



*Małgorzata Potoczna\**

 <https://orcid.org/0000-0002-1088-3607>

*Grażyna Mikołajczyk-Lerman\**

 <https://orcid.org/0000-0002-8466-2129>

## System opieki i wsparcia niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim

### Streszczenie

Procesy demograficznego starzenia się wzmacniają zapotrzebowanie na wsparcie opiekuńcze dla osób w wieku senioralnym. Liczba osób starszych wymagających długotrwałej pomocy wzrasta w następstwie pogłębiających się wraz z wydłużaniem się trwania życia ograniczeń funkcjonalnych. Tekst prezentowany poniżej odnosi się do kwestii instytucjonalizacji systemu wsparcia i opieki niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim. Na system opieki zapewniający osobom starszym, które w związku z ograniczoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania wymagają wsparcia w codziennym zaspokajaniu potrzeb, składają się z jednej strony działania opiekuńcze podejmowane w sposób nieformalny przez członków rodziny, z drugiej, w sposób formalny, zinstytucjonalizowany, działania opiekuńcze są świadczone przez podmioty ulokowane w systemie pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia. Z uwagi na tendencje do deinstytucjonalizacji procesów opiekuńczych coraz wyraźniej podkreśla się rolę pomocy świadczonej w miejscu zamieszkania osoby starszej, w formie dziennej i środowiskowej. W pierwszej części artykułu przedstawiono demograficzne i społeczne uwarunkowania struktury potrzeb opiekuńczych wobec niesamodzielnych osób starszych oraz istniejące zasoby instytucjonalnego i środowiskowego wsparcia osób starszych w fazie niesamodzielnosci. W drugiej części zaprezentowano podstawowe trudności i problemy, z jakimi mierzą się wybrane instytucje wspierające osoby starsze w toku codziennej realizacji zadań opiekuńczych, w ramach opieki długoterminowej oraz pomocy świadczonej w formie dziennej i środowiskowej, w województwie łódzkim. Należą do nich problemy związane z udzielaniem adekwatnego do potrzeb zakresu wsparcia podopiecznych, ograniczenia utrudniające przebieg procesu oceny niesamodzielnosci, szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych czy też utrudniające proces opiekuńczy problemy adaptacyjne podopiecznych wynikające z samotności, depresji, ograniczonego lub całkowitego braku kontaktu rodziną. Analizy przedstawione w tej części artykułu powstały na podstawie materiału empirycznego zebranego w ramach projektu badawczego pn. „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim” zrealizowanego w 2018 roku na zlecenie Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi w wybranych różnego typu placówkach świadczących usługi opiekuńcze i zdrowotne osobom dorosłym, które z uwagi na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają większego wsparcia.

359

**Słowa kluczowe:** starość, niesamodzielne osoby starsze, instytucje opieki długoterminowej, instytucje wsparcia środowiskowego

\* Uniwersytet Łódzki.

## Wprowadzenie

Jak wynika z badań, wraz z wydłużaniem się długości przeciętnego okresu życia wrasta liczba osób starszych, które z racji wieku, pogarszającego się stanu zdrowia czy niepełnosprawności zmagają się z poważnymi ograniczeniami, są niesamodzielne i wymagają systematycznej pomocy osób trzecich [Błędowski 2012; Mossakowska i in. 2012; Szweđa-Lewandowska 2014; Kusideł i in. 2017]<sup>1</sup>. Zakres niezbędnej pomocy, jakiego z racji choroby czy niepełnosprawności wymagają osoby starsze, wyznacza stopień doświadczanych przez te osoby ograniczeń w zakresie mobilności, samoobsługi czy aktywności w codziennym życiu. Niekiedy przybiera jedynie formę asysty, innym razem systematycznej, codziennej, aktywizującej pomocy opiekuna, natomiast w sytuacji całkowitej niezdolności do samodzielnego funkcjonowania – stałej opieki i zastępowania w wykonywaniu codziennych czynności życiowych i zaspokojenia potrzeb związanych z odżywianiem, zachowaniem higieny osobistej, prowadzaniem gospodarstwa domowego [Daniłowicz i in. 2019: 8–9]. Osoby powyżej 80. roku życia potrzebują pomocy głównie przy wykonywaniu czynności wymagających siły oraz sprawności fizycznej, ale w tej grupie wiekowej znacząco zwiększa się odsetek osób potrzebujących pomocy także przy wykonywaniu takich podstawowych czynności jak zabiegi higieniczne, ubieranie się, samodzielne jedzenie, poruszanie się po domu itp. [Szweđa-Lewandowska 2014].

Wynikająca z tych ograniczeń nierzadko wielowymiarowość potrzeb opiekuńczych implikuje potrzebę korzystania z efektywnie funkcjonującego systemu działań pomocowych, uwzględniającego różnorodne formy wsparcia opiekuńczego. Na system ten składają się zinstytucjonalizowane działania opiekuńcze i pielęgnacyjne świadczone w ramach systemu publicznej pomocy społecznej i systemu służby zdrowia<sup>2</sup>, pomoc świadczona

<sup>1</sup> Zgodnie z definicją osoby niesamodzielnej, jaka została wypracowana w ramach w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielných – nowe standardy kształcenia i opieki” zrealizowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON3, za osobę niesamodzielną uznaje się osobę, 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 [Szwajkiewicz, Pawlak 2018: 9-23].

<sup>2</sup> System opieki zdrowotnej i system pomocy społecznej w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi nie są zintegrowane. W ramach systemu opieki zdrowotnej podstawowe regulacje prawne w tym zakresie tworzy 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.).

nieodpłatnie przez najbliższą rodzinę, krewnych, przyjaciół w środowisku domowym osoby starszej. System ten obejmuje także instytucjonalne formy pomocy dziennej umożliwiające seniorom jak najdłuższe pozostawanie w środowisku zamieszkania i uczestnictwo w życiu społecznym. Z uwagi na ramy organizacyjne w całościowym systemie wsparcia opiekuńczego lokują się instytucje opieki długoterminowej zapewniające pobyt i specjalistyczną pielęgnację w formie stacjonarnej opieki całodobowej (tj. domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja stacjonarne, szpitalne oddziały opieki paliatywnej), półstacjonarnej opieki dziennej (dienne domy pomocy społecznej, w tym Dienne Domy „Senior+” i Kluby „Senior+”<sup>3</sup>, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, Dzienny Dom Opieki Medycznej)<sup>4</sup> oraz pomocy realizowanej w ramach środowiskowych usług opiekuńczych. Działania opiekuńcze i pielęgnacyjne w systemie środowiskowej opieki długoterminowej ukierunkowane są na zapewnienie osobie starszej pomocy w zakresie czynności samoobsługowych, a także wielu czynności związanych z zaspokajaniem codziennych potrzeb, tj. podawanie leków, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, gospodarowanie środkami finansowymi, zakupy itp. Są to działania, które w swej istocie mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty, zachowanie możliwie najlepszej jakości życia, poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej [Augustyn 2010: 12].

---

W ramach systemu pomocy społecznej są to: ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 ze zm.); rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964); 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).

<sup>3</sup> Placówki działające w formie Dziennego Domu „Senior+” zapewniają co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku. Podstawowy zakres działań obejmuje udzielanie pomocy w codziennych czynnościach, a także usługi: socjalne (w tym zapewnienie minimum jednego gorącego posiłku), 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.

<sup>4</sup> Dzienny dom opieki medycznej (DDOM) stanowi w systemie ochrony zdrowia jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami powyżej 65 lat, które ze względu na stan zdrowia wymagają kontynuacji leczenia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgnarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. W ramach DDOM wsparcie uzyskują osoby starsze, które uzyskały 40–65 pkt w skali Barthel.

Jak wynika z literatury przedmiotu i dyskursu publicznego, jaki toczy się aktualnie na temat efektywności rozwiązań obowiązujących w ramach systemu opieki nad starszymi osobami niesamodzielnymi, jak i kierunkiem ich dalszego rozwoju, zwraca się uwagę na pewne problemy, które ograniczają funkcjonalność systemu. I tak, wskazuje się na nie w pełni adekwatny do istniejących potrzeb potencjał instytucjonalnych form wsparcia, a także w kontekście tendencji do deinstytucjonalizacji<sup>5</sup> środowiskowych form opieki długoterminowej udzielanej w miejscu zamieszkania osoby w zaawansowanym wieku. W obu przypadkach dostrzega się, że istniejące zasoby nie gwarantują właściwego poziomu dostępności do świadczeń. Do kolejnych problemów zalicza się niedofinansowanie systemu, braki kadrowe placówek pomocowych [Błędowski 2012; Szweda-Lewandowska 2014; Pieńkosz, Matejczuk 2015; Iwański 2016; Szatur-Jaworska, Błędowski 2016]<sup>6</sup>. Ponadto, w kontekście wspomnianej już tendencji do deinstytucjonalizacji opieki, za kluczowy problem należy uznać brak rozwiązań, których bezpośrednim beneficjentem jest nieformalny opiekun osoby niesamodzielnej [Błędowski 2012; Iwański 2016; Urbaniak 2017]. W tym kontekście wybrzmiewa konieczność wprowadzenia rozwiązań gwarantujących wsparcie dla opiekunów nieformalnych umożliwiających podejmowanie lub kontynuację pracy zawodowej oraz w ramach tzw. opieki wytchnieniowej. Nierzadko zaangażowanie w sprawowanie opieki zmusza opiekunów rodzinnych do ograniczania rozmiaru lub całkowitej rezygnacji z pracy zawodowej, co z oczywistych względów przekłada się na obniżenie bieżących zasobów finansowych i mniejsze w przyszłości świadczenia emerytalne [Błędowski 2012]. Generuje także szerszej rozumiane koszty społeczne, w tym zagraża zdolności do osiągnięcia wysokiego poziomu zatrudniania jako warunku rozwoju gospodarki i utrzymania państwa opiekuńczego [Anioł i in. 2015: 111]. Istotny problem stanowi ponadto brak skoordynowania w ramach polityki publicznej współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej oraz brak współpracy między instytucjami i rozproszenie odpowiedzialności [Błędowski 2012; *Instytucje...* 2016; Iwański 2016].

<sup>5</sup> Deinstytucjonalizacja opieki oznacza wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w podeszłym wieku, osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym.

<sup>6</sup> Należy podkreślić, iż potencjał instytucji opieki nad osobami starszymi jest zróżnicowany z uwagi na liczbę instytucji, formy świadczonej opieki, jak i oferowaną liczbę miejsc. Bogatsza jest sieć instytucji w ramach systemu pomocy społecznej niż systemu ochrony zdrowia [Błędowski 2012; Pieńkosz, Matejczuk 2015].

Celem artykułu jest przedstawienie problemów i trudności, z jakimi mierzą się instytucje wspierające osoby starsze w toku codziennej realizacji zadań opiekuńczych. Analizy przedstawione w tej części artykułu powstały na podstawie materiału empirycznego zebranego w ramach projektu badawczego pn. „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim” zrealizowanego na zlecenie Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi w wybranych różnego typu placówkach świadczących usługi opiekuńcze i zdrowotne osobom dorosłym, które z uwagi na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają większego wsparcia<sup>7</sup>. Jego celem 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<sup>8</sup>. Materiał empiryczny został zebrany techniką wywiadu pogłębionego [Kusideł i in. 2017: 28]<sup>9</sup>.

## Struktura potrzeb w zakresie wsparcia opiekuńczego niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim – uwarunkowania demograficzne i społeczne

363

Województwo łódzkie jest regionem, w którym skala i zakres zapotrzebowania na sprawnie działający zinstytucjonalizowany system wsparcia opiekuńczego osób w wieku senioralnym z pewnością będzie stanowić

<sup>7</sup> Wśród podmiotów badanych znalazły się: Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (powiatowe i wojewódzki); 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. Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywności Zawodowej, Środowiskowy Dom Samopomocy) [Kusideł i in. 2017: 29].

<sup>8</sup> Szczegółowy opis metodologii badawczej oraz analizy na podstawie uzyskanego materiału badawczego zostały przedstawione m.in. w raporcie badawczym: Kusideł i in. 2017; oraz Mikołajczyk-Lerman G., Potoczna M. [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.

<sup>9</sup> W wymienionych placówkach przeprowadzono ogółem 20 wywiadów z różnymi kategoriami respondentów, byli to: kierownicy, dyrektorzy placówek, pracownicy socjalni, psychologowie, doradcy zawodowi [Kusideł i in. 2017: 28–29].

kluczowe wyzwanie najbliższych dekad. Co prawda, należy przyjąć, iż niezależnie od zarysowanych w dalszej części artykułu zmian, jakie zachodzą w sferze życia rodzinnego, powodując ograniczenia potencjału opiekuńczego, pomoc świadczona w ramach sieci rodzinnych będzie nadal ważnym elementem całościowego systemu wsparcia osób starszych. Jednakże w przypadku seniorów, przede wszystkim tych, którzy są samotni lub nie znajdują, z różnych powodów, osadzenia w rodzinnym systemie wsparcia, zapotrzebowanie na wsparcie opiekuńcze realizowane w ramach form instytucjonalnych i środowiskowych dla osób w wieku senioralnym będzie wzrastało.

Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, iż w kolejnych latach w województwie łódzkim potrzebę instytucjonalizacji systemu opieki nad osobami starszymi w formie opieki długoterminowej i środowiskowej będą implikować następujące podstawowe przyczyny: dynamika procesu demograficznego starzenia się mieszkańców województwa i wertykalizacja sieci rodzinnych, procesy depopulacji, ograniczenia w zasobach opiekuńczych rodzin, a także ograniczone w stosunku do aktualnych potrzeb istniejące zasoby wsparcia instytucjonalnego i środowiskowego.

Z oczywistych względów za kluczowy czynnik, który wyznacza strukturę potrzeb w zakresie wsparcia opiekuńczego osób starszych, należy uznać dynamikę procesów demograficznego starzenia się. Województwo łódzkie należy aktualnie do najstarszych demograficznie. Zmniejsza się odsetek mieszkańców w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym, natomiast zwiększa w wieku poprodukcyjnym<sup>10</sup>. Mniej korzystną sytuację demograficzną województwa ilustrują także tzw. mediana wieku, ponadto krótsze niż w kraju przeciętne trwanie życia mieszkańców województwa. W 2018 roku wskaźnik przeciętnego trwania życia ukształtował się na poziomie 80,7 lat dla kobiet oraz 72 lat dla mężczyzn<sup>11</sup>, podczas gdy w Polsce kształtował się odpowiednio na poziomie 81,7 lat i 73,8 lat. Natomiast zgodnie z wartościami „mediana wieku”<sup>12</sup> połowa zamieszkujących w województwie mężczyzn osiąga wiek 40 lat, a połowa kobiet 43 lata. Ponadto, jak zakładają prognozy, najbliższe dekady będzie charakteryzować dalszy wzrost liczby i odsetka osób w wieku

<sup>10</sup> BDL GUS. W 2019 roku udział mieszkańców w wieku produkcyjnym wynosił 17% (wiek produkcyjny: mężczyźni w wieku 18–64 lata i kobiety w wieku 18–59 lat), w wieku przedprodukcyjnym, do 17 lat, 59%, w wieku poprodukcyjnym – 24% (wiek poprodukcyjny: mężczyźni w wieku 65 lat i więcej i kobiety w wieku 60 lat i więcej).

<sup>11</sup> Województwo łódzkie odnotowało pod 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.

<sup>12</sup> Mediana wieku (wiek środkowy) – parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa badanej populacji już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

senioralnym. I tak do 2050 roku zakłada się ponad dwukrotny, w stosunku do stanu z 2019 roku, wzrost liczby mieszkańców w wieku 85 i więcej lat [Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 14] i zarazem spadek o blisko połowę liczby osób w wieku 35–39 lat [Ocena... 2020: 19]. W konsekwencji wskazanej dynamiki zmian demograficznych najliczniejszą grupę ogółu mieszkańców województwa, tj. niemal 9%, będą stanowiły w 2050 roku osoby w wieku 65–69 lat [Dostępność... 2018: 8–9]. Z uwagi na fakt, że procesy demograficznego starzenia się generują dynamiczny przyrost liczby najstarszych, a wraz z wydłużaniem się życia zwiększające się ryzyko pogarszającego się stanu zdrowia, z dużą dozą prawdopodobieństwa należy założyć, iż proces ten ujawni znaczący wzrost liczby seniorów z mniej lub bardziej wymagającymi codziennego wsparcia opiekunów ograniczeniami funkcjonalnymi. Jak wynika z badania PolSenior 1, poważne problemy zdrowotne ograniczające sprawność funkcjonalną dotyczą od 50% do 80% populacji osób starszych. Odsetek osób starszych wymagających wsparcia w postaci usług opiekuńczych lub pomocy ze strony rodziny w grupie wiekowej 70–74 lata sięga niemal 7%, w grupie wieku 85–89 lat jest to 10%. Wśród osób w wieku 90 lat i więcej niesamodzielną jest co trzeci senior [Mossakowska i in. 2012]<sup>13</sup>. Na podobne

<sup>13</sup> W badaniu PolSenior do oceny niesamodzielnosci użyto wskaźnika ADL, który pozwala na kompleksową ocenę stanu zdrowia. 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 wydalania moczu i stolca. Im mniej punktów pacjent osiąga, tym bardziej wymaga pomocy innych w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym. Skala odpowiada na pytanie, czy niezbędna jest pomoc osób trzecich w sytuacjach, 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. Ponadto do pomiaru niesamodzielnosci stosowane są skale IADL i Barthel.

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.

Z kolei stupunktowa skala Barthel jest uznanym przez NFZ narzędziem kwalifikacji do objęcia pacjenta opieką zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opieki długoterminowej w warunkach domowych. W przypadku skali Barthel ocenie podlega 10 czynności, tj. spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie

wnioski wskazują wyniki badania PolSenior 2, zgodnie z którymi w populacji osób starszych niemal 10% charakteryzuje co najmniej jeden deficyt w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego w skali ADL (częściej kobiety – 11,4%, niż mężczyźni – 7,4%). Z wiekiem wzrasta odsetek osób niesprawnych zarówno z niesprawnością umiarkowaną, jak i ciężką. Wśród osób w wieku 60–64 lata wynosi odpowiednio 0,5% i 0,9%, u osób w wieku 85–89 lat jest już istotnie wyższy i wynosi odpowiednio 9,1% i 9,6%, a wśród 90-letnich osób – odpowiednio 15,6% i 18,3%. W ocenie złożonych czynności dnia codziennego w skali IADL 13,1% osób starszych zaklasyfikowano jako umiarkowanie niesprawne, a 11,2% jako osoby ze znaczną niesprawnością. W grupie osób w wieku 80–84 lata 46,9% pozostaje w pełni samodzielne, wśród osób w wieku 85–89 lat jest ich już 23,3%, a w grupie 90-latków – już tylko 8,3%.

Zwiększające się wraz z wiekiem ryzyko ograniczeń funkcjonalnych potwierdzają wyniki badań wśród mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+, mających na celu ocenę poziomu funkcjonalności mierzonej skalami ADL i IADL [Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 7–8]. Co prawda ogólny obraz samodzielności mieszkańców województwa w wieku powyżej 60 lat jest stabilny<sup>14</sup>, co oznacza, że większość z nich jest samodzielna w zakresie podstawowych czynności życia codziennego według skali ADL. Niemniej jednak ograniczenie sprawności charakteryzuje ponad 33 tys. mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+, z czego 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. Co piąty mieszkaniec województwa wieku 60+ ma orzeczenie o niepełnosprawności, w tym 5% ogólnej populacji w stopniu znacznym, 10% w stopniu umiarkowanym [tamże: 38]. Nieco wyższy odsetek osób niesamodzielnych ogółem (tzn. osób z ograniczeniami sprawności)

366

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 pkt: 0 pkt oznacza brak samodzielności osoby, 10 pkt – jej samodzielność, uzyskanie 5 pkt oznacza, iż osoba wymaga pomocy. Zgodnie z obowiązującą procedurą NFZ pacjent, który uzyskuje w ocenie 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 pkt, jest osobą „lekką niesprawną”, a przedział od 21 do 85 pkt oznacza, iż jej stan jest „średnio ciężki”, do 20 pkt – ciężki.

<sup>14</sup> Badanie zostało zrealizowane wśród mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+, a jego celem była ocena poziomu funkcjonalności mierzona skalami ADL i IADL.



w województwie łódzkim (11,8%) niż w Polsce (10,9%)<sup>15</sup> oraz tendencję wzrostową udziału osób niesamodzielnych wraz z wiekiem, w tym najwyższy udział osób niesamodzielnych w wieku senioralnym, potwierdzają wyniki badania pn. „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim”<sup>16</sup>. Odsetek osób 65+ samodzielnie wykonujących czynności wyróżnione w skali ADL w Polsce i województwie łódzkim jest podobny, ale już mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 70–74 lat oraz powyżej 85. roku życia są mniej samodzielni w wykonywaniu czynności życia codziennego [Kusideł i in. 2017: 133]. Wraz z wiekiem rośnie odsetek osób, których zdolność do samodzielnego wykonywania złożonych czynności życia codziennego monitorowanych w skali IADL znacząco słabnie. W grupie najstarszych seniorów, powyżej 85. roku życia, odsetek osób niewykonyjących tego

<sup>15</sup> Badanie zostało zrealizowane w 2017 roku. 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 miały aktualne orzeczenie i jednocześnie deklarowały 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 miała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony, lub osobę, która takiego orzeczenia nie miała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (praca, nauka, zabawa, samoobsługa) w stopniu odpowiednio całkowitym, poważnym, umiarkowanym [Kusideł i in. 2017: 123]. Wyższy odsetek osób jest wynikiem przede wszystkim wyższego odsetka osób z niesamodzielnoscia w stopniu umiarkowanym (Polska – 60,6%, województwo łódzkie – 64,4%; w grupie tej znalazły się głównie osoby w wieku 25–54 lata). W pozostałych grupach wiekowych odsetek osób z niesamodzielnoscia umiarkowaną kształtuje się następująco: 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%. Odsetek osób z niesamodzielnoscia w stopniu poważnym dla Polski wynosi 25,8%, dla województwa łódzkiego 24,7% i w stopniu całkowitym (Polska – 13,5%, województwo łódzkie – 11,0%) jest nieznacznie niższy [Kusideł i in. 2017: 128].

<sup>16</sup> Do oceny skali niesamodzielnosci wykorzystano wyniki badania „PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” [Mossakowska i in. 2012] oraz przeprowadzone w województwie łódzkim w 2017 roku na próbie 1100 osób badanie „Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego”, udostępnione na potrzeby niniejszych analiz przez Regionalne Centrum Pomocy Społecznej. W przypadku obu badań do oceny niesamodzielnosci ze względu na wiek używano skali oceny podstawowych czynności życiowych – skali Katza (ADL – *activities of daily living*), oraz skali złożonych czynności życia codziennego – skali 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.

typu czynności jest porównywalny dla Polski i województwa łódzkiego i wynosi 60% [tamże: 151].

W istotny sposób na wzrost zapotrzebowania na pomoc i wsparcie opiekuńcze (środowiskowe i instytucjonalne) wpływa postępujący proces depopulacji województwa łódzkiego. Co więcej, jak wskazują prognozy, dynamika procesu, który polega na stałym zmniejszaniu się liczby mieszkańców, nie tylko utrzyma swoją aktualną tendencję, ale wzrośnie, w efekcie dwóch uzupełniających się procesów, tj. ujemnego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji [Plan... 2013; Szukalski 2019: 10; Ocena... 2020]. Według prognoz GUS w 2030 roku proces depopulacji dotknie blisko połowę gmin [Szukalski 2019: 11, za: GUS<sup>17</sup>], na przestrzeni kolejnych dwóch dekad, do 2050 roku, spowoduje, że liczba mieszkańców województwa zmniejszy się o 18,6% w porównaniu do stanu z 2019 roku. Trudno zatem, jak wskazuje Piotr Szukalski, nie wiązać z procesem depopulacji szeregu konsekwencji natury społecznej i ekonomicznej. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można wskazać, iż w pierwszym przypadku wzmocni potrzebę instytucjonalizacji systemu opieki nad osobami starszymi, w konsekwencji osłabienia naturalnych, rodzinnych i sąsiedzkich systemów wsparcia, z drugiej strony wygeneruje zagrożenia wynikające z potencjalnych tendencji do ograniczania dostępu do tego rodzaju usług, z uwagi na wysokie koszty ekonomiczne ich utrzymywania czy rozwoju, zwłaszcza w mniejszych społecznościach lokalnych [Szukalski 2019: 13–14].

368

W konsekwencji sytuację demograficzną województwa opisuje mniej korzystna, niż ma to miejsce w województwach pozostałych, wartość wszystkich indeksów obciążenia demograficznego. I tak, Indeks Starości<sup>18</sup> wynosi 139 osób, podczas gdy dla Polski wartość ta osiąga 118 osób, współczynnik obciążenia osobami starszymi w wieku 65+<sup>19</sup> jest o średnio 3 osoby wyższy (29,1) niż w Polsce (25,8), podobnie wygląda sytuacja w przypadku współczynnika całkowitego obciążenia demograficznego<sup>20</sup> – w 2016 roku w województwie łódzkim na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada o średnio 3 osoby w nieprodukcyjnym więcej niż w Polsce (Polska – 61,7 osób, województwo łódzkie – 64,7 osób). Z kolei RLE<sup>21</sup>, przeciętne

<sup>17</sup> GUS, *Prognoza ludności gmin na lata 2017-2030*, s. 9.

<sup>18</sup> Indeks starości – relacja między liczbą osób w wieku 60 lat i więcej a liczbą ludności w wieku poniżej 19 lat.

<sup>19</sup> OADR – ang. *Old Age Dependency Ratio* – współczynnik obciążenia osobami w starszym wieku – liczba osób w wieku 65+ na liczbę osób w wieku 15–64.

<sup>20</sup> TDR – ang. *Total Dependency Ratio* – całkowity współczynnik obciążenia demograficznego jest stosunkiem liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na liczbę osób w wieku produkcyjnym.

<sup>21</sup> RLE – ang. *Remaining Life Expectancy* – dalsze trwanie życia oznacza przeciętną liczbę lat, jaka pozostała poszczególnym rocznikom do przeżycia (dane w liczbach bezwzględnych).

trwanie życia, jest najniższe dla województwa łódzkiego, w przypadku mężczyzn o prawie dwa lata, a kobiet – o ponad rok [Kusideł i in. 2017: 95].

W kolejnych dekadach strukturę potrzeb opiekuńczych w ramach instytucjonalnych i środowiskowych form wsparcia w istotny sposób mogą determinować zauważalne aktualnie ograniczenia potencjału opiekuńczego rodzin. W tym momencie trudno jednakże o jednoznaczną interpretację zachodzących przeobrażeń. Z jednej strony spada znaczenie rodzinnych sieci wsparcia w efekcie zachodzących zmian w sferze życia rodzinnego. Z drugiej strony równolegle kształtują się nowe wzory realizacji funkcji opiekuńczej wobec osób starszych w rodzinie. Oprócz modelu wsparcia ograniczonego w sposób bezpośredni jedynie do zasobów rodzinnych rodziny, podejmując decyzje o organizacji procesu pomocy, wypracowują różne strategie sprawowania opieki nad osobami starszymi, włączając w ich ramy dostępne wsparcie w formie środowiskowej i instytucjonalnej. Przykład mogą stanowić także strategie opieki nad seniorami w sytuacji migracji zarobkowej dorosłych członków rodzin [Krzyżowski 2012; Cekiera 2016; Kramkowska 2016; Kusideł i in. 2017].

W tym miejscu należy podkreślić, iż z uwagi na głęboko zakorzeniony w polskim społeczeństwie pogląd, że rodzina w obliczu starości ponosi odpowiedzialność opiekuńczą, wsparcie opiekuńcze ze strony najbliższych członków rodziny, współmałżonka i dorosłych dzieci czy innych krewnych<sup>22</sup> w miejscu zamieszkania seniora jest nadal najbardziej oczekiwaną i zarazem praktykowaną formą opieki w rodzinach. Jak wskazują wyniki badań, osoby starsze, które z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia, sprawności, kłopoty finansowe, trudności w robieniu zakupów, prowadzeniu gospodarstwa domowego, załatwianiu spraw urzędowych, są nie w pełni samodzielne, otrzymują pomoc ze strony współmałżonka, dorosłych dzieci, wnuków, a w dalszej kolejności innych krewnych, a także sąsiadów [Mossakowska i in. 2012; Urbaniak 2017]. Jak deklarują członkowie rodzin, podejmując się roli opiekuna, czynią to z uwagi na bliską więź emocjonalną, głęboko zakorzenione poczucie obowiązku, obawy przed złamaniem norm nakazujących świadczenie opieki bliskim czy też wynikającą z pobudek altruistycznych chęć niesienia pomocy [tamże: 100]. Warto podkreślić, iż wsparcie świadczone w rodzinie najczęściej odbywa się przy ograniczonym wykorzystaniu zewnętrznych, pozarodzinnych form pomocy. Pomoc świadczona przez instytucje pomocy społecznej lub instytucje w sektorze

<sup>22</sup> 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.

służby zdrowia uruchamiana jest dopiero w sytuacji, gdy najbliżsi krewni w sposób bezpośredni nie są w stanie sprawować opieki lub wymaga tego stan zdrowia seniora [Szweda-Lewandowska 2014; Anioł i in. 2015: 109; Pieńkosz, Matejczuk 2015]. Niemniej jednak trudno nie zauważyć, iż głęboko zakorzenione w rodzinnym modelu opieki wzory powinności rodzinnej ulegają pewnym przekształceniom.

Jak wynika z badań, zasoby opiekuńcze rodzin ulegają w sposób zauważalny ograniczeniu. Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje się m.in. w zmianach wielkości rodzin, wzorca prokreacji determinujących znaczący spadek poziomu diety, rozpowszechnieniu struktur życia rodzinnego z nie zawsze zinternalizowaną powinnością postaw opiekuńczych, przestrzennym rozproszeniu czy migracjach zarobkowych dorosłych dzieci, wertykalizacji sieci rodzinnej. Malejący potencjał opiekuńczy rodzin potwierdza znaczący spadek współczynnika potencjalnego wsparcia z 485 do 169 osób<sup>23</sup> oraz wzrost współczynnika opieki nad rodzicami, z 8 do 38 osób<sup>24</sup>. Oznacza to, że liczba osób w wieku 16–64 lata mogących świadczyć wsparcie osobom powyżej 65. roku życia maleje, natomiast wzrasta liczba osób powyżej 85. roku życia wymagających wsparcia przez osoby podejmujące się roli opiekuna w wieku 50–64 lata [Urbaniak 2017: 58]. W efekcie coraz częściej w rodzinnych wzorach sprawowania opieki nad osobą starszą mamy do czynienia z sytuacją, w której po pierwsze zaledwie jedna lub dwie osoby w rodzinie są w stanie podjąć się roli opiekuna osoby starszej, po drugie, odpowiedzialnością za opiekę nad własnymi wnukami i rodzicami obciążone jest pokolenie tzw. *sandwich generation* (osoby w wieku 45–65 lat), po trzecie, w przypadku rodzin z dwoma pokoleniami seniorów osobami powyżej 80. roku życia opiekują się osoby zaledwie o 20–30 lat młodsze, które równolegle borykają się np. z własnymi problemami zdrowotnymi [tamże: 7–10]. Malejąca wydolność opiekuńcza rodzin jest także efektem ograniczonych środków finansowych, niezbędnych do pokrycia coraz wyższych kosztów opieki.

W przypadku wielu rodzin istotnym problemem jest organizacja procesu pomocy i wybór formy opieki nad starszymi krewnymi. Decyzje w tym zakresie wyznacza rodzaj i zakres niesamodzielności, sytuacja rodzinna seniora oraz dostęp do placówek specjalistycznych i ich standard. Jak wynika z badań, rodziny często pozostają w sytuacji ograniczonych możliwości podejmowania wyborów zgodnych z ich preferencjami, decyzje podyktowane są koniecznością, wynikają z ograniczeń finansowych uniemożliwiających

<sup>23</sup> Współczynnik potencjalnego wsparcia oznacza liczbę osób w wieku 16–64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 65 lat i więcej.

<sup>24</sup> Współczynnik opieki nad rodzicami wskazuje liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lata.

skorzystanie z pomocy indywidualnego opiekuna spoza gospodarstwa domowego, a także ograniczonych możliwości dostępu do opieki instytucjonalnej [Pieńkosz, Matejczuk 2015]. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię, mianowicie na nie zawsze wystarczający zakres umiejętności opiekunów rodzinnych, z uwagi na specyfikę doświadczanych przez osoby starsze zaburzeń, zwłaszcza w sytuacji, gdy nierzadko specjalistycznej opieki i pielęgnacji wymaga jednocześnie w rodzinie więcej niż jedna osoba w wieku senioralnym. Trudności pogłębia fakt, iż opieka nad osobą starszą, która z racji stopnia niesamodzielności wymaga szeregu czynności opiekuńczych, jest wyczerpująca, powoduje zmęczenie psychiczne i fizyczne, angażuje duże zasoby czasu, a także niekiedy prowadzi do napięć, nieporozumień i konfliktów rodzinnych<sup>25</sup>. W rodzinach praktykowane są różne strategie rdzenia sobie z obciążeniami fizycznymi i psychicznymi [Urbaniak 2017].

Według wyników badań w województwie łódzkim seniorzy, którzy z racji wieku, długotrwałej, ograniczonej zdolności do samodzielnego życia wymagają w codziennym funkcjonowaniu pomocy w mniejszym lub większym zakresie, są w przeważającej mierze wspierani przez opiekunów rodzinnych, współmałżonków i/lub dorosłe dzieci [Urbaniak, Krzyszkowski 2017: 43]. Strategie rodzin dotyczące zasad organizacji i wyboru formy opieki w pierwszej kolejności opierają się na zasobach rodzinnych, ale uwzględniają także dostępność do środowiskowych oraz zinstytucjonalizowanych form wsparcia opiekuńczego dla zależnych osób starszych. Poza wsparciem rodzinnym biorą pod uwagę opiekę w miejscu zamieszkania przez formalnych opiekunów lub pielęgniarke, następnie, co prawda w ostatniej kolejności, pod uwagę brany jest pobyt w placówkach stacjonarnej opieki długoterminowej. Co piąty badany dopuszcza możliwość zamieszkania w domu pomocy społecznej finansowanym ze środków publicznych, co dziesiąty badany dopuszcza możliwość pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, 8% wyraża potencjalną zgodę na pobyt w prywatnym domu spokojnej starości, 7% deklaruje gotowość na pobyt w hospicjum, a prawie 45% badanych nie bierze pod uwagę żadnej instytucjonalnej formy pomocy ze strony osób trzecich [tamże: 112].

<sup>25</sup> Zakres czynności opiekuńczych jest uzależniony od wieku i potrzeb osoby starszej. Najczęściej czynności związane ze świadczeniem opieki są to czynności zorientowane na przestrzeń, w której sprawowana jest opieka (prace domowe, pranie, sprzątanie, zmywanie, generalne porządki, remonty, naprawy w domu), czynności zorientowane na osobę otrzymującą opiekę (zapewnienie i podanie posiłku, podawanie leków, dotrzymanie towarzystwa, pomoc przy ubieraniu, zabiegi medyczne, tj. np. wykonywanie zastrzyku, 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 leków, przyniesienie opału, palenie w piecu) [Urbaniak 2017: 93].

## Zasoby środowiskowego i instytucjonalnego wsparcia osób starszych w fazie niesamodzielności w województwie łódzkim

Jak wskazują wyniki raportu *Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego* [2016], w województwie łódzkim zasoby instytucjonalnych i środowiskowych form wsparcia, pomimo zauważalnej poprawy w wielu wymiarach, są nadal niewystarczające w stosunku do istniejących w tym zakresie potrzeb. Przyczyny tego stanu rzeczy autorzy raportu lokują w niewystarczających zasobach infrastruktury opieki długoterminowej oraz usług o charakterze dziennym i środowiskowym, co skutkuje długimi terminami oczekiwania na miejsce lub przyznanie opieki, zbyt dużej koncentracji uwagi na rozwoju instytucji całodobowych, rozproszeniu odpowiedzialności za politykę senioralną, ponadto nierównomiernym przestrzennym rozmieszczeniu placówek, które koncentrują się w dużych ośrodkach miejskich, niewystarczających zasobach kadry, w tym profesjonalnie przygotowanej kadry opiekuńczej, niewystarczającym finansowaniu, limitach NFZ, wysokich kosztach utrzymania, nadmiarze biurokracji w procesie uzyskiwania wsparcia [tamże: 91]. Jak wykazano w raporcie, cztery piąte placówek świadczących usługi opiekuńcze ma listę oczekujących, średnio na przyjęcie do placówki czeka 18 osób, w przypadku domów pomocy społecznej jest to 17 osób, a średni czas oczekiwania na przyjęcie do placówki wynosi 37 tygodni [tamże: 80]. Szczególnie dotkliwie odczuwany jest brak miejsc w placówkach stacjonarnej opieki hospicyjnej, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz domach pomocy społecznej. Na koniec 2019 roku wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej<sup>26</sup> osiągnął w województwie wartość blisko 81,3%, co oznacza, że blisko 19,0% osób (235 osób) wymagających umieszczenia w tego typu placówce oczekiwało na miejsce w domu pomocy społecznej [Ocena... 2020]<sup>27</sup>. Ograniczone w stosunku do rosnących potrzeb są także zasoby pomocy środowiskowej świadczonej w formie

372

<sup>26</sup> Stosunek liczby osób umieszczonych w ciągu roku do ogółu osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej, tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie.

<sup>27</sup> Wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej w 2018 roku 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 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... 2018: 28].

usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej oraz opieki dziennej w ramach dziennych domów pomocy, podczas gdy seniorzy i ich rodziny, jak wskazują badania, zdecydowanie częściej są zainteresowani taką formą pomocy [*Dostępność...* 2018: 4, 29].

## Środowiskowe formy wsparcia nie w pełni samodzielnych osób starszych

Kluczowym elementem systemu wsparcia osób starszych jest pomoc świadczona w ich środowisku zamieszkania. W jej ramach, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, osoby starsze z uwagi na długotrwałą chorobę i samotność mają prawo do pomocy w postaci usług opiekuńczych, w tym także o charakterze specjalistycznym, finansowanej w ramach ochrony zdrowia pielęgniarstwie opieki długoterminowej<sup>28</sup>, pomocy w ramach hospicjum domowego. Pomoc zapewniającą częściowo samodzielne funkcjonowanie w środowisku osoby starsze znajdują w ramach finansowanych przez samorząd lokalny mieszkaniach chronionych i rodzinnych domach pomocy. Warto ponadto zwrócić uwagę na jeszcze inne, istotne formy dostępnej pomocy wykraczające poza czynności opiekuńcze. Należą do nich np. zaopatrzenie osoby starszej w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, dofinansowanie zmian architektonicznych w celu dostosowania mieszkania do potrzeb osoby starszej, tak aby ograniczyć zagrożenie potencjalnymi urazami, czy też pomoc w uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności. Podstawowym warunkiem pozostawania osoby starszej w jej dotychczasowym środowisku pozostaje dostępność usług opiekuńczych. W województwie łódzkim wzrasta liczba osób, w tym osób w wieku senioralnym, które zostały objęte tą formą wsparcia. W 2019 roku łącznie było to ponad 7 tys. osób (tj. 9,4% ogółu świadczeniobiorców pomocy społecznej), wypłacono ogółem 1,8 mln świadczeń na łączną kwotę 34,2 mln zł<sup>29</sup>, w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w 2019 roku objęto pomocą 159 mieszkańców

373

<sup>28</sup> Świadczenia pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej są udzielane osobie, która w skali Barthel otrzymała 40 pkt lub mniej i nie korzysta z innych form opieki zdrowotnej, takich jak hospicja, ZOL, ZPO.

<sup>29</sup> Oznacza to wzrost o 193 osoby, o 31,2 tys. świadczeń i o blisko 3 mln zł więcej niż w 2018 roku. W 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...* 2018: 21].

województwa, którym udzielono ponad 14,6 tys. świadczeń na łączną kwotę blisko 557 tys. zł<sup>30</sup> [Ocena... 2020]<sup>31</sup>. Pomoc w formie usług opiekuńczych jest udzielana na wniosek osoby zainteresowanej lub członka rodziny. Podstawowym kryterium warunkującym dostępność tego typu świadczenia jest rozpoznanie zakresu ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia osoby starszej. Oceny dokonuje pracownik socjalny na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej, wywiadu oraz obserwacji. Ocena uwzględnia poziom samodzielności/zależności osoby w takich obszarach jak sprawność ruchowa, czynności samoobsługowe, zdolność porozumiewania się, ponadto uwzględnia zakres zasobów osób bliskich i własnych osoby starszej, zasoby materialne i mieszkaniowe, także sytuację rodzinną pod kątem możliwości zapewnienia osobie niesamodzielnej opieki przez bliskich, wskazując na czynności, które wykonuje rodzina, sąsiedzi, oraz czynności, które powinna wykonywać opiekunka [Kusideł i in. 2017: 95].

W ramach systemu ochrony zdrowia osoby starsze mogą skorzystać ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formie opieki długoterminowej realizowanych w warunkach domowych. Tą formą opieki zostają objęte osoby starsze obłożnie i przewlekle chore, które z uwagi na istniejące problemy zdrowotne otrzymały 40 lub mniej punktów w skali Barthel i wymagają systematycznych zabiegów medycznych, jednakże nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Świadczenia długoterminowej opieki poza zakresem niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych obejmują także kształtowanie umiejętności radzenia sobie z niesprawnością, edukację zdrowotną osoby starszej i jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego świadczeniobiorcy w domu.

Istotny rodzaj podmiotów pomocy środowiskowej, z jakiej korzystają osoby starsze, które z powodu choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione lub rodzina nie może takiej pomocy zapewnić, stanowią placówki opieki dziennej, tj. dzienne domy pomocy oraz

<sup>30</sup> 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 2016 roku, przy czym w 2018 roku 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).

<sup>31</sup> Pomoc w miejscu zamieszkania świadczona przez organizacje pozarządowe. Organizacje pozarządowe udzielające pomocy na rzecz osób starszych skupiają się wokół działalności dotyczącej potrzeb osób starszych. Usługi opiekuńcze prowadzi PCK i Polski Komitet Pomocy Społecznej, Ośrodek Dziennego Pobytu dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych Sióstr Felicjanek w Rzgowie, SPR Amicus w Sieradzu.



kluby samopomocy. W 2019 roku w województwie łódzkim funkcjonowały 43 dzienne domy pomocy zlokalizowane na terenie 11 powiatów i w 3 miastach na prawach powiatu, dysponujące łącznie 1798 miejscami, z których w ciągu całego roku skorzystało łącznie 2187 osób<sup>32</sup>. Natomiast niemal we wszystkich powiatach (poza jednym, powiatem poddębickim) działały 253 kluby samopomocy i inne miejsca spotkań dla seniorów, oferując łącznie 435 miejsc (o 95 miejsc więcej niż w 2018 roku), z których skorzystało łącznie 420 osób (o 130 więcej niż w 2018 roku) [Ocena... 2020: 116]. Dom dziennego pobytu zapewnia swoim podopiecznym kilkugodzinny pobyt, zaspokajając ich potrzeby bytowe, kulturalne, rekreacyjne, towarzyskie, terapię zajęciową, świadczenia opiekuńcze, gerontopedagogiczne.

## Opieka długoterminowa świadczona w instytucjach opieki stacjonarnej

W przypadku osób starszych, obłożnie chorych, bezradnych, niepełnosprawnych, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym, nie mają zapewnionej opieki w rodzinie i którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej zapewniona zostaje pomoc w ramach stacjonarnej, całodobowej opieki długoterminowej, którą świadczą domy pomocy społecznej. W województwie łódzkim w 2019 roku stacjonarną formą wsparcia opiekuńczego zostało objętych ponad 7 tys. osób powyżej 60. roku życia. W ramach funkcjonujących 55 domów pomocy społecznej zlokalizowanych na terenie 22 powiatów, oferujących łącznie 6211 miejsc<sup>33</sup> [Ocena... 2020: 88], zgodnie z przyjętym podziałem typologicznym 20 placówek świadczy pomoc dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych, 17 – dla osób przewlekle psychicznie chorych, 6 – dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 1 – dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 2 – dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 1 – dla innych odbiorców, zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej. W ogólnej strukturze wiekowej podopieczni domów pomocy społecznej to przede wszystkim osoby w wieku poprodukcyjnym (62%), niespełna 38% mieszkańców placówek to osoby w wieku produkcyjnym,

<sup>32</sup> Największa liczba tego typu placówek jest zlokalizowana w Łodzi (22 ośrodki).

<sup>33</sup> Największa liczba DPS zlokalizowana jest w Łodzi, w województwie łódzkim – za ten DPS nie działa jedynie na terenie dwóch powiatów.

zaledwie 14 osób jest w wieku przedprodukcyjnym<sup>34</sup>. Tą formą wsparcia w największym stopniu zainteresowane są osoby samotne i osamotnione. Podopieczni domów pomocy społecznej wymagają pomocy w zachowaniu higieny osobistej – 91%, pielęgnacji – 94% (wykonywanie zaleceń lekarskich, zakładanie opatrunków, podawanie leków) [*Institucje...* 2016: 72]. Około 14% wszystkich podopiecznych domów pomocy społecznej (845 osób) stanowią osoby, które nie opuszczają łóżek [*Ocena...* 2020]<sup>35</sup>.

Osoby w wieku senioralnym przewlekłe chore, które nie wymagają hospitalizacji, wymagają jednak ze względu na stan zdrowia kontynuacji leczenia oraz profesjonalnej całodobowej opieki i pielęgnacji, mogą zostać objęte m.in. opieką długoterminową realizowaną w warunkach stacjonarnych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej świadczenia udzielane w zakładach opiekuńczych obejmują świadczenia udzielane przez lekarza oraz pielęgniarkę, rehabilitację ogólną, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne i edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu seniora i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Opieką zakładu opiekuńczo-leczniczego zostają objęte osoby starsze obłożnie i przewlekłe chore, które otrzymały 40 lub mniej punktów w skali Barthel. Wsparcie i specjalistyczną opiekę geriatryczną w województwie łódzkim zapewniają m.in. Centralny Szpital Weteranów oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie – Centrum Medyczne Boruta. Placówki te oferują niewielką liczbę miejsc: w pierwszym przypadku są to 24 miejsca, w drugim przypadku – zaledwie 10 miejsc. Osoby w wieku senioralnym, które wymagają wszechstronnej opieki medycznej i psychologicznej z uwagi na terminalny okres choroby, znajdują wsparcie w 17 placówkach hospicyjnych, zlokalizowanych na terenie 10 powiatów [*Ocena...* 2020].

376

<sup>34</sup> Najstarsi mieszkańcy (dwie takie osoby w 2019 roku) byli w wieku 106 lat, najmłodszy mieszkaniec zaś miał 3 lata.

<sup>35</sup> Alternatywną w stosunku do domów pomocy społecznej formą świadczenia całodobowej opieki nad osobami starszymi są rodzinne domy pomocy. 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.

## **Problemy i ograniczenia utrudniające realizację działań opiekuńczych w instytucjach opieki długoterminowej**

Problemy i ograniczenia, z jakimi mierzą się placówki udzielające wsparcia niesamodzielnym osobom starszym w województwie łódzkim, mają zróżnicowany charakter, pojawiają się w różnych fazach świadczenia opieki oraz wynikają z odmiennych przyczyn. Generalnie można je ułożyć w trzech kluczowych obszarach<sup>36</sup>. Po pierwsze, są to ograniczenia utrudniające przebieg procesu oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Ograniczenia lokowane w tym zakresie dotyczą m.in. ram czasowych przewidzianych na ocenę zakresu samodzielności seniora, nieadekwatności informacji zawartych w otrzymywanych dokumentach, narzędzi pozwalających na dokonywanie trafnego rozpoznania jego problemów i potrzeb, sposobu współpracy między różnymi instytucjami zaangażowanymi w ten proces, postawy osoby starszej oraz postaw i zachowań członków jej najbliższego otoczenia. Po drugie, doświadczane ograniczenia związane są z udzielaniem adekwatnego do potrzeb zakresu wsparcia podopiecznych. Składają się na nie w głównej mierze: ograniczony potencjał infrastruktury pomocowej, ograniczenia finansowe oraz kadrowe, w obu przypadkach skutkujące nadmiernym obciążeniem kadry obowiązkami opiekuńczymi. Po trzecie, proces opiekuńczy utrudniają problemy adaptacyjne podopiecznych wynikające z samotności, depresji, ograniczonego lub całkowitego braku kontaktu rodziną.

377

### **Ograniczenia utrudniające proces oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych**

W placówkach opieki długoterminowej kluczową kwestią uruchamiającą proces opiekuńczy jest dostosowanie zakresu niezbędnego wsparcia do indywidualnych potrzeb podopiecznych. Wymaga to rozpoznania posiadanych zasobów i kompetencji oraz wynikających ze stanu zdrowia deficytów i ograniczeń warunkujących z kolei zakres i poziom niesamodzielności. Rozpoznanie to służy opracowaniu indywidualnego planu wsparcia, który

<sup>36</sup> Co ważne, wskazywane przez badanych problemy i ograniczenia występujące w różnych typach instytucji świadczących wsparcie niesamodzielnym osobom starszym są niekiedy opisywane jako problemy, innym razem zaś jako przyczyny innych problemów.

uwzględnić pakiet usług opiekuńczych dostosowanych do potrzeb konkretnej osoby. Najważniejszym kryterium oceny jest stan zdrowia. Kondycja fizyczna i psychiczna wyznacza bowiem zakres czynności, które senior 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. Zasadniczą kwestią, która „na wejściu” podopiecznego do placówki utrudnia proces wstępnej oceny zakresu jego niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, stanowi nieadekwatność informacji zawartych w otrzymanywanych dokumentach w stosunku do stanu faktycznego. Problem ten wybrzmiewa szczególnie wtedy, gdy osoba starsza trafia do domu pomocy społecznej:

*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 wywiadu<sup>37</sup> 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, wyłapać 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 te 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 oceny wstępnej analiza dokumentacji jest uzupełniana o bieżącą obserwację.

W grupie ograniczeń tkwiących w samej procedurze oceny niekiedy nie mniej istotny problem stanowi nieadekwatność narzędzi diagnostycznych wynikająca z braku standaryzacji, czasochłonność ich stosowania i stopień skomplikowania. W konsekwencji wykorzystywanie specjalistycznych narzędzi diagnostycznych pozostawia się lekarzom i psychologom konsultującym podopiecznych w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia. W placówkach wykorzystuje się własne, uproszczone narzędzia,

<sup>37</sup> Respondentka ma na myśli wywiad środowiskowy.

pozwalające 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, 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).*

Szczególony rodzaj ograniczeń utrudniający procedurę ocenę należy wiązać z systemowym brakiem współpracy między instytucjami zaangażowanymi w proces pomocowy oraz obowiązującymi regulacjami prawnymi wyznaczającymi ramy działalności pomocowej, co skutkuje licznymi utrudnieniami w gromadzeniu i przepływie informacji na temat sytuacji podopiecznego. W kontekście realizacji procesu pomocowego szczególnie problematyczne wydają się zapisy ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie życia psychicznego. Wskazane regulacje, pozwalając na przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjenta członkom jego najbliższej rodziny, ograniczają tym samym, w sposób bezpośredni, placówce opiekuńczej możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia podopiecznego w sytuacji jego pobytu w szpitalu. Kadra domu pomocy społecznej, chcąc uzyskać tego typu informacje, jest zmuszona zwrócić się z prośbą o ich przekazanie do rodziny. Niekiedy zdobycie informacji o podopiecznym stanowi odwołanie się do tzw. dobrych chęci czy dozy zrozumienia ze strony lekarza. Nie zawsze jednak sposób ten jest skuteczny. Co więcej, poszczególne typy placówek pomocowych w sektorze pomocy społecznej i ochrony zdrowia są zaangażowane w zróżnicowanym stopniu w proces współpracy międzyinstytucjonalnej i, co warto zauważyć, poziom współpracy, jej zakres jak i formy wyznacza specyfika zadań realizowanych przez poszczególne typy placówek. Tym samym podmioty działające w ramach obu sektorów nie tworzą spójnego systemu wsparcia osób niesamodzielnych. Każda z nich działa niezależnie w ramach posiadanych uprawnień. Nie obowiązują regulacje prawne, które obligowałyby instytucje do ścisłej współpracy, ani też nie funkcjonują wewnętrzne procedury w tym zakresie. Współpraca między nimi ogranicza się zatem 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).*

Ograniczony w stosunku do rzeczywistych potrzeb lub co najmniej daleki od oczekiwanego zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej a instytucjami służby zdrowia jest szczególnie problematyczny dla pracowników socjalnych, w przypadku których wielokrotnie skuteczność podejmowanych działań wymaga sprawnej współpracy z kadrą instytucji służby zdrowia, przede wszystkim 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).*

380 Szczególny rodzaj ograniczeń, jaki identyfikują pracownicy socjalni, stanowi długi okres oczekiwania na opinie lekarskie, w tym przede wszystkim opinie psychiatryczne, co w konsekwencji utrudnia im podjęcie działań pomocowych. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego procedura umieszczenia osoby z niepełnosprawnością psychiczną w placówce pomocowej wymaga decyzji sądu. Ta z kolei, jeżeli osoba nie była wcześniej pod opieką poradni zdrowia psychicznego, jest uzależniona od opinii wydanej przez lekarza psychiatrę.

*Praktyka jest taka, że my np. stwierdzamy, że ktoś ma zaburzenia 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 pracownikom socjalnym podjęcie działań pomocowych utrudnia długie oczekiwanie na wydanie decyzji przez komisję 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). Dodatkowym obciążeniem jest wysoki stopień zbiurokratyzowania działań.

*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 dziś wydaje mi się, że mamy bardzo dużo papierów, dokumentacji, którą trzeba wypełnić, a nie ma osób, czasu, żeby to zrobić (wywiad 4).*

## **Ograniczenia związane z udzielaniem adekwatnego do potrzeb zakresu wsparcia – niewystarczająca dostępność różnych form świadczeń opiekuńczych**

Niezależnie od wskazanych powyżej utrudnień w praktyce oceny niesamodzielności podopiecznych personel instytucji pomocowych bardzo dobrze sobie radzi z rozpoznaniem ich potrzeb. Trudności i ograniczenia lokowane bezpośrednio w procesie diagnozowania postrzegane są jako wtórne wobec problemów najistotniejszych, z jakimi zderzają się placówki pomocowe, mianowicie ograniczeń w dostosowaniu do przeprowadzonego rozpoznania adekwatnych działań pomocowych. Nadrzędnym problemem związanym ze świadczeniem wsparcia opiekuńczego jest kwestia rozbieżności pomiędzy wynikiem przeprowadzanej diagnozy a możliwościami dostosowania do niego działań, adekwatnie wspierających osobę diagnozowaną. Adekwatne rozpoznawanie zakresu potrzeb opiekuńczych nie zawsze idzie w parze z instytucjonalnym kontekstem, w ramach którego proces ten przebiega. W tym przypadku kluczowe trudności wynikają z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze, z braku wystarczającej infrastruktury pomocowej w zakresie różnych form świadczeń opiekuńczych; po drugie, z braków kadrowych, wynikających z ograniczonego w stosunku do istniejących potrzeb zakresu finansowania placówek pomocowych.

W jednoznacznej ocenie kadry placówek pomocowych to, co utrudnia adekwatny do potrzeb zakres wsparcia niesamodzielnych osób starszych, to braki infrastruktury pomocowej świadczącej wsparcie w formie opieki długoterminowej oraz usług opiekuńczych realizowanych w miejscu zamieszkania osoby starszej. Liczba miejsc dostępnych w placówkach opieki długoterminowej, pomimo dostrzeganej poprawy, jest w stosunku do rzeczywistych potrzeb nadal niewystarczająca, co skutkuje długim, niekiedy kilkumiesięcznym okresem oczekiwania na umieszczenie czy to w domu pomocy społecznej, czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

*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).*

Na brak infrastruktury pomocowej i związane z tym problemy z zapewnieniem właściwej opieki dla osób starszych po okresie hospitalizacji zwraca uwagę kadra sektora ochrony zdrowia:

*Jeżeli istnieje podejrzenie niesamodzielności bądź np. uzależnienia od innych osób, to barierą jest czasem to, co dalej z pacjentem, tylko to, bo zdiagnozować możemy wszystko. Wiemy, że pacjent jest niesamodzielny, ale do domu go nie puścimy, jeżeli nie ma rodziny i nie ma rozwiniętej, powiedzmy, sieci instytucji. 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. Jest diagnoza, jest wszystko 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 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, domy pomocy społecznej, one nie są wydolne. A warunki socjalne nie pozwalają na to, żeby zawieźć pacjenta do domu, bo albo sanitarne nie spełniają wtedy norm, albo osoba nie jest samodzielna. Zdarza się, że pacjent czeka cały czas na miejsce w ZOL-u na oddziale, ileś miesięcy. 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 i tak czeka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, chyba że na tyle się poprawi jego stan, że jest możliwe przejście do domu (wywiad 19).*

Obok utrudnień w dostępie do placówek opieki długoterminowej kluczowe są także ograniczenia w dostępie do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej. Problem ten wybrzmiał w sposób wyraźny na przestrzeni ostatnich dwóch lat, kiedy to w sposób znaczący ograniczono środki finansowe na ten cel w budżecie miasta.

*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 telefony też nasze 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 usług ludzimi, 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, jakim jest, zdrowia 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 dojsciem, 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).*

Wprowadzona przez Urząd Miasta tabela dochodowa spowodowała znaczący wzrost kosztów usług opiekuńczych<sup>38</sup>, a w konsekwencji znacząca część osób wymagających wsparcia tą formą pomocy, nie będąc w stanie samodzielnie ponosić ich kosztów, została zmuszona do rezygnacji lub też ich znaczącego ograniczenia, w wymiarze czasu i zakresu.

383

*Osoby starsze po prostu nie stać, żeby mieli taki wymiar i zakres usług jak by chcieli, 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 sterety dokumentacji do tego, że jest to po prostu jedna wielka biurokracja i straszny mózół, żeby coś takiego uzyskać (wywiad 14).*

Zakres dostępnych 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 muszę mieszkanie zapłacić. W większości tak naprawdę przypadków 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*

<sup>38</sup> W opinii pracownika 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 22,00 zł; przy dochodach w wysokości 1500 zł taki wzrost odpłatności jest mocno odczuwalny.

określa mniej więcej kwotę na miesiąc, ile będą płacić chorzy, i to jest główny czynnik zaprzestania większej pomocy (wywiad 15).

Często wskazane ograniczenia dotknęły osób starszych znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji życiowej, osób samotnych, bez jakiegokolwiek możliwości wsparcia ze strony bliskich, osób schorowanych i bardzo często leżących.

*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).*

Braki kadrowe to kolejny problem, z jakim w swojej praktyce mierzą się placówki pomocowe. Dotyczą one zarówno ograniczonej w stosunku do potrzeb liczby personelu opiekuńczego, jaki sprawuje bezpośrednią opiekę nad podopiecznymi, jak i dostępności specjalistów, w tym lekarzy psychiatrów, włączanych w działania pomocowe na różnych etapach procesu wsparcia:

*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 domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych odczuwany jest brak przede wszystkim personelu opiekuńczego.

*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).*

### W zakładach opiekuńczo-leczniczych

*standardowo tak jak w całej służbie zdrowia, że 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 geriatрії, ale są też normy, że rehabilitant np. na 15 osób jeden, to w ten sposób wygląda, to jak w praktyce każdy to minimalnie stara się utrzymać, tak natomiast problemem 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 w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, chyba że na tyle się poprawi jego stan, że jest możliwe przejście do domu (wywiad 19).*

Identyfikowane w placówkach ograniczenia kadrowe, zwłaszcza personelu opiekuńczego, jak oceniają sami badani, wynikają z braku zainteresowania podejmowaniem tego rodzaju aktywności zawodowej z dwóch

zasadniczych powodów: niskiego poziomu oferowanych wynagrodzeń oraz specyfiki trudności w pracy z osobami starszymi. Z jednej strony, w kontekście zakresu wykonywanych czynności opiekuńczych oraz koniecznych, uregulowanych stosownymi przepisami prawa kwalifikacji pracowników, poziom oferowanych zarobków jest daleki od możliwych do zaakceptowania przez kandydatów zgłaszających się do pracy.

*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).*

Z drugiej strony z uwagi na skalę trudności i wymagane predyspozycje praca z wymagającymi wsparcia opiekuńczego osobami starszymi postrzegana jest jako 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 z komunikacją 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 wyposażyć najlepiej jak możemy, ale nie zawsze rodzina to rozumie (wywiad 4).*

385

W konsekwencji praca personelu opiekuńczego wiąże się z wykonywaniem dużego zakresu czasochłonnych obowiązków.

*Mamy dużo pracy, zajmujemy się na bieżąco wieloma rzeczami, które musimy zrobić przy naszych podopiecznych (wywiad 4).*

Innym problemem jest kwestia zatrudnienia specjalistów. Część kadry np. domów pomocy społecznej stanowią osoby pracujące na umowę-zlecenie.

*To marzy mi się taka placówka, która miałaby w swoich szeregach zatrudnionych ludzi, którzy zajmowałiby 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, ponieważ nie mamy pracowników etatowych, ani psychologów, ani terapeutów (wywiad 12).*

Ograniczenia personelu powodują,

*że możliwości indywidualizacji pomocy 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 tym miejscu warto zwrócić uwagę, iż w sytuacji ograniczeń finansowych dostępne środki są kierowane raczej na świadczenie konkretnych usług niż wypracowywanie lub zakup kolejnych narzędzi diagnostycznych. Tym bardziej że przy sygnalizowanych brakach kadrowych czas, którym dysponują pracownicy, jest przeznaczony raczej na pracę z podopiecznym, niż na odrębną procedurę diagnostyczną. Diagnoza stanowi raczej element towarzyszący, pojawia się jako wynik obserwacji dokonywanych już w trakcie realizacji działań wspierających. Zwrócenie uwagi na działania pogłębiające jakość oceny, w tym zastosowanie narzędzi diagnostycznych, wymaga czasu i kadry, dzięki którym możliwe stanie się zaspokojenie wszystkich zdiagnozowanych potrzeb.

## **Problemy adaptacyjne podopiecznych**

W praktyce pomocowej kadra placówek nierzadko mierzy się z problemami wynikającymi z postaw podopiecznych oraz członków ich rodzin. W przypadku podopiecznych są to głównie problemy adaptacyjne wynikające z samotności, osamotnienia, depresji, ograniczonego lub całkowitego braku kontaktu z rodziną. W przypadku członków rodzin problematyczne są niekiedy postawy wyrażające niechęć do współpracy. Jak wskazują badania, znaczącą rolę w kształtowaniu poczucia samotności, osamotnienia odgrywa fizyczne oddalenie od bliskich. Poziom samotności osób w domach pomocy społecznej jest istotnie wyższy w porównaniu z poziomem samotności osób mieszkających samodzielnie w domach jednorodzinnych i osób mieszkających samodzielnie na osiedlach<sup>39</sup> [Kleszczewska-Albińska 2019: 33–34]. Stopień odczuwania samotności przez podopiecznych domów pomocy społecznej ma istotny wpływ na adaptację do warunków życia w placówce pomocowej. Proces adaptacji przebiega w sposób zróżnicowany. Zdecydowanie łatwiej do warunków życia w placówce i bardziej skłonne do współpracy są osoby, które trafiając do placówki, nie są obciążone doświadczeniem konfliktów rodzinnych, z którymi członkowie rodzin utrzymują systematyczny kontakt i udzielają wsparcia. Zdecydowanie trudniej proces adaptacji przebiega w przypadku podopiecznych,

---

<sup>39</sup> 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].

z którymi członkowie rodzin nie utrzymują kontaktu. Osoby te tęsknią, mają poczucie odrzucenia emocjonalnego, przez co wymagają zazwyczaj szerszego zakresu wsparcia, także wsparcia psychologicznego:

*Pacjenci ci 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 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 w Domu Pomocy Społecznej i o tym mówią. Jest im tutaj źle, rozsądково 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).*

Poczucie samotności charakteryzuje także osoby starsze wspierane w formie środowiskowych usług opiekuńczych.

*Zresztą to tak jak wszyscy ludzie, oni są bardzo różni, jak wszyscy, tak jak w naszym wieku. Na pewno są osobami samotnymi, bardzo są spragnieni kontaktu, spragnieni są drugiego człowieka niezmiernie. 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 zrobić, pomóc i jeszcze porozmawiać, zadbać o ciało i o ducha. Bo gros ludzi chce sobie nadzwyczajnej 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. 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, znaczy 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).*

## Zakończenie

W ramach podsumowania wymieniono najważniejsze ograniczenia, z jakimi mierzą się placówki pomocowe wspierające niesamodzielne osoby starsze w województwie łódzkim. Po pierwsze – nie w pełni adekwatną w stosunku do rosnących potrzeb dostępność infrastruktury stacjonarnych

placówek opieki długoterminowej oraz wsparcia w formie środowiskowych usług opiekuńczych, długoterminowej pielęgniarstwa pomocy środowiskowej. Po drugie – brak rozwiązań systemowych umożliwiających stały, bieżący przepływ informacji o osobach korzystających ze wsparcia między różnymi instytucjami zaangażowanymi w proces udzielania pomocy, co skutkuje wydłużeniem 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 niewystarczający, ograniczony zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i służby zdrowia, brak koordynacji działań pomiędzy sektorami pomocy społecznej i służby zdrowia. Po trzecie – nie w pełni adekwatną do potrzeb dostępność do lekarzy ze specjalizacją w zakresie geriatry, poradni oraz oddziałów geriatrycznych, ograniczone możliwości kontraktowania usług NFZ przez lekarzy psychiatrów. Po czwarte – niedofinansowanie systemu pomocy społecznej (ograniczone zasoby kadrowe i wynikające z nich ograniczenia czasu, który można przeznaczyć zarówno na proces diagnostyczny, jak i na sam proces wsparcia. Po piąte – brak adekwatnych narzędzi umożliwiających dokonanie szybkiej analizy stanu pacjenta, jego ograniczeń i zasobów oraz możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb higienicznych, samoobsługowych, społecznych itp. Po szóste – chodzi o postawy osoby ubiegającej się o pomoc oraz postawy osób z jej najbliższego otoczenia – z jednej strony nastawione na podtrzymywanie bierności, utrwalanie niesamodzielności (czasem także objawów choroby), niechętnie do współpracy z instytucjami pomocowymi, z drugiej roszczeniowe wobec tychże instytucji. Wśród podstawowych czynników warunkujących poprawę funkcjonalności systemu wsparcia opiekuńczego dla niesamodzielnych osób starszych należałoby wymienić dwa kluczowe: zapewnienie odpowiednich zasobów (finansowych i kadrowych) na realizację usług opiekuńczych, co stanowi warunek niezbędny umożliwiający zaspokojenie pojawiających się w tym zakresie potrzeb, oraz zapewnienie wsparcia opiekunom nieformalnym.

## Literatura

- Anioł W., Bakalarczyk R., Frysztański K., Piątek K. [2015], *Nowa Opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Augustyn M. [2010], *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa: Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP.

- Błędowski P. [2012], *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf> (dostęp: 09.05.2021).
- Borowik J. [2015], *Znaczenie relacji rodzinnych w życiu osób starych*, [w:] I. Taranowicz, S. Grotowska (red.), *Rodzina wobec wyzwań współczesności. Wybrane problemy*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ARBORETUM.
- Cekiera R. [2016], *Relacje międzygeneracyjne na odległość w perspektywie rodziców emigrantów z województwa śląskiego*, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny”, nr 42, s. 327–444, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.deskligh-32d717df-ca32-4289-bbd5-0e3cd7b675e8> (dostęp: 09.05.2021).
- Daniłowicz P., Gubała-Czyżewska J., Kretek-Kamińska A., Krzewińska A., Kukulak-Dolata I., Poliwczyk I. [2019], *Ocena wdrożonych standardów usług asystenckich i opiekuńczych oraz standardów teleopieki. Raport z pilotażu*, Warszawa: Instytut Pracy i Polityki Społecznej.
- Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K., Grodzicki T. [2012], *Ochrona zdrowia osób starszych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf> (dostęp: 09.05.2021).
- Dostępność usług społecznych świadczonych w formie zdeinstytucjonalizowanej w województwie łódzkim* [2018], Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
- Głębocka A., Szarzyńska M. [2005], *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, *Gerontologia Polska*, t. 13, nr 4, s. 255–259, [http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2005-4\\_Gerontologia\\_1-1.pdf](http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2005-4_Gerontologia_1-1.pdf) (dostęp: 09.05.2021).
- 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](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata___2014_-_2050.pdf) (dostęp: 09.05.2021).
- Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego* [2016], Raport końcowy, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej.
- Iwański R. [2016], *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Kanios A. [2018], *Praca socjalna z osobami starszymi i opieka geriatryczna jako wyzwania współczesności*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Lublin – Polonia, t. 31, nr 1, s. 209–218.
- 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: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kramkowska E. [2016], *Człowiek stary w sytuacji migracji dorosłych dzieci*, „Roczniki Nauk Społecznych”, nr 2, t. 8 (44), s. 123–141, [https://www.researchgate.net/profile/Emilia-Kramkowska/publication/316429241\\_Czlowiek\\_stary\\_w\\_sytuacji\\_migracji\\_doroslych\\_dzieci/links/5c89edf8a6fdcc3817527774/Czlowiek-stary-w-sytuacji-migracji-doroslych-dzieci.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Emilia-Kramkowska/publication/316429241_Czlowiek_stary_w_sytuacji_migracji_doroslych_dzieci/links/5c89edf8a6fdcc3817527774/Czlowiek-stary-w-sytuacji-migracji-doroslych-dzieci.pdf) (dostęp: 09.05.2021).
- Krzysztofiak D. [2016], *Oblicza starości w perspektywie lokalnej. Studium socjopedagogiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krzyżowski Ł. [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, s. 125–142, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-badd8c28-7fe6-480e-8b59-1c390edf803e> (dostęp: 09.05.2021).
- Kusideł E., Podgórska-Jachnik D., Potoczna M. [2017], *Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. [2012], *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia.
- NIK [2016], *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/044/> (dostęp: 09.05.2021).
- NIK [2017], *Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/nik-o-opiece-nad-osobami-starszymi-w-dziennych-domach-pomocy.html> (dostęp: 09.05.2021).
- NIK [2018], *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania 2015-17. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/043/> (dostęp: 09.05.2021).
- 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: 09.05.2021).
- Od problemu i wsparcia do aktywizacji osób starszych* [2012], „Problemy społeczne, polityka społeczna w regionie łódzkim”, z. 5, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej.
- Olejniczak P. [2013], *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych*, prace poglądowe, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, s. 183–188, <https://docplayer.pl/11646104-Wsparcie-spoeczne-i-jego-znaczenie-dla-osob-starszych.html> (dostęp: 09.05.2021).
- Pawlak A. [2019], *Seniorzy wobec migracji zarobkowej dzieci i wnuków*, „Polityka społeczna w regionie łódzkim”, nr 22, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej, s. 51–57.



- Pieńkosz J., Matejczuk A. [2015], *Teoria i praktyka działania instytucji opieki w Polsce. Raport końcowy*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, <https://dlibra.kul.pl/dlibra/show-content/publication/edition/26993?id=26993> (dostęp: 09.05.2021).
- Pieńkosz J., Matejczuk A. [2016], *Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce. Raport podsumowujący wyniki badań terenowych*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, <https://docplayer.pl/10148783-Funkcjonowanie-instytucji-opieki-w-polsce.html> (dostęp: 09.05.2021).
- Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim. Rodzina – Dzieci – Praca* [2013], Łódź: Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://rpo.lodzkie.pl/images/prawo-i-dokumenty/Plan-przeciwdziaania-depopulacji-w-wojewdztwie-dzkim.pdf> (dostęp: 09.05.2021).
- Rajewska-Nikonowicz E. [2014], *Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania domów pomocy społecznej w województwie podlaskim*, Białystok: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.
- Szatur-Jaworska B. [2012a], *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, „Studia BAS”, nr 2 (30), s. 59–76, [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: 09.05.2021).
- Szatur-Jaworska B. [2012b], *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf> (dostęp: 09.05.2021).
- 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%3%B3b%20starszych.pdf> (dostęp: 09.05.2021).
- 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: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2008a], *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 153–184.
- Szukalski P. [2008b], *Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, <https://dSPACE.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/5331/Sieci%20wsparcia%20-%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2009a], *Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczyk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, s. 59–68.

- Szukalski P. [2009b], *Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Szukalski P. [2009c], *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI w.*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Szukalski P. [2012a], *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szukalski P. [2012b], *Srebrna gospodarka*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny”, nr 7, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3516/2012-7%20Srebrna%20gospodarka.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2016a], *Polityka aktywnego starzenia się*, [w:] B. Kłos, P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/19867/Wyd.%20Sejmowe.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2016b], *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%20mi%20c4%99dzypokoleniowy.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2017], *Projekt międzypokoleniowy jako narzędzie polityki międzypokoleniowej*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, t. 3, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, s. 153–166, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/handle/11089/23820> (dostęp: 09.05.2021).
- Szukalski P. [2019], *Depopulacja – wybrane konsekwencje dla lokalnej polityki społecznej*, „Polityka Społeczna”, nr 10, s. 10–15.
- Szwałkiewicz E., Pawlak K. [2018], *Standardy usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych. Raport*, Warszawa: Instytut Pracy i Polityki Społecznej.
- 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, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, s. 215–224, <http://docplayer.pl/7291313-Modele-opieki-nad-osobami-niesamodzielnymi.html> (dostęp: 09.05.2021).
- Szweda-Lewandowska Z. [2017], *Wspierający i wspierani. Opieka nad osobami starszymi*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Świtoń A., Wnuk A. [2015], *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](https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201504_Geriatrics_005.pdf) (dostęp: 09.05.2021).
- 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: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Urbaniak A. [2017], *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki.

Urbaniak A., Szukalski P. [2017], *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki.

Urbaniak B., Krzyszkowski J. [2017], *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej, <https://www.rcpslodz.pl/images/Pobieranie/2018/2018-06-04-badania-analzy-ef/2018-06-04-Potrzeby-osob-w-wieku-60WL.PDF> (dostęp: 09.05.2021).

## Akty prawne

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.

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.

Uchwała nr 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: 09.05.2021).

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: 09.05.2021).

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: 09.05.2021).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz.U. z 2015 r. Nr 0, poz. 1705 ze zm., <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001705/O/D20151705.pdf> (dostęp: 09.05.2021).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 ze zm.

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

## System of care and support for independent elderly in the łódzkie voivodship

### Summary

Demographic aging processes reinforce the need for caregiving support for seniors. The number of elderly people requiring long-term assistance is increasing as a result of functional limitations aggravated by increasing life expectancy. The text refers to the issue of institutionalization of the support and care system for the elderly dependent people in the Lodz Voivodeship. The system of care provided to the elderly who, due to limited ability to function independently, require support in meeting their daily needs consists of, on the one hand, support activities provided informally by family members, and on the other hand, in a formal, institutionalized way, care activities are provided by entities located in the social assistance and health care system. Due to the tendencies for deinstitutionalization of care processes, the role of assistance provided at the place of residence of an elderly person, in the form of day care and community care, is increasingly emphasized. The first part of the article presents the demographic and social determinants of the structure of care needs of dependent elderly people and the existing resources of institutional and community-based support for the elderly in the phase of dependency. The second part presents the basic difficulties and problems faced by selected institutions supporting the elderly in the course of everyday implementation of care tasks, as part of long-term care and day and community care in the province of Lodz. These include problems associated with the provision of an adequate range of support for the charges, limitations that hinder the process of assessment of dependence, estimation of assistance and care needs, or problems of adaptation of the charges resulting from loneliness, depression, limited or no contact with the family, which hinder the care process. The analyses presented in this part of the article are based on empirical material collected within a research project entitled *Dependent People in Lodz Voivodeship* carried out on behalf of the Regional Social Integration Observatory in Lodz in selected institutions providing care and health services for adults who require more support due to their age, health condition or disability.

394

**Keywords:** old age, dependent elderly people, long-term care institutions, community support institutions