucjonalnym kontekstem, w ramach którego proces ten przebiega. Najistotniejsze trudności w tym obszarze wynikają z niewystarczającego finansowania instytucji i działań pomocowych, co przekłada się na niedostateczną liczbę pracowników placówek pomocowych w stosunku do liczby osób, które podlegają diagnozie w celu pozyskania wsparcia, oraz z braku wystarczającej oferty wsparcia (np. liczby miejsc w placówkach adekwatnej do liczby osób potrzebujących wsparcia).

Problem braku infrastruktury pomocowej został bardzo wyraźnie wyartykułowany przez wszystkich badanych. Dodatkowo, przy ograniczonej puli miejsc pojawia się zjawisko częściowego „kreowania” diagnozy i zaleceń, modyfikowania ich w taki sposób, aby

pacjent spełniał wymogi, pozwalające na przyjęcie go do konkretnej placówki. Brak też odpowiedniej liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej. Niewystarczająca jest dostępność do różnych form świadczeń dla starszych osób niesamodzielnych. Badani podkreślają, że czas oczekiwania na miejsce w domach pomocy społecznej w niektórych przypadkach jest bardzo długi: *barierą jest czasem to, co dalej z pacjentem. Tylko to wiemy, że pacjent jest niesamodzielny, ale do domu go nie puścimy, jeżeli nie ma rodziny i nie ma rozwiniętej, powiedzmy, sieci instytucji. Brakuje miejsc opieki. To jest główne źródło problemów i ograniczeń. Natomiast, gdy tych miejsc brakuje, punktem przyjęcia jest skala Bartel – wiek tutaj nie jest wyznacznikiem. Mamy dwudziestoletnich, są karmieni przez zgłębnik do żołądka, mają rurkę tracheostomijną. Są to pacjenci leżący po urazach czaszkowych* (wywiad 19).

Ograniczona w stosunku do potrzeb liczba miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych: *Problemy wynikają z takiej niewydolności systemu opieki społecznej, bo jeżeli pacjent jest do wypisu, a dowiadujemy się, że najbliższy wolny termin opieki w takim ośrodku jest za trzy miesiące, no tu jest problem w dostępności do możliwości umieszczenia pacjenta w takim ośrodku* (wywiad 19).

Brak wystarczającej liczby miejsc w instytucjach świadczących długoterminową pomoc stacjonarną (tj. w domach pomocy społecznych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych), a także długi wielomiesięczny okres oczekiwania na długoterminową pomoc pielęgniarstwa domowego, w jednoznacznej ocenie badanych utrudniają adekwatny do potrzeb zakres wsparcia dla osób starszych niesamodzielnych. Pomimo iż zauważona przez badanych została pewna poprawa w tym zakresie, tzn. skrócił się ten okres oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej, to i tak tych miejsc jest w stosunku do potrzeb ograniczona ilość: *Nie ma w Łodzi takiego zasobu tych miejsc jakie są potrzeby. Jeśli chcemy umieścić kogoś w domu pomocy społecznej, bo jest taka potrzeba, czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, to mimo iż tych zakładów jest trochę więcej – aczkolwiek jest zdecydowanie ciągle za mało, bo okres oczekiwania do miejsce ZOL-u to jest od 6 miesięcy do roku, to nie jest wcale mało dla osoby poważnie chorej. To jest też kwestia życia i śmierci tak naprawdę, i właściwie komfortu umierania, bo czekać w domu i nie mieć zapewnionej dobrej opieki takiej jak w ZOL..., tutaj czas ma ogromnie znacznie* (wywiad 14).

Podobny problem identyfikują również pracownicy sektora ochrony zdrowia, wskazując, że: *jeżeli pacjent jest do wypisu, a do-
wiadujemy się, że najbliższy wolny termin opieki w takim ośrodku
jest za trzy miesiące, no tu jest problem w dostępności do możliwości
umieszczenia pacjenta w takim ośrodku. Jest diagnoza, jest wszyst-
ko wpisane, dzwoniemy, nie mamy środków nacisku, nie wypełnia
tego NFZ, nie mówi, że obowiązek musi być także z tamtej strony,
oni także mówią, kiedy mogą (wywiad 20). Zdarzają się takie sytu-
acje, że pacjent nie ma gdzie wrócić, bo rodzina nie chce zabrać
i tutaj zaczyna być takie błędne koło, ponieważ te instytucje typu
zakłady opiekuńczo-lecznicze, domu pomocy społecznej, one nie są
wydolne. Zdarza się, że pacjent czeka cały czas na miejsce w ZOL-u
na oddziale ileś miesięcy. A warunki socjalne nie pozwalają na to,
żeby zawieźć pacjenta do domu, bo albo sanitarnie nie spełniają
wtedy norm albo osoba nie jest samodzielna (wywiad 19).*

Brak infrastruktury powoduje, że problemy z zapewnieniem właściwej opieki dla osób po okresie hospitalizacji, pozostają w dal- szym ciągu pod opieką sektora ochrony zdrowia. *Natomiast mamy kilka osób, które są u nas dłużej. Są to takie osoby, które wiemy, że do środowiska nie wrócą, bo potrzebują pomocy z opieki społecz-
nej. Rzeczywiście są niesamodzielne i czekają np. na Dom Pomo-
cy Społecznej i mimo wyznaczonego terminu na 2016 rok są u nas
dalej w ośrodku ze względów formalnych, braku miejsc, likwidacji
miejsc (wywiad 5).*

Daleko niewystarczający w stosunku do potrzeb jest dostęp do placówek opieki długoterminowej. *Jeżeli istnieje podejrzenie nie-
samodzielności, bądź np. uzależniania od innych osób, instytucjo-
nalizacji, to barierą jest czasem to, co dalej z pacjentem, tylko to, bo
zdiagnozować możemy wszystko. Natomiast wiemy, że pacjent jest
niesamodzielny, ale do domu go nie puścimy, jeżeli nie ma rodziny
i nie ma rozwiniętej powiedzmy sieci instytucji... Brakuje łóżek wol-
nych. Zapotrzebowanie jest naprawdę bardzo duże, to jest główny
problem. Nawet jeżeli pacjent z ZOL-u powiedzmy dostanie miejsce
w DPS, ale to i tak czeka lata, więc do czasu przekazania dalej i tak
czeka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Chyba, że na tyle się po-
prawi jego stan, że jest możliwe przejście do domu (wywiad 19).*

Z problemami finansowymi borykają się także domy dziennego pobytu, finansowane przynajmniej częściowo przez ośrodki pomocy społecznej. W ocenie badanych, przekazywane środki finansowe nie wystarczają nawet na wynagrodzenia.

W systemie wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych problem ograniczonej puli środków finansowych na realizację usług opiekuńczych realizowanych w miejscu zamieszkania osoby starszej stał się szczególnie dotkliwy na przestrzeni ostatnich dwóch lat. W ocenie badanych właśnie w tym czasie w sposób drastyczny ograniczono wymiar dostępnych usług opiekuńczych. Zarówno pracownicy socjalni jak i koordynatorki środowiskowych usług opiekuńczych wskazywali na sytuacje, w których ośrodki pomocy społecznej zmuszone były odmawiać przyznania usług opiekuńczych przede wszystkim z powodu braku środków finansowych w budżecie miasta z przeznaczeniem na ten cel. *Podstawowym problemem to są finanse miasta. To jest podstawowy problem i nie ma żadnego innego, który przebiję ten problem. Bo dogadać to się jakoś jednak można, i te nasze telefony też są raz słuchane, raz nie. Ale generalnie można współpracować. Natomiast te wysokie szczyble, gdzie już ktoś decyduje o jakiejś liczbie pieniędzy na daną strukturę, czyli tutaj na opiekę nad chorymi, to jest podstawa problemu całości, nie ma innej większej, szczególnie w Łodzi. Z pełną odpowiedzialnością to mówię. Nie wiemy czym jest to spowodowane, bo inne miasta tego typu kłopotów nie miały, przy tych wszystkich podwyższonych stawkach, które państwo zarządziło. Nie było czegoś takiego, jak u nas w Łodzi, tak strasznie dużych rozbieżności w tej pomocy. Bo to się zaczęły już takie sytuacje, kiedy naprawdę zostały zabierane usługi ludziom, którzy bez usług w ogóle nie byli w stanie sami funkcjonować, ale były tak cięte, i tak ilość godzin cięta – 40% było ciętych ze względu na pieniądze – to jest to jedyny główny problem, nawet nie dogrywanie z pracownikami socjalnymi i jakimiś tutaj urzędnikami, bo to nie o to chodzi, tylko pieniądź. Gdyby miasto przeznaczyło większe pieniądze na te usługi, na pewno łatwiej by się pracowało, a chorzy byłiby bardziej zaopiekowani, bo naprawdę często te osoby są cały dzień same. One oczekują na te panie opiekunki. Często panie opiekunki znają takie szczególiki z życia, że często nawet rodziny nie znają. A przecież są takie dyżury, gdzie pani opiekunka wchodzi dwa razy dziennie. To nie jest odosobniony przypadek, że chora leżąca, czy chora w takim stanie zdrowia jakim jest, musi mieć dzielony dyżur, i to też nie są godziny adekwatne do dzielenia. Zawsze panie opiekunki dokładają swój czas, bo z dwóch godzin dzielić na dwa razy, z dojściem, z toaletami i z różnymi czynnościami u chorego, to nikt nie jest w stanie wykonać. To też jest*

ogromny problem i też pracownicy socjalni doskonale wiedzą, gdzie są te dyżury dzielone, gdzie nie powinno być mniej niż cztery godziny, dla przyzwoitości, bo wtedy jest jak ten czas podzielić, to trzy godziny i na trzy razy dzielone, bo jest taka potrzeba, ona jest niby też taka, ale czas nieadekwatny i opłata nieadekwatna, bo chory nie chce więcej godzin, bo nie ma pieniędzy (wywiad 15). Poza tym wskazywali na wyrażnie w ich ocenie nieadekwatną do potrzeb pomoc świadczoną przez opiekunki środowiskowe w wymiarze czasu i zakresu. Koordynatorki usług opiekuńczych podkreślały, że ograniczenia dotknęły osoby niekiedy w bardzo trudnych sytuacjach życiowych. W szczególnie trudnej sytuacji znalazły się osoby samotne, bez jakiejkolwiek możliwości wsparcia ze strony bliskich, osoby schorowane i bardzo często leżące. *Chorzy proszą o większą ilość godzin w ciągu dnia i myślą, że taka ilość będzie przyznana. A to niestety te godziny są obcinane i my dopiero informujemy, że pani opiekunka wchodzi nie codziennie, tylko dwa razy w tygodniu. Jest wielkie rozczarowanie i pytanie, a dlaczego? (wywiad 15).* Wprowadzona przez urząd miasta tabela dochodowa spowodowała znaczący wzrost kosztów usług opiekuńczych²⁸. W konsekwencji, znacząca część osób wymagających wsparcia tą formą usług, nie będąc w stanie ponosić kosztów, została zmuszona do rezygnacji w wymiarze adekwatnym do potrzeb: *Osób starszych po prostu nie stać, żeby miały taki wymiar i zakres usług jak by chciały. Musimy być bardzo elastyczni. Ten nasz plan pomocy jaki sporządzamy jest pod warunki, środki i możliwości jakimi dysponujemy. Jest możliwe, żeby kogoś zwolnić częściowo z odpłatności albo całkowicie, ale to są wymagane takie sterty dokumentacji do tego, że jest to po prostu jedna wielka biurokracja i straszny mozół, żeby coś takiego uzyskać (wywiad 14).* Jak zauważają koordynatorki zakres usług opiekuńczych jest wielokrotnie niewystarczający: *Jest bardzo częste, że potrzebuję więcej opieki, ale nie mogę tej opieki więcej, bo mnie na nią nie stać. Musi mi starczyć 2 razy w tygodniu po 2 godziny, mimo że np. byłoby bezpiecznie być zaopiekowanym codziennie, ale codziennie nie, bo ja nie zapłacę za to, bo nie będę mieć na coś innego, nie będę mieć na leki, i zawsze są leki podstawą, leki i: ja*

²⁸ W opinii pracownika socjalnego potrzeby są większe niż możliwości, wartość jednej godziny usług jest zdecydowanie zawyżona, bo godzina usług opiekuńczych w dzień powszedni kosztuje 18,60 zł, w święta 22 zł. dla których, przy dochodach wysokości 1500 zł, odpłatność im teraz bardzo wzrosła.

muszę mieszkanie zapłacić. W większości przypadków tak naprawdę to pracownik socjalny dogrywa te godziny z podopiecznym. To nie jest zawsze tak, że on narzuca, bo często jest tak, że mówi: pani będzie płacić tyle i tyle za godzinę, i automatem podopieczny mówi: nie, to ja nie będę mieć pięć razy w tygodniu, tylko dwa razy w tygodniu, bo pracownik określa mniej więcej kwotę na miesiąc, ile będą płacić chorzy i to jest główny czynnik zaprzestania większej pomocy (wywiad 15).

Z problemami finansowymi placówek nierozzerwalnie związane są braki kadrowe. W placówkach tych brakuje odpowiedniej liczby pracowników. Braki te dotyczą zarówno personelu opiekuńczego, a więc kadry, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad podopiecznymi, jak i specjalistów i lekarzy włączających się w działania pomocowe na różnych etapach procesu wsparcia. Zdaniem badanych: *po prostu nie ma lekarzy, którzy mają na wizyty domowe podpisane umowy z NFZ w takiej ilości jakie są potrzeby. Czekamy minimum pół roku na wizytę, a są to stany naprawdę trudne (wywiad 14).*

W ocenie badanych pracowników instytucji pomocowych problemy kadrowe są w głównej mierze konsekwencją ograniczonych zasobów finansowych. Szczególnie kiedy odniesie się je do zakresu i charakteru wykonywanej w nich pracy oraz koniecznych, uregulowanych stosownymi przepisami prawa, kwalifikacji pracowników. W tym kontekście poziom oferowanych zarobków jest daleki od możliwych do zaakceptowania przez kandydatów zgłaszających się do pracy.

W zakładach opiekuńczo-leczniczych standardowo tak jak w całej służbie zdrowia, *brakuje pielęgniarek, opiekunów, bo są odgórnie narzucone normy ustalone przez NFZ, lekarz np. etat na 30 łóżek i są wymagane dwa obchody w tygodniu. U nas jest tak, że lekarz jest cały czas, w godzinach popołudniowych, jest dyżurny z geriatrii, ale są też normy, że rehabilitant np. na 15 osób jeden. To w ten sposób wygląda, to jak w praktyce każdy to minimalne stara się utrzymać. Natomiast problem jest to, że brakuje łóżek wolnych. Zapotrzebowanie jest naprawdę bardzo duże. To jest główny problem. Nawet jeżeli pacjent z ZOL-u, powiedzmy, dostanie miejsce w DPS, ale to i tak czeka lata, więc do czasu przekazania dalej to i tak czeka z zakładzie opiekuńczo-leczniczym, chyba że na tyle się poprawi jego stan, że jest możliwe przejście do domu (wywiad 19).*

Choć bardzo wyraźnie zauważalne są braki zasobów kadrowych w domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych, to przede wszystkim odczuwany jest brak opiekunów. *Potrzeby są ogromne. I to na pewno z różnych grup – socjologicznej, psychologicznej, ruchowej, zewsząd. Żeby je zaspokoić potrzebowałybyśmy więcej ludzi wyspecjalizowanych w danych dziedzinach, którzy będą nieśli to wsparcie* (wywiad 9).

Braki kadrowe w zakresie kadry opiekuńczej wynikają także z faktu, że praca z osobami starszymi wymagającymi opieki jest trudna i mało atrakcyjna: *Pracować z ludźmi starszymi, chorymi, pacjentami, trzeba mieć określone predyspozycje, cierpliwość. Nie wszystkie osoby, które przychodzą tutaj na rozmowę i widzą w jaki sposób opiekujemy się podopiecznymi, chcą tutaj pracować. Przekonują się, że jest to praca zbyt ciężka. Pacjenta leżącego trzeba przewrócić na bok, umyć, zmienić pampersa, to są rzeczy, które nie są proste dla wszystkich. Do tego dochodzi obciążenie dotyczące właśnie komunikacji z rodziną, która czasami jak wspominałam wcześniej, próbuje winę za to, że ten człowiek jest chory zrzucić na personel, że tutaj się coś źle zadziało, natomiast my staramy się tego pacjenta wyposażać najlepiej jak możemy, ale nie zawsze rodzina to rozumie* (wywiad 4).

W konsekwencji z brakami kadrowymi wiąże się też kwestia nadmiaru obowiązków spadających na osoby pracujące w instytucjach świadczących wsparcie osobom dorosłym. W ocenie pracownika ZOL istotnym problemem, który aktualnie utrudnia stosowanie bardziej rozbudowanej diagnostyki czy zastosowanie w procesie diagnostycznym dodatkowych narzędzi, stanowi brak czasu, który determinuje duży zakres obowiązków: *Mamy dużo pracy, zajmujemy się na bieżąco wieloma rzeczami, które musimy zrobić przy naszych podopiecznych* (wywiad 4). *Mamy w aktach prawnych pewne zasady zatrudnienia personelu specjalistycznego, ale w mojej ocenie jest i tak za mało dla tych pacjentów. Jest za mało czasu, żeby móc naprawdę solidnie podejść do każdego pacjenta* (wywiad 5).

Braki kadrowe odczuwane w domach pomocy społecznej stanowią jeden z powodów odpowiedzi na potrzeby wsparcia. Zwłaszcza, że część kadry pracuje na umowę zlecenie. *To marzy mi się taka placówka, która miałaby w swoich szeregach zatrudnionych ludzi, którzy zajmowaliby się pracą indywidualną z podopiecznym, żeby to był psycholog,*

żeby to był fizjoterapeuta, żeby to był terapeuta zajęciowy, żeby to byli tacy pracownicy na etacie, którzy wykonują swoją pracę nie tylko tutaj grupowo, bo na razie pracujemy grupowo z seniorami, ale również indywidualnie, bo na razie na pewno takie osoby są i potrzebują takiego wsparcia także tutaj w tym momencie nie możemy na razie odpowiedzieć (wywiad 12) ponieważ nie mamy pracowników etatowych, ani psychologów ani terapeutów. Potrzeba zatrudnienia na etacie terapeutów, psycholog. Chodzi przede wszystkim o większą dostępność do wsparcia w tym zakresie. No to terapeuta zajęciowy na cały etat codziennie, to jest najważniejsza rzecz uważam (wywiad 11).

W sytuacji licznych ograniczeń finansowych można przypuszczać, że dostępne środki będą kierowane raczej na świadczenie konkretnych usług, niż wypracowywanie lub zakup kolejnych narzędzi diagnostycznych. Tym bardziej, że przy sygnalizowanych brakach kadrowych, czas, którym dysponują pracownicy, zostanie przeznaczony raczej na pracę z pacjentem czy podopiecznym, niż na odrębną procedurę diagnostyczną. Diagnoza stanowić będzie raczej element towarzyszący, pojawi się jako wynik obserwacji dokonywanych już w trakcie realizacji działań wspierających.

Dla poprawy jakości procesu diagnostycznego niezbędny jest zatem czas, który pozwalałby nie tylko na zastosowanie narzędzi diagnostycznych, właściwą interpretację uzyskanych wyników. Jednak przede wszystkim niezbędne są odpowiednie zasoby kadrowe, dzięki którym możliwe stanie się zrealizowanie wszystkich zdiagnozowanych potrzeb. Ograniczenia w tym zakresie powodują, że *to się staje fikcją, bo my wiemy jaka jest niesamodzielność, wiemy co ten człowiek powinien mieć zrobione, ale nie jesteśmy w stanie przy nim być, bo musimy w tym czasie być przy kimś innym* (wywiad 4). W związku z tym, wszyscy badani deklarowali, że gdyby tylko środki finansowe, jakimi dysponuje placówka na to pozwalały, to z pewnością zdecydowano by się na zatrudnienie dodatkowego personelu opiekuńczego.

Nie ulega jednak wątpliwości, że pracownicy badanych instytucji z uwagi na wielowymiarowość problemów doświadczanych przez dorosłe osoby niesamodzielne dostrzegają, iż efektywne wsparcie świadczone na rzecz tych osób jest procesem wymagającym współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w jego organizację. Jak wskazują, to co w kontekście procesów diagnostycznych, jak i praktyki pomocowej ogranicza ich efektywność, to brak rozwiązań

systemowych umożliwiających stały, bieżący przepływ informacji dotyczących osób korzystających ze wsparcia w ramach różnych instytucji oraz brak współpracy między nimi.

5.5.3. Problemy adaptacyjne podopiecznych

Trzecia kategoria utrudnień z jakimi mierzy się kadra placówka pomocowych skupia problemy związane z postawą samej osoby diagnozowanej. Postawę tą wyraża niekiedy niechęć do współpracy ze strony niektórych podopiecznych, problemy psychiczne, samotność, poczucie osamotnienia, zachowania depresyjne. Proces adaptacji do warunków placówki przebiega w sposób zróżnicowany. Zdecydowanie łatwiej przystosowują się do warunków życia w placówce i są bardziej skłonne do współpracy osoby, które trafiając do placówki nie są obciążone doświadczeniem konfliktów rodzinnych, z którymi osoby bliskie utrzymują stały kontakt i udzielają wsparcia. Natomiast osoby, z którymi rodzina nie utrzymuje kontaktu, tęsknią i mają poczucie odrzucenia emocjonalnego. Trudniej jest im zaadaptować się do warunków placówki, przez co wymagają zazwyczaj szerszego zakresu wsparcia także wsparcia psychologicznego niż podopieczni, którzy mają kontakt z bliskimi. *Pacjenci mają często stany depresyjne, buntują się, najczęściej. Albo jest to rodzaj tęsknoty za rodziną, szczególnie taką, która nie do końca może pełnić roli opiekuńczą. Ale są rodziny, które przychodzą często, ale są też takie, które ze względów osobistych nie mogą być obecne tak często jak życzyłyby sobie. On nie buntuje się z tego powodu, że tutaj jest, jednak ta tęsknota za rodziną powoduje, że ten stan jest pełen cech buntu, nie chce przyjmować tabletek, nie chce współpracować, buntuje się i wtedy konieczne jest włączenie psychologa (wywiad 4). Są też takie osoby, które się nigdy nie zaaklimatyzują się w Domu Pomocy Społecznej i o tym mówią. Jest im tutaj źle, rozsądkowo wiedzą, że nie mają, gdzie pójść. To są osoby, które są porzucone, mają takie odczucia porzucenia. Jest nam trudniej do nich dotrzeć i tutaj wzmożona opieka nad tymi osobami jest potrzebna (wywiad 9).*

Jak wynika z badań coraz większa liczba osób po 60 roku życia dotknięta zostaje problemem samotności i osamotnienia. Osamotnienie jest wynikiem działania różnorodnych czynników: usamodzielnienia się dorosłych dzieci i wyjścia z domu, odejścia, zakończenia pracy zawodowej i przejścia na emeryturę, zaangażowania

w czasochłonne leczenie, popadnięcie w trudności finansowe, które zmuszają do zmiany stylu życia lub z powodu śmierci współmałżonka (Kleszczewska-Albińska 2019: 30). W literaturze wskazuje się na samotność interpersonalną, egzystencjalną oraz interpersonalną. Ta pierwsza odnosi się do poczucia bycia niekochanym i niezrozumianym. Łączy się z poczuciem odrzucenia i wstydu. Egzystencjalna – łączy się z poczuciem izolacji, braku sensu i celu w życiu, poczuciem bezwartościowości oraz lękiem przed śmiercią. Interpersonalna polega na wewnętrznym izolowaniu się od samego siebie przez odseparowanie swoich uczuć od wspomnień związanych z przykrymi doświadczeniami (Kleszczewska-Albińska 2019: 30).

Wymienić w tym miejscu należy również samotność społeczną oraz emocjonalną. Samotność społeczna oznacza brak przyjacieli, towarzystwa lub wspólnoty, co determinuje poczucie bycia wyeliminowanym ze społeczności. Emocjonalna – pojawia się w sytuacji braku więzi emocjonalnych między jednostką i grupą.

Samotność emocjonalna i społeczna dotyczy osób po 60 roku życia pomimo ich przynależności do grupy, czy kontaktów z rodziną. Do odczuwania mogą się przyczynić społeczna izolacja, przekonanie o byciu niepotrzebnym, cierpienie fizyczne, śmierć bliskich i związana z tym wydarzeniem żaloba, duma utrudniająca prośbę o pomoc w trudnych sytuacjach, niewłaściwe wyobrażenia o rolach i zadaniach społecznych pełnionych przez osoby po 60 roku życia (Kleszczewska-Albińska 2019: 31).

Znaczącą rolę w kształtowaniu poczucia samotności odgrywa fizyczne oddalenie od bliskich i znajomych. Subiektywne odczuwanie natężenia samotności jest niższe u osób posiadających dobrej jakości relacje z innymi ludźmi. Samotność zmniejsza zaangażowania się w prozdrowotną aktywność fizyczną. Zwiększa ryzyko wystąpienia chorób somatycznych, może prowadzić do problemów psychicznych, nasila symptomy depresji (Kleszczewska-Albińska 2019: 31). To jakość kontaktu a nie liczba kontaktów jednostki z innymi ludźmi w jej otoczeniu wpływa na odczuwany poziom samotności.

Jak wskazuje badanie autorki, którego celem była analiza czynników wpływających na poczucie samotności w grupie osób po 60 roku życia, poziom samotności osób w DPS-ach jest istotnie wyższy w porównaniu z poziomem samotności osób mieszkających

samodzielnie w domach jednorodzinnych i osób mieszkających samodzielnie na osiedlach. Aczkolwiek jak pokazało badanie najwyższy poziom poczucia samotności charakteryzuje osoby zamieszkujące w domach wielopokoleniowych. Najbardziej samotni są ludzie otoczeni dużą grupą ludzi, mieszkańcy domów wielopokoleniowych i domów pomocy społecznej. Samotność osób w rodzinie – wzorce interakcji pomiędzy członkami rodzin zamieszkujących w domach wielopokoleniowych prowadzą do przekonania, że bliscy nie mają dla siebie czasu (Kleszczewska-Albińska 2019: 33–34).

Osoby zamieszkujące DPS deklarują odczuwanie samotności. Stopień odczuwania samotności zależy od jakości kontaktów z członkami rodziny, natężenia różnorodnych dolegliwości oraz poczucia jakości życia. Czynniki istotne dla pojawiania się poczucia samotności to m.in. redukcja jakości więzi społecznych, mniejsza częstotliwość kontaktów, przebywanie w placówkach opiekuńczych, niski poziom dochodów. Badania wskazują, że cechą osób wymagających opieki jest samotność. W tym przypadku konieczność podjęcia opieki nie musi być związana z niesamodzielnnością. W opinii badanych, osoby samotne pozbawione wsparcia rodziny należy objąć wsparciem nawet wtedy, jeżeli są samodzielne. Badani wskazują na istnienie wśród osób samotnych zjawiska tzw. ukrytej niesamodzielnności. Polega ono na pozostawaniu bez opieki, przy jednoczesnym braku świadomości tego faktu w otoczeniu (Instytucje 2016: 51).

Zresztą to tak jak wszyscy ludzie, oni są bardzo różni, jak wszyscy, tak jak w naszym wieku, młodszy, dzieci. Nasi starsi samotni są bardzo różni. Na pewno osoby samotne, bardzo są spragnione kontaktu, spragnione są drugiego człowieka niezmiennie. A już Pani idzie? No tak, mój czas się już skończył. Niech pani jeszcze posiedzi ze mną. W momencie, kiedy byłyby te pieniądze i godziny większe, to myślę, że z przyjemnością pani opiekunka miałaby czas zrobić to co ma zrobić, pomóc i jeszcze porozmawiać, zadbać o ciało i o ducha. Bo gro ludzi chce sobie najzwyczajniej posiedzieć, porozmawiać. To samo jest z nami, jak my odwiedzamy podopiecznych, to też takie padają pytania: to już musi pani biec, jeszcze niech pani posiedzi. A i tej pomocy, tej opieki też potrafią wyegzekwować od opiekunek, to nie tylko, że takie są bidulki, nie, nie. Są tacy, że owszem potrzebują kontaktu, ale też swoje potrafią wycisnąć, potrafią zadbać o siebie, potrafią sobie zorganizować wszystko.

Czasami mamy wrażenie, że jest, że jest to ktoś bardzo niepotrzebny dla społeczeństwa. Często mamy takie odczucie, że jest ciężarem, problemem, kłopotem. Wszyscy mają takie podejście. Znaczący nie wszyscy, broń Boże. Jest takie uogólnione podejście, że jest to naprawdę ciężar, że to szkoda tych godzin, tych pieniędzy, tego wszystkiego. Nikt nie ma takiego poczucia, że przyjdzie ten moment, że ja też tak będę miała. Niewiele jest takich osób, które mają z tym styczność i mają to poczucie. I taki dystans. Bo to trzeba dystans złapać, ale trzeba mieć także... my pracujemy sercem i sumieniem. I to jest właśnie problem, my nie pracujemy do 16.00. My idziemy do domów i my mamy głowy nabite chorymi, komu? co tam? To zostaje na weekendy, na popołudnia. A kim jest? Jest strasznie biedną osobą, nie na te czasy, nie na te możliwości państwa (wywiad 15).

Podsumowując, wśród najważniejszych utrudnień pojawiających się w samym procesie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych i udzielaniem wsparcia, badani pracownicy instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym wskazali:

1) brak adekwatnych narzędzi umożliwiających dokonanie szybkiej analizy stanu pacjenta, jego ograniczeń i zasobów oraz możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb higienicznych, samoobsługowych, społecznych itp., deklaracyjny charakter zbieranych informacji (niemożność ich zweryfikowania w oparciu o obserwację zachowań podopiecznego w codziennych sytuacjach życiowych),

2) problemy wynikające z niedofinansowania systemu pomocy społecznej (niewystarczająca liczba placówek świadczących usługi opiekuńcze, niewystarczający w stosunku do potrzeb zakres usług pomocowych, braki kadrowe i wynikające z nich ograniczenia czasu, który można przeznaczyć zarówno na proces diagnostyczny, jak i na sam proces wsparcia), nieadekwatną w stosunku do rosnących potrzeb dostępność do infrastruktury pomocowej (ograniczona liczba i długi czas oczekiwania na miejsce w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) i placówkach sektor zdrowia (zakłady opiekuńczo-lecznicze),

3) brak rozwiązań systemowych umożliwiających stały, bieżący przepływ informacji o osobach korzystających ze wsparcia między różnymi instytucjami zaangażowanymi w proces udzielania pomocy. Brak współpracy między instytucjami zaangażowanymi w proces diagnozowania i szacowania potrzeb skutkuje wydłu-

zeniem procedur oraz czasu upływającego od diagnozy wstępnej do momentu udzielenia wsparcia, a w efekcie brakiem rzetelnych informacji o stanie osoby ubiegającej się o pomoc. Przede wszystkim jest to niewystarczający, ograniczony zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i służby zdrowia, brak koordynacji działań pomiędzy sektorami pomocy społecznej i służby zdrowia,

4) nieadekwatna w stosunku do potrzeb pomoc świadczona w formie środowiskowych usług opiekuńczych oraz długoterminowej pielęgniarstwa pomocy środowiskowej, problemy z zapewnieniem kontynuacji właściwej opieki nad osobą niesamodzielną po okresie jej hospitalizacji,

5) nieadekwatna do potrzeb dostępność do lekarzy ze specjalizacją w zakresie geriatry, poradni oraz oddziałów geriatrycznych, ograniczone możliwości kontraktowania usług NFZ przez lekarzy psychiatrów,

6) postawę osoby ubiegającej się o pomoc oraz postawy osób z jej najbliższego otoczenia – z jednej strony nastawione na podtrzymywanie bierności, utrwalanie niesamodzielnosci (czasem także objawów choroby), niechętnie do współpracy z instytucjami pomocowymi, z drugiej – postawy roszczeniowe wobec tychże instytucji.

Dokonując metaanalizy wyłonionych problemów, można przypuszczać, że powtarzająca się kilkakrotnie „nieadekwatność” może wynikać z niedocenianej przez osoby udzielające wywiadu standaryzacji diagnoz (deklarowany brak potrzeb nowych narzędzi oraz zawieranie własnemu doświadczeniu, które jest z pewnością kluczowe w dostrzeganiu problemów, ale wymaga obiektywizacji). Właściwą drogą może być wykorzystanie interdyscyplinarnego kodu opisu funkcjonalnego ograniczeń i możliwości, jakie stwarza ICF. Klasyfikacja ta wykorzystywana jest jeszcze w niewielkim stopniu. Drugi aspekt może wynikać z dominacji medycznego aspektu diagnozy, w którym widoczne jest, jakie znaczenie ma ocena stanu zdrowia oraz rola lekarza w diagnozie niesamodzielnosci. Można dostrzec niedocenienie kompetencji pracownika socjalnego, który z racji koncentracji na faktycznym funkcjonowaniu życiowym wspieranych osób i możliwości poznania ich w ich środowisku życia, mogą dostarczyć najpewniejszych informacji o ograniczeniach, ale i zasobach samodzielności osób wymagających wsparcia. Kwestia oceny posiadanych zasobów – zauważana i w miarę możliwości wdrażana do procesu diagnozy – powinna doczekać się bardziej

dynamicznych rozwiązań metodycznych, nie tyle uznających statycznie aktualny stan osoby, ale dynamicznie sprawdzających możliwości ponownego usamodzielniania – podtrzymywania lub przywracania maksymalnej możliwej niezależności.

5.5.4. Propozycje działań służących poprawie jakości procesów diagnostycznych i pomocowych

Ponieważ, jak zostało wykazane wcześniej, pracownicy instytucji świadczących usługi opiekuńcze częściej identyfikują ograniczenia związane z udzielaniem wsparcia niż z samym procesem diagnozowania problemów i potrzeb podopiecznych (z którym w zgodnej opinii radzą sobie dobrze), w większym stopniu wskazują na oczekiwane przez nich zmiany w procesie realizacji wsparcia niż zmiany służące podnoszeniu jakości samego procesu diagnostycznego.

Jako że sprawność funkcjonalna osoby jest wypadkową różnych deficytów, niezależnie od chorób je wywołujących i innych czynników (np. genetycznych, środowiskowych, psychicznych), w placówkach, w których nie wykorzystuje się narzędzi diagnostycznych, podstawową metodą szacowania potrzeb pomocowych jest obserwacja i rozmowa, a także informacje przekazywane przez pracownika socjalnego. W placówkach stacjonarnej opieki długoterminowej dla osób somatycznie chorych (DPS), diagnoza realizowana jest w oparciu o narzędzia kliniczne. Diagnostyka w zakresie stanu zdrowia, tylko w oparciu o skalę Barthel (diagnostyka w zakresie stanu zdrowia – diagnostyka medyczna, pogłębiony wywiad pielęgniarstwa oparty o skalę Barthel, doku, dokumentacja medyczna). Diagnostyka psychologiczna – dokonywana jest w oparciu o testy psychologiczne. Diagnostyka socjalna – w oparciu o wywiad środowiskowy.

Warto w tym miejscu pokreślić, iż opinie kadry instytucji świadczących wsparcie nie ujawniają jednoznacznie wyartykułowanej potrzeby podejmowania działań na rzecz rozszerzania procesu diagnostycznego, przede wszystkim w płaszczyźnie uzupełnienia, czy też rozbudowania go o dodatkowe metody, techniki i narzędzia diagnostyczne. *Ja cały czas stoję na stanowisku, że proces diagnozy jest dość sprawny, i nie wymaga z naszej strony zmiany. Wykorzystujemy wszystkie narzędzia jakie można, żeby ta diagnoza była dobra, i te narzędzia są właściwe do tego, żeby ocenić właściwe, zdiagnozować sytuację klienta czy pacjenta. Natomiast traktowanie poważnie*

tej oceny i zaspakajanie tych potrzeb, które my diagnozujemy, pozostaje otwartą kwestią (wywiad 14). W mojej ocenie w opiece długoterminowej dysponujemy wieloma narzędziami, ale największym problemem jest brak ludzi, którzy będą z taką osobą współpracować, bo tak naprawdę w większości przypadków, każda z tych osób wymaga indywidualnego podejścia. Diagnozę mamy opionowaną merytorycznie dobrze, nie możemy jej tylko później przełożyć na zakres wsparcia. Według mnie to jest największy problem (wywiad 4).

Niezależnie od tak sformułowanej oceny generalnej, przedstawiciele badanych wskazali na kilka – wydaje się kluczowych działań, jakie w ich ocenie należy podjąć, aby proces diagnostyczny był bardziej efektywny, a w rezultacie by zakres i poziom świadczonych w ramach poszczególnych instytucji usług pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych bardziej adekwatnie odpowiadał na potrzeby konkretnych podopiecznych. W ocenie przedstawiciela zakładu opiekuńczo-leczniczego, aby trafniej diagnozować niesamodzielność i szacować na tej podstawie zakres niezbędnego wsparcia wykorzystując do tego celu bardziej rozbudowany pakiet narzędzi diagnostycznych spełnione musiałyby zostać dwa podstawowe warunki, które na chwilę obecną wydają się trudne do realizacji, a mianowicie: pierwszym z nich jest zwiększenie liczby personelu opiekuńczego, który będzie dysponował odpowiednią ilością czasu, jaki można byłoby poświęcić na czynności diagnostyczne. Odpowiednia ilość czasu stanowi warunek drugi.

Podobną opinię formułuje pracownik ośrodka pomocy społecznej: *Do procesu diagnozy, to chyba najważniejsze, żeby było na to więcej czasu, bo jeżeli ma się powiedzieć 70 środowisk, którymi się zajmuje pracownik socjalny w ciągu roku, jest to za dużo. Tak, jak mielibyśmy więcej czasu, wtedy możemy pozyskać więcej informacji z różnych źródeł, nawiązać lepszy kontakt sąsiadami, z rodziną, itd. i to już by polepszyło sam ten proces diagnozy tej osoby niesamodzielnej i jej potrzeb (wywiad 13), a także przedstawiciel domu pomocy społecznej: W procedurze chyba nic, natomiast jeśli chodzi o realizację, to na pewno, jeśli byłoby więcej personelu, to można by było jeszcze lepiej działać w zakresie wszelkich form opieki nad mieszkańcem. Czasami to zwyczajnie brakuje osób, które by wykonywały tę pracę opiekunów (wywiad 10).*

W ocenie pracownika zakładu opiekuńczo-leczniczego, przydatnym narzędziem diagnostycznym byłaby: *Dokładnie ustandaryzowana skala niesamodzielności uwzględniająca ryzyko upadku*

osoby starszej w środowisku domowym (wywiad 4). W zamyśle osoby badanej, odpowiednio skonstruowana skala powinna umożliwić pozyskanie wiedzy na temat występujących w środowisku domowym zagrożeń i ograniczeń związanych z przemieszczaniem się osoby starszej z racji wieku obciążonej ryzykiem upadku. Co więcej, efektem tak pozyskanej wiedzy powinna być możliwość przemodelowania przestrzeni domowej tak, aby stworzyć warunki do swobodnego poruszania się i tym samym minimalizować występujące w tym zakresie ryzyka. Ponadto ważne byłoby, aby osoby starsze, z uwagi tylko na kryterium wieku, mogły w tym celu skorzystać ze wsparcia finansowego w ramach bardziej dostępnych programów pomocowych, które chociażby częściowo refundowałyby koszty niezbędnej przebudowy przestrzeni mieszkalnej.

Dobrze, aby były jakieś takie wyznaczniki. To zależy też np. od Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, które się zajmuje testami (wywiad 10).

Z uwagi na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę poradni geriatrycznych, szpitalnych oddziałów geriatrycznych, tym samym bardzo utrudniony aktualnie dostęp do specjalistów w zakresie geriatryi za istotną – zdefiniowaną przez przedstawiciela szpitalnego oddziału geriatrycznego – należy uznać propozycję opracowania uproszczonego narzędzia oceny geriatrycznej i włączenie diagnostyki geriatrycznej do procedury medycznej obowiązującej na wszystkich oddziałach szpitalnych. Chodzi zatem o to, aby pacjent na każdym oddziale szpitalnym mógł zostać poddany uproszczonej ocenie geriatrycznej: *Żeby wtedy było wiadomo, czy on ma jakiegokolwiek potrzeby, żeby już miał taki sygnał, żeby poszedł do lekarza pierwszego kontaktu, że np. ok, coś się dzieje, więc trzeba zwrócić na to uwagę* (wywiad 19). Ponadto w tym samym celu bardzo przydatnym w obszarze diagnostyki geriatrycznej byłoby narzędzie dostosowane do warunków oceny ambulatoryjnej realizowanej przez lekarzy rodzinnych. Wzrost dostępności do różnorodnych form opieki geriatrycznej, powinien polegać także na poszerzeniu kompetencji w zakresie geriatryi i zwiększeniu uprawnień lekarzy rodzinnych do pełnienia funkcji diagnostycznych w tym zakresie.

Taką skalą przesiewową jest skala VES-13, bo ona pokazuje czy pacjent powinien mieć zrobioną tą całościową ocenę, czyli rozbudowaną, czy też nie. Ona jest takim testem przesiewowym, pod kątem

kilku pytań, czy jest sam w stanie np. zmywać naczynia, przygotować sobie posiłek. Natomiast na razie jest przyjęte, że tę całościową ocenę wykonują geriatrzy. Ale tych poradni geriatrycznych jest bardzo mało i nie w każdym mieście, tak samo jak oddziałów geriatrycznych, więc ten pacjent nie ma gdzie trafić. Brakuje takiej jednolitej skali, ale bardziej jeśli mówi pod kątem medycznym. Na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu, to jest ten lekarz, który zna pacjenta, on może zrobić, on może mu zrobić całościową ocenę. To wymaga czasu troszkę, ale może mieć jakiś inny kwestionariusz, który będzie w miarę lepszy do wykonania w warunkach ambulatoryjnych. Nie ma odgórnie wymogu, że lekarz pierwszego kontaktu ma oceniać sprawność pacjenta (wywiad 20). System wsparcia wymaga poprawy opieki ambulatoryjnej domowej, większej dostępności do opieki w domu, wsparcia pielęgniarstwa środowiskowego, asystenta osoby starszej.

Wśród propozycji działań, które w sposób realny mogłoby przyczynić się do poprawy jakości procesu oceny niesamodzielności, ale przede wszystkim udzielanego wsparcia, przedstawiciele poszczególnych instytucji świadczących pomoc i ośrodków pomocy społecznej, za cel priorytetowy uznali opracowanie i wdrożenie modelu współdziałania i współpracy międzysektorowej pomiędzy różnymi typami instytucji pomocy społecznej i opieki zdrowotnej zajmujących się opieką nad osobami niesamodzielnymi oraz modelu współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami w ramach obu sektorów wsparcia.

Dobrze przemyślany koordynacyjny model współpracy i działań podejmowanych przy realizacji usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, dziś podejmowanych często niezależnie przez wszystkie instytucje pomocy społecznej i służby zdrowia, wydaje się niezbędny z racji coraz wyraźniej definiowanych oczekiwań co do efektywności i adekwatności udzielanego wsparcia. W podstawowym swym założeniu, model taki powinien gwarantować sprawny przepływ informacji, tak aby każda z instytucji zaangażowanych w pomoc konkretnej osobie miała dostęp do pełnej informacji na temat aktualnej sytuacji podopiecznego, zakresu wsparcia i pomocy z jakiej korzysta w danym momencie, w ramach poszczególnych placówek. Podjęcie w szerszym zakresie współpracy i koordynacji działań zdaniem badanych jest też warunkiem efektywnego wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na ten cel.

Z kolei brak współpracy i w dużej mierze brak przepływu informacji na temat pacjenta/podopiecznego powoduje niższą skuteczność zastosowanych form wsparcia opiekuńczego czy rehabilitacyjnego (w tym aspekcie kluczowa dla przedstawicieli ośrodków pomocy społecznej jest poprawa współpracy z pracownikami instytucji służby zdrowia). Jak stwierdza jedna z osób badanych: *Efekty rehabilitacji osiągnięte w placówce stacjonarne giną z powodu braku kontynuacji wsparcia w środowisku* (wywiad 4). Pracownicy socjalni oczekują wdrożenia takich procedur, które ułatwią im dostęp do lekarzy specjalistów. Jak już wykazano wcześniej, diagnoza lekarska ma zasadnicze znaczenie dla organizacji procesu pomocowego, a w przypadku pracowników socjalnych wielokrotnie umożliwia podejmowanie działań pomocowych: *W procesie diagnozowania większa powinna być dostępność do psychiatry, czy większa dostępność do lekarza specjalisty, który zajmuje się daną osobą, a my nie możemy wejść w jakieś kontakty z tymi ludźmi i dowiedzieć się jakiś szczegółów* (wywiad 14). Poza tym istotny byłby dostęp do bardziej szczegółowych, precyzyjnych informacji na temat stanu zdrowia diagnozowanych podopiecznych: *Może... żeby były jakieś specjalne druki, które mogłyby nam dostarczać POZ, i na pewno oni mogliby nam dostarczać jakichś bardziej szczegółowych informacji nawet w formie pisemnej, mogłaby to być jakaś ankieta itd. o stanie osoby, byłoby to na pewno pomocne w sensie medyczny – cały czas mówimy o chorobach i wynikającej z choroby niesamodzielności bądź niepełnosprawności* (wywiad 14).

Z kolei przedstawiciele instytucji realizujących na zlecenie ośrodków pomocy społecznej środowiskowe usługi opiekuńcze, zwracają uwagę na potrzebę szerszej współpracy w procesie ustalania zakresu usług opiekuńczych z pracownikami socjalnymi. W ocenie pracowników tychże instytucji szerszy zakres współpracy w znaczący sposób wpłynąłby na jakość procesu diagnostycznego i tym samym na efektywność pomocy. Zazwyczaj mamy do czynienia z sytuacjami, w których pracownik socjalny podejmując decyzje o przyznaniu określonego zakresu usług opiekuńczych nie konsultuje ich z pracownikami instytucji realizujących usługi opiekuńcze: *Nasze współdziałanie to polega na tym, że my monitujemy, przedstawiamy problem, a pracownik socjalny się do tego ustosunkowuje* (wywiad 15). Gdy tymczasem rzeczywistą wiedzę na temat zakresu potrzeb podopiecznych posiadają przede wszystkim osoby wykonujące codzienną pracę

opiekuńczą: *Docelowa wiedza o podopiecznym jest dużo większa nasza niż pracownika socjalnego. Opiekunki wiedzą komu powinno się obniżyć koszt usług opiekuńczych. One robią zakupy, one kupują leki. Jest tak, że rzeczywiście nieraz ktoś ma wyższe świadczenia emerytalne, ale ma też z racji choroby wyższe wydatki. Pracownik socjalny wchodzi wyłącznie na te wywiady przedłużające usługi. To jest tylko chwila, podpisanie wywiadu i wychodzi. Musi się naprawdę coś dziać, żeby socjalny był zainteresowany więcej podopiecznym którejs z agencji, bo oni mają też inne prace, natomiast my już przez kontakt pań opiekunek mamy wiedzę może nie absolutną, ale bardzo dużą. Ludzie rezygnują z usług, bo priorytetem jest zakup leków i opłaty mieszkaniowe (wywiad 15). Brak pogłębionej współpracy decyduje o tym, iż często zakres przyznawanych usług jest nieadekwatny do rzeczywistych potrzeb podopiecznych. Ale ten zakres obowiązków jest nieadekwatny, często nieadekwatny do danej sytuacji rodzinnej. Pracownik socjalny to ze swoich spostrzeżeń określa, no nie zawsze one są trafne. Bo generalnie i tak jeśli chodzi nawet o takie sprzątanie, co jest bardzo dużym utrudnieniem u nas, bo bardzo często choroby biorą to jako najważniejszą czynność w domu, sprzątanie, choć tak nie jest, nie jest to najważniejsze i nie jest to takie szczególnie potrzebne. Ale to jest bardzo ważne i właśnie socjalni mają taką wizję, że jak jest czysto, to jest dobrze, a to nie o to akurat chodzi w tym. Także to socjalni dają takie wskazówki i mamy takie punkty, które owszem mówią o tym w czym my mamy pomagać podopiecznemu, ale to też, mówię, nie jest to adekwatne, co jak idziemy na tą pierwszorazową wizytę, my określamy z kolei (wywiad 15). Dlatego też, w ocenie badanych, byłoby zdecydowanie korzystniejsze z punktu widzenia trafności podejmowanych w tym wymiarze decyzji, konsultowanie ich z osobami bezpośrednio je realizującymi. Naprawdę to też trzeba dużo logiki w tym określaniu tych zakresów. Dlatego, że bardzo często mamy takie sytuacje, gdzie przydział tzw. punktów jakie są czynności u chorego jest tak ogromny, w porównaniu do ilości godzin opieki nad chorym, że czasami nawet jak czytamy, to jest po prostu nie do ogarnięcia. Bo skoro podopieczny przykładowy ma 3 razy w tygodniu po 1 godzinie, a ma być porządek, ma być nakarmiony, mają być zrobione zakupy, ma być ugotowany obiad, ma być lekarz załatwiony, recepty, no i współpraca z pracownikiem socjalnym, załatwienie spraw bieżących – to są punkty, które się mieszczą w tych trzech godzinach tygodniowo. To, no wg logiki, nie da się tego załatwić, więc*

tak samo właśnie takie podejście logiczne już byłoby też takie przyjazne nam i chorym. Bo gdyby rzeczywiście brać pod uwagę jaki jest zakres potrzebny nam, no i chorym, i ilość godzin przydzielona, no to by była na pewno duża różnica (wywiad 15).

Większego zakresu współpracy z pracownikami socjalnymi opartej przede wszystkim na wsparciu informacyjnym oczekują także przedstawiciele domów dziennego pobytu: *Na pewno musiałyby być bardzo ścisła współpraca z MOPS i możliwością wglądu w wywiady środowiskowe i uzyskania informacji, których nie mam, bo część podopiecznych ukrywa przed nami różne rzeczy. Natomiast pracownicy też nie do końca są uprawnieni, czy też nie do końca chcą takich informacji udzielać. Więc to jest tak, że to my, po nitce do kłębka, dochodzimy dopiero do jakichś informacji (wywiad 12).* A zatem zakres informacji, który przekazują pracownicy socjalni jest niewystarczający. W konsekwencji, pracownikom domów dziennego pobytu zdobycie pełnej wiedzy na temat sytuacji życiowej i potrzeb swoich podopiecznych zajmuje dużo czasu: *Czasami jest tak, że tę wiedzę, którą można byłoby zdobyć w ciągu jednego dnia, my ją zdobywamy miesiącami, bo coś tam nam nie pasuje, coś widzimy, zauważamy próbujemy się dopytać, kontaktujemy się z kimś, jakoś z boku, z prawej strony, z lewej strony i to trwa, i ta pomoc jest czasami dużo później, niż można by ją było stosować od samego początku, a seniorzy też nie do końca chcą ze wszystkimi rozmawiać, opowiadać. Ja ich rozumiem, takie jest życie i doświadczenie, ich jakieś pewne trudne sytuacje, no i też tak funkcjonują (wywiad 12).* Oczywiście badani reprezentujący wskazaną instytucję mają pełną świadomość zadań jakie realizuje dom dziennego pobytu i wyraźnie wskazują, że w sytuacji, w której prowadzona działalność miałyby tylko koncentrować się na organizacji czasu wolnego podopiecznych przekazywany zakres wiedzy byłby wystarczający. Ponieważ jednak placówka realizuje szereg projektów i programów wsparcia psychologicznego, terapeutycznego (z uwagi na ewidentnie identyfikowane w tym zakresie potrzeby), niezbędny jest bardziej szczegółowy zakres informacji na temat podopiecznych.

Kluczowym aspektem poprawy jakości procesów diagnostycznych i świadczonych usług w ocenie badanych przedstawiciele instytucji wspierających jest współpraca i koordynacja dzia-

łań podejmowanych przez instytucje pomocy społecznej i służby zdrowia na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorujących psychicznie. W tym obszarze badani szczególnie wyraźnie artykułują konieczność wypracowania spójnych procedur współpracy pomiędzy specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego i innych przedstawicieli środowiska pomocowego zaangażowanych w proces rozwiązywania problemów tej kategorii osób niepełnosprawnych. W ocenie przedstawicieli instytucji świadczących wsparcie jest to obszar, w którym bardzo wyraźnie ujawnia się kwestia braku przepływu informacji i niezależności działań podejmowanych przez poszczególne instytucje: *Są różne instytucje, które w jakichś tam kawałkach pomagają (wywiad 5). Tutaj nie ma w ogóle żadnego przepływu informacji, ani współpracy, więc tu jest bardzo to potrzebne. Podam przykład: osoba chora jest psychotyczna i wymaga natychmiastowego umieszczenia w szpitalu. Nie zgadza się na to umieszczenie. Nie ma wsparcia w ośrodku. Więc pracownik socjalny musi współpracować z lekarzem prowadzącym, psychiatrą, bo dostaje informacje ze środowiska, że osoba zachowuje się w taki sposób, że zagraża sobie i innym. Często lekarz nie współpracuje, wydając jakiś odpowiedni dokument, który potwierdza, że wymagane jest to leczenie, że wymagana jest interwencja, czasami z policją, żeby zapobiec tragedii. To się źle kojarzy, jeżeli osoba jest umieszczana w szpitalu na siłę, ale pamiętajmy, że to dla jej własnego bezpieczeństwa. Ona nie odpowiada wtedy za siebie, nie ma wglądu w to, co robi. Ale też zagraża innym, bo może rozpaść ognisko w domu na przykład. Tu jest bardzo potrzebna współpraca, a jej brak. Pracownik socjalny jest bezsilny. On powinien jakieś kroki podjąć, ale nie ma współpracy ze strony lekarza i pozostaje sam sobie, a nie jest specjalistą od schizofrenii (wywiad 6).*

Poza oczekiwaniem szerszej płaszczyzny współpracy wspierającej pracowników socjalnych w procesie diagnozy w obszarze zdrowia, przedstawiciele tychże instytucji wskazali na potrzebę uruchomienia internetowej bazy informacji, która stanowić mogłaby wiarygodne i rzetelne źródło podanych w przystępnej formie informacji, na temat instytucji świadczących pomoc osobom niepełnosprawnym intelektualnie i chorującym psychicznie. W ocenie pracownika

środowiskowego domu samopomocy brakuje szeroko dostępnej informacji na temat oferowanych form i zakresu pomocy dla osób chorujących psychicznie, pomimo, iż aktualnie podmioty wspierające informują o swojej działalności na stronach internetowych. Funkcjonowanie takiej bazy informacji z pewnością ułatwiłoby pracownikom socjalnym, lekarzom, pielęgniarcom, rodzinom osób potrzebujących pomocy, a przede wszystkim, właśnie osobom, które tej pomocy potrzebują, szybkie dotarcie do informacji na ten temat: *Nie ma jakiegś bazy, np. pracownik socjalny wchodzi na rejon, dostaje informacje, wie, że jest jakaś Pani, choruje na schizofrenię, jest samotna, kiepsko sobie radzi. Szuka jakiegoś miejsca, gdzie może tą Panią pokierować. Do miejsca takiego jak to albo do poradni zdrowia psychicznego* (wywiad 6). W konsekwencji bardzo często członkowie rodzin osób niepełnosprawnych, jak i same osoby chorujące, poszukując wiedzy i informacji na temat konkretnej niepełnosprawności dzwonią do Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych i jak stwierdza rozmówczyni: *z pytaniami na temat wszystkich niepełnosprawności, jakie ludziom przychodzą do głowy. My mamy przy telefonie nawet taki informator dla siebie, żeby człowieka, który dzwoni, chce pomocy dla siebie, albo swojego bliskiego, nie zostawiać samego* (wywiad 6).

Ponadto z punktu widzenia jakości realizacji usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych, rzeczą istotną jest ułatwienie dostępu podopiecznych domów pomocy społecznej do procedur medycznych, poszerzenie obowiązującego w ośrodkach pomocy społecznej systemu POMOST. Świadczą o tym poniższe wypowiedzi przedstawiciela domu pomocy społecznej oraz ośrodka pomocy społecznej: *preferencyjny dostęp do procedur medycznych, gdyby np. coś takiego było, dlatego, że generalnie ludzie w Polsce mają nie najlepsze doświadczenie ze służbą zdrowia, prawda, my mamy być może, że jeszcze gorsze, dlatego, że my pewnych mechanizmów nie możemy zastosować. My korzystamy z uspołecznionej służby zdrowia, z normalnych kolejek, z normalnych przychodni itd., nie mamy funduszy, w sytuacji jakiegoś zagrożenia, gdy widzimy, że jest pilna potrzeba diagnozy, a nam mówią, że neurolog w 2019 roku na październik. My nie mamy możliwości skorzystania z prywatnych gabinetów, chyba że wtedy negocjujemy z rodziną. Jeżeli rodzina*

jest taka, która wykazuje zainteresowanie, jest skłonna, to wtedy wspólnie decydujemy. My zorganizujemy przewóz a oni opłacą wizytę u prywatnego neurologa. Dlatego mówię o tym preferencyjnym dostępie do procedur medycznych, bo czasami czujemy się w sytuacji osoby, która wali głową w mur (wywiad 10); Na pewno przydałby się taki jeden spójny system, jak teraz w tej chwili mamy Pomost, jakiegoś innego typu, gdzie wszystkie placówki i instytucje byłby ze sobą powiązane, każdy mógłby wtedy sprawdzić każdą informację, w każdej instytucji, musiałby być do tego osoby upoważnione. System Pomost, który w tej chwili mamy... to jest dobry kierunek, tylko powinien tak naprawdę obejmować również inne instytucje, szpitale, powinno się go poszerzać (wywiad 13).

W ocenie przedstawicieli instytucji świadczących opiekę długoterminową niezwykle istotnym warunkiem poprawy jakości procesu pomocy dla osób niesamodzielnych jest zagwarantowanie wsparcia psychologicznego także dla ich opiekunów. Z doświadczeń osób świadczących usługi w ramach pielęgniarstwa długoterminowego wynika, iż taki rodzaj wsparcia jest wręcz niezbędny. Opieka nad osobą niesamodzielną przebywającą w środowisku domowym jest wyczerpująca emocjonalnie: *Często wchodząc do domu pacjenta widzimy tam, że jest konflikt pomiędzy opiekunem a pacjentem. Często jest tak, że ten opiekun dostępuje takiego wypalenia, wypalony opiekun i on już nie chce się opiekować, on już nie chce być uwiązany ciągle sprawowaniem opieki nad tym pacjentem, który jest w domu, ma już dosyć, nie ma swojego życia (wywiad 4).*

Ponadto w zakresie poprawy jakości świadczenia usług pomocowych dla osób niesamodzielnych na szczególną uwagę zasługuje wyraźnie artykułowany postulat dostosowania zasobów mieszkaniowych i infrastruktury otoczenia do potrzeb i możliwości osób starszych. Wiązać postulat ten należy z kluczowym dla rozwiązania problemów związanych z dostępnością do instytucjonalnych form opieki podjęciem działań na rzecz rozwoju środowiskowych form wsparcia dla osób niesamodzielnych, które umożliwiłyby osobom starszym jak najdłuższe, w miarę możliwości niezależne funkcjonowanie w ich własnym środowisku domowym. W tym celu kluczowe staje się z jednej strony podjęcie działań, w zakresie zagwarantowania większej dostępności do długoterminowej pielęgniarstwa opieki

domowej dla osób wymagających z racji stanu zdrowia wsparcia medycznego, z drugiej wdrożenie programów wspierających działania na rzecz likwidacji szeroko rozumianych barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania, które utrudniają osobie starszej korzystanie z przestrzeni mieszkalnej.

W ocenie pracowników instytucji pomocy społecznej i realizujących usługi opiekuńcze podstawowym warunkiem wzrostu dostępności usług jest zabezpieczenie odpowiedniej puli środków finansowych na ten cel: *...przede wszystkim powinny być spokojne finanse, tak aby pracownicy socjalni nie musieli ograniczać usług, wtedy praca pracowników socjalnych byłaby też bardziej efektywna, mniej nerwowa* (wywiad 15). W ocenie kadry ośrodków pomocy społecznej efektywności udzielanego wsparcia w formie usług opiekuńczych powinien sprzyjać rozwój wolontariatu i systemu prywatnych usług opiekuńczych. Ponadto przedstawiciele badanych instytucji wskazali na potrzebę likwidacji barier komunikacyjnych i transportowych oraz powołanie biura zamiany mieszkań.

Potrzeba współpracy i integracji działań wybrzmiała w wypowiedziach przedstawicieli wszystkich badanych instytucji, którzy aktualny zakres współpracy uznają za dalece niewystarczający. Wypowiedzi werbalizują w tym aspekcie konieczność wdrożenia rozwiązań nie tyle zachęcających, co wręcz wymuszających współpracę między tymi instytucjami poprzez wdrożenie w ramach obu sektorów i pomiędzy nimi obligatoryjnych procedur. Konieczność współpracy pojawia się w dwóch zasadniczych kontekstach. Po pierwsze w kontekście wyraźnie definiowanego przez pracowników socjalnych, a także przedstawicieli środowiskowych domów samopomocy oczekiwania kierowanego pod adresem lekarzy o przyspieszenie procedur oceny stanu zdrowia zwłaszcza w przypadku pacjenta psychicznie chorego: *Moim zdaniem, żeby udzielić sprawnej pomocy osobie, która jest niesamodzielna, my potrzebujemy sprawnej współpracy, czasowo sprawnej współpracy, takiej merytorycznej z instytucjami jak np. z sądem, czy z lekarzem psychiatrą, czas odgrywa rolę. My nie możemy czekać na opinię sądu rok czy półtora, prosić o przyspieszenie tego postępowania. To powinno odbywać się bardzo szybko, płynnie, żeby udzielić konkretnego wsparcia osobie, która tego wsparcia wymaga, a nie przeciągać tę*

sprawę w czasie. I ta odpowiedzialność jakby ciąży na nas, że to wsparcie nie jest udzielone, a my oczekujemy wymiernego wsparcia ze strony instytucji, które powinny nam w tym względzie pomóc, a nie otrzymujemy takiej (wywiad 14). Jak wynika z przedstawionej wypowiedzi podobne oczekiwanie pracownicy socjalni kierują wobec pracowników instytucji sądu oraz zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności. Po drugie konieczność ta ujawnia się w kontekście swego rodzaju rozbieżności interesów poszczególnych instytucji, skutkującej np. chęcią „przeniesienia odpowiedzialności” za daną osobę poza własną instytucję, a w efekcie niejednokrotnie okresowym „wypadnięciem” podopiecznego z systemu wsparcia i pogorszeniem jego sytuacji.

6. Rekomendacje

Z uwagi na prognozowany w najbliższych latach w województwie łódzkim wzrost liczby osób starszych, w tym po 85 roku życia, należy liczyć się ze wzrostem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne świadczone przez instytucje pomocy społecznej oraz na usługi ochrony zdrowia na rzecz osób niesamodzielnych zarówno w formie instytucjonalnej, jak i realizowanej w formie środowiskowych usług opiekuńczych oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Zainteresowanie usługami wspierającymi osoby niesamodzielne warunkuje silna korelacja ze wzrostem liczby osób starszych, których utrata samodzielności funkcjonalnej wynika z pogarszającego się wraz z wiekiem stanu zdrowia, braku wsparcia tej kategorii osób ze strony rodziny, samotnego zamieszkiwania i złej sytuacji materialnej. Ponieważ wraz z wiekiem, pogłębia się zakres dysfunkcji wynikających ze stanu zdrowia, jak wskazują prognozy demograficzne, liczba osób starszych na terenie województwa wykazuje tendencję wzrostową, należy zakładać dalszy wzrost zapotrzebowania na system usług opiekuńczych realizowanych w formie środowiskowej i instytucjonalnej. Wobec zwiększania się populacji osób starszych zagrożonych niesamodzielnością ważne jest dostosowanie systemu opiekuńczego do wzrastającej skali potrzeb oraz identyfikacja czynników najbardziej przyczyniających się do zachowania samodzielności.

Wzrost liczby osób wymagających opieki w zestawieniu z ograniczonym dostępem do usług opiekuńczych wymaga podjęcia działań wzmacniających proces diagnostyczny jak i realizację procesu opiekuńczego, w tym podjęcia działań w kilku podstawowych płaszczyznach. Po pierwsze, kluczowe wydaje się opracowanie systemowych rozwiązań wspierających współpracę międzysektorową pomiędzy instytucjami ochrony zdrowia i instytucjami pomocy społecznej. Wdrożenie systemowego, koordynacyjnego modelu współpracy międzysektorowej ma na celu zapewnienie ciągłości opieki

w trakcie przechodzenia z jednej formy opieki do drugiej. Po drugie, zwiększenie dostępności do środowiskowych usług opiekuńczych. Zwiększenie dostępności do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych i długoterminowej pielęgniarstwa pomocy środowiskowej, to warunek konieczny wsparcia osób znajdujących się w sytuacji zależności w naturalnym dla nich środowisku zamieszkania, a tym samym oddala się w czasie ewentualny proces instytucjonalizacji pomocy. Wymaga to wzrostu środków finansowych na realizację świadczeń opiekuńczych, racjonalizacji w ich wydatkowaniu, zmiany (rewizji) kryteriów współfinansowania usług opiekuńczych i włączenia w proces wolontariuszy. Nie mniej istotny jest rozwój ośrodków wsparcia i opieki dziennego pobytu, w tym dla osób chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych intelektualnie (środowiskowe domy samopomocy). Istotny jest także wzrost dostępności do różnych form opieki geriatrycznej i opieki długoterminowej. Po trzecie, wdrożenie rozwiązań mających na celu podtrzymywanie samodzielności osoby starszej przez reorganizację środowiska życia. Oprócz usług opiekuńczych, zaspokajających podstawowe potrzeby życiowe osób niesamodzielnych, ważne wydają się nowe formy aktywnego zwiększania stopnia niezależnego życia poprzez racjonalną reorganizację otoczenia, zmianę trybu życia oraz treningi samodzielności i optymalizacji codziennych czynności, także z wykorzystaniem zasobów najbliższego otoczenia. Po czwarte, wdrożenie programów wsparcia dla rodzin opiekujących się osobami o niskim stopniu samodzielności. Wdrożenie systemu wsparcia dla osób stale opiekujących się przewlekle chorymi osobami starszymi powinno uwzględniać kilka podstawowych form. Ze względu na wysokie psychologiczne koszty sprawowania opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny, najważniejsze wydaje wsparcie psychologiczne i opieka „wytchnieniowa”, oraz wsparcie informacyjne o dostępnych możliwościach w systemie pomocowym. Po piąte, rozbudowanie programów ułatwiających zmiany architektoniczne w przestrzeni mieszkaniowej osób starszych. Programy wspierające dalsze usuwanie barier architektonicznych w przestrzeni społecznej oraz dofinansowanie zmian architektonicznych usuwających ograniczenia funkcjonalne w przestrzeni mieszkaniowej, programy adaptacji mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych. Także ułatwienie zamiany mieszkań i kontynuacja rozwoju mieszkalnictwa chronionego w województwie.

Wszystkie wymienione w niej postulaty wsparcia osób niesamodzielnych są przez przedstawicieli różnych typów instytucji pomocowych identyfikowane w sposób jednoznaczny, jako korzystniejszy wariant organizacji procesu pomocowego na rzecz osób niesamodzielnych warunkujący w ocenie badanych pozostawanie większej liczby osób z ograniczoną samodzielnością – przede wszystkim starszych – w ich naturalnym środowisku zamieszkania, przy wykorzystaniu istniejącej sieci wsparcia społecznego dla zachowania autonomii.

7. Zakończenie

Zabezpieczanie potrzeb w zakresie usług opiekuńczych, leczniczych realizowane jest w stacjonarnych placówkach prowadzonych przez podmioty sektora pomocy społecznej i podmioty służby zdrowia.

Diagnoza niesamodzielnosci i potrzeb opiekuńczych, na tej podstawie, na której określa się zakres niezbędnej pomocy dla niesamodzielnych osób starszych, realizowana jest zgodnie z posiadaną wiedzą i doświadczeniem zawodowym; podobnie jak wszelkiego rodzaju zabiegi pielęgnacyjne, higieniczne, opiekuńcze. Sprzyjają temu kompetencje zawodowe, zaangażowanie i motywacja kadry, opiekunów. Właściwe zabezpieczanie potrzeb podopiecznych, właściwe udzielanie wsparcia, wymaga odpowiedniej ilości profesjonalnej kadry. Placówki niekiedy borykają się brakiem odpowiedniej ilości kadry, przez co nie w pełni mogą być zaspakajane indywidualne potrzeby swoich podopiecznych. Z badania wyraźnie wynika duże zapotrzebowanie na usługi świadczone przez przedstawicieli zawodów medycznych.

Potencjał instytucjonalnego wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych na terenie województwa łódzkiego wymaga jednak dalszego rozwoju. Działania wspierające osoby starsze powinny być prowadzone w co najmniej dwóch kierunkach. Po pierwsze, powinny to być działania ukierunkowane na wspieranie osób starszych w ich miejscu zamieszkania i wspieranie ich rodzin poprzez rozwój profesjonalnych usług opiekuńczych oraz różne formy wsparcia opiekunów rodzinnych. Po drugie, wzmocnienie potencjału instytucjonalnych form wsparcia niesamodzielnych osób starszych w formie sieci placówek stacjonarnej opieki długoterminowej. W tym pierwszym przypadku na znaczeniu zyskuje rozwój usług dla opiekunów rodzinnych umożliwiających dzielenie obowiązków między opiekunami rodzinnymi i innymi. Na znaczeniu zyskują świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz pomoc w formie opieki półstacjonarnej.

W sytuacji zróżnicowanych potrzeb osób starszych zależnych od pomocy i opieki ze strony innych, warto podkreślić, że działania w obu kierunkach powinny być realizowane równocześnie. Zgodnie z przepisami, rodziny mają obowiązek zapewnienia opieki jej niesamodzielnym członkom, którzy w wielu przypadkach, wymagają wsparcia i profesjonalnej pomocy. W sytuacji, w której stan osoby niesamodzielnej lub przewlekle chorej – główny ciężar udzielania opieki nie powinien spoczywać wyłącznie na rodzinie. W tych przypadkach, kiedy rodziny nie ma, wsparcie starszej osoby niesamodzielnej w pełnym wymiarze spada na instytucje pomocowe. Istotne wydaje się stworzenie systemu, który łączy różne formy pomocy środowiskowej i pomocy stacjonarnej. Obydwie formy pomocy wydają się kluczowe dla zbudowania całościowego systemu wspierającego osoby starsze niesamodzielne. Obok dobrze zorganizowanej pomocy środowiskowej z pewnością rosnąć będzie liczba osób wymagających całodobowej specjalistycznej opieki w formie stacjonarnej. Wśród wyzwań stających przez systemem opieki znajdują się: rozwój usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania poprzez zwiększenie nakładów finansowych na opiekę w budżecie samorządu, ułatwienie dostępu do opieki całodobowej poprzez zwiększenie liczby dostępnych miejsc i utworzenie nowych placówek, rozwój działań profilaktycznych (promocja zdrowia i aktywności fizycznej), rozwój usług opieki dziennej, utworzenie domów dziennego pobytu i innych placówek zapewniających wsparcie dla rodzin podejmujących opiekę oraz osobom samotnym (Instytucje 2016).

Bibliografia

- Anioł W., Bakalarczyk R., Frysztacki K., Piątek K. (2015), *Nowa Opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej*, Toruń.
- Augustyn M. (2010), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP. Warszawa.
- Błędowski P. (2012), *Zaspakajanie potrzeb opiekuńczych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf> [dostęp: 26.10.2020].
- Borowik J. (2015), *Znaczenie relacji rodzinnych w życiu osób starych*, [w:] I. Taranowicz, S. Grotowska, *Rodzina wobec wyzwań współczesności. Wybrane problemy*, Wrocław, s. 139–150.
- Cekiera R. (2016), *Relacje międzygeneracyjne na odległość w perspektywie rodziców emigrantów z województwa śląskiego*. *Studia Migracyjne – Przegląd polonijny* zeszyt 3(161), s. 327–344.
- Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K., Grodzicki T. (2012), *Ochrona zdrowia osób starszych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Rzecznik praw obywatelskich, Warszawa, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf> [dostęp: 26.10.2020].
- Dostępność usług społecznych świadczonych w formie zdeinstytucjonalizowanej w województwie łódzkim* (2018), Wydział ds. Badań i Analiz. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź.
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A. (2015), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Kraków.
- Fedyk-Łukasik M., *Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej*, „Geriatryka i Opieka Długoterminowa”, nr 1, s. 1–5.
- Głębocka A., Szarzyńska M. (2005), *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska”, t. 13, nr 4.
- GUS (2014), *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf [dostęp: 03.01.2021].
- Halik J. (2002), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa.

- Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego* (2016), Raport końcowy. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Iwański R. (2016), *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, Warszawa.
- Kanios A. (2018), *Praca socjalna z osobami starszymi i opieka geriatryczna jako wyzwanie współczesności*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” vol. XXXI, no. 1, Lublin.
- Kleszczewska-Albińska A. (2019), *Samotność i relacje społeczne u osób powyżej 60 roku życia*, „Polityka Społeczna”, nr 10, s. 30–37.
- Kotlarska-Michalska A. (2016), *Specyfika opieki nad najstarszym pokoleniem a polityka społeczna wobec starości*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 123–142.
- Kotlarska-Michalska A. (2017), *Dylematy towarzyszące realizacji zasad solidarności rodzinnej. Na podstawie relacji między pokoleniami w rodzinie*, „Studia Socjologiczne”, nr 2(225), s. 167–188.
- Kotlarska-Michalska A. (2019), *Praktyka socjalna na rzecz dzieci, kobiet i ludzi starszych, czyli „wrażliwe” kierunki działań dla rodziny*, [w:] K. Frysztacki (red.), *Praca socjalna 30 wykładów*, Warszawa.
- Kramkowska E. (2016), *Człowiek stary w sytuacji migracji dorosłych dzieci*, *Roczniki Nauk Społecznych*, t. 8(44), nr 2, s. 122–141.
- Kretek-Kamińska A., Kukulak-Dolata I., Krzewińska A. (2020), *Wsparcie osób niesamodzielnych. Perspektywa opiekunów i podopiecznych*, Łódź.
- Krzysztofiak D. (2016), *Oblicza starości w perspektywie lokalnej. Studium socjopedagogiczne*, Kraków.
- Krzyżowski L. (2012), *Zobowiązania rodzinne i dynamika wykluczenia w transnarodowej przestrzeni społecznej. Polacy w Islandii i ich starzy rodzice w Polsce*, *Studia migracyjne – Przegląd Polonijny*, nr 38/1(143), s. 125–142.
- Kusideł E., Podgórska-Jachnik D., Potoczna M. (2017), *Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Łuczak P. (2015), *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (2012), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań.
- NIK (2016), *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/044/> [dostęp: 12.10.2020].
- NIK (2017), *Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/>

- aktualnosci/zdrowie/nik-o-opiece-nad-osobami-starszymi-w-dzien-nych-domach-pomocy.html [dostęp: 10.10.2020].
- NIK (2018), *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania 2015–17, Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/043/> [dostęp: 10.10.2020].
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019 (2020), Wydział ds. Badań i Analiz, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, <https://www.rcpslodz.pl/index.php/dokumenty-strategiczne-i-badania/ocena-zasobow-pomocy-spoecznej> [dostęp: 10.10.2020].
- Od problemu i wsparcia do aktywizacji osób starszych (2012), „Problemy społeczne, polityka społeczna w regionie łódzkim”, zeszyt 5.
- Olejniczak P. (2013), *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych*, Prace Poglądowe, s. 183–188, <https://docplayer.pl/11646104-Wsparcie-spoeczne-i-jego-znaczenie-dla-osob-starszych.html> [dostęp: 12.10.2020].
- Świtoń A., Wnuk A. (2013), *Samotność w obliczu niesprawności osób starszych*, „Geriatrics”, nr 9, s. 243–249, https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201504_Geriatrics_005.pdf [dostęp: 12.10.2020].
- Pawlak A. (2019), *Seniorzy wobec migracji zarobkowej dzieci i wnuków*, „Polityka Społeczna w regionie łódzkim”, zeszyt 22, s. 51–57.
- Pieńkosz J., Matejczyk A. (2015), *Teoria i praktyka działania instytucji opieki w Polsce raport końcowy*, Warszawa, <https://dlibra.kul.pl/dlibra/show-content/publication/edition/26993?id=26993> [dostęp: 20.10.2020].
- Pieńkosz J., Matejczyk A. (2016), *Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce. Raport podsumowujący wyniki badań terenowych*, CRZL, Warszawa, <https://docplayer.pl/10148783-Funkcjonowanie-instytucji-opieki-w-polsce.html> [dostęp: 16.10.2020].
- Raław M. (2011), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych.
- Rajewska-Nikonowicz E. (2014), *Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania domów pomocy społecznej w województwie podlaskim*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku.
- Szatur-Jaworska B. (2012), *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, „Studia BAS” nr 2(30). [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/6878635CC2E6CCFBC1257A37002A5389/\\$file/BAS_30-4.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/6878635CC2E6CCFBC1257A37002A5389/$file/BAS_30-4.pdf) [dostęp: 26.10.2020].
- Szatur-Jaworska B. (2012), *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. (2015), *Polityka senioralna w Polsce – analiza agendy*, „Problemy polityki społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 30, s. 47–76.

- Szatur-Jaworska B., Błędowski P. (2016), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu*, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/System%20wsparcia%20os%C3%B3b%20starszych.pdf> [dostęp: 16.10.2020].
- Szweda-Lewandowska Z. (2014), *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, [w:] W. Koczur, A. Rączaszek (red.), *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-ekonomicznych*, „Studia Ekonomiczne”, nr 179, s. 215–224, <http://docplayer.pl/7291313-Modele-opieki-nad-osobami-niesamodzielnymi.html> [dostęp: 26.10.2020].
- Szweda-Lewandowska Z. (2017), *Wspierający i wspierani. Opieka nad osobami starszymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Szukalski P. (2004), *Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim* (grant KBN 2H2OE03424), <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3625/Ca%C5%82o%C5%9B%C4%87.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 15.10.2020].
- Szukalski P. (2008), *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Łódź, s. 153–184.
- Szukalski P. (2008), *Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/5331/Sieci%20wsparcia%20-%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 15.10.2020].
- Szukalski P. (2009), *Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczyk (red.), *Człowiek dorosły i starzy w sytuacji przemocy*, Białystok, s. 59–68.
- Szukalski P. (2009a), *Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości*, [w:] Tenże, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Szukalski P. (2009b), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Szukalski P. (2009c), *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa, s. 10–15.
- Szukalski P. (2012a), *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Łódź.
- Szukalski P. (2012b), *Srebrna gospodarka*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny”, nr 7, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/>

- xmlui/bitstream/handle/11089/3516/2012-7%20Srebrna%20gospodarka.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 15.10.2020].
- Szukalski P. (2016), *Polityka aktywnego starzenia się*, [w:] B. Kłos, P. Ruszel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Warszawa, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/19867/Wyd.%20Sejmowe.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 15.10.2020].
- Szukalski P. (2016a), *Projekt międzypokoleniowy jako narzędzie zmniejszania skali dyskryminacji ze względu na wiek*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny”, nr 7, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/19868/2016-07%20Projekt%20mi%20dzypokoleniowy.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 15.10.2020].
- Szukalski P. (2017), *Projekt międzypokoleniowy jako narzędzie polityki międzypokoleniowej*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca społeczna wobec wyzwań współczesności 3*, Warszawa 2017, s. 153–166. <file:///C:/Users/MAGORZ~1/AppData/Local/Temp/Szukalski%20-%20Projekt.pdf> [dostęp: 12.10.2020].
- Szukalski P. (2019), *Depopulacja – wybrane konsekwencje dla lokalnej polityki społecznej*, „Polityka Społeczna”, nr 10, s.10–15.
- Synak B. (1999), *Ludzie starzy*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, Warszawa.
- Tokaj A., Krzysztofiak D. (2017), *O potrzebie bycia użytecznym i problemie bezużytecznym. Z perspektywy starości*, [w:] J. Spętana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków.
- Urbaniak A. (2017), *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Urbaniak B., Krzyszkowski J. (2017), *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego, Raport końcowy*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Wieczorkowska M. (2018) *Działania na rzecz seniorów – od dobrych chęci do profesjonalizacji, Polityka społeczna w regionie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej.
- Zych A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa.

Dokumenty, akty prawne

- Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce* (2013), Raport ewaluacyjny. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, <http://senior.gov.pl/assets/uploads/Za%C5%82%C4%85cznik%20nr%2012.pdf>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych

- i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U. z 26 czerwca 2012 r., poz. 719).
- Uchwała Nr 104/2012 Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie ustanowienia rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (MP z dn. 22 czerwca 2012 r. poz. 455).
- Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20140000052/O/M20140052.pdf> [dostęp: 20.10.2020].
- Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Dz.U. z 2013, poz. 118.
- Uchwała 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20160001254/O/M20161254.pdf> [dostęp: 20.10.2020].
- Uchwała nr 58/17 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 23 stycznia 2017 w sprawie powołania Społecznej Rady Seniorów Województwa Łódzkiego.
- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ, <http://www.monitorpolski.gov.pl/mp/2018/1169/M2018000116901.pdf> [dostęp: 20.10.2020].
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 o osobach starszych (Dz.U. 2015, poz. 1705 z późn. zm.), <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001705/O/D20151705.pdf> [dostęp: 20.10.2020].
- Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki społecznej 2020* (2017), Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 zostały przyjęte 24 grudnia 2013 r. uchwałą nr 238 Rady Ministrów i opublikowane w Monitorze Polskim 4 lutego 2014 r. (Poz. 118).