

FEDERACJA NAUKOWA WSB-DSW MERITO

Justyna Katarzyna Hołyst

SYSTEM POMOCY DLA OSÓB STARSZYCH  
W POLSCE I W ANGLII.  
PORÓWNAWCZE STUDIUM PRZYPADKU

Rozprawa doktorska

napisana pod kierunkiem

*prof. dr hab. Adama Alfreda Zycha*

Gdańsk – Wrocław 2023

*Ulepszenie środowiska życia  
pozwała najpełniej rozwinąć opiekę i pomoc,  
do czego wsprzęgane są wszystkie siły danej społeczności*

Aleksander Kamiński – (1903-1978)

## Spis treści

Wykaz akronimów i skrótów.....	5
Wprowadzenie .....	8
<b>I Miejsce osoby starszej w systemie pomocy: od instytucjonalizacji do personalizacji</b>	
1.1. Starzenie się i starość w ujęciu interdyscyplinarnym .....	18
1.2. Osoby starzejące się i stare wyzwaniem dla polityki społecznej i systemu pomocy....	36
1.3. Środowiskowa opieka, pomoc i wsparcie przyszłością systemu pomocy dla osób starszych.....	61
1.4. Znaczenie środowiska lokalnego i rodziny w opiece nad osobą starszą.....	80
<b>II Założenia metodologiczne badań własnych</b>	
2.1. Paradygmatyczne założenia pracy badawczej oraz przedmiot i cele badawcze.....	90
2.2. Triangulacja metod w badaniach jakościowych.....	95
2.2.1. Studium przypadku jako metoda badawcza w badaniach porównawczych.....	97
2.2.2. Wywiad – pogłębione poznanie badanej rzeczywistości.....	105
2.2.3. Analiza danych zastanych (ang. <i>desk research</i> ).....	108
2.3. Triangulacja teorii w przeprowadzonych badaniach.....	110
2.3.1. Teoria aktywnego starzenia się w starzejącym się społeczeństwie.....	111
2.3.2. Starzenie się w środowisku zamieszkania ( ang. <i>Ageing in Place</i> ) w procesie deinstytucjonalizacji.....	118
2.4. Triangulacja źródeł danych w badaniach empirycznych.....	121
2.5. Przebieg procesu badawczego.....	122
<b>III Analiza systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i w Anglii – analiza i interpretacja wyników badań</b>	
3.1. Polska i angielska polityka senioralna.....	129
3.1.1. Polityka senioralna w Polsce.....	130
3.1.2. Polityka senioralna w Anglii.....	146
3.2. Organizacja systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i w Anglii jako formalny wymiar opieki.....	170
3.2.1. Formy pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce.....	173
3.2.2. Formy pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii.....	189

3.3. Pozaformalny wymiar systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii.....	235
3.3.1. Znaczenie sektora pozarządowego i prywatnego w systemie pomocy dla osób w Polsce.....	236
3.3.2. Znaczenie sektora pozarządowego i prywatnego w systemie pomocy dla osób starszych w Anglii.....	238
3.4. Nieformalny wymiar systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii.....	242
<b>IV Różnice i podobieństwa w systemach pomocy w Polsce i w Anglii</b>	
4.1. Interpretacja wyników badań w odniesieniu do obszarów porównawczych.....	248
<b>Zakończenie – wnioski i rekomendacje.....</b>	<b>256</b>
Bibliografia.....	286
Netografia.....	302
Wykaz aktów prawnych .....	307
Wykaz rysunków.....	308
Wykaz tabel.....	310
Aneks.....	312
Streszczenie.....	367
Summary.....	369

## Wykaz akronimów i skrótów<sup>1</sup>

AAI	– ang. <i>Active Ageing Index</i> , wskaźnik aktywnego starzenia się
ACT	– ang. <i>adult care team</i> , pomoc społeczna dla osób dorosłych
ADL	– ang. <i>Activities of Daily Living</i> , podstawowe czynności życia codziennego
AGE Platform	– sieć europejskich organizacji non-profit zrzeszających osoby starsze oraz działających na ich rzecz
Age UK	– ang. <i>Age United Kingdom</i> , organizacja charytatywna w Wielkiej Brytanii działająca na rzecz osób starszych
ANCIEN	– ang. <i>Assessing Needs of Care in European Nations</i> , Ocena potrzeb w zakresie opieki w krajach europejskich
ASC	– ang. <i>Adult Social Care</i> , pomoc społeczna dla osób dorosłych
ASOS	– rządowy program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych
BIP	– Biuletyn Informacji Publicznej
BT	– ang. <i>Brokerage Team</i> , Zespół Pośredników ds. Opieki
COVID-19	– ang. <i>coronavirus disease 2019</i> , choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
CPSR	– Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny
CPN	– ang. <i>community psychiatric nurse</i> , środowiskowa pielęgniarka psychiatryczna
CUS	– Centrum Usług Społecznych
CQC	– ang. <i>Care Quality Commission</i> , Komisja ds. Jakości Opieki
DAON	– Dział Adaptacji Osób Niepełnosprawnych
DC	– ang. <i>day centre</i> , dzienny dom pobytu
DDP	– dzienny dom pobytu
DP	– ang. <i>direct payments</i> , płatności bezpośrednie
DPI	– Dział Pomocy Instytucjonalnej
DPS	– dom pomocy społecznej
DPiIS	– Departament Pomocy i Integracji Społecznej
DUO	– Dział Usług Opiekuńczych
D2A	– ang. <i>Discharge to Assess</i> , Zespół ds. Wypisu Szpitalnego i Oceny Potrzeb
EKG ONZ	– Europejska Komisja Gospodarcza Organizacji Narodów Zjednoczonych

---

<sup>1</sup> Nazwy organizacji, instytucji oraz działów pisane są wielką literą, pozostałe akronimy i skróty pisane są małą literą – przyp. J. K. H.

EMI	– ang. <i>Elderly Mentally Infirm</i> , Zespół ds. Osób Cierpiących na Demencję
ESIF	– Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
ESO	– Ekumeniczna Stacja Opieki
FACS	– ang. <i>Eligibility criteria for adult social care: Fair Access to Care Services</i> , Kryteria kwalifikowania do opieki społecznej dla dorosłych: Sprawiedliwy dostęp do usług opiekuńczych
GOPS	– Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
IADL	– ang. <i>Instrumental Activities of Daily Living</i> , złożone czynności życia codziennego
ICO	– ang. <i>individual care plan</i> , indywidualny plan opieki
ICT	– ang. <i>Information and Communication Technology</i> , technologia informacyjna i komunikacyjna
IPO	– indywidualny plan opieki
ISF	– ang. <i>Individual Service Funds</i> , Indywidualny Fundusz Usług
JST	– jednostka samorządu terytorialnego
KS	– klub samopomocy
LA	– ang. <i>local authorities</i> , władze lokalne
LLL	– ang. <i>lifelong learning</i> , idea całożyciowego uczenia się
£	– ang. <i>pound sterling</i> , funt szterling
MCUS	– Miejskie Centrum Usług Socjalnych
MF	– Ministerstwo Finansów
MOPS	– Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MOW	– ang. <i>meals on wheels</i> , posiłki na kółkach
MRiRW	– Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MRiPS	– Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MRPiPS	– Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MZ	– Ministerstwo Zdrowia
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	– ang. <i>non-government organization</i> , organizacja pozarządowa
NHS	– ang. <i>National Health Service</i> , Narodowa Służba Zdrowia
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli
NSP	– Narodowy Spis Powszechny
OECD	– ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> , Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

ONS	– ang. <i>Office for National Statistic</i> , Urząd Statystyki Krajowej
ONZ	– Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPS	– Ośrodek Pomocy Społecznej
OT	– ang. <i>occupational therapist</i> , terapeuta zajęciowy
PA	– ang. <i>perosnal assistant</i> , osobisty opiekun
PB	– ang. <i>personal budget</i> , budżet osobisty
PCA	– ang. <i>person centred approach</i> , podejście skoncentrowane na osobie
PCK	– Polski Czerwony Krzyż
PFRON	– Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKPS	– Polski Komitet Pomocy Społecznej
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
PRL	– Polska Rzeczpospolita Ludowa
RDP	– rodzinny dom pomocy
SARS-CoV-2	– ang. <i>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> , wirus należący do grupy koronawirusów, wywołujący ostrą chorobę układu oddechowego COVID-19
SW	– ang. <i>social worker</i> , pracownik socjalny
TBS	– Towarzystwo Budownictwa Społecznego
UDM	– Ustawa o dodatkach mieszkaniowych
UE	– Unia Europejska
UK	– ang. <i>United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland</i> , Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
UM	– Urząd Miasta
UNESCO	– ang. <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> , Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Edukacji, Nauki i Kultury
UPOA	– Ustawa o pomocy osobom uprawnionym do alimentów
UPS	– Ustawa o pomocy społecznej
USA	– ang. <i>United States of America</i> , Stany Zjednoczone Ameryki Północnej
UŚR	– Ustawa o świadczeniach rodzinnych
UTW	– uniwersytet(y) trzeciego wieku
WHO	– ang. <i>World Health Organization</i> , Światowa Organizacja Zdrowia
ZTPS	– Zespół Terenowej Pracy Socjalnej
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## **Wprowadzenie**

Wzrost liczby osób starszych na całym kontynencie europejskim wraz z innymi zmianami demograficznymi przejawiającymi się niskim wskaźnikiem urodzin oraz mniejszą liczbą osób w wieku produkcyjnym, sprawiły, że starzenie się i starość jako przedmiot refleksji i dyskusji znajdują się w sferze zainteresowań już nie tylko naukowców, ale także decydentów państwowych, rządów i organizacji międzynarodowych. Zapewnienie pomocy i opieki starzejącemu się społeczeństwu staje się głównym wyzwaniem XXI stulecia dla polityki społecznej krajów europejskich.

Konsekwencje zmian demograficznych wiążące się z koniecznością wydatków na szereg usług dotyczących osób starszych w sferach: opiekuńczej, socjalnej, medycznej oraz emerytalnej, skłaniają do poszukiwania nowych rozwiązań, które sprostałyby wymaganiom związanym ze starzejącym się społeczeństwem przy wykorzystaniu zasobów publicznych danych krajów, jednocześnie zapewniając godne i wartościowe przeżywanie okresu starości. W rezultacie zaczęły rozwijać się idee promujące rozwój wsparcia środowiskowego będące alternatywą do drogiej rozwiązań instytucjonalnych, utożsamianych z traktowaniem osoby starszej w sposób przedmiotowy. Rozwój wsparcia środowiskowego wraz z koncepcją aktywnego starzenia się i całożyciowego kształcenia stanowią podstawę do projektowania przyszłej polityki dotyczącej osób starszych w Europie na podstawie potencjału tych zbiorowości jako społecznych podmiotów gospodarczych i aktywnych uczestników lokalnej społeczności. W toku dokonujących się zmian społecznych i demograficznych, intensyfikacja działań w obszarze starości i starzenia przyjmuje charakter nie tylko praktyczny w dziedzinie polityki społecznej, pomocy społecznej i służby zdrowia, ale jest obecnie przedmiotem analiz różnych dyscyplin naukowych w obszarze biologicznym (biologia, medycyna, geriatryka) i społecznym (psychologia, filozofia, socjologia, polityka) zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Problematyką starzenia się i starości zajmuje się także nauka o wychowaniu poprzez pedagogikę społeczną, andragogikę czy pedagogikę opiekuńczą. Edukacyjne elementy starzenia się i starości znajdują odzwierciedlenie w subdyscyplinie nauki o wychowaniu – geragogice, określanej także pedagogiką starzenia się i starości. Głównym przedmiotem zainteresowania geragogiki jest wychowanie człowieka starszego, rozumiane jako działania wspomagające jego rozwój (Leszczyńska-Rejchert, 2005). Niniejsza rozprawa wkomponowuje się w tematykę wspomagania osób starszych, przyjmując szeroką interpretację tego pojęcia, uwzględniającą jak stwierdza Anna Leszczyńska-Rejchert (2005, s.10) „wszechstronny rozwój człowieka oraz działania o charakterze pomocowym



i opiekuńczym, których wykonawcami mogą być osoby starsze, rodzina, osoby z lokalnego środowiska oraz pracownicy instytucji”. Praca dotyczy bowiem systemu pomocy dla osób starszych, a jej głównym zagadnieniem jest rozwój środowiskowych form pomocy dla tej subpopulacji i jej opiekunów nieformalnych w Polsce i w Anglii. Podejmowana problematyka wspomagania osób starszych poprzez pomoc społeczną i środowiskową lokalizuje przeprowadzone badania właśnie na pograniczu pedagogiki społecznej, geragogiki oraz pracy socjalnej, nawiązuje także do zagadnień z zakresu polityki społecznej. Kierując swoją uwagę intencjonalnie na znaczenie środowiska w procesie wspomagania osób starszych nawiązuję do pedagogiki społecznej, która koncentruje się „na analizie warunków umożliwiających zaspokajanie potrzeb rozwojowych człowieka (grup ludzkich) w różnych fazach jego życia i w różnorodnych sytuacjach życiowych” (Kawula, 2012, s. 11). Pedagogika społeczna jest nauką dotyczącą środowiskowych uwarunkowań życia człowieka w każdej fazie życia, także w starości. Odnosząc się do tematyki podjętej w rozprawie należy wskazać, iż lokalna pomoc i opieka środowiskowa – znajdując się najbliżej osoby starszej – składają się na jeden z elementów środowiska życia osoby starszej, kształtują jej zachowania, wpływają na sposób jej funkcjonowania i postrzegania otaczającej ją rzeczywistości. Pedagogika społeczna uwzględnia problematykę gerontologiczną poprzez koncepcje teoretyczne, do których odwołałam się w rozprawie, takie jak: wychowanie do starości, w starości i przez starość oraz rozwiązania zapewniające pomoc jako sposób wspomagania i dążenia do poprawy życia osób starszych (środowiskowe formy wsparcia w oparciu o ideę aktywnego starzenia się i starzenia się w środowisku zamieszkania).

Moje zainteresowanie systemem pomocy dla osób starszych jest wynikiem doświadczeń zawodowych i pracy z osobami starszymi oraz dla osób starszych. Przez sześć lat pracowałam w systemie pomocy społecznej w Anglii. Stworzyło mi to możliwość zapoznania się zarówno teoretycznego, jak i praktycznego, ze specyfiką funkcjonowania pomocy społecznej dla osób starszych oraz z różnymi formami opieki świadczonej tej subpopulacji. Okres tych sześciu lat pracy był także znakomitą okazją na zdobycie cennego doświadczenia w bezpośrednim kontakcie z osobami starszymi będącymi na różnym etapie procesu starzenia się i w różnej kondycji psychofizycznej. Doświadczenia zdobyte w zakresie praktyk stosowanych w Anglii, które miałam sposobność poznać nie tylko jako bierny obserwator rzeczywistości społecznej, żyjący w tym kraju, ale przede wszystkim jako uczestnik z ramienia instytucji organizującej i świadczącej różne formy wsparcia dla seniorów w bezpośrednim kontakcie z osobami starszymi, stały się dla mnie inspiracją do działań podejmowanych w Polsce. Zachęciło mnie to do poznania i zrozumienia mechanizmów funkcjonowania opieki środowiskowej w Polsce,

poszukiwania sposobów wspierania i docierania do osób starszych oraz w rezultacie do porównania obu systemów opieki środowiskowej i ustosunkowania się do perspektyw aplikacji rozwiązań angielskich w zakresie opieki środowiskowej w Polsce. Pracując w systemie pomocowym w Anglii zaczęłam z większą świadomością korzystać z metod i wiedzy zdobytej w środowisku pracy. Z zacięciem przyglądałam się efektom, które w wielu przypadkach miały wpływ na jakość życia osoby starszej. Towarzyszyło mi wówczas pytanie: jaką pomoc w takiej sytuacji uzyskałaby osoba starsza w Polsce? Z tym oraz innymi pytaniami powróciłam do Polski. Miałam wówczas i nadal mam świadomość dużych różnic występujących między Polską a Anglią w organizacji opieki skierowanej do osób starszych, ale także różnic w sposobie funkcjonowania obu społeczeństw i aktywności ludzi starszych.

Analizowany w tej pracy problem badawczy stwarza możliwość konstruktywnego przedstawienia systemu pomocowego w Polsce i w Anglii oraz dobrych praktyk stosowanych w Anglii wraz z możliwościami ich aplikacji do polskiego systemu pomocowego. Mam głębokie przekonanie, że moje doświadczenie i zaangażowanie przyczyniło się do zbadania wybranego zagadnienia. Mając na uwadze fakt, iż polska polityka senioralna jest na etapie „stawania się”, mam nadzieję, że obecna praca i zawarte w niej wnioski badawcze dotyczące perspektyw aplikacyjnych będą głosem słyszalnym w dyskursie dotyczącym tworzącego się modelu organizacyjnego opieki senioralnej w Polsce, tym samym znajdą odzwierciedlenie w praktyce. Podejmowanym przeze mnie działaniom związanym z pracą naukową w zakresie systemu pomocowego dla osób starszych przyświeca idea budowania lepszej przyszłości dla osób starszych i ich opiekunów. Moim celem było poprzez badania empiryczne opisać i zinterpretować rzeczywistość systemu pomocowego w Polsce i w Anglii oraz przedstawić dobre praktyki w systemie angielskim jako pewnego rodzaju wzorce rzeczywistości pożądanej, w stronę której możemy zmierzać. Ważnym elementem niniejszej pracy jest zatem jej walor praktyczny.

Przedstawiając system pomocowy dla osób starszych w Polsce i w Anglii pracy badawczej nadałam charakter komparatystyczny, co wyrażone jest poprzez zastosowanie strategii badawczej określanej jako porównawcze studium przypadku (ang. *comparative case study*). Przeprowadzając badania zastosowałam analizę indywidualną przypadku w ośrodku pomocy społecznej w Polsce i w Anglii oraz analizę porównawczą przypadków w oparciu o wybrane obszary porównawcze. Badane ośrodki pomocowe stanowią egzemplifikację polskiego i angielskiego systemu pomocowego. W badaniach należących do nurtu jakościowego odwołałam się do paradygmatu interpretatywnego umożliwiającego działania w kierunku

upęłnomocnienia/samostanowienia/wzmocnienia (ang. *empowerment*) osób starszych, a w szczególności w sferze pomocy i opieki dla niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów. Poprzez przedstawienie systemów pomocowych obu krajów dążyłam nie tylko do interpretacji sposobu ich funkcjonowania, ale także do wskazania praktycznych rozwiązań i opracowania rekomendacji, które mogą znaleźć zastosowanie w skali makro (polityka senioralna) i mezzo (poziom lokalny) aby w sposób bezpośredni wpłynąć na poprawę życia osoby starszej oferując jej w skali mikro taką pomoc, czy opiekę, którą w danym momencie potrzebuje.

W literaturze przedmiotu jest wiele publikacji dotyczących zagadnień polityki społecznej i/lub pomocy społecznej odnoszących się do starzenia się i starości podejmowanych przez europejskich, w tym polskich znawców tematyki, takich jak: Brunon Synak, Barbara Szatur-Jaworska, Elżbieta Dubas, Piotr Błędowski, Joanna Staręga-Piasek, czy Jerzy Szmagałski. Starzenie się jest procesem oddziaływującym na codzienne funkcjonowanie jednostki oraz zbiorowości, dlatego też publikacje dotyczące osób starszych, procesu starzenia się oraz opieki dla osób starszych, obejmują różnorodne sfery od medycznej po filozoficzną.

Polska jako kraj Europy Środkowo-Wschodniej ze względu na doświadczenia historyczne należy do grupy krajów, w których polityka senioralna jest na etapie kształtowania, w przeciwieństwie do Anglii, gdzie za początek polityki senioralnej można przyjąć XVII wiek, wówczas bowiem przyjęto Ustawę o prawie ubogich –1601 r. Oznacza to, że w Polsce istnieje potrzeba przeprowadzania badań w sferze nie tylko polityki społecznej i senioralnej, ale także dotyczącej jakości życia<sup>2</sup> osób starszych, ich opiekunów oraz form pomocy kierowanych do tej subpopulacji w środowisku ich zamieszkania.

W polskiej literaturze występują publikacje dotyczące pomocy społecznej w zakresie opieki nad osobami starszymi w innych krajach, m.in. Szatur-Jaworska i Błędowski, 2016; Szweda-Lewandowska, 2008; Zapędowska-Kling, 2013; Zych, 2003.

Istotnym jest jednak fakt, że tak na świecie, jak i w Europie nie istnieją wyraźnie wyodrębnione modele opieki nad seniorami, czy też usystematyzowane kategorie usług opiekuńczych dla seniorów. Z badań porównawczych dotyczących opieki społecznej wynika,

---

<sup>2</sup> W niniejszej pracy odnosząc się do pojęcia jakości życia powołuję się na definicję Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO), która określa jakość życia jako „indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych i systemu wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, zainteresowań oraz oczekiwanych standardów. Jest to szerokie pojęcie uwzględniające zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności oraz jakość stosunków społecznych i ważne dla tej osoby cechy środowiska. (WHO, 1995) – przyp. J. K. H.

iż w Unii Europejskiej (UE) funkcjonuje 8 typów placówek stacjonarnych, 17 kategorii placówek czasowego pobytu oraz 22 rodzaje usług środowiskowych (Kröger, 2001).

Taki stan rzeczy utrudnia wyniki międzynarodowych badań porównawczych dotyczących różnych form opieki (Jurek, 2007). Oznacza to, że każdy kraj posiada system opieki nad osobami starszymi zorganizowany w odmienny i specyficzny dla danego kraju sposób, uwarunkowany m. in. przez tradycję, kulturę i dostępność środków finansowych. Drugą trudnością w prowadzeniu badań porównawczych nad opieką jest, jak pisze Justyna Kujawska (2015) wykonywanie jej przez różne instytucje: publiczne, prywatne, komercyjne, non-profit, i przybieranie przez nią postaci opieki formalnej – instytucjonalnej lub nieformalnej – sprawowanej przez dzieci, rodzinę, sąsiadów, imigrantów. Utrudnieniem jest także różny sposób finansowania opieki: z podatków, obowiązkowych ubezpieczeń społecznych/zdrowotnych/pielęgniacyjnych, dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych, aż po płatności bezpośrednie osób korzystających lub systemy mieszane włącznie. Mimo trudności, badania komparatystyczne prowadzone są zarówno przez badaczy polskich, jak i zagranicznych. Przykładem badań na gruncie międzynarodowym jest realizowany w latach 2009–2012 projekt „Ocena potrzeb w zakresie opieki w krajach europejskich” (ang. *Assessing Needs of Care in European Nations* – ANCIEN) przez Europejską sieć instytutów badawczych polityki gospodarczej (ang. *European Network of Economic Policy Research Institutes*). Celem tych badań było zebranie i usystematyzowanie informacji na temat modeli opieki długoterminowej w wybranych krajach UE, w tym w Polsce. Łącznie badaniem objęto 21 krajów. Opieka długoterminowa została najniżej oceniona w Polsce i w Rumunii. Różnica polegała na tym, że Rumunia została sklasyfikowana wyżej za finansowanie, a Polska za organizację (Kraus i in., 2011). W badaniach tych przedstawiono wniosek, że w sytuacji pozostawienia obecnego modelu funkcjonowania opieki bez zmian, dysproporcja między dostarczaniem opieki a rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę będzie wzrastać (Geerts i in., 2012).

Drugim przykładem międzynarodowych badań porównawczych w obszarze pomocy społecznej dla seniorów są badania przeprowadzone przez Evert Pommer, Isolde Woittiez i John Stevens opublikowanych jako „Porównanie opieki: Opieka nad osobami starszymi w dziesięciu krajach UE” (ang. *Comparing Care: The care of the elderly in ten EU-countries*). Badania te objęły kraje Europy Zachodniej. W rozważaniach nad opieką dla seniorów pojawił się rozdzwitek pomiędzy krajami w kwestii, kto przejmuje odpowiedzialność za opiekę nad osobą starszą: państwo, czy rodzina? W tym obszarze Szwecja jest krajem, w którym odpowiedzialność rodziny znajduje się najniżej – 16%. Natomiast w Grecji

najwyżej – 89%. Tym samym znaczenie opieki nieformalnej w krajach skandynawskich jest dużo mniejsze, niż w Grecji, czy Włoszech (Pommer i in., 2009).

Kolejnymi badaniami, do których chciałam nawiązać, są badania przeprowadzone przez polskich badaczy, w postaci raportu pt. „Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach UE” (Kryńska, Szukalski, 2013). W badaniach tych zaprezentowano przegląd rozwiązań systemowych w Danii, Szwecji, Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, Cyprze, Hiszpanii, Włoszech, Bułgarii, Czechach oraz Rumunii. Przedstawiono raport każdego z prezentowanych krajów z uwzględnieniem zmian demograficznych, sytuacji społeczno-gospodarczej, systemu emerytalno-rentowego, czy działania na rzecz zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Ten obszerny raport zawiera także rekomendacje dla Polski wynikające z rozwiązań systemowych stosowanych w krajach UE. Rekomendacje dotyczą m.in. zakresu profilaktyki zdrowotnej, działalności promocyjnej, instytucjonalnej oraz aktywizacyjnej.

Interesujące opracowanie przedstawiła Magdalena Durda pt. „Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się” (Durda, 2010), w którym porusza zasadniczą kwestię opiekunów nieformalnych oraz porównuje opiekę w Szwecji, Niemczech oraz Wielkiej Brytanii. Autorka skontestowała, że w Polsce, jak i na świecie rodzina jest największą „instytucją” opieki długoterminowej. Wśród rodziny najliczniejszą grupą opiekunów w Polsce stanowią współmałżonkowie, będący w wieku zbliżonym do chorych ( $\geq 65$  lat). Osoby takie najczęściej same są niepełnosprawne i pozostawione same sobie.

Jak już wcześniej nadmieniłam, Polska jest krajem, w którym polityka senioralna kształtuje się od niedawna, a na skutek starzejącego się społeczeństwa, opieka nad osobami starszymi poddawana jest rozważaniom w zakresie wprowadzenia w niej zmian mających na celu wyjście naprzeciw rosnącym potrzebom osób starszych. Przykładem tego jest praca zbiorowa pod redakcją Barbary Szatur-Jaworskiej i Piotra Błędowskiego (2016) „System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania”. Mając na uwadze zmiany demograficzne, stwierdzam, że w pomocy społecznej w zakresie skutecznych praktyk stosowanych w opiece środowiskowej dla godnego i jakościowego życia osób starszych, jest duża przestrzeń do prowadzenia badań.

Przytoczone przeze mnie przykłady badań prezentują system pomocy i opiekę społeczną w szerokim ujęciu. Celem moich badań jest natomiast przedstawienie polskiego i angielskiego systemu opieki środowiskowej dla osób starszych, porównanie obu systemów oraz wskazanie praktycznych rozwiązań. Przedstawienie opieki środowiskowej w Anglii na

podstawie własnych doświadczeń nada pracy walor praktyczny. Ponadto aktualna tematyka pracy wpisuje się w dyskusje dotyczące problematyki opieki środowiskowej w Polsce oraz wdrażania strategii deinstytucjonalizacji do roku 2030. Jednocześnie obecna praca jest sposobem na przedstawienie przede mną modelowych rozwiązań opartych na dobrych praktykach stosowanych w Anglii oraz możliwości ich wdrożenia i dostosowania do specyfiki polskiej pomocy społecznej. Mimo trudności wynikających z badań komparatystycznych w zakresie pomocowym podjęłam się przeprowadzenia badań mając świadomość, iż wprowadzanie nowych rozwiązań powinno uwzględniać analizę dobrych praktyk z krajów mających doświadczenie w danym obszarze. Przedstawiając pomoc środowiskową w Anglii warto jest zatem rozważyć możliwości wdrożenia określonych praktyk do polskiego systemu pomocy.

Przeprowadzając badania dotyczące systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii należy wskazać także kontekst społeczno-kulturowy badań. Jest to istotne, gdyż aktywność osób starszych w Anglii jest naturalnym sposobem funkcjonowania wyrażanym spotkaniami w gronie znajomych w kawiarni, pubie lub na zakupach, wycieczkami oraz wolontariatem. Wraz ze stopniową utratą samodzielności aktywność maleje i przybiera inne formy – korzystanie z różnorodnych usług dostępnych w środowisku. Mieszkając w Anglii aktywny tryb życia osób starszych był dla mnie jako Polki, której proces enkulturacji przebiegał w kraju ojczystym, pozytywnym zaskoczeniem. Obserwując angielskich seniorów, którzy bez zniecierpliwienia czekają w kolejce w sklepie, z uśmiechem rozmawiają ze sprzedawcą lub nieznanym, działają w społeczności lokalnej, są wolontariuszami, zaczęłam dostrzegać zewnętrzną warstwę ich kultury (Trompenaars i Hampden-Turner, 2002), a tym samym różnicę między polskim a angielskim sposobem funkcjonowania osoby starszej. Zasady określające sumę schematów zachowań, obyczajów, stylów życia, opinii i systemu wartości, tworzących kulturę (Fox, 2014) i składających się na angielskość, różnią się od polskości pod względem otwartości, aktywności, dostępnych form pomocy, spędzania czasu poza domem, poprawności politycznej oraz indywidualnego podejścia w pracy z osobą niesamodzielną. W Polsce mimo malejącego potencjału opiekuńczego rodzin to osoby najbliższe są głównym ogniwem świadczącym opiekę nad osobą starszą a dostępne formy pomocy dla osób starszych nie są wystarczające przy rosnącym popycie na usługi środowiskowe i koncentrują się głównie na usługach opiekuńczych. Rozwój infrastruktury środowiskowej dla osób starszych wraz z tworzeniem kultury aktywności i promowaniem idei aktywnego trybu życia w koncepcji biegu życia jest zatem zadaniem priorytetowym dla polityki senioralnej w Polsce.

Dysproporcje w zakresie aktywności osób starszych w Polsce i w Anglii odzwierciedlone w narzędziu do monitorowania i pomiaru aktywnego starzenia się – wskaźnik aktywnego starzenia się (AAI), który przedstawiłam w pracy, sprawiają, iż działania polskiej polityki senioralnej powinny zmierzać w kierunku podniesienia niskich wskaźników Polski. W niniejszej pracy zostały przedstawione wnioski i rekomendacje na podstawie badań przeprowadzonych w Anglii, która znajduje się pośród pięciu krajów z najwyższymi wskaźnikami aktywnego starzenia się. Wnioski i rekomendacje mogą stanowić wkład w działania podejmowane na rzecz wzrostu polskich wskaźników aktywności, szczególnie w kategoriach: uczestnictwo w życiu społeczeństwa, niezależne, zdrowe i bezpieczne życie oraz zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych. Różnice w zakresie pomocy środowiskowej między Polską a Anglią dotyczą także pomocy i opieki dla osób chorych na otępienia i ich opiekunów nieformalnych, co również przedstawiłam w pracy.

Niniejsza praca składa się z czterech części. W część pierwszej, teoretycznej omówiłam zagadnienia dotyczące interdyscyplinarnego ujęcia starości i starzenia się w skali jednostkowej i zbiorowej, polityki społecznej, w tym podmiotów działających na rzecz osób starszych oraz zagadnienia związane z opieką środowiskową i opiekunami nieformalnymi. Część druga pracy odnosi się do opisu metodologicznych założeń przeprowadzonych badań. Kolejna część stanowi analizę systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i Anglii przeprowadzoną na podstawie wyników badań własnych z uwzględnieniem osi czasu w zakresie systemu pomocowego obu krajów. W tej części odwołuję się również do zagadnień organizacyjnych systemu pomocowego oraz dostępnych form pomocy dla osób starszych i ich opiekunów nieformalnych w sektorze państwowym, prywatnym oraz pozarządowym. Ostatnia część zawiera różnice i podobieństwa obu systemów w odniesieniu do sześciu porównawczych obszarów badawczych. Natomiast w zakończeniu przedstawiłam wnioski i rekomendacje dla polskiego systemu pomocy.

Elementem, którego nie sposób pominąć na wstępie, jest fakt, iż niniejszą pracę badawczą zaczynałam pisać w innej rzeczywistości w stosunku do tej, która zaistniała, gdy ją skończyłam. Zdarzenia, które pojawiły się w trakcie projektu badawczego miały wpływ nie tylko na jego przebieg, ale przede wszystkim nadały inny bieg rzeczywistości i otaczającemu nas światu. Pierwsza sytuacja odnosi się do pandemii koronawirusa, która zmieniła rzeczywistość opiekuńczą. Osoby starsze, których kontakt z drugim człowiekiem na co dzień ogranicza się często do wizyty opiekunki, zostały w wyniku pandemii tego pozbawione, natomiast domy pomocy społecznej, w których zachorowalność była wysoka poddane zostały

izolacji, tym samym skazane na wykluczenie. Problem osamotnienia, który nasilił się w okresie pandemii wraz z nowym zjawiskiem – umieraniem w samotności, bez możliwości kontaktu z bliskimi – zmieniły naszą rzeczywistość. Organizacja pomocy i opieki w okresie pandemii i pracy zdalnej była dużym wyzwaniem dla ośrodków pomocy społecznej oraz uwypukliła znaczenie kontaktów z drugim człowiekiem. Pandemia stała się czynnikiem, który sprawił, że wdrożone zostały nowe rozwiązania, np. program Wspieraj seniora, czy też Korpus Wsparcia. W tym miejscu należy wskazać, iż w okresie pandemii w Anglii duże znaczenie w kontakcie z osobą starszą odegrał powszechnie tam stosowany system teleopieki. Natomiast w Polsce rozwiązanie to zaczęto wprowadzać na większą skalę poprzez program Korpus wsparcia na skutek pandemii. Oznacza to, że jedyną formą kontaktu z osobą starszą podczas pandemii w okresie pracy zdalnej była w większości przypadków rozmowa telefoniczna. Drugim ważnym zdarzeniem była i jest inwazja Rosji na Ukrainę oraz pogorszenie ogólnych warunków życia wynikających z wysokiej inflacji, wzrostu cen energii, artykułów spożywczych, co przekłada się na wysokie koszty utrzymania. Zaczynając pisanie pracy wskazywałam, iż starzejące się społeczeństwo stanowi wyzwanie dla współczesnych rządów. Będąc na końcowym etapie niniejszej rozprawy nasuwają się pytania: jak sprostać wyzwaniu starzejącego się społeczeństwa i wprowadzać zmiany w kierunku rozwoju środowiskowych form wsparcia i jakościowej opieki przy zaistnieniu nowych wyzwań i priorytetów, takich jak: wsparcie Ukrainy oraz stabilizacja gospodarki? Czy w takich okolicznościach możliwe jest skuteczne wprowadzanie zmian w systemie pomocowym? Zmian, za których wdrożenie i wykonanie odpowiedzialne są w dużej mierze lokalne ośrodki pomocy społecznej jako podmioty najbliższe usytuowane względem osoby starszej i bezpośrednio świadczące pomoc. W jaki sposób ośrodki pomocy społecznej mają wprowadzać zmiany jakościowe w postaci nowych usług i rozwiązań na rzecz osób starszych i ich opiekunów, np. diagnozę potrzeb osób starszych i opiekunów, strategię deinstytucjonalizacji, nowe programy, projekty socjalne dotyczące aktywizacji osób starszych, kiedy dyrektorzy i kierownicy ośrodków zgłaszają problemy braku kadry, braku nowych, młodych pracowników ze względu na specyfikę wykonywanej pracy i nieadekwatnych do nakładu pracy płac. Skutkuje to powstawaniem trudności w wdrażaniu nowych rozwiązań nie tylko pod względem niewystarczających zasobów kadrowych, lokalowych, czy finansowych, ale także braku zgody ze strony pracowników z wieloletnim już stażem pracy na podejmowanie nowych obowiązków. Pomimo przedstawionych w zarysie trudności i zaistnieniu nowej pod wieloma względami rzeczywistości uważam, że z punktu widzenia pedagogiki społecznej tym bardziej zasadne jest wyjaśnianie rzeczywistości, jej



diagnozowanie i projektowanie wzorców celem dążenia do budowania lepszej przyszłości. Mam nadzieję, że zagadnienia podjęte w niniejszej pracy związane z systemem pomocy dla osób starszych i ich opiekunów nieformalnych w Polsce i w Anglii znajdą zainteresowanie wśród odbiorców, a także okażą się wskazówkami w konstruowaniu zintegrowanego środowiskowego systemu pomocowego działającego na podstawie podejścia skoncentrowanego na osobie i zachęcą do podejmowania inicjatyw w środowisku lokalnym na rzecz aktywizacji i integracji międzypokoleniowej w duchu koncepcji wychowania do starości.

Pragnę w tym miejscu podziękować pracownikom Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu za chęć uczestnictwa w badaniach i podzielenie się swoimi doświadczeniami zawodowymi w zakresie działań pomocowych dla osób starszych. Dziękuję także pracownikom ośrodka pomocowego w Anglii za serdeczne przyjęcie i umożliwienie mi przeprowadzenia badań w miejscu, w którym pracowałam podczas pobytu w Anglii dziewięć lat temu. Jestem im wdzięczna nie tylko za udział w badaniu, ale także za szybką odpowiedź i pozytywną reakcję na moją prośbę o pomoc przy realizacji projektu badawczego. Wyrazy podziękowania kieruję również do Pana Profesora Adama A. Zycha, którego wskazówki jako opiekuna naukowego były drogowskazem w podróży badawczej tego projektu.

Dziękuję też Pani Profesor Ewie Kurantwicz – Rektor Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu za możliwość wzięcia udziału w kursie międzynarodowym *Ageing and Demographic Changes in Late Modern Society*, który okazał się inspiracją do działań w zakresie podejmowanej w tej pracy tematyki.

Wyrazy szczególnego podziękowania i wdzięczności pragnę skierować także dla swojej rodziny i przyjaciół. Bez wsparcia najbliższych mi osób przeprowadzenie badań i napisanie rozprawy doktorskiej nie byłoby możliwe. Dziękuję Wam drodzy Rodzice za pomoc i opiekę nad Olą i Szymonem. Dziękuję Wam kochane dzieci za cierpliwość i wyrozumiałość.

Justyna Hołyst

Wrocław, wiosną 2023 r.

## **Rozdział I**

### **Miejsce osoby starszej w systemie pomocy: od instytucjonalizacji do personalizacji**

#### **1.1. Strzenie się i starość w ujęciu interdyscyplinarnym**

Poddając analizie końcową fazę życia człowieka jaką jest starość, podkreślić należy znaczenie heterogeniczności, która sprawia trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu starości i procesu starzenia się. Olga Czerniawska (2000) uznała starość za najbardziej zróżnicowaną ze wszystkich faz życia. Owo zróżnicowanie przejawia się ujmowaniem omawianych zjawisk w wymiarach indywidualnym i społecznym (Halicki, 2006). Na jednostkowe sposoby przeżywania starości, składają się m.in. takie czynniki, jak: wyposażenie genetyczne, cechy osobowościowe, historia danej jednostki, jej sytuacja rodzinna, zdrowotna, środowiskowa, ekonomiczna lub kulturowa. Natomiast społeczny wymiar procesu starzenia się odnosi się do przyjmowania nowych ról społecznych, zmian statusu społecznego ludzi starszych czy zorganizowanych form pomocy dla osób starszych i ich rodzin. Kolejnym czynnikiem różnicującym starość i starzenie się, będącym w dychotomii do ujęcia jednostkowego, jest zbiorowe postrzeganie zjawiska starzenia się, nazwanego zjawiskiem demograficznym, oznaczającym wzrost udziału osób starszych w populacji danego kraju (Szweda-Lewandowska i in., 2012).

Heterogeniczność oznacza także specyfikę każdego z etapów starości i ich oddziaływanie na funkcjonowanie jednostki, której proces starzenia się dokonuje się wielowymiarowo w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej (Szatur-Jaworska, 2000; Steuden, 2014; Zych, 2017a). Istotnym elementem, na który coraz częściej zwraca się uwagę w debacie publicznej dotyczącej starości i starzenia się, jest także podejmowanie różnych form aktywności, w tym regularnej aktywności fizycznej, jako czynnika wpływającego na sytuację zdrowotną osoby starszej (Booth i in., 2012). Bezsprzecznym jest zatem fakt, iż każdy człowiek starzeje się inaczej, w sposób właściwy dla danej jednostki, ze względu na liczne uwarunkowania mające wpływ na proces starzenia się.

Zróżnicowanie osób starszych, które Zofia Szarota (1998) określiła najważniejszą cechą populacji ludzi starych, odzwierciedlone jest w literaturze przedmiotu poprzez funkcjonowanie różnych definicji dotyczących „starości”. Jak stwierdza Tom Kirkwood (2005) trudno jest podać precyzyjną definicję starości, wszyscy wiemy, czym ona jest, jednak

naukowo jest to coś bardziej iluzyjnego i nieuchwytnego. Nie ma zatem jednolitej definicji starości.

Istotnym jest przy tym wskazanie, że w literaturze gerontologicznej występuje rozróżnienie „starzenia się” jako procesu o charakterze dynamicznym, natomiast „starości” jako fazy życia o charakterze statycznym (Wiśniewska-Roszkowska, 1989; Szarota, 2004; Kirkwood, 2005; Brzezińska, 2011). Pojęcia te są zatem ściśle ze sobą skorelowane, jednak definiowane w odmienny sposób.

Najpopularniejsze teoretyczne podejścia do omawianych zjawisk, czyli wybrane ujęcia określające „starość” i „starzenie się” zamieściłam w tab. 1 i 2.

Tab. 1. Przedstawienie terminu starość w wybranych koncepcjach autorów

Lp.	Autor	Starość
1.	Jan R. Błachnio (2015)	Starość niesie ze sobą obniżenie sprawności cielesnej i nieuchronne zmierzanie do kresu życia, czyli do śmierci.
2.	Stefan Klonowicz (1979)	Starość jest okresem w życiu człowieka nieuchronnie występującym po okresie dojrzałości i cechującym się istotnymi zmianami w narządach i tkankach, które zwężają obszar, w jakim możliwe jest dostosowanie się człowieka do zmieniających się warunków środowiska wewnętrznego i zewnętrznego.
3.	Barbara Szatur -Jaworska i in. (2006)	Związek składających się na starość procesów biologicznych (soma) i psychicznych (psyche) oraz zmian w sferze społecznych zachowań (ethos, polis) ma charakter dynamiczny i synergiczny. Dynamiczny, gdyż zmienia się w czasie. Synergiczny, gdyż te różne procesy wpływają na siebie wzajemnie, przyspieszając lub spowalniając proces starzenia się jednostki.
4.	Stanisława Steuden (2014)	Starość, podobnie jak wcześniejsze okresy życia, młodość, czy dorosłość, nie przychodzi nagle, ale jest rezultatem długotrwałego i nieodwracalnego procesu fizjologicznego, zachodzącego u wszystkich organizmów żywych.
5.	Adam A. Zych (2017a)	Nieunikniony efekt procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychologicznej, bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres starzenia się.

Tab. 2. Przedstawienie terminu starzenie się w wybranych koncepcjach autorów

Lp.	Autor	Starzenie się
1.	Denis B. Bromley (1969)	Jest zespołem fizjologicznych zmian zachodzących w strukturze i funkcji organizmu, a także w poziomie adaptacji jednostki do wymagań otoczenia.
2	Tom Kirkwood (2005)	Starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu.
3	Józef Kocemba (2007)	Jest to proces powolny i długotrwały, zachodzący w określonym przedziale czasowym, którego zakończenie stanowi – śmierć – będąca fizjologicznym kresem życia ludzkiego.
4.	Zofia Szarota (2004)	To proces naturalny i uniwersalny. Jego początek jest nieuchwytny, zaś umownie przyjmuje się, że następuje on, gdy zachwiana zostaje równowaga metaboliczna organizmu, tzn., gdy zaczynają przeważać procesy kataboliczne nad anabolicznymi.

Starość jako zjawisko i okres w życiu człowieka należy rozpatrywać w powiązaniu ze starzeniem się rozumianym jako postępujący proces, którego nie można zatrzymać. Wprawdzie definicji określających „starość” i „starzenia się” jest wiele i są one różnorodne z uwagi na interdyscyplinarny charakter tych kategorii, to naukowcy są zgodni, co do tego, że złożoność procesu starzenia się odnosi się do trzech płaszczyzn ludzkiej egzystencji: biologicznej (soma), psychicznej (psyche) i społecznej (ethos) (Szatur-Jaworska, 2000). Zatem zmiany dokonujące się w obrębie poszczególnych sfer wzajemnie się przenikają i warunkują funkcjonowanie osoby starszej. Z powyższych względów, jak stwierdza Tomasz Zalega (2016), proces starzenia się jeszcze bardziej niż początki życia, wymaga pełniejszego rozpoznania właśnie w zakresie tak pomyślanej trójjedni.

Przy czym należy podkreślić, iż analiza „starości” i „starzenia się” wymaga uwzględnienia zarówno sfery „starzenia się” w ujęciu jednostki, tzw. osobnicze starzenie się, jak i wymiaru demograficznego, odnoszonego do starzenia się w kontekście zbiorowym. W tym podrozdziale koncentruję się głównie na starzeniu indywidualnym, starzenie się ludności przedstawię w kolejnym podrozdziale.

Powracając do triady w procesie „starzenia się”, czyli do perspektywy biologicznej, psychologicznej i społecznej wskazuje się na określone cechy każdej z poszczególnych sfer. Zdając sobie sprawę, iż każdy z trzech elementów procesu „starzenie się” może stanowić materiał badawczy do odrębnej pracy, przedstawię pokrótce ich charakterystykę. Zmiany

zachodzące w wyniku „starzenia się” w obrębie biologicznym, psychologicznym i społecznym mają bowiem znaczący wpływ na funkcjonowanie jednostki z punktu widzenia osobniczego, jak i zbiorowego, a także uwzględniającego oba aspekty, czyli systemowego ujęcia pomocowego dla osób starszych, który jest przedmiotem niniejszej pracy badawczej. Płaszczyzna biologiczna dotyczy zatem funkcjonowania ciała człowieka i pojawiających się zmian fizjologicznych prowadzących do stopniowej involucji organizmu. W sferze biologicznej starość jest okresem, w którym procesy destrukcji (procesy kataboliczne) przeważają nad procesami budowy (procesy anaboliczne), a zachodzące zmiany o charakterze regresyjnym są większe aniżeli procesy odnowy i regeneracji (Krzyżanowski, 2004). Proces starzenia się obejmuje więc liczne zmiany o charakterze involucyjnym, które można rozpatrywać na poziomie komórek, układów i narządów (Steuden, 2014). Starzenie się biologiczne organizmu staje się widoczne tak w fizycznym wyglądzie człowieka, jak i w sposobie jego funkcjonowania – wolniejszych ruchach, tempie poruszania, obniżonej sprawności narządu słuchu, wzroku, smaku, dotyku, bólu (Steuden, 2014; Stuart-Hamilton, 2006). Wygląd zewnętrzny zmienia się w obszarze m.in. skóry (staje się ona sucha, pomarszczona, mniej elastyczna), włosów (siwieją, przerzedzają się), twarzy (ostrzejsze rysy, uboższa mimika) (Steuden, 2014).

Stopniowe obniżenie sprawności organizmu, co wiąże się z przewagą procesów involucyjnych nad ewolucyjnymi, jest powodem wielochorobowości u osób starszych. Ważnym elementem biologicznego wymiaru starzenia się jest także mniejsza odporność, która przejawia się częstszymi infekcjami, zaostrzeniem dotychczasowych chorób lub procesami nowotworowymi (Parnowski, 2009). Biologiczny wymiar starzenia się podkreśla dwa rodzaje zmian dokonujących się w wyniku procesu starzenia się. Pierwsze są to zmiany zewnętrzne (wygląd) i wewnętrzne występujące na poziomie organizmu. Drugie zmiany dotyczą obniżonej zdolności adaptacyjnej człowieka starszego, co jest skutkiem stałego zmniejszania się aktywności biologicznej organizmu i jego słabszej odporności (Zych, 2017d).

Można zatem stwierdzić, iż nieodłącznym obrazem wymiaru biologicznego starzenia się człowieka jest stopniowa utrata sprawności fizycznej, a w związku z tym osłabiona zdolność adaptacyjna organizmu i mniejsza odporność na stres.

Zmiany zachodzące w obrębie obszaru biologicznego wpływają niewątpliwie na funkcjonowanie psychologiczne osoby starszej. W odniesieniu do psychicznej sfery starzenia się dokonujące się zmiany dotyczą sposobu widzenia siebie, swojego obecnego, jak i dotychczasowego życia. Starzenie się rozpatrywane jest tutaj jako zmiany świadomościowe,

które następują w ostatnim okresie życia i związane są z destrukcyjnymi procesami biologicznymi oraz ograniczeniami społecznymi (Abramski, 2017). Jak stwierdza Adam A. Zych (2017) psychiczne starzenie się odnosi się do samoświadomości jednostki i jej zdolności przystosowania się do stopniowego starzenia się. Jest to odbiór własnych procesów starzenia się przez jednostkę, na który składają się takie elementy, jak: poznanie, samoocena, motywacja i odczucia. Aspekt zdolności adaptacyjnych do zmian w okresie starości ma szczególne znaczenie i rozpatrywany jest wg Szaroty (2004) w oparciu o czynniki wewnętrzne: emocje, motywy, oczekiwania, oraz zewnętrzne: możliwości, obowiązki, przeciwności losu i działalność innych ludzi. Szarota (2004) stwierdza, że analizując dobre przystosowanie należy wziąć pod uwagę takie czynniki, jak: dobry stan zdrowia, aktywność, bystrość umysłu, szczerść w stosunkach z innymi, zadowolenie z życia, zaufanie, towarzyskość, szacunek do samego siebie, wysoka samoocena. Nieprzystosowanie wyraża się natomiast we wrogości do otoczenia, braku radości, obawie przed ludźmi, w chorobliwych lękach lub ustawicznym poczuciu winy i niższej wartości, uleganiu stanom depresji, apatii, izolacji lub zależności od innych (Szarota, 2004). W odwołaniu do powyższego zasadnym jest zatem stwierdzenie, iż sposób przeżywania starości zależy w dużej mierze od zdolności adaptacyjnych jednostki do licznych zmian zachodzących w życiu osoby starszej. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż zmiany te wiążą się często z sytuacjami kryzysowymi i zdarzeniami krytycznym, takimi jak: utrata zdrowia i witalności, atrakcyjności, najbliższych osób, pracy. Przejście na emeryturę oznacza w wielu przypadkach zmniejszenie statusu ekonomicznego, co skutkuje ograniczeniem kontaktów, doprowadzając stopniowo do izolacji osoby starszej. Zdarzenia krytyczne wpływają negatywnie na świadomość starzejącego się człowieka i jego funkcjonowanie społeczne. W psychicznym wymiarze starości znaczące są czynniki motywacyjne, skłaniające do przyjęcia pozytywnej postawy wobec starości, podnoszące samoocenę i poczucie sprawstwa (Halicki, 2006).

Ponadto kolejnym istotnym elementem psychologicznego starzenia się jest fakt, iż osoby starsze dokonują bilansu życiowego, co rzutuje nie tylko na ich aktualne funkcjonowanie, ale także na odczuwane poczucie satysfakcji ze spraw obecnych i minionych, poczucie szczęścia, bycia potrzebnym bądź nie.

W psychologicznym starzeniu się osoby starsze różnią się od siebie pod względem życiowego doświadczenia, strategii adaptacyjnych, a także faktu, iż każdy z poszczególnych etapów starości dostarcza nowych doświadczeń, które znajdują odzwierciedlenie w odmiennych postawach wobec siebie i innych. W przypadku psychicznego starzenia się można wskazać, iż zmiany dokonujące się dotyczą sposobu widzenia siebie, swojego obecnego, jak

i dotychczasowego życia, dotyczą zatem procesów poznawczych, przeobrażeń osobowościowych oraz procesów psychicznych. Należy więc podkreślić indywidualny wymiar psychicznego starzenia się, gdyż każda osoba ma inne doświadczenia życiowe, predyspozycje, usposobienie, sytuację życiową i wchodzi w okres starości w sposób dla siebie właściwy i nie do odzwierciedlenia u innej osoby. Dlatego też kryterium psychiczne jak stwierdza Maria Straś-Romanowska jest najmniej precyzyjne do określenia (Straś-Romanowska, 2004).

Trzecim elementem analizowanym w procesie starzenia się jest wymiar społeczny, rozumiany dwutorowo. Starzenie się społeczne oznacza subiektywne postrzeganie przez osobę starszą roli społecznej, jaką odgrywa ona w ostatnim etapie życia. Drugie ujęcie społecznego starzenia się rozpatrywane jest jako stosunek pozostałych grup danego społeczeństwa do osób starszych oraz do zjawiska starości (Wiśniewska-Roszkowska, 1982).

Znaczenie społecznego wymiaru starzenia się określić można, w ujęciu pierwszym, jako sposób odnajdowania się osoby starszej w nowych sytuacjach i rolach życiowych. W tym wypadku odwołam się do jednego z najtrudniejszych wydarzeń okresu senioralnego, czyli do przejścia na emeryturę, oznaczającą rozpoczęcie kolejnego etapu w życiu człowieka. Utrata roli osoby aktywnej zawodowo wprowadza liczne zmiany w codziennym funkcjonowaniu, do których trzeba się przystosować. Dotychczasowy rytm życia: praca-dom, przestaje obowiązywać. Osoby starsze zyskują dużo czasu wolnego, który spożytkować mogą w dowolny sposób (A. Kamiński, 1965).

Pozostaje wówczas możliwość dokonania indywidualnego wyboru, dotyczącego kontynuowania zatrudnienia i określenia nowego wymiaru czasowego wykonywanej pracy, uczestnictwa w sektorze organizacji pozarządowych, realizacji własnych pragnień lub też spędzenia tego czasu w towarzystwie bliskich osób oraz spełnianą się w roli babci lub dziadka. Wejście w okres emerytalny jest więc trudną zmianą życiową, wiążącą się z nowymi sytuacjami i utożsamianą z utratą przynależności do określonej grupy osób, ograniczeniem kontaktów towarzyskich, co w konsekwencji może prowadzić do izolacji osoby starszej i jej wycofania z życia społecznego. Ponadto przejście na emeryturę w wielu przypadkach oznacza pogorszenie się stanu materialnego, co również w dłuższej perspektywie staje się czynnikiem wpływającym na izolację i wykluczenie osoby starszej z życia społeczności lokalnej. Dysponując uboższymi zasobami finansowymi osoba starsza w mniejszym stopniu korzysta, bądź nie korzysta w ogóle, z ofert dostępnych w środowisku lokalnym, kierowanych do seniorów. Niskie dochody zawężają możliwości ludzi starych we wszystkich sferach ich życia: nie pozwalają świadczyć pomocy materialnej dzieciom, nie pozwalają też na

zaspokajanie potrzeb kulturalnych, na kontynuowanie zainteresowań i ich rozwijanie, a często nawet na zaspokajanie podstawowych potrzeb socjalnych (Chabior, 1995).

Wiązanie pogarszającej się kondycji zdrowotnej i sytuacji materialnej z okresem emerytalnym wpływa na negatywny obraz starości, któremu towarzyszą obawy i lęk. Nicholas Coni, William Davison, Stephen Webster (1994, s. 29) twierdzą, że emerytura spełni nasze oczekiwania, jeśli podejmiemy do niej w sposób jednostkowy, nadając emeryturze indywidualny wymiar zachowań i bycia osobą starą:

„Każdy powinien znaleźć własną ścieżkę przez starość, gdyż nie istnieją gotowe schematy. Nie byłoby wskazane, ażeby powielać przykłady z poprzednich pokoleń. Sposób życia każdego z pokoleń jest różny, każde pokolenie musi samo zdecydować, jakie zachowania są słuszne i najlepsze w danej sytuacji. [...] Wraz z wiekiem człowiek powinien stawać się bardziej pewny siebie. Tolerując zachowanie, wygląd i działanie ludzi młodych, powinienes wymagać tolerancji dla swoich własnych upodobań”.

Przejście na emeryturę jest jedną z charakterystycznych ról okresu senioralnego. Do innych ról ostatniego etapu życia zalicza się także rolę babci/dziadka, pacjenta, osoby uczącej się bądź rolę użytkownika wolnego czasu. W literaturze gerontologicznej przedstawione są różne klasyfikacje ról społecznych przyjmowanych przez osoby starsze. Jak zauważa Agata Chabior niektóre role są efektem intencjonalnego wyboru jednostki, np. rola słuchacza/słuchaczki uniwersytetu trzeciego wieku (UTW), inne natomiast są rezultatem zmian zachodzących w otoczeniu, np. rola emeryta lub dziadka/babci (Chabior, Wawrzyniak, Fabiś, 2017). Szeroką i aktualną klasyfikację ról przyjmowanych przez seniorów prezentuje Szarota, która wyróżniła:

- I. Role nieformalne, związane z przynależnością do grupy pierwotnej.
  - 1) Role rodzinne – wynikają z pokrewieństwa: córka/syn, matka/ojciec babcia/dziadek, brat/ siostra oraz role wynikające ze spowinowacenia: żona/mąż, teściowa/teść, bratowej/ szwagra
  - 2) Role związane z przynależnością do nieformalnych grup społecznych i szerszych społeczności:
    - Role koleżeńskie, towarzyskie, przyjacielskie.
    - Role sąsiedzkie (członków społeczności lokalnych, wspólnot mieszkaniowych).
    - Role członka wspólnoty wyznaniowej, wyznaczone normą religijną i obyczajową.
- II. Role instytucjonalne, związane z przynależnością do grup sformalizowanych (wtórnych).



- 1) Rola społecznika, wolontariusza, członka stowarzyszenia, organizacji, uczestnika forum dyskusyjnego, komentatora wydarzeń, aktywisty w radzie parafialnej czy wspólnocie mieszkaniowej.
- 2) Rola obywatela, członka społeczeństwa obywatelskiego, związana z aktywnością obywatelską i polityczną (np. uczestnictwo w wyborach)
- 3) Rola uczącego się, uczestnika instytucji kulturalnych i edukacyjnych nurtu pozaformalnego, konsumenta dóbr kultury: np. członka klubów seniora, słuchacza UTW.

### III. Role determinowane wiekiem podeszłym.

- 1) Rola zawodowa: pracownika lub emeryta, podwładnego lub przełożonego, nieaktywnego zawodowo, bezrobotnego, zatrudnionego na etacie lub jego części, w oparciu o różne rodzaje umów.
- 2) Rola użytkownika (nadmiaru) wolnego czasu, odbiorcy oferty tzw. przemysłu czasu wolnego (w wymiarze pasywnym i aktywnym – bierny wypoczynek lub rekreacja).
- 3) Rola podopiecznego – wraz z utratą sił, niezależności ekonomicznej oraz autonomii decyzyjnej, człowiek starszy może stać się podopiecznym, korzystającym z usług członków własnej rodziny lub instytucji służby zdrowia lub opieki i pomocy społecznej (Szarota, Kijak, 2013).

Z rolami społecznymi powiązane są w sposób istotny postawy wobec starości, czyli różne sposoby przystosowania się do życia w jego ostatnim etapie. Dennis B. Bromley (1969) wyróżnił pięć takich postaw: konstruktywną, zależności, obronną, wrogości wobec świata, wrogości skierowanej na samych siebie. Postawa konstruktywna, jest właściwa ludziom wewnątrznie zintegrowanym, którzy pozytywnie oceniają siebie i innych ludzi. Człowiek reprezentujący taką postawę akceptuje własną starość i fakt odejścia na emeryturę. Ewentualność śmierci traktuje jako naturalne zdarzenie nie wywołujące rozpacz i żalu. Taki człowiek jest optymistycznie zorientowany na przyszłość, bowiem ma dodatni bilans i może liczyć na pomoc ze strony otoczenia społecznego. Postawa zależności charakteryzuje ludzi wykazujących więcej bierności, liczących na pomoc materialną i wsparcie emocjonalne innych ludzi. Osoby reprezentujące taką postawę nie przejawiają ani objawów braku zrównoważenia emocjonalnego, ani wrogości i lęków. Postawę obronną reprezentują ludzie nadmiernie opanowani, skrępowani normami i konwenansami. Należą do niej osoby przerażone starością, nie widzące w niej żadnych pozytywnych stron. Ich poglądy i postawy są konwencjonalne, unikają wypowiedzienia własnych sądów, z trudem mówią o swoich

problemach życiowych lub rodzinnych, bardziej zajęci są życiem zewnętrznym niż własnymi przeżyciami. Postawa wrogości wobec świata wiąże się z tym, że wszystkie winy za swoje błędy ludzie przypisują warunkom zewnętrznym i otoczeniu. Są agresywni, podejrzliwi, niezadowoleni z kontaktów z innymi ludźmi. Ostatnia postawa to wrogość skierowana na samych siebie. Postawę taką reprezentują osoby bez inicjatywy, przesadnie źle oceniający własny stan psychiczny, traktujący siebie jako ofiary niepomyślnego zbiegu okoliczności, agresywni i wrogo nastawieni do siebie. Nie boją się śmierci, którą traktują jako wyzwolenie z nieszczęśliwej egzystencji. Charakteryzuje ludzi o wyraźnie ujemnym bilansie życiowym, którzy unikają powracania do wspomnień życiowych, ponieważ w ich życiu było wiele niepowodzeń i trudności. Bromley (1969) przedstawił także kryteria prawidłowego przystosowania się do starości: zgodność między stanem wewnętrznym człowieka a warunkami zewnętrznymi, utrzymanie ciągłości wzorców przystosowania, pogodzenie się ze starością i akceptacja nieuchronności śmierci, poczucie zadowolenia z życia, poczucie bezpieczeństwa. W literaturze przedmiotu, podobnie jak w przypadku różnych klasyfikacji ról społecznych, znajdują się także różne typologie stylów starzenia się, czy postaw wobec starości. Olga Czerniawska (2007) wskazuje, że najczęściej spotykane style życia to: bierny, rodzinny, aktywny ruchowo, aktywny społecznie, skoncentrowany na domu, pobożny i edukacyjny. Stanisława Steuden (2014) podkreśla aktywny styl życia, wskazując, iż aktywność życiowa jest wg powszechnych przekonań czynnikiem związanym z poczuciem zadowolenia z życia, satysfakcji, użyteczności i własnej wartości. Zych (1999) na podstawie badań własnych przedstawił klasyfikację czterech typów emocjonalno-poznawczego ustosunkowania się do procesu starzenia się. Dwa pierwsze typy postaw wyrażają nieprzystosowanie się, natomiast dwa kolejne oznaczają przystosowanie:

- 1) lęk przed starością i bunt wobec starzenia się;
- 2) rezygnacja i/lub izolacja emocjonalna i społeczna;
- 3) rozsądna akceptacja starości jako naturalnej fazy życia ludzkiego;
- 4) refleksja nad przebyciem już odcinkiem drogi życiowej.

Z analizy przedstawionych stylów życia seniorów wynika, iż najbardziej niekorzystnym jest bierny styl życia, który znajduje się w opozycji binarnej do nastawionego na działanie aktywnego stylu życia, zróżnicowanego w sposobie i zakresie wyrażanej aktywności. Bierny styl życia jest charakterystyczny dla osób pozostających w domu, które nie utrzymują kontaktów z innymi. Jak stwierdza Steuden (2014) styl ten najczęściej łączy się z obecnością przewlekłej choroby, obniżoną sprawnością ruchową, brakiem sił fizycznych, obniżonym samopoczuciem psychicznym, wycofaniem się z życia społecznego. W tego typu sytuacjach

sposobem na przezwycięzenie zaistniałego stanu rzeczy jest udzielenie pomocy osobie starszej w formie wsparcia społecznego i wskazanie możliwości podjęcia działań aktywizujących. W tym miejscu należy jednak pamiętać, iż na przyjmowany przez daną osobę styl życia w okresie starości ma wpływ styl codziennego funkcjonowania, jaki osoba starsza wybrała na wcześniejszych etapach życia (Zych, 2019). Oznacza to, iż osoby aktywne we wcześniejszych etapach życia preferują postawę aktywną w okresie starości. Natomiast osoby o dotychczasowym biernym stylu życia, kontynuują ten styl będąc w ostatnim etapie życia. Biorąc natomiast pod uwagę zróżnicowanie w przyjmowanych formach aktywności podejmowanych przez seniorów, podkreślić należy, iż osoby starsze mogą być aktywne we wszystkich sferach, bądź kilku, mogą też skoncentrować się na jednej roli.

Społeczny wymiar starzenia się ze względu na wiele zmian w pełnieniu ról społecznych przyjmowanych przez osoby starsze, postawy wobec starości lub też style życia, świadczy o przeorganizowaniu dotychczasowego sposobu życia osoby starszej. Przystosowanie się do nowej sytuacji życiowej nie jest zadaniem prostym i staje się dużym wyzwaniem dla jednostki. W wyniku utraty określonych ról społecznych, a w szczególności zawodowej i towarzyskiej, powstaje luka, którą wypełnia się poprzez mechanizm kompensacji bądź wejścia w nowe role (Kotlarska-Michalska, 2000). Przykładem może być podjęcie roli babci lub słuchacza uniwersytetu trzeciego wieku (UTW). Jak stwierdza Anna Kotlarska-Michalska (2000, s. 149):

„Socjologiczny punkt widzenia starości określić można jako widzenie człowieka starego przez pryzmat jego ról społecznych, jego aktywności w grupach, zbiorowościach i strukturach społecznych. Człowiek stary widziany jest jako osoba wycofująca się stopniowo z przydzielonych mu przez społeczeństwo obszarów aktywności. Socjolog postrzega obecność człowieka starego w tych miejscach, które kulturowo i obyczajowo wyznacza mu społeczeństwo, zatem socjolog opisuje człowieka starego poprzez analizę zadań, jakie wypełnia człowiek stary w mikrostrukturach, mezostrukturach i makrostrukturach społecznych, realizując role narzucone przez rodzinę, krąg towarzyski, krąg sąsiedzki czy społeczność domu pomocy społecznej”.

Społeczne starzenie się w wymiarze jednostkowym jest zatem zróżnicowane i zależne od wielu czynników, tj. postawy wobec życia, subiektywnej wizji życia, stanu zdrowia, stylu życia i doświadczenia życiowego. Z kolei drugi element społecznego starzenia się, czyli stosunek pozostałych grup społecznych do osób starszych i starości uwzględnia społeczno-kulturowy wizerunek starości, a także działania z zakresu kształtowania warunków życia dla osób starszych, np. w ramach polityki społecznej (Leszczyńska-Rejchert, 2005). Istotnym elementem w społecznym postrzeganiu starości jest zatem kultura danego społeczeństwa, która określa charakterystykę poszczególnych etapów ludzkiego życia. Kinga Wiśniewska-

Roszkowska (1989), stwierdza, że definicja, jak i kryteria starości zależą od uczuciowego ustosunkowania się społeczeństwa, cywilizacji do tego okresu życia człowieka. Dlatego stawia ona pytanie, czy dla przeciętnego człowieka starość jest atrakcyjna i pożądana, czy wręcz przeciwnie, myśl o starości napawa lękiem i odrazą. Obecnie w czasach kultu młodości osoby starsze postrzegane są jako kłopotliwe, spychane w obszar osamotnienia, niesamodzielne (Szarota, 2004), zaś podejmowane przez seniorów aktywności kojarzone są na ogół z opieką nad wnukami, pracą w gospodarstwie domowym, praktykami religijnymi oraz pomocą rodzinie. Działania te nie zyskują jednak aprobaty, gdyż nie są łączone z pracą społeczną, realizowaniem pasji, podróżowaniem i innymi zajęciami cieszącymi się uznaniem ludzi młodych (Krupa, 2012). Jak zauważa Łukasz Łotocki (2012) starość jest fazą życia, o której trzeba pisać delikatnie, wiążąc słowa, tak aby nikogo nie urazić. Można bez przeszkód mówić o kimś, że jest człowiekiem młodym, trudniej natomiast, że jest człowiekiem starym.

Z drugiej zaś strony osoby starsze są postrzegane także jako osoby szanowane, które są depozytariuszami kultury, tradycji, wiedzy, obyczajów oraz jako osoby rozsądne, szczerze i odpowiedzialne (Rudnik, 2016; Szarota, 2004). Elementem świadczącym o kreowaniu pozytywnego wizerunku osoby starszej jest stosowanie w powszechnym użyciu słowa *senior*, utożsamianego z mądrością i szacunkiem, a oznaczającego najstarszego wiekiem członka rodziny (sjp.pwn.pl). Innym przykładem stosowania eufemizmów do starości i starzenia się są określenia typu: „sędziwy”, „trzeci wiek”, „trzecia młodość”, „wiek zaawansowany”, „jesień życia”, „wiek podeszły”, „wiekowy”. Ponadto wyszło z obiegowego użycia określenie „dom starców”. Obecnie placówki świadczące opiekę dla osób starszych określane są jako domy opieki, czy też domy opieki.

Interdyscyplinarność oraz zróżnicowanie w obrębie starości i starzenia się, zarówno w sferze indywidualnej, jak i społecznej, czyni rozważania dotyczące finalnego okresu życiowej egzystencji niezwykle fascynującymi. W wyniku zgłębiania literatury przedmiotu można przeanalizować bogaty materiał z zakresu triady procesu starzenia się, a także m.in. zmieniającą się w ciągu wieków pozycję osoby starszej w społeczeństwie<sup>3</sup>, jak również

---

<sup>3</sup> Stosunek do ludzi starych na przestrzeni dziejów ulegał przemianom. Ludy pierwotne porzucały lub uśmiercały starców, gdy stawali się niedołążni i beużyteczni. W kulturze starożytnej natomiast starcy otaczani byli czcią i szacunkiem, stanowili bowiem skarbnicę wiedzy (Halicki, 2006) – przyp. J. K. H.

zaobserwować wpływ rozwoju medycyny na wydłużenie czasu trwania życia<sup>4</sup>, co z kolei stanowi przesłankę do dysputy na temat jakości życia i systemu pomocy dla osób starszych i ich rodzin.

W tej części pracy przedstawię jeszcze jeden element świadczący o heterogeniczności osób starszych, którego nie sposób pominąć w rozważaniach na temat starości i starzenia się, a mianowicie wiek. Piotr Szukalski (2013) wskazuje właśnie na wiek jako na jedną pośród wielu cech różnicujących zbiorowość osób starszych. Biorąc pod uwagę fakt, iż starość w dużym stopniu jest zależna od osobniczych cech danej jednostki, trudno jest określić „próg starości”, który uznany by został za uniwersalny początek starości, następującej po wieku dojrzałym. Jak stwierdza Szarota (2004) w potocznej opinii starzenie rozpoczyna się od momentu zachwiania równowagi metabolicznej organizmu, kiedy więcej komórek ginie, niż powstaje. Jednak trzeba brać pod uwagę fakt, iż tempo starzenia się różnych narządów i układów nie musi być jednakowe (Wiśniewska-Roszkowska, 1994). Ponadto jak zauważa Ian Stuart-Hamilton (2006) ludzie nie starzeją się z dnia na dzień, gdyż przejście z jednej fazy z życia w drugą jest procesem stopniowym, zachodzącym w sposób ciągły i płynny. Kolejną trudnością w ustaleniu kiedy dokładnie zaczyna się starość jest zjawisko dyferencjalności<sup>5</sup> starzenia się, które polega na różnicach w tempie tego procesu w zależności od rasy, klimatu, trybu życia, sposobu odżywiania (Wiśniewska-Roszkowska, 1989).

W rozważaniach na temat dolnej i górnej granicy starości, bezsprzecznym jest fakt, iż końcem starzenia się jest moment śmierci fizjologicznej. Natomiast w przypadku określenia konwencjonalnej dolnej granicy okresu starości przyjmuje się wiek między 60. a 65. rokiem życia (Stuart-Hamilton, 2006; Szarota, 2004). Wyróżnienie grupy osób starych według kryterium metrykalnego, czyli kalendarzowego określającego osoby ze względu na liczbę przeżytych lat pozwala podzielić daną subpopulację na grupy wiekowe (Brzezińska, 2011). Jest to najczęściej wykorzystywana miara w periodyzacji ludzkiego życia, ze względu na łatwość obiektywnego jej pomiaru (Brzezińska, 2011), uwzględniania w stosunkach prawnych, urzędowych (Szarota, 2004) i ma związek z kwestią ustalenia wieku emerytalnego (Rosset, 1967). Jednak już powiązanie wieku metrykalnego z określonymi cechami

---

<sup>4</sup> Jak wykazują badania w początkach XIX wieku średnia długość życia (w USA) dla mężczyzn wynosiła 48 lat, zaś dla kobiet 51. Ale już pod koniec tegoż wieku wynosiła odpowiednio u mężczyzn 72 i 79 u kobiet (Suwiński, 2018) – przyp. J. K. H.

<sup>5</sup> Przykłady dyferencjalności procesu starzenia: Eskimosi lub środkowoafrykańscy Murzyni żyją przeciętnie 30 lat, a 50. rok życia to w owych skrajnych warunkach wiek bardzo zaawansowany. Natomiast Armenia, Azerbejdżan, Gruzja, kraj Hunza zwany Szczęśliwą Doliną (Himalaje), dolina Vilcabamba w ekwadorskich Andach i Półwysep Bałkański są „obszarami” długowieczności społeczeństw. Ich członkowie żyją niejednokrotnie ponad 100 lat, ciesząc się zdrowiem i sprawnością (Wiśniewska-Roszkowska, 1989) – przyp. J. K. H.

fizycznym i psychologicznym jest trudne, gdyż tempo zachodzących zmian u poszczególnych osób jest zróżnicowane (Steuden, 1990). Wiek kalendarzowy nie pokrywa się więc z wiekiem biologicznym, gdyż starzenie się w ujęciu biologicznym, rozpoczyna się już między 30. a 40. rokiem życia (Gutowska, 2015). Wiek metrykalny nie spełnia zatem kryterium uniwersalności ze względu na różnice osobnicze i nie może być uznany przez gerontologów za obiektywny wskaźnik starości (Szarota, 2014). W związku z wieloaspektowością omawianego zagadnienia w literaturze przedmiotu najczęściej stosuje się podział na kilka kategorii dotyczących wieku (zob. tab. 3).

Tab. 3. Zestawienie kategorii wiekowych

Wiek ze względu na kategorie	Opis kategorii wieku
Wiek kalendarzowy (chronologiczny, demograficzny, metrykalny)	Punktem wyjścia jest rok urodzenia. Wiek ten mierzony jest liczbą przeżytych lat.
Wiek biologiczny	Określa ogólną żywotność organizmu we wszystkich jego funkcjach. Podstawę określenia wieku biologicznego stanowią biologiczne i medyczne pomiary funkcjonowania organizmu człowieka (funkcje życiowe i zmiany w funkcjonowaniu narządów).
Wiek psychiczny	Zawiera ocenę funkcji intelektualnych, jakość psychospołecznego funkcjonowania, stopień sprawności zmysłów i zdolności przystosowawczych człowieka. Obniżenie tych zdolności jest symptomem starzenia się.
Wiek społeczny	Opiera się na założeniu, że w poszczególnych fazach życia zmienia się charakter, zakres i hierarchia pełnionych ról społecznych przez jednostkę.
Wiek ekonomiczny	Oznacza zajmowane przez człowieka miejsce w systemie społecznego podziału pracy. Najczęściej określany jako: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, poprodukcyjny. Początek starości określany jest zatem za pomocą końca aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę. Dochodzi do zmiany głównego źródła utrzymania i człowiek starszy z dawcy staje się biorcą.
Wiek socjalny (prawny)	Powiązany z prawem do świadczeń socjalnych na podstawie aktów prawnych uznających okres starości za uprzywilejowany w tym zakresie. Prawa tego osoba starsza nabywa na podstawie ograniczenia (lub utraty) możliwości samodzielnego zdobywania środków utrzymania. Wiek socjalny oznacza możliwość korzystania z uprawnień emerytalnych (60/65 lat), zasiłku pielęgnacyjnego (75 lat), zniżek i zwolnień z różnych opłat (przejazdy komunikacją miejską, abonament telewizyjny) oraz

	usług pielęgnacyjnych (w miejscu zamieszkania) i opiekuńczych (miejsce w domu opieki), przywilejów, pomocy, wsparcia, opieki, a także świadczeń pieniężnych dla kombatantów i weteranów II wojny światowej oraz wdów po nich (dodatek kombatancki, kompensacyjny).
--	--

Zróżdła: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu: Chabior, A., Fabiś, A., Wawrzyniak, J. (2014). *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, s. 175-176. Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawn. Aspra-Jr, s. 34-37. Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, s. 45-47.

Przedstawiając powyżej trudności towarzyszące ustaleniom dotyczącym początku starości Szatur-Jaworska (2000) stwierdza, że faza starości rozpoczyna się wraz z osiągnięciem określanego konwencjonalnie „progu starości”, który jest w ścisłej korelacji z wiekiem metrykalnym, gdyż jego wyznaczenie opiera się na liczbie przeżytych lat. Mając na uwadze powyższe, przytaczając umowne ustalenie „progu starości” powołam się na Światową Organizację Zdrowia (WHO), która określa 60. rok życia jako wiek rozpoczynający okres starości (Steuden, 2014). Jak stwierdza Stuart-Hamilton (2006) większość gerontologów analogicznie wskazuje wiek 60-65 lat jako początek starości. Tak więc w wyniku dokonanej analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, iż konwencjonalne określenie „progu starości” wiąże się z ustaleniami dotyczącymi wskazania wieku emerytalnego w większości państw rozwiniętych (Randel i in., 1999). Mimo że wiek metrykalny, nie jest obiektywnym wskaźnikiem starości, to jego zastosowanie staje się w pewnym sensie niezbędne i nadaje określone ramy organizacyjne w systemie pomocowym państwa, wyznaczając wiek, w którym osoba starsza nabywa prawo do świadczenia emerytalnego. Piotr Błędowski (2002) zauważa, że przyjęcie wieku kalendarzowego jako granicy starości jest przydatne głównie dla celów statystycznych, gdyż ułatwia ustalenie liczby osób umownie uznanych za stare. Ponadto, jak stwierdza Edward Rosset (1959, s. 108), „umownie przyjęta granica wieku starczego ma walor uniwersalny, bo umożliwia dokonywanie porównań zarówno w czasie, jak i w przestrzeni”.

Określenie „progu starości” w literaturze przedmiotu uznane jest za kwestię umowną. Zastosowanie takowego rozwiązania nie jest więc odpowiedzią na problemy i wyzwania związane z badaniami ludzi starych. Zasadnym jest zatem stwierdzenie, że heterogeniczność tej konkretnej subpopulacji wyrażona jest w literaturze przedmiotu poprzez wyodrębnienie podokresów starości, które także wiążą się z wiekiem. Osoba, która ma dziewięćdziesiąt lat funkcjonuje zupełnie inaczej, niż osoba przekraczająca próg starości. Periodyzacja starości

odzwierciedla zatem wieloaspektowość tego okresu życia, a jej ramy czasowe wyznaczające poszczególne etapy starości przedstawiane są różnie. Jak stwierdza Małgorzata Brzezińska (Brzezińska, 2011, s. 19) „najpopularniejsza jest klasyfikacja trójdzielna, w której pierwszy etap jest starością sprawną i aktywną, drugi cechuje pogorszenie stanu psychofizycznego, a trzeci to długowieczność”. Według klasyfikacji WHO podział okresu starości wygląda następująco:

- wczesna starość (60-74 lata),
- późna starość (75-90 lat),
- wiek sędziwy, długowieczność (powyżej 90. roku życia).

Natomiast okres 45.–59. r.ż. uznany został za wiek przedstarczy (Nowicka, 2008).

Występuje także podział wieku, wg którego osoby starsze tworzą grupę ludzi trzeciego i czwartego wieku. Trzeci wiek odnosi się do aktywnych i prowadzących niezależny styl życia w późnej dorosłości. Natomiast wiek czwarty wiąże się z okresem zależności od innych (Stuart-Hamilton, 2006).

W literaturze anglosaskiej kategoryzacja starości przedstawia się następująco:

- „młodzi-starzy” (ang. *young-old*) – osoby w wieku 60/65-74 lata,
- „starzy-starzy” (ang. *old-old*) – osoby w wieku 75-84 lata,
- „najstarsi-starzy” (ang. *oldest-old*) – osoby w wieku 85 lat i więcej (Crews, 2005; Suzman, Riley, 1985).

Na świecie obserwuje się wzrost liczby osób starszych w każdej z trzech subkategorii starości, poza tym ludzie żyją dłużej niż kiedykolwiek w historii ludzkości (Harper, Crews, 2000), jest to wynikiem postępu w medycynie oraz poprawy standardów życia w zbiorowości osób starszych. Wyodrębnienie subkategorii okresu starości jest istotne w mojej pracy badawczej, w której poddając analizie funkcjonowanie systemu pomocy dla osób starszych, odnoszę się do okresu wczesnej, późnej starości oraz wieku sędziwego. Tym samym uwzględniam w procesie analizy wielowymiarowość okresu starości, która odzwierciedlona jest zmieniającą się kondycją psychofizyczną w wyniku postępującego procesu starzenia się, a wraz z nią zmieniającymi się potrzebami. Przejawem tego jest fakt, iż we wczesnej starości osoby starsze zachowują zarówno sprawność fizyczną, jak i psychiczną oraz samodzielność. W okresie późnej starości obserwuje się jednak ograniczenie sprawności psychofizycznej, wzrasta też potrzeba korzystania z pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak zakupy, czy sprzątanie. Natomiast osoby w wieku sędziwym potrzebują stałej pomocy przy wykonywaniu większości czynności, są także potencjalnymi klientami instytucjonalnych



form pomocy (Błądowski i in., 2012). Skuteczny system pomocy społecznej dla osób starszych powinien odpowiadać na potrzeby osób starszych każdej z trzech subkategorii.

W pierwszym rozdziale pracy dotyczącym zagadnień związanych z procesem starzenia się oraz okresem starości, jako ostatnim etapem życia, za istotne uznałam wyjaśnienie sposobu interpretacji tej fazy życia i jej rozumienia w koncepcji cyklu życia, ujmowanej jako „trwający od urodzenia do śmierci proces zaspokajania przez jednostkę potrzeb, warunkujących osiągnięcie przez nią optimum możliwości w każdej kolejnej indywidualnej fazie rozwoju” (Rysz-Kowalczyk, 1995, s. 35). Podział cyklu życia człowieka na poszczególne etapy/okresy wiąże się z nadaniem życiu pewnych ram czasowych. Owo usystematyzowanie biegu życia człowieka ułatwia dokonywanie analiz przebiegu całościowego cyklu życia, jak i jego poszczególnych faz w kontekście rozpoznania potrzeb, prawidłowości, problemów, czy też cech osób w określonym wieku (Szarota, 2010). Przy czym każda „faza życia” charakteryzuje się następującymi cechami:

- fazę cyklu życia rozumie się jako zamknięte fragmenty życia, w których w określony, dla danego miejsca i pokolenia, sposób spotykają się: biologia, osobowość, kultura i instytucje społeczne;
- poszczególne fazy mogą trwać w życiu człowieka dłużej lub krócej; mogą być mniej lub bardziej oddzielone „progami przejścia”; mogą ulegać fragmentaryzacji, np. na „wczesną” i „późną” – a przejście z fazy do fazy jest nieuchronne, a ich sekwencja nieodwracalna. Zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne charakteryzujące poszczególne fazy mają charakter zmian ostatecznych, nie okresowych;
- każda faza ma swoją rolę w całym cyklu życia, ale żadna nie może być ujmowana jako mniej lub bardziej wartościowa (Rysz-Kowalczyk, Szatur-Jaworska, 2004).

Interpretacja „starości” w koncepcji biegu życia, dzielącego się na poszczególne fazy, oznacza zatem, iż „starość”, jako końcowy okres życia, jest pewnego rodzaju kontinuum wcześniejszych etapów życia ludzkiego. Nabiera także szczególnego znaczenia, gdyż immamentną cechą etapu „starości” jest analiza dotychczasowego życia i refleksja nad własnymi dokonaniem, czyniona poprzez „wgląd” we wcześniejsze fazy życia.

W odniesieniu do całościowego biegu życia stwierdzić można zatem, iż starość jako finalny okres życia jest jego naturalnym etapem i każdy będzie ją przeżywać w sposób właściwy dla siebie, o ile nie umrze wcześniej. Ze względu na jednostkowy wymiar starzenia się trudno jest czynić uogólnienia. Bezspornym jest jednak fakt, iż starość jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju ludzkiego, polegającym na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych, a prowadzącym do stopniowego ograniczenia

możliwości adaptacyjnych ustroju (Zalega, 2016). Starość sama w sobie nie jest chorobą, nie jest też etapem negatywnym i destrukcyjnym. Może być okresem samorealizacji i spełnienia. Jednak o ile starość nie jest synonimem choroby o tyle wywołuje takie skojarzenia przez wzgląd na fakt, iż choroby, których występowanie wiąże się z postępującym procesem starzenia się, wpływają na narastające upośledzenie funkcji organizmu.

Ze względu na zróżnicowanie procesu starzenia się i okresu starości w literaturze przedmiotu wyróżnia się starzenie się normalne (naturalne), określane także jako zwykłe starzenie się (ang. *usual aging*), pomyślnie starzenie się (ang. *successful aging*) oraz starzenie się patologiczne (ang. *impaired aging / pathologic aging*) (Rowe, Kahn, 1997). Zych (2011) za normalne starzenie się uznaje proces naturalnego starzenia się organizmu, właściwy dla danego wieku i gatunku, bez zaburzeń psychicznych, bez znacznej utraty wzroku, słuchu, z zachowaniem względnej sprawności psychofizycznej. Jak piszą John W. Rowe i Robert L. Kahn (1987) jest to starzenie się w zdrowiu, czyli niechorobowe starzenie się. W sytuacji występowania zjawiska wielochorobowości powodującego dramatyczny spadek funkcji narządowych, z powodu nakładających się chorób, które w efekcie prowadzą do śmierci, mamy do czynienia z patologicznym starzeniem się (Bień, 1997). „Pomyślnie starzenie się” jest koncepcją interpretowaną w różny sposób i zarazem niezwykle aktualną, gdyż współczesne rozważania w zakresie osób starszych czynione są nie tyle w obszarze wydłużenia życia, lecz w zapewnieniu godnego i jakościowego jego przeżycia. Mając na uwadze powyższe „pomyślnie starzenie się” wiąże się z pozytywną rolą predyktorów starości, co w efekcie zwalnia proces starzenia się (Bień, 2001). Duże znaczenie w obecnym dyskursie dotyczącym „pomyślnego znaczenia się” odegrali Rowe i Kahn. Zdefiniowali oni kategorię osób starszych starzejących się pomyślnie, wyodrębniając przy tym trzy kryteria, które musiały zostać spełnione: 1) brak współistnienia chorób zależnych od wieku 2) dobra sprawność fizyczna i psychiczna 3) wysokie zaangażowanie społeczne. Wg Rowe’a i Kahna zastosowanie kryteriów nieobecności lub obecności choroby, sprawności i zaangażowania społecznego umożliwia przyporządkowanie osobniczych trajektorii starzenia się do jednego z trzech procesów starzenia się: zwyczajnego, pomyślnego bądź patologicznego (Bień, 2017). Zaprezentowanie koncepcji pomyślnego starzenia się przez Rowe’a i Kahna wywołało szeroką debatę na temat pomyślnego starzenia się zarówno w literaturze zagranicznej, jak i polskiej. Istotnym elementem, który przywołam w tym miejscu jest także fakt, iż do szerokiego dyskursu dotyczącego pomyślnego starzenia się wpisuje się termin zbliżony do omawianego, tj. „aktywne starzenie się”, a także koncepcja wychowania do starości Aleksandra Kamińskiego. W przedstawieniu swojej koncepcji A. Kamiński nie użył

bezpośrednio określenia pomyślnie starzenie się, jednak jego sformułowania uznać można za wskazówki prowadzące do takiego rodzaju starzenia się (Leszczyńska-Rejchert, 2019).

Bezwzględny walorem koncepcji pomyślnego starzenia się było zwrócenie uwagi nie tylko na wielowymiarowość i złożoność tego procesu oraz na zróżnicowanie w obrębie osób starszych, ale także, a może przede wszystkim zwrócenie uwagi na pozytywne aspekty związane z procesem starzenia się.

Można stwierdzić, iż starość jako naturalny etap życia, należy rozpatrywać w powiązaniu ze starzeniem się jako nieodwracalnym procesem, uwzględniając przy tym jego aspekt ekonomiczny i demograficzny. Należy także brać pod uwagę specyfikę osobniczego wymiaru starzenia się analizowanego w oparciu o triadę występującą w procesie „starzenia się”, czyli perspektywę biologiczną, psychologiczną i społeczną.

Fakt, że starość jest ostatnim etapem w życiu człowieka, który na przestrzeni ostatnich dekad uległ wydłużeniu, sprawia, że zasługuje on na szczególną uwagę. Wysokie zróżnicowanie tego okresu w zakresie indywidualnym oznacza, iż nie jest możliwym jednorodne ujęcie tej grupy społecznej, a tym samym ujednoczenie specyfiki zagadnień związanych ze starością i starzeniem się. Periodyzacja okresu starości, poprzez umowne wyznaczenie stadiów tego czasu, jest wszakże pomocna w analizowaniu tego zjawiska. Odzwierciedla bowiem, w pewnym stopniu, różnorodność i zmiany zachodzące w funkcjonowaniu osoby w wyniku procesu starzenia – od osób sprawnych, częściowo wymagających wsparcia, po te, które bez opieki nie są w stanie egzystować, co porządkuje i systematyzuje rozważania dotyczące tego okresu. Jednak indywidualny wymiar procesu starzenia się (m.in. historia życia danej osoby, uwarunkowania genetyczne) czyni proces ten jedynym w swoim rodzaju, nadając mu przebieg o charakterze wysoce zindywidualizowanym. Przez wzgląd na powyższe gerontologia jest nauką interdyscyplinarną, analizującą okres starości i starzenia się wielowymiarowo, uwzględniając czynnik biologiczny, medyczny, kulturowy, społeczny, psychologiczny i ekonomiczny. Elementem wspólnym w rozważaniach nad finalnym okresem życia człowieka jest to, iż w centrum zainteresowania stawiany jest człowiek w relacji do:

- świata przyrody – antropologia przyrodnicza, w tym medyczna, fizjologiczna, patologiczna,
- świata społecznego – gerontologia społeczna, socjologia, demografia i ekonomia,
- świata kultury – antropologia kulturowa,
- indywidualnego świata wewnętrznego – psychologia, antropologia filozoficzna (Bugajska, 2005).

Rozwój medycyny na przestrzeni wieków, postęp cywilizacyjny oraz polepszenie warunków życia przyczyniły się do wydłużenia średniego czasu trwania życia, dlatego też obecne dysputy dotyczące starości i starzenia się odnoszą się nie tyle, do kwestii związanych z wydłużeniem życia człowieka – *dodać lat do życia*, lecz do uczynienia ostatniego okresu ludzkiej egzystencji, życiem godnym i wartościowym, często pomimo niepełnosprawności towarzyszącej starości – *dodać życia do lat*<sup>6</sup>. Pytania dotyczące jakości życia, a w tym jakościowej opieki, która sytuuje w centrum – człowieka, nie zaś – jego chorobę, czy niepełnosprawność, są nad wyraz aktualne. W wyniku starzenia się społeczeństwa, gerontologia oraz geragogika, czyli pedagogika starzenia się i starości - powiązana z koncepcją całożyciowego kształcenia, są zgłębiane i poddawane wnikliwej analizie przez teoretyków i praktyków z różnych dziedzin życia: polityki, ekonomii, socjologii, pedagogiki, pracy socjalnej. Celem wielopoziomowych analiz jest poszukiwanie i wdrażanie rozwiązań mających na celu wyjście naprzeciw zmieniających się z wiekiem potrzeb osób starszych – tak w ujęciu osobniczym, kiedy to jednostka staje przed wyzwaniami ciągłego przystosowywania się do szybko następujących zmian ekonomicznych i społecznych oraz narażona jest na problem osamotnienia i izolacji – jak w ujęciu społecznym, związanym m. in. ze zmianą roli i statusu społecznego, potrzebą opieki i wsparcia. Wyzwaniem obecnych czasów jest zmodyfikowanie obecnego systemu pomocowego, tak, aby uwzględnił różnorodne potrzeby osób starszych z każdej kategorii wiekowej tej subpopulacji oraz bez względu na charakter przebiegu procesu starzenia, który może przybierać formę starzenia się normalnego, pomyślnego lub patologicznego, przy jednoczesnym prowadzeniu działań o charakterze edukacyjnym, skierowanych nie tylko do osób starszych, ale do każdej grupy wiekowej.

## **1.2. Osoby starzejące się i stare wyzwaniem dla polityki społecznej i systemu pomocy**

Wzrastający udział osób starzejących się i starych w populacjach wielu krajów nie jest zjawiskiem nowym, ale dopiero w XX wieku stał się zjawiskiem powszechnym (Stuart-Hamilton, 2006). Zagadnienia gerontologiczne poruszane przez naukowców i publicystów, cieszą się dużym zainteresowaniem i poddawane są szerokiej debacie społecznej i politycznej.

---

<sup>6</sup> Hasło przewodnie rezolucji ONZ 46/91 brzmi „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia”. W dniu 16 grudnia 1991 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Zasady działania na rzecz osób starszych, zalecając, by rządy uwzględniły je w krajowych planach działania na rzecz seniorów. Zalecenia te przyporządkowane są pięciu podstawowym zasadom: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności (Szatur-Jaworska, 2012b). Oryginalne brzmienie hasła: United Nations principles for older persons: *To add life to the years that have been added to life*. Resolution 46/91 (Brownlie, Goodwin-Gill, 2010) – przyp. J. K. H.

Występujący obecnie proces demograficznego starzenia się ludności wiąże się z nowymi wyzwaniami dla życia społecznego, ekonomicznego i politycznego. Istnieje bowiem potrzeba ustawicznej modyfikacji struktur systemu organizacyjnego państwa, w tym pomocowego, uwzględniających działania profilaktyczne, ograniczanie ryzyka dyskryminacji wiekowej (ageizmu), wykluczenia społecznego seniorów, konieczność promowania idei aktywności i/lub samodzielności (Trafiałek, 2016). W poprzednim fragmencie pracy odniosłam się do zagadnień starości i starzenia się koncentrując uwagę głównie na aspekcie osobniczym. Obecnie wyeksponuję kwestie „starości” i „starzenia się” w wymiarze demograficznym, tym samym przedstawiając współczesną politykę społeczną w zakresie wyzwań związanych z demograficznym starzeniem się społeczeństw, odnoszącym się do społeczeństwa danego regionu, kraju, czy części świata i wyrażanym poprzez wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie (Szweda-Lewandowska, 2012).

Zmiany demograficzne jakie wystąpiły w okresie ostatnich stu lat określane są powszechnie mianem *rewolucji demograficznej*, która nie tylko zmieniła strukturę ludności, ale też wpłynęła na przeobrażenia w obrębie polityki społecznej (Pędich, 1999). W literaturze przedmiotu występujące trendy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństw Anthony Giddens nazwał *siwiejącą populacją* (Giddens, 2005) natomiast Ian Stuart-Hamilton pisze o *siwiejących pokoleniach* (Stuart-Hamilton, 2006). Starzenie się ludności jest bezsprzecznym faktem, który jak stwierdza Szukalski (2011) jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego — rozrodczości i umieralności. Rozrodczość wyrażona jest spadkiem liczby urodzeń, natomiast umieralność – redukcją liczby zgonów wśród noworodków, a następnie wśród ludności starszej generacji (wzrost średniej długości życia), co wiąże się ze wzrostem liczby osób starych i bardzo starych, jako efekt wyższego prawdopodobieństwa przeżycia przez wcześniejsze etapy życia (Czekanowski, 2013; Szukalski, 2011).

W wyniku spadku umieralności starszych grup wieku obserwować można proces określany mianem *podwójnego starzenia się ludności*, tj. sytuacji kiedy razem ze wzrostem odsetka osób starszych następuje jednocześnie zmiana struktury tej subpopulacji polegająca na jeszcze szybszym wzroście liczby osób bardzo starych (Szukalski, 2013, 2014). Występujące zmiany demograficzne charakteryzujące się przyrostem liczby ludzi starych, a w szczególności osób w okresie późnej starości powodują problemy społeczno-ekonomiczne, socjalne, a także opiekuńcze i zdrowotne, związane ze wzrostem liczby osób chorych i niepełnosprawnych, często samotnych (zanik rodzin wielopokoleniowych) i wymagających długotrwałej opieki. Przez wzgląd na powyższe *siwiejąca populacja* Europy jest dużym wyzwaniem dla działań

podejmowanych w obrębie polityki społecznej przez Unię Europejską i kraje, które nie są członkami wspólnoty. Owe wyzwania dotyczą obszarów związanych z funkcjonowaniem pomocy społecznej, służby zdrowia, organizacji non-profit, sektora prywatnego, wiążą się w ujęciu Wojciecha Pędicha (1999), ze zmianą postaw i psychologiczną przebudową całego społeczeństwa. Oznacza to, iż systemowe działania w polityce społecznej o charakterze gerontologicznym uwzględniać powinny także wymiar edukacyjny odnoszący się do koncepcji kształcenia całościowego oraz koncepcji edukacji ukierunkowanej na starość, obejmującej:

- edukację do starości – przygotowanie się do roli seniora jako proces całościowy. W wieku dojrzałym edukacja do starości ukierunkowana jest na podtrzymywanie aktywności samowychowawczej dotyczącej różnych dziedzin życia, czego przejawem może być uczestnictwo w wykładach, szkoleniach, czy też włączanie się w działalności organizacji, stowarzyszeń,
- edukację w starości – (uczenie się w starości), a więc oddziaływania kierowane do uczących się seniorów,
- edukację przez starość – wyrażanej poprzez międzypokoleniowy dialog, przekaz ponadczasowych, wartości, kreowanie pożądaných postaw, odczarowywanie społecznych mitów i stereotypów,
- edukację dla starości, której istotą jest proces przygotowania i zawodowego doskonalenia kadr do pracy z seniorami (Szarota, 2014, 2015).

Podkreślanie roli wychowania i/lub przygotowania do starości własnej i innych osób jest istotnym elementem w wyznaczaniu kierunków i działań polityki społecznej państwa, wyraża bowiem dążenie do tworzenia systemu pomocy, który realizowany jest na podstawie zasady godnego i wysokiej jakości życia osoby starej, będącej nie przedmiotem opieki, lecz jej podmiotem, z prawem do decydowania o swoim losie, w tym także o możliwości wyboru potrzebnego dla siebie wsparcia.

Podejmowanie debaty dotyczącej kierunków polityki senioralnej adekwatnej do obecnej sytuacji demograficznej, jest tym bardziej zasadne, iż – jak wynika z danych prognozy liczby ludności przedstawionych przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) – Europa, na tle innych części świata, starzeje się w szybkim tempie. Ponadto rozwój ludnościowy Europy, w porównaniu z innymi kontynentami, jest najwolniejszy (Baranowska, 2017).

W wyniku obecnej sytuacji demograficznej nasuwają się nieodparcie pytania w jaki sposób Europa, w tym Polska jest przygotowana na *siwiejącą populację?*, jakie działania są podejmowane?, jak funkcjonuje system pomocowy, by móc podjąć wyzwania związane

z procesem starzenia się społeczeństwa?, jaka powinna być funkcja państwa w wdrażaniu polityki społecznej? i czy państwo nadal powinno odgrywać decydującą rolę w realizacji usług publicznych?

Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania nie jest możliwe bez odwołania się do pojęć polityki społecznej oraz systemu pomocy, a także ponownej ich analizie dokonanej na podstawie obecnej sytuacji demograficznej, czyli starzenia się populacji. Politykę społeczną uznaje się za jeden z typów polityki publicznej (ang. *public policy*). Celem polityki publicznej, za główne podmioty której uważa się państwo i jego instytucje, jest rozwiązywanie szeroko rozumianych zbiorowych problemów, organizowanie życia zbiorowości społecznych, zapewnienie dobra wspólnego oraz zaspokajanie potrzeb różnych osób i realizacja interesów różnych zbiorowości w sposób zapewniający harmonię i społeczną integrację (Szatur-Jaworska, 2016a). W literaturze przedmiotu opisuje się różne typy polityk publicznych, takich jak: polityka transportowa, bezpieczeństwa, kulturalna, energetyczna, czy też właśnie omawiana polityka społeczna. Polityka społeczna (ang. *social policy*) jest zatem kategorią węższą znaczeniowo w stosunku do polityki publicznej. Politykę społeczną Göst Esping-Andersen (za: Strojna, 2015, s. 18) przedstawia jako „sferę działania państwa oraz innych ciał publicznych i ich sił społecznych, która zajmuje się kształtowaniem warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich (zwłaszcza w środowisku zamieszkania i pracy)”. W podobnym ujęciu, choć podkreślając podstawową rolę państwa w polityce społecznej, przedstawia na gruncie polskim Szatur-Jaworska (2016a, s. 71), określając politykę społeczną „jako celową (co nie oznacza, że zawsze trafną i skuteczną) działalność podejmowaną przez podmioty życia politycznego i społecznego – wśród których podstawowa rola przypada państwu – mająca prowadzić do realizacji różnorodnie określonych celów społecznych”. Polityka społeczna odnosi się zasadniczo do działań zmierzających do zaspokojenia wielu ludzkich potrzeb, m.in. w zakresie mieszkalnictwa, edukacji, zdrowia lub też zmierzających do zapewnienia odpowiednich warunków do utrzymania siebie i rodziny (Green, Clarke, 2016). Polityka społeczna w szerszym rozumieniu jest nauką o celowym oddziaływaniu na istniejący układ stosunków społecznych i przekształcaniu warunków życia ludności (Zych, Żuraw, 2017). W tym miejscu podkreślę dwuznaczność terminu polityka społeczna, który po pierwsze wiąże się z działalnością praktyczną, rozumianą jako określona polityka państwa realizowana np. poprzez programy rządowe i mająca wpływać na dobrobyt ludzi, a po drugie oznacza też dyscyplinę naukową (Hall, Midgley, 2004). W swojej pracy badawczej interpretuję politykę społeczną jako działalność praktyczną. W rozważaniach na temat polityki społecznej należy zwrócić uwagę na zagadnienie polityki socjalnej,

pojawiającej się w debacie publicznej. Polityka socjalna jest jednym z obszarów polityki społecznej. Nie jest więc pojęciem tożsamym z polityką społeczną, która obejmuje większy zakres potrzeb w porównaniu z polityką socjalną (Szatur-Jaworska, 2016a), koncentrującą się na środkach, metodach i instytucjach, służących wywieraniu bezpośredniego wpływu na materialne warunki życia, a przede wszystkim na poziom dochodów pieniężnych ludzi czy gospodarstw domowych, w tym szczególnie tych o niskich zarobkach lub pozbawionych ich w ogóle (Rysz-Kowalczyk, 2002).

Starzenie się społeczeństwa zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, jest przyczyną zmian w każdej płaszczyźnie życia jednostki, całych zbiorowości i funkcjonowania poszczególnych państw. W obszarze pomocy społecznej oznacza bowiem stopniowy wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, a w sektorze polityki socjalnej wiąże się ze zmianami wysokości świadczeń emerytalnych. Ustosunkowanie się państw do procesu demograficznego starzenia się ludności w postaci podejmowania nowych działań i modelowania poszczególnych typów polityki publicznej (społecznej, gospodarczej, kształtowania przestrzeni, migracyjnej) określa się jako politykę wobec starzenia się ludności (ang. *ageing policy/policy on ageing*) (Szatur-Jaworska, 2016b). Jak zauważają Ervik Rune i Lindén Tord Skogedal (2013) kwestie związane ze starzejącym się społeczeństwem dotyczą poszczególnych obszarów z różnych polityk publicznych, dlatego nie jest możliwym stworzenie typowego resortu ministerialnego dedykowanego starości, tak jak to jest na przykład w obszarze zdrowia i funkcjonowania Ministerstwa Zdrowia. Szeroka definicja polityki dotyczącej starzenia się społeczeństwa pozwala na kompleksowe i przekrojowe podejście, wykraczające poza tradycyjne ukierunkowane na jeden sektor. Z drugiej jednak strony, problem z tak szeroką definicją tej polityki polega na tym, że trudno jest przedstawić wszystkie istotne obszary i wytyczyć między nimi granice. Szeroki obszar powiązań polityki wobec starzenia się z innymi politykami publicznymi sprawia, że ich przedstawienie wykracza poza zakres jednej pracy badawczej. W związku z powyższym w tej części swojej pracy koncentruję się na polityce społecznej wobec starzenia się ludności (ang. *social policy on aging*), która odnosi się do procesu demograficznego starzenia się ludności i jej zaistnienie wynika z potrzeby podjęcia odpowiednich działań, tak na szczeblu międzynarodowym, jak i poszczególnych krajów, związanych ze zjawiskiem *siwiejącej populacji*. Szatur-Jaworska (2016b, s. 12) stwierdza, iż „polityka społeczna wobec starzenia się ludności jest celową działalnością podejmowaną przez różnorodne podmioty – wśród których kluczowa rola przypada państwu – mająca prowadzić do realizacji celów społecznych wynikających ze zmian w strukturze wieku ludności, polegających na wzroście odsetka ludzi starych”.



W tym miejscu przedstawię pokrótce różnorodne podmioty, o których mowa w przedstawionej powyżej definicji, a które to podejmują działania w zakresie polityki społecznej wobec starzenia się ludności (zob. tab. 4).

Tab. 4. Podmioty polityki społecznej w Polsce i w Anglii

<b>Podmioty polityki społecznej rozumiane jako różne typy instytucji</b>		
Podmioty formalne		Podmioty nieformalne
Polska	Anglia	Polska i Anglia
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Ministerstwo Pracy i Emerytur (ang. <i>Department for Work and Pension</i> )	rodzina grupa samopomocowa wspólnota sąsiedzka ruch społeczny
Ośrodek Pomocy Społecznej	Lokalne ośrodki społeczne (ang. <i>local social services</i> )	
Rada Gminy	Rada hrabstwa (ang. <i>County Council</i> )	
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej szpital	Rada ds. zintegrowanej opieki (ang. <i>Integrated Care Board</i> )	
stowarzyszenie, organizacje mające formalną strukturę organizacyjną – ich działalność jest ściśle określona przez prawo		
<b>Podmioty polityki społecznej ze względu na źródła finansowania i kryterium dostępu do świadczeń i usług instytucji polityki społecznej</b>		
<b>Sektor publiczny</b> (państwowy, rządowo-samorządowy) instytucje finansowane z budżetu państwa, budżetów samorządu terytorialnego i innych źródeł publicznych  funkcjonowanie i zasady korzystania regulowane są ustawowo.	<b>Sektor rynkowy</b> (korporacyjny) podmioty, które zaspakajają ważne potrzeby społeczne. Jednak wytwarzane przez nie dobra i usługi sprzedawane są na zasadach rynkowych  Funkcjonują w oparciu o przepisy prawa gospodarczego i specjalne regulacje ustawodawstwa społecznego	<b>Sektor trzeci</b> (pozarządowy lub non-profit) różne źródła finansowania: osoby prywatne (darowizny); środki publiczne (dotacje); środki od instytucji rynkowych (sponsoring)  funkcjonują w oparciu o statuty i regulaminy oraz powszechnie obowiązujące prawo

Polska	Anglia	Polska	Anglia	Polska	Anglia
Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	Ministerstwo Pracy i Emerytur (ang. <i>Department for Work and Pensions</i> )	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Przychodnie lekarskie (ang. <i>GP Surgeries</i> )	stowarzyszenia, fundacje wspólnoty sąsiedzkie UTW kościoły i związki wyznaniowe	
Zakład Ubezpieczeń Społecznych		Prywatne DPS i DDP	Prywatne DPS i DDP		
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	Lokalne ośrodki społeczne (ang. <i>local social services</i> )	Agencje opiekuńcze	Agencje opiekuńcze	Kluby seniora	Kluby obiadowe
Dom Pomocy Społecznej	Domy Pomocy Społecznej (ang. <i>Home Care</i> )			Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Alzheimer's Society
Ośrodek Pomocy Społecznej	Dzienny Dom Pobytu (ang. <i>Local day Centre</i> )				Age UK
Dzienny Dom Pobytu					
Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowa Służba Zdrowia (ang. <i>National Health Service</i> )				
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przychodnie	Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ang. <i>Nursing Homes</i> )				
szpitale					
sanatoria	Szpitale i działalność przyszpitalna (ang. <i>local hospital trust</i> )				

Źródła: opracowanie własne na podstawie: Błędowski, P., Dziegielewska, M., Szatur-Jaworska, B. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, s. 296-301. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2011). *Your social security rights in the United Kingdom*. Brussels: Social Europe, s. 6-8.

W przypadku podmiotów polityki społecznej ważny jest zasięg i skala ich oddziaływania, uwzględniająca poza podmiotami krajowymi, także podmioty międzynarodowe, które pełnią głównie funkcję projektującą. Oznacza to, że przygotowywane przez nie dokumenty są wskazówkami i ogólnymi wytycznymi, odnoszącymi się do polityki społecznej w starzejących się społeczeństwach, do których poszczególne kraje ustosunkowują się w swoich działaniach uwzględniając własną kulturę, sytuację społeczną, gospodarczą i ekonomiczną. Owe zalecenia wskazane przez podmioty międzynarodowe nie są aktami wiążącymi dla państw, więc niezastosowanie się do nich, nie oznacza wprowadzenia sankcji prawnych (Szatur-Jaworska i in., 2006). Organizacje międzynarodowe tworzą więc pewne standardy, których osiągnięcie lub zachowanie powinno być celem działania krajowych podmiotów polityki społecznej (Błędowski, 1999).

W tym miejscu przedstawię wymiar prewencyjny i adaptacyjny, jako istotne elementy polityki społecznej wobec starzenia się. Barbara Szatur-Jaworska (2016a, s.79) wymiar prewencyjny określiła jako „działania wpływające na wybrane przyczyny starzenia się ludności, hamujące wzrost odsetka ludzi starych w populacji oraz zwiększające procentowy udział osób starszych w zasobach siły roboczej”. Przykładowe działania z zakresu polityki prewencyjnej to: rozwój kształcenia przez całe życie, stymulowanie wzrostu liczby urodzeń, zwiększenie liczby miejsc w żłobkach czy przedszkolach, podnoszenie wieku emerytalnego, wydłużoną aktywność zawodową (Szatur-Jaworska, 2016a). Jest to polityka ukierunkowana na przyszłość. Polityka, której programy i oferty będą odpowiedzią na potrzeby i oczekiwania osób starszych, ale także innych grup społecznych. Wymiar adaptacyjny polityki społecznej Szatur-Jaworska (2016a, s. 80) ujmuje jako „działania dostosowujące życie społeczne i gospodarcze do zwiększonej liczebności populacji ludzi starych”. Jest to zatem adaptacja do skutków starzenia się ludności, a więc polityka reagowania i podejmowania działań, których odbiorcami są obecnie żyjące osoby starsze. Przykładem polityki adaptacyjnej jest rozwój instytucji opiekuńczych, rozwój opieki długoterminowej, tworzenie wsparcia dla opiekunów nieformalnych, czy też programy przystosowania mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych (Szatur-Jaworska, 2016a).

Powyżej przedstawiłam zasięg oddziaływania podmiotów polityki społecznej oraz prewencyjny i adaptacyjny wymiar polityki społecznej wobec starzenia się ludności. Omówienie polityki społecznej wobec starzenia się ludności nie byłoby kompletne jednak bez uwzględnienia jej dwutorowego przebiegu. Polityka społeczna wobec starzenia się ludności odnosi się bowiem do fazy życia – polityka społeczna wobec starości oraz do zbiorowości osób, które przekroczyły granicę starości – polityka społeczna wobec ludzi starych (Szweda

-Lewandowska, 2011). Niemniej jednak należy zaznaczyć, iż jak wynika z analizy literatury przedmiotu, w dyspucie dotyczącej polityki społecznej w aspekcie starzenia się populacji, obok terminologii polityka społeczna wobec starzenia się ludności, polityka społeczna wobec starości i polityka społeczna wobec ludzi starych, stosowane są również pojęcia polityka społeczna wobec aktywnego starzenia się, czy też polityka senioralna. Nie są one synonimami, ponieważ przedmiot oddziaływania polityki społecznej, który opisują, tj. starość jako faza życia, zbiorowość osób starszych oraz proces demograficzny nazwany starzeniem się ludności, w kontekście węższej – polityki społecznej, jak i szerszej – polityki publicznej, przedstawiany jest w różny sposób. Oznacza to, iż funkcjonowanie owego podziału systematyzuje prace wykonywane na potrzeby analityczne i jest pomocne w zrozumieniu celów oraz zadań polityki społecznej. Natomiast w przypadku podejmowania konkretnych działań z zakresu polityki społecznej, mogą one być przyporządkowane do więcej niż jednej z przedstawionych powyżej polityk (Szatur-Jaworska, 2016a). Przykładem powyższego może być fakt, iż inicjatywy z zakresu polityki aktywnego starzenia się wpisują się w politykę społeczną wobec starości, która z kolei składa się na ogólną politykę społeczną wobec starzenia się ludności.

Zanim przejdę do definicyjnego ujęcia przedstawionych powyżej typów polityki społecznej w kontekście starzenia się ludności, przywołam Błędowskiego (2012), który wymienia trzy najważniejsze aspekty jako elementy decydujące o skuteczności realizowanych działań w obszarze głównie polityki społecznej i zdrowotnej, są to:

- prawidłowa i systematycznie aktualizowana diagnoza sytuacji i potrzeb starszego pokolenia,
- monitorowanie działań podejmowanych przez rozmaite podmioty na szczeblu krajowym i regionalnym,
- racjonalna gospodarka publicznymi środkami, przeznaczonymi na realizację tych działań.

Wskazanie na powyższe elementy jest istotne w analizie funkcjonowania systemu pomocy dla osób starszych, której podejmuję się w niniejszej pracy badawczej.

W polskiej literaturze wymienione wcześniej rodzaje polityki społecznej dotyczące starzenia się ludności, tj. polityka społeczna wobec starości, polityka społeczna wobec osób starszych, polityka senioralna i polityka aktywnego starzenia się zostały precyzyjnie opracowane przez Szatur-Jaworską. W dalszej części pracy przedstawię przegląd owych czterech pojęć prezentujących politykę społeczną w kontekście starzenia się ludności.

Termin polityka starości w literaturze polskiej został po raz pierwszy użyty przez Andrzeja Tymowskiego (Szweda-Lewandowska, 2011). Tymowski (1987) zwracając uwagę na wydłużenie się trwania życia, podkreślił, iż zadaniem polityki starości jest zapewnienie

osobom starszym godziwych warunków bytu. Autor ten stwierdza ponadto, że o polityce starości decydują często nakłady wydatkowane wcześniej, co powinno być przesłanką do nadania owej polityce charakteru perspektywicznego. Politykę społeczną wobec starości Błędowski (2012, s. 204) przedstawia natomiast jako „celowe działanie, które wyrównuje lub zapobiega powstaniu uwarunkowanych strukturalnie deficytowych sytuacji życiowych starych ludzi w porównaniu z innymi grupami ludności i niweluje nierówności społeczne w starości. Działania te mogą być prowadzone w formie podmiotowego wsparcia materialnego, a także poprzez udostępnienie infrastruktury specyficznej dla potrzeb starości czy adresowanych do tej grupy usług niematerialnych”. Polityka społeczna wobec starości kierowana jest zatem wobec tych obszarów życia w okresie starości, które wymagają wsparcia i ingerencji podmiotów zewnętrznych, są to tzw. obszary deficytowe, tj. stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, sytuacja materialna oraz udział w życiu społecznym.

Polityka społeczna wobec starości innymi słowy jest polityką wobec cyklu życia. Tak więc elementem niezbędnym przy konstruowaniu polityki społecznej wobec starości jest ustalenie pewnych generalnych cech tej fazy życia, w tym jej zdarzeń kryzysowych (Szatur-Jaworska i in., 2006). W takim ujęciu polityka społeczna wobec starości staje się elementem polityki wobec cyklu życia, czy też wobec wielu cykli życia, przez które przechodzi jednostka, a które to składają się na całość zwaną życiem. Każde pokolenie odtwarza tę samą sekwencję, ale w inny sposób. Przykładem może być czas trwania określonej fazy. Osoby, które są obecnie w fazie starości, w porównaniu z poprzednimi pokoleniami przeżywają ją dłużej (Rysz-Kowalczyk, Szatur-Jaworska, 2004). Polityka społeczna wobec cyklu życia korzysta więc z wiedzy dotyczącej poszczególnych faz życia i specyficznych potrzeb poszczególnych pokoleń. Tym samym stwarza warunki godnego przeżywania faz życia, oferując pomoc w sytuacji załamania się cyklu. Istotnym jest fakt, iż działania w ramach owej polityki powinny, poza zaspokajaniem bieżących potrzeb, wspierać prawidłowy rozwój w przyszłości, a więc nie wstrzymywać zaspokojenia potrzeb w kolejnych fazach życia (Szatur-Jaworska in., 2006). Cel polityki społecznej wobec cyklu życia można w sposób ogólny określić jako tworzenie takiej struktury instytucjonalnej i kryteriów organizacji życia społecznego, które umożliwią każdemu pokoleniu optymalną synchronizację w każdej fazie życia: czasu biologicznego, psychologicznego i społecznego<sup>7</sup> (Rysz-Kowalczyk, Szatur-Jaworska, 2004).

---

<sup>7</sup> Rysz-Kowalczyk i Szatur-Jaworska (2004) precyzując cel polityki społecznej wobec cyklu życia przedstawiają, iż polega on na: – identyfikowaniu i usuwaniu blokad w zaspokajaniu tych potrzeb, których deprivacja może zniekształcić przebieg następnych faz; – identyfikowaniu i usuwaniu tych sprzeczności między potrzebami ludzi w różnych fazach życia, które uniemożliwiają wykorzystanie dla dobra wspólnego potencjału tkwiącego w każdej fazie; – dostosowaniu norm prawnych i instytucji do zmieniającego się wzorca lub kreowanie wzorca

W odniesieniu do polityki społecznej wobec cyklu życia wyodrębnia się cel polityki społecznej wobec starości. Szatur-Jaworska (2016a, s. 82) stwierdza, iż „polega on na wspomaganiu jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacyjnymi, które są typowe – w określonych warunkach historycznych – dla tej fazy życia, zapewnienie starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowanie jej pozytywnego obrazu w świadomości społecznej”.

Oznacza to podejmowanie długofalowych działań, których efekty mogą być widoczne po latach. Istotnym jest wskazanie, iż polityka społeczna wobec starości kierowana jest nie tylko do osób starszych, ale także do młodszych pokoleń, przygotowywanych do życia w ostatnim z jego etapów.

Polityka społeczna wobec osób starych (ang. *social policy for older people*) z kolei koncentruje się na zaspokajaniu potrzeb ludzi żyjących w finalnym etapie naszej egzystencji. Przytoczę w tym miejscu Szatur-Jaworską (2000, s. 121), która za cel polityki społecznej wobec ludzi starych przyjęła „stwarzanie – obecnie i na przyszłość – warunków zaspokajania potrzeb ludzi starych oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starych oraz kształtowania stosunków międzypokoleniowej solidarności”. Błędowski (2002) politykę społeczną wobec osób starych definiuje jako system działań, skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością. Autor ten w prezentowaniu polityki społecznej wobec osób starych koncentruje się na dwóch głównych celach: samodzielności – wyrażanej w umożliwianiu osobom starszym samodzielnego na miarę możliwości życia oraz podmiotowości – rozumianej jako zapewnianie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności<sup>8</sup>.

Odnosząc się do polityki wobec osób starych przytoczę także występującą w literaturze przedmiotu politykę określaną jako polityka wobec trzeciego i czwartego wieku (Komp, 2011). Polityka kierowana do osób znajdujących się we wczesnym okresie starości (ang. *Third-agers*) postrzeganych jako aktywnych, zdrowych i produktywnych, ukierunkowuje się

---

pożądanego, dotyczy to identyfikowania i usuwania tych rozwiązań w organizacji życia społecznego, które konserwują nieaktualne społeczne definicje – przyp. J. K. H.

<sup>8</sup> Zdaniem Błędowskiego dalsze cele polityki społecznej wobec ludzi starych, które wynikają z głównych to: integracja społeczna i partycypacja ludzi starych w życiu społecznym; indywidualizacja i dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb; podniesienie standardu życia ludzi starych przez system świadczeń materialnych i usługowych; zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosownie do ich poziomu sprawności życiowej; sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej oraz organizacja badań naukowych dotyczących problematyki ludzi starych i starości (Błędowski, 2002, s. 175-176) – przyp. J. K. H.

m.in. na działalność wolontariacką, wydłużenie pracy zawodowej, czyli dąży do stwarzania warunków sprzyjających aktywizacji *young old*. Natomiast polityka wobec osób starych znajdujących się w późniejszym okresie starości (*ang. Fourth Agers*) charakteryzujących się słabszą kondycją zdrowotną i niższym poziomem aktywności, swoje działania realizuje w oparciu o zasadę stwarzania możliwości najdłuższego przebywania ludzi starych w miejscu ich zamieszkania, czyli rozwoju usług środowiskowych (*ang. community care services*) świadczonych w mieszkaniach, w domach dziennego pobytu oraz polegających na dostosowaniu mieszkań do osób starszych, czy też stosowaniu technologii wspomagających funkcjonowanie w środowisku (Klimczuk, 2014).

Bez względu na różne definicyjne ujęcia lub też koncepcje polityki społecznej wobec ludzi starych, wspólnych ich elementem jest kwestia zaspokajania potrzeb tej grupy społecznej. Niezbędna jest przy tym prawidłowa i aktualizowana diagnoza potrzeb osób starszych (Błędowski, 2012), mieszkających w danym czasie na określonym terytorium (Szatur-Jaworska, 2016a). O ile w polityce wobec osób starszych można przyjąć, iż ze względu na funkcje kontrolne, prawodawcze i redystrybucyjne, większa rola przypada podmiotom centralnym, o tyle istotne znaczenie odgrywają – w zakresie wykonywania zadań i wprowadzania realnych zmian – podmioty regionalne i lokalne. One bowiem stanowią lokalne środowisko dla osoby starszej wyposażone w wiedzę na temat potrzeb danej społeczności, dysponują większymi możliwościami skutecznego wpływu na życie poszczególnych jednostek (Błędowski, 2012; Szatur-Jaworska, 2000). W przypadku podmiotów lokalnych należy wskazać, iż nabierają one szczególnego znaczenia w realizacji polityki społecznej wobec osób starych z uwagi na trzy zasady, którymi powinny się kierować: zasada subsydiarności, kompleksowości oceny potrzeb i lokalności (Szatur-Jaworska i in., 2006). Pokróćce ich charakterystyka przedstawia się następująco. Zasada subsydiarności, określane też jako zasada pomocniczości pochodzi od łacińskiego słowa *subsidium*, oznaczające pomoc, wsparcie, siły rezerwowe (Kowalik, 2012). Zasada ta polega na wykorzystaniu w pierwszej kolejności potencjału rodziny i kręgów nieformalnych w otoczeniu człowieka starego. Subsydiarność, jak stwierdza Zofia Szweda-Lewandowska (2011, s. 114) „oznacza przesunięcie zadań ze szczebla makro na poziom podmiotów regionalnych i lokalnych zajmujących się sprawami socjalnymi”. Podobnie subsydiarność przedstawia Dariusz Milczarek (1996, s. 25) określając ją jako „istnienie organizacji społeczno-politycznej, w której kompetencje lub zdolność do działania przypisane są w pierwszym rzędzie aktorom społecznym. W przypadku, gdy działania tych aktorów okażą się niewystarczające, w drugiej kolejności owe kompetencje i zdolności przechodzą na

bardziej złożone instancje wyższe, by wreszcie – jeśli żadna inna instancja społeczna nie okaże się skuteczna – przejść w gestię państwa”. Środowisko lokalne dla osoby starszej i jej rodziny jest zatem w zasadzie subsydiarności nośnikiem aktywności dostępnych w danym środowisku (I i II okres starości) oraz form pomocowych w sytuacji, gdy jest taka potrzeba (II i III okres starości). Wraz ze słabnącą niezależnością wzrasta jednak potrzeba włączenia w system pomocy grup nieformalnych, organizacji pozarządowych i głównie instytucji samorządu terytorialnego.

Zasada kompleksowości oceny potrzeb wiąże się z koniecznością dokonywania wszechstronnej analizy sytuacji lokalnej społeczności (m.in. stan zdrowia; warunki życiowe, mieszkaniowe, dochodowe, rodzinne), celem odzwierciedlenia jej różnorodności. Powstała na tej podstawie diagnoza odnosi się z jednej strony do możliwości świadczenia pomocy przez środowisko lokalne, a z drugiej do potrzeb osoby starszej (Szweda-Lewandowska, 2011). Natomiast kompleksowość polega na braniu pod uwagę nie tylko potrzeb osób starszych, ale także ich rodzin, pełniących rolę nieformalnych opiekunów. Kompleksowość przeprowadzanej diagnozy wymaga zatem znacznego jej uszczegółowienia polegającego na wyodrębnieniu w zbiorowości grup charakteryzujących się podobnymi cechami społecznymi lub demograficznymi (np. według płci, grup wieku, miejsca zamieszkania, typu gospodarstwa domowego czy poziomu sprawności) (Błędowski, 2012). Zasada lokalności wiąże się z możliwością dostosowania ogólnych celów polityki wobec ludzi starych do celów, które odpowiadają potrzebom lokalnych mieszkańców oraz lokalnym możliwościom. Owa zasada wynika z – omówionej wcześniej – zasady subsydiarności, przeto podmioty lokalne dysponują najlepszą wiedzą, wskazującą obszary działań pomocowych oraz umożliwiającą działania w zakresie integracji i partycypacji ludzi starych. Jak stwierdza Błędowski (2002, s. 177) „działania, podejmowane z udziałem osób starszych i z myślą o tworzeniu warunków do możliwie samodzielnego zaspokajania ich potrzeb powinny obejmować udzielanie świadczeń w formie pieniężnej, rzeczowej i usług, szeroko pojmowanej pracy socjalnej, rozwój placówek infrastruktury społecznej udzielającej świadczeń dla osób starszych oraz organizację badań naukowych i tworzenie ram prawno-organizacyjnych dla tej polityki na wszystkich szczeblach”. Można zatem stwierdzić, iż przedstawione powyżej trzy zasady polityki społecznej wobec osób starych stawiają opiekę rodzinną (nieformalną) jako I filar, a ingerencja państwa (instytucji pomocowych) ma miejsce w sytuacjach kiedy rodzina wymaga wsparcia w sprawowaniu opieki nad osobą starszą. Owe zasady dotyczą, co jest bardzo istotne, wykorzystania zasobów i narzędzi odpowiadających warunkom życia



i infrastrukturze danej społeczności lokalnej oraz dostosowania ogólnych celów polityki społecznej do ich lokalnych możliwości i potrzeb.

Trzecie pojęcie z zakresu polityki społecznej dotyczącej starzenia się ludności, które zobrazuję to polityka senioralna. Jak pisze Zych (2017c, s. 161) „polityka senioralna jest nazwą publicznych polityk ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb zbiorowości osób starszych i starzejących się, niezależnie od tego, czy jest to polityka wobec starości, osób starszych, czy też starzenia się”. Na gruncie polskim pojęcie polityki senioralnej funkcjonuje od roku 2013, kiedy to rząd przyjął dokument Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020. Polityka senioralna w owym dokumencie została określona jako „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego życia” (Uchwała nr 238, poz. 118, 2013, s. 4).

W dokumencie tym znajduje się także stwierdzenie, że „polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych” (Uchwała nr 238, poz. 118, 2013, s. 4). W dokumencie tym najwięcej uwagi poświęcono kwestii zdrowia, samodzielności osób starszych, a także ich aktywności. Cel polityk senioralnej został przedstawiony jako „wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych” (Uchwała nr 238, poz. 118, 2013, s. 6). Co istotne, podmiotami polityki senioralnej są nie tylko seniorzy, ale także osoby zbliżające się do tej grupy wiekowej oraz wszyscy ci, którzy będą w przyszłości seniorami (Zych, 2017c). Jest to szczególnie istotne w kontekście podkreślenia znaczenia edukacji społeczeństwa o starości oraz do starości, poprzez przekaz informacji, promowanie zachowań uwrażliwiających na osoby starsze, ich obecność i potencjał w środowisku lokalnym. W dyspucie o polityce senioralnej wskazać należy, iż prowadzona jest ona na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym. Ze względu na szerokie spektrum oddziaływań polityki senioralnej dużym wyzwaniem jest stworzenie takich mechanizmów w obszarze koordynacji, które umożliwią skuteczną realizację założeń polityki senioralnej na każdym szczeblu władzy publicznej – od poziomu makro do poziomu mikro. Na gruncie międzynarodowym polityka senioralna określana jest jako *ageing policy* lub *social policy on ageing*. Polityka senioralna w ujęciu tym jeszcze bardziej zawęża obszar zainteresowania tych aspektów polityki społecznej dotyczących, np. mieszkalnictwa, edukacji, zdrowia, rodziny do

działań skierowanych w szczególności do osób starszych i problematyki związanej ze starzejącym się społeczeństwem (Wacker, Roberto, 2011).

W znaczeniu międzynarodowym pojęcie polityki senioralnej tożsame jest z pojęciem polityki społecznej wobec starzenia się. Jak zauważa Andrzej Klimczuk (2018, s. 107) „zwrot polityka senioralna w tłumaczeniu na angielski brzmi źle”. *Senior policy*, *senioral policy* lub *seniority policy* oznacza tak naprawdę politykę starszeństwa, co interpretować można w ten sposób, że najstarszy w hierarchii np. będzie miał określone przywileje. Tym samym Klimczuk (2018) wyraża obawę, że obcokrajowcy mogą interpretować politykę senioralną w inny sposób niż przez nas przyjęty.

Ostatnim pojęciem w tematyce polityki społecznej dotyczącej starzenia się ludności, które przytoczę jest polityka aktywnego starzenia się. W tym miejscu wskażę, iż samo określenie „aktywne starzenie” pojawiło się w literaturze gerontologicznej pierwotnie w stosunku do ukształtowania się polityki aktywnego starzenia się. Już Robert Havighurst i współpracownicy w teorii aktywności (1949) wskazywali, że starzenie się polega na utrzymaniu i zastępowaniu działań oraz zajęć podejmowanych w średnim wieku. Zamiast wycofywać się z działalności, proponowano zaangażowanie się w nowe role społeczne, np. w rolę bycia dziadkiem (ang. *grandparenting*) (Rowe, Cosco, 2016).

Natomiast na przestrzeni lat znaczenie pojęcia „aktywne starzenie” ewoluowało w sposób istotny. Początkowo było ono utożsamiane z produktywnością i aktywnością na rynku pracy (ang. *productive ageing*), co w praktyce wiązało się z wydłużeniem okresu aktywności zawodowej – tzw. wąskie podejście do aktywnego starzenia się (Szatur-Jaworska, 2016a). Jak stwierdza Szatur-Jaworska (2016a) koncepcja polityki aktywnego starzenia się pojawiła się w latach 90. XX wieku.

Znaczącym był raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z 1998 r.: *Utrzymanie dobrobytu w starzejącym się społeczeństwie* (ang. *Maintaining prosperity in an ageing society*), w którym aktywne starzenie się określono jako zdolność ludzi, w miarę jak się stają starzy, do prowadzenia produktywnego życia w społeczeństwie i gospodarce (OECD, 1998). Co prawda w definicji tej użyto sformułowania produktywne życie (ang. *productive life*), jednak w dalszej części dotyczącej opisu aktywnego życia, autorzy tej koncepcji jasno precyzują, iż wychodzą ponad znaczenie skoncentrowane na rynku pracy. Każda osoba starsza, jako indywiduum, powinna bowiem mieć możliwość dokonywania wyborów w zakresie sposobu spędzania czasu, tzn. czy chce pracować, uczyć się, czy odpoczywać. Podejmowanie owych wyborów jest niestety często ograniczone przez różne czynniki, tj. zły stan zdrowia, niesprawność, bariery fizyczne, niedostosowanie miejsca pracy, czy

nieadekwatna polityka społeczna. W raporcie tym wskazane jest więc, że reformy dotyczące aktywnego starzenia się powinny polegać na likwidacji występujących ograniczeń oraz na wzmacnianiu obywateli w podejmowaniu przez nich życiowych decyzji. Kolejne istotne działania przedstawione w tym dokumencie dotyczą profilaktyki polegającej na rozpowszechnianiu informacji dotyczących starości już na wczesnym etapie życia. Polityka aktywnego starzenia się opiera się więc zasadniczo na założeniu, że powinna uwzględniać ciągłość życia jednostki, co stanowi przesłanie, iż u podstaw aktywnego starzenia się leży koncepcja biegu życia (ang. *life-course perspective*). W dokumencie tym aktywne starzenie się jawi się jako inny sposób patrzenia na polityki publiczne, których działania skierowane są do wszystkich generacji.

Do aktywnego starzenia odniosła się też Unia Europejska (UE) w Komunikacie Europejskim: *Ku Europie dla każdego wieku* (ang. *Towards a Europe for All Ages*) w 1999 r. prezentując aktywne starzenie się jako paradygmat europejskiej polityki wobec starzenia się. W Komunikacie tym nie zdefiniowano natomiast samego pojęcia aktywnego starzenia się, podając, że ma ono służyć lepszemu życiu w okresie starości (Jurek, 2012). Dokument ten zawiera jednak cztery główne obszary działań w ramach polityki aktywnego starzenia się: – budowanie dostosowanych do tych problemów strategii zatrudnienia, – reformowanie zabezpieczenia społecznego, – polityka zdrowotna, – rozwój badań podstawowych nad starzeniem się oraz walka z wykluczeniem społecznym i dyskryminacją (Szatur-Jaworska, 2016a).

Wielowymiarowa koncepcja dotycząca aktywnego starzenia się została przedstawiona w 2002 r. przez WHO w publikacji *Aktywne starzenie się. Ramy polityki* (ang. *Active Ageing. A Policy Framework*), która za aktywne starzenie się uznała: proces optymalizacji możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa w celu poprawy jakości życia w miarę starzenia się ludzi (WHO, 2002).

Alan Walker (2018) stwierdza, iż ta definicja może być poddawana dyskusji, czy nawet pewnej krytyce, za niewystarczające ukierunkowanie na kwestie związane z regulacjami w obrębie polityki. W związku z powyższym, zaproponował on alternatywną definicję zorientowaną na politykę, zachowując jednocześnie istotne ukierunkowanie na cykl życia: Aktywne starzenie się powinno być kompleksową strategią mającą na celu maksymalizację uczestnictwa i dobrobytu w miarę starzenia się społeczeństwa. Powinna ona funkcjonować jednocześnie na poziomie indywidualnym (styl życia), organizacyjnym (zarządzanie) i społecznym (polityka) oraz na wszystkich etapach cyklu życia (Walker, 2009).

Pomimo tego iż definicja WHO z 2002 r. nie zawiera odniesienia do regulacji, co zauważa Walker, to jak stwierdza Łukasz Jurek jest ona „pionierska i wyjątkowa, ze względu na niezwykle szeroką perspektywę spojrzenia na aktywność” (Jurek, 2012, s. 9).

W sformułowaniu aktywność fizyczna zwrócono uwagę, iż odnosi się ono do ciągłej partycypacji w każdej sferze życia człowieka: społecznej, ekonomicznej, duchowej oraz obywatelskiej, a nie wyłącznie do sfery pracy zawodowej czy aktywności fizycznej (Jurek, 2012; Labus, 2017). Przez co podkreślono fakt, że wydłużenie okresu produktywności i aktywności osób starszych, a także ich uczestnictwo w życiu społecznym i ekonomicznym jest korzyścią obopólną. Na poziomie indywidualnym poprzez działania ukierunkowane na utrzymanie niezależności osób starszych mamy do czynienia z podniesieniem jakości życia tej subpopulacji. Natomiast na poziomie społecznym i ekonomicznym wydłużenie okresu produktywności i aktywności osób starszych prowadzi może do zmniejszenia wydatków publicznych, które wiążą się ze świadczeniami emerytalnymi, usługami zdrowotnymi i opiekuńczymi. Jest to zatem strategia obustronnej korzyści (ang. *win-win*) (Jurek, 2012). Celem koncepcji polityki aktywnego starzenia się populacji, jak stwierdza Agnieszka Sowa (2016, s. 14) jest „wspieranie osób starszych w samodzielności i w niezależnym funkcjonowaniu tak długo, jak to jest możliwe, przy założeniu, że będzie się to odbywało z korzyścią dla gospodarki, a także dla życia społecznego”.

Zgodnie z dokumentem WHO (2002) *Ageing: A Policy Framework* polityki i programy dotyczące aktywnego starzenia się są zatem potrzebne, aby umożliwić ludziom kontynuowanie pracy zgodnie z ich możliwościami i preferencjami w miarę zachodzącego procesu starzenia się oraz aby zapobiegać lub opóźniać niesamodzielność i choroby przewlekłe, które są obciążeniem dla jednostek, rodzin i systemu opieki zdrowotnej (WHO, 2002). W dokumencie tym podkreślono znaczenia działań prewencyjnych, solidarności międzypokoleniowej i zastosowania perspektywy cyklu życia. Jakość życia osoby starszej, zależy bowiem od wcześniej zdobytych doświadczeń. W związku z czym należy koncentrować się nie tylko na osobach starszych, ale też na tych, które w przyszłości staną się starszymi. Zgodnie z zasadą: wczorajsze dzieci, są dzisiaj dorosłymi, a jutro staną się babcią lub dziadkiem (ang. *yesterday's child is today's adult and tomorrow's grandmother or grandfather*) (WHO, 2002).

Ponadto w dokumencie WHO z 2002 r. przedstawiono wiele czynników, które mają wpływ na aktywne starzenie się, a od których zależy możliwość wdrożenia paradygmatu aktywnego starzenia się do polityki w skali krajowej, regionalnej i lokalnej. Wśród tych czynników wymieniono: uwarunkowania kulturowe, płeć, usług zdrowotne i opiekuńcze, środowisko

fizyczne (bariery architektoniczne, warunki mieszkaniowe) czynniki behawioralne (sposób odżywiania, odpowiednia dieta, stosowanie używek), uwarunkowania osobiste (genetyczne, psychologiczne) czynniki ekonomiczne (dochody, praca) i socjologiczne (wsparcie społeczne, kształcenie ustawiczne) (Jurek, 2012; Szatur-Jaworska, 2016a).

W związku z odwoływaniem się w tym dokumencie do koncepcji biegu życia i działań prewencyjnych, wskazano, iż skuteczność stosowania polityki aktywnego starzenia się wymaga większej odpowiedzialności jednostek za ich starzenie się, a także odpowiedniego ukształtowania środowiska życia, tak by sprzyjało międzypokoleniowej solidarności i aktywności (Szatur-Jaworska, 2016a).

Przytaczając powyższą koncepcję dotyczącą aktywnego starzenia się powołałam się na Szatur-Jaworską, która prezentując szerokie ujęcie polityki aktywnego starzenia się definiuje ją jako „różnorodne formy promocji i wspierania aktywności (nie tylko produkcyjnej) osób starszych oraz osób młodszych, przygotowujących się do starości” (Szatur-Jaworska, 2016a, s. 91).

Choć koncepcja aktywnego starzenia się jest często rozszerzana o hasła promujące zdrowie i poprawę jakości życia, tj. aktywne i zdrowe starzenie się (Konkluzje Rady, 2012; WHO, 2015) to jednak aktywne starzenie się pozostaje najbardziej rozpowszechnioną i zaakceptowaną strategią dotyczącą starzenia się (Walker, Maltby, 2012). Stało się ono ramą odniesienia dla poszczególnych polityk konstruowanych w czasach *siwiejącej* populacji. Aktywne starzenie się funkcjonuje obecnie jako nowy paradygmat polityki publicznej, w którym starzenie się nie jest uznawane za problem, lecz postrzegane jest z perspektywy dokonywania zmian w podejmowaniu działań wobec osób młodych i odniesienia starzenia się do koncepcji biegu życia (Szatur-Jaworska, 2016a).

Odwołując się do skuteczności polityki aktywnego starzenia się, WHO wskazuje, że polityki poszczególnych krajów dotyczące starzenia się powinny uwzględniać trzy główne filary: zdrowie (minimalizowanie środowiskowych i behawioralnych czynników ryzyka dla chorób przewlekłych, przy jednoczesnym maksymalizowaniu działań ochronnych), bezpieczeństwo (społeczne, fizyczne, finansowe) i uczestnictwo w życiu społecznym. Ponadto ramy polityki w zakresie aktywności osób starszych opierać powinny się na Zasadach Działań na rzecz Osób Starszych uchwalonych przez ONZ (1991), tj. niezależności, uczestnictwie, opiece, samorealizacji i godności, które określane są też jako katalog praw starszego człowieka (Szatur-Jaworska, 2012b; Weissbrot-Koziarska, 2014).

W tym miejscu należy wspomnieć o narzędziu stworzonym do pomiaru aktywnego starzenia się społeczeństwa i służącym do budowania polityki aktywnego starzenia się, monitorowania rezultatów aktywnego starzenia się na szczeblu krajowym oraz do opisywania

niezrealizowanego potencjału osób starszych w zakresie uczestnictwa w życiu gospodarczym i społecznym, tj. o wskaźniku aktywnego starzenia się (ang. *Active Ageing Index* – AAI) (Tracz-Dral, 2019).

W opracowywaniu AAI kierowano się założeniem, iż w rozwiązywaniu problemów wynikających ze starzenia się społeczeństwa skuteczne są te środki, które umożliwiają i zwiększają udział osób starszych w rynku pracy oraz w działalności społecznej i rodzinnej. Dzięki tym, a także dodatkowym środkom, takim jak dostęp do opieki zdrowotnej, zapewniającym poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji oraz umożliwiającym uczenie się przez całe życie, powszechnie uznaje się, że wzmacnia się osoby starsze w sferze niezależnego, zdrowego i bezpiecznego życia (Zaidi i in., 2012).

Wskaźnik aktywnego starzenia się umożliwia decydentom politycznym poszczególnych krajów modelowanie polityki społecznej w danym kraju poprzez odniesienie się do merytorycznych, porównawczych i ilościowych wskaźników aktywnego starzenia się dla poszczególnych państw członkowskich UE (Zaidi i in., 2012). Wskaźnik ten obrazuje zatem pozycję danego kraju w zakresie aktywnego starzenia się na tle innych krajów. Tym samym wyznaczając kierunek działań dla polityki senioralnej poszczególnych krajów.

W kontekście powyższego zasadnym jest stwierdzenie, iż AAI stanowi nowe narzędzie ewaluacji w polityce społecznej (Jurek, 2015). Przedstawiane narzędzie składa się z 22 wskaźników przyporządkowanych do czterech głównych dziedzin: 1) zatrudnienie; 2) uczestnictwo w życiu społecznym; 3) niezależne, zdrowe i bezpieczne życie oraz 4) zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych<sup>9</sup> (Białożył, 2019).

---

<sup>9</sup> 22 wskaźniki zestawione w 4 dziedzinach znajdują się poniżej:

**1) Wskaźnik zatrudnienia osób starszych:** **a)** wskaźnik zatrudniania w wieku 55–59 lat; **b)** wskaźnik zatrudnienia wieku 60–64 lat; **c)** wskaźnik zatrudniania w wieku 65–69 lat; **d)** wskaźnik zatrudniania w wieku 70–74 lat; **2) Aktywność społeczna, partycypacja społeczna:** **a)** udział w wolontariacie osób 55+; **b)** odsetek osób w wieku 55+, które opiekują się starszymi lub niepełnosprawnymi członkami rodziny; **c)** odsetek osób w wieku 55+, które co najmniej raz w tygodniu opiekują się swoimi dziećmi/wnukami; **d)** zaangażowanie osób w wieku 55+ w życie polityczne (udział w związkach zawodowych, partiach politycznych) **3) Niezależność, zdrowie, bezpieczeństwo** **a)** zaangażowanie osób 55+ w aktywność fizyczną; **b)** dostęp do opieki medycznej; **c)** odsetek osób 75+, które gospodarują samodzielnie lub ze współmałżonkiem; **d)** bezpieczeństwo finansowe określane przez stosunek średnich dochodów osób 65+ do dochodów osób poniżej 65. roku życia; **e)** brak ryzyka ubóstwa, odsetek osób 65+, które nie są narażone na znalezienie się w grupie osób ubogich (próg ubóstwa ustalony na poziomie 50% średnich dochodów ogółem); **f)** odsetek osób 65+, które mają zaspokojone potrzeby o charakterze materialnym; **g)** bezpieczeństwo fizyczne, odsetek osób w wieku 55+, które nie są w grupie narażonej na bycie ofiarą przemocy; **h)** edukacja ustawiczna, odsetek osób w wieku 55–74 lat, które uczestniczyły/ uczestniczą w różnych formach edukacji; **4) Zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych** **a)** przeciętne, prognozowane trwanie życia dla osób w wieku 50-55 lat; **b)** przeciętne, prognozowane trwanie życia w zdrowiu w wieku 55+; **c)** kondycja/zdrowie psychiczne osób w wieku 55+; **d)** korzystanie z ITC, odsetek osób 55+ które co najmniej raz dziennie korzystają z Internetu; **e)** więzi społeczne, odsetek osób w wieku 55+ które co najmniej raz w miesiącu spotykają się z przyjaciółmi, krewnymi, znajomymi; **f)** wykształcenie osób z grupy wiekowej 55–74 (Białożył, 2019) – przyp. J. K. H.

Wskaźnik ten dotyczy osób powyżej 55. roku życia i pokazuje także wyniki w podziale na płeć, aby podkreślić różnice w starzeniu się kobiet i mężczyzn (Tracz-Dral, 2019).

Wyniki AAI z 2018 r. pokazują, iż najwyższe wskaźniki aktywnego starzenia się mają następujące państwa: Szwecja, Dania, Holandia, Wielka Brytania i Finlandia. Natomiast Polska w rankingu 28 państw UE zajęła w 2018 r. 24. miejsce znajdując się przed Węgrami, Rumunią, Chorwacją i Grecją, a w roku 2014 zajmowała 25. miejsce. Zestawienie wskaźnika AAI dla Wielkiej Brytanii i Polski przedstawione jest w tabeli poniżej.

Tab. 5. Zestawienie wskaźnika aktywnego starzenia się (AAI) dla Wielkiej Brytanii i Polski

Kraje		Wartość wskaźnika/ Pozycja rankingowa		Poszczególne obszary						Ogólny wynik			
				Zatrudnienie		Uczestnictwo w życiu społeczeństwa		Niezależne, zdrowe i bezpieczne życie				Zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych	
				2014	2018	2014	2018	2014	2018			2014	2018
Wielka Brytania	Uzyskana punktacja	37,8	39,3	20,7	20,7	75,6	75,3	62,9	63,9	40,6	41,3		
	Wartość wskaźnika	3	5	9	9	5	7	6	4	4	4		
Polska	Uzyskana punktacja	24,3	26,5	13,1	13,1	69,7	66,1	51,8	52,7	30,4	31,0		
	Wartość wskaźnika	20	20	23	23	24	22	20	21	25	24		
	Średnia UE – punktacja	29,1	31,1	17,9	17,9	71,4	70,7	56,5	57,5	34,9	35,7		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wskaźnika AAI zestawionych w: [https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active\\_Ageing\\_Index/ECE-WG-33.pdf](https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf)  
<https://statswiki.unece.org/pages/viewpage.action?pageId=76287845>

AAI jest narzędziem stosowanym od 2012 r. do promowania, monitorowania i pomiaru aktywnego starzenia się. Może przyczynić się do zwrócenia uwagi decydentów państwowych, na wielowymiarowość i złożoność procesu pomyślnego oraz aktywnego starzenia się. Jednak mimo szerokiego zastosowania i promocji, należy także brać pod uwagę krytyczne spojrzenie na ten wskaźnik. Narzędzie to mierzy bowiem obecne osiągnięcia, a nie możliwości, w wyniku czego powstaje wartościowe, ale niekompletne narzędzie dla celów kształtowania polityki (São José i in., 2017).

Koncepcja aktywnego starzenia się jest współcześnie uznawana za paradygmat w polityce społecznej. Przedstawiając jej charakterystykę należy wskazać, iż poza licznymi zaletami, budzi też wiele kontrowersji. Aktywne starzenie się w polityce społecznej jest silnie powiązane z aktywnością zawodową w wieku emerytalnym, co jak stwierdza Jurek (2012) bywa postrzegane jako dyskryminujące te osoby, które nie są w stanie pozostać na rynku pracy, a także deprecjonujące wartości dotychczas cenione i kojarzone z emeryturą, takie jak: odpoczynek, czas wolny, spokój. Przyjęcie kierunku aktywnego starzenia się w polityce społecznej może kojarzyć się z ogólnym narzuceniem aktywnego stylu życia jako tego prawidłowego, co z kolei wiąże się z zagrożeniem dotyczącym prawa jednostki do samostanowienia o własnym życiu. Dyskusyjna jest również możliwość wykorzystania koncepcji aktywnego starzenia się przez władzę publiczną do przeprowadzenia reformy państwa opiekuńczego, której celem nie będzie jednak polepszenie jakości życia, lecz np. likwidacja przywilejów emerytalnych, bez wdrażania systemowych rozwiązań ułatwiających kontynuowanie pracy przez osoby starsze.

Mając na uwadze korzyści związane z koncepcją aktywnego starzenia się, ale także problemy z nią związane, stwierdzić można, iż modelowanie polityki społecznej w sytuacji starzejącego się społeczeństwa jest wyzwaniem oraz odpowiedzialnym i trudnym zadaniem, które powinno opierać się na celowości, racjonalności, a także efektywności planowanych kierunków działań względem osób starszych oraz wszystkich grup pokoleniowych, jak i względem starości jako okresu życia. Skuteczność kształtowanej polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa zależy zatem od wielu czynników, zarówno egzogennych, polegających na uwzględnianiu zaleceń, rekomendacji poszczególnych instytucji i organizacji międzynarodowych w realizacji krajowej polityki społecznej, jak i endogennych, odnoszących się do wewnętrznych uwarunkowań i specyfiki poszczególnych krajów. Bowiem jak stwierdza Szatur-Jaworska (2016a) model polityki senioralnej w danym kraju jest pochodną modelu polityki społecznej tego kraju, jego sytuacji politycznej, gospodarczej oraz uwarunkowań kulturowych. Obecnie dyskurs polityczny dotyczący *siwiejącej populacji* opiera się na paradygmacie aktywnego starzenia się, powiązanym w szczególności ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa w którym, rosnąca średnia długość życia, podkreśla ważność wykorzystania potencjału osób starszych. Jest to możliwe do osiągnięcia poprzez umożliwienie osobom starszym dalszego uczestnictwa w rynku pracy, jak również w innych nierynkowych działaniach społecznych oraz poprzez jak najdłuższe zachowanie niezależności i zdrowia, a także poprzez profilaktykę i działania edukacyjne. W tego typu podejściu podejmowane działania w ramach polityki społecznej i szerzej poszczególnych polityk



publicznych, powinny wychodzić poza dotychczasowe ramy funkcjonowania i otworzyć się na skoordynowane działania podejmowane przez różne podmioty i na różnych szczeblach – od krajowego, poprzez regionalny i lokalny.

Ze względu na różnorodność podmiotów w obszarach polityk szczegółowych odnoszących się do zjawiska starzejącego się społeczeństwa, czyli polityki ubezpieczenia zdrowotnego, ochrony zdrowia, mieszkaniowej, oświatowej, rynkowej lub też polityki pomocy społecznej, istotnym jest sprecyzowanie, iż przedmiotem analizy niniejszej rozprawy jest obszar związany z pomocą społeczną dla osób starszych, a podmiotem – biorąc pod uwagę opis funkcji instytucji w polityce społecznej, czyli świadczenie usług, rozwój pomocy środowiskowej dla osób starszych – jest ośrodek pomocy społecznej (OPS) w Anglii i w Polsce. Owe ośrodki poddawane są analizie w kontekście funkcjonowania systemu pomocy społecznej dla osób starszych w obu krajach w sferze makro, mezzo i mikro.

Przejdźmy obecnie do omówienia systemu pomocy. Wyzwania dla polityki społecznej wynikające ze starzejącego się społeczeństwa przekładają się w sposób bezpośredni na wyzwania w obszarze systemu pomocy, będącego swoistym narzędziem w realizowaniu polityki społecznej, która poprzez ustanowione normy prawne wyznacza ramy funkcjonowania dla systemu pomocowego.

Celem polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa jest m.in. polepszenie jakości życia osób starszych, utrzymanie przez nich jak najdłużej niezależności, czyli sprawności fizycznej i psychicznej a także działanie na rzecz porozumienia międzypokoleniowego. Realizacja owych założeń jest możliwa w wyniku praktycznych działań podejmowanych w ramach szeroko pojmowanego systemu pomocy, będącego m.in. urzeczywistnieniem programów i wytycznych polityki społecznej ukierunkowanej na aktywne starzenie się.

Osiągnięcie celów wymaga kompleksowego i wszechstronnego podejścia w zakresie analizy systemu pomocy, uwzględniającego podejmowanie działań w różnych sektorach, nie tylko publicznym oraz na różnych szczeblach ze szczególnym uwzględnieniem szczebla lokalnego jako najlepiej zorientowanego w potrzebach danego środowiska. Międzysektorowy charakter działań, o którym jest mowa także w przypadku aktywnego starzenia się (WHO, 2002), jest tym, co nadaje nowy wymiar pomocy społecznej z jednej strony, a z drugiej stanowi wyzwanie w zakresie integracji i koordynacji podejmowanych działań. Wielosektorowe ujęcie pomocy społecznej dla osób starszych jest jednym z zagadnień poddawanych analizie w niniejszej pracy. Jak bowiem stwierdza Elżbieta Mirewska (2017, s. 63) „pluralizm podmiotów istniejących w obszarze pomocy społecznej zwiększa szanse na wystąpienie

zróżnicowanej oferty pomocowej, gwarantującej lepszą jakość i skuteczność świadczonych usług”. Pomoc społeczne dla osób starszych ujmowana w sposób holistyczny stwarza możliwość systemowego ujęcia zagadnienia, rozumianego jako układ powiązanych ze sobą elementów mających określoną strukturę i stanowiącego logicznie uporządkowaną całość. W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują bowiem rozmaite instytucje pomocowe, w różnych sektorach, na różnych szczeblach i w różny sposób ze sobą powiązane, których celem jest umożliwienie rozwiązywania sytuacji trudnych, na jakie napotyka w swoim życiu człowiek. Podstawową zasadą w działaniach podejmowanych przez różnorodne podmioty w obrębie systemu pomocowego jest współpraca, która w ujęciu Wincentego Okonia (2004, s. 346) oznacza „współdziałanie ze sobą jednostek lub grup ludzi wykonujących swoje cząstkowe zadania, aby osiągnąć jakiś wspólny cel; opiera się na wzajemnym zaufaniu i lojalności oraz na podporządkowaniu się celowi, należycie uświadomionemu sobie przez wszystkie jednostki lub grupy”.

Odnosząc się do wcześniej przedstawionych celów polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa powstaje pytanie w jaki sposób modelować politykę społeczną, w tym senioralną, stwarzać mechanizmy sprzyjające współpracy, aby system pomocy społecznej o charakterze międzysektorowym, skutecznie owe cele realizował i odpowiadał na potrzeby osób starszych? W literaturze przedmiotu występują różne koncepcje odnoszące się do pluralizmu i dotyczące wielosektorowości w polityce społecznej, w tym w systemie pomocy społecznej. Zasadnym jest zatem przywołanie koncepcji trójkąt dobrobytu (ang. *welfare triangle*) Adalberta Eversa (Moroń, 2013), która stała się teoretycznym modelem analizowanej wielosektorowości.

Autor tego modelu wskazał trzy sektory generowania dobrobytu: państwo (sektor publiczny), gospodarkę rynkową (sektor rynkowy) – jako dwa główne oraz gospodarstwa domowe (podmioty społeczne), ujmowane jako sektor konsumpcyjny. W późniejszym czasie koncepcja dobrobytu została zmodyfikowana. Model zaproponowany przez Petera Abrahamsona, wspierający się na modelu Eversa, w miejsce gospodarstw domowych wprowadził szerszą kategorię społeczeństwa obywatelskiego, obejmującego poza gospodarstwami domowymi i rodzinami także różnorodne nieformalne inicjatywy społeczne i obywatelskie (grupy samopomocy, spółdzielnie i organizacje wolontariackie) (Moroń, 2013). W polskiej literaturze przedmiotu do koncepcji wielosektorowości z punktu widzenia polityki społecznej odnoszą się m.in. Andrzej Klimczuk, Doro Moroń oraz Mirosław Grewiński (Grewiński, 2009; Klimczuk, 2015; Moroń, 2013). Na potrzeby swojej pracy badawczej przytoczę definicję wielosektorowości w polityce społecznej w ujęciu

Grewińskiego (2009, s. 37), który określa ją jako „działalność różnorodnych podmiotów w ramach aktywności społecznej sektora publicznego, obywatelskiego, prywatnego i nieformalnego, służącą zaspokajaniu potrzeb socjalnych obywateli oraz łagodzeniu i/lub eliminowaniu kwestii społecznych przy wykorzystaniu potencjału pluralistycznego państwa opiekuńczego, społeczeństwa obywatelskiego i kapitału społecznego, w duchu współodpowiedzialności za spójność i integrację społeczną oraz bezpieczeństwo socjalne”. Autor ten wskazuje na dwa zasadnicze elementy wielosektorowości. Pierwszy polega na stosowaniu mieszanych form w kształtowaniu dobrobytu społecznego, wyrównywania nierówności socjalnych i rozwiązywania kwestii społecznych, a także asekuracji przed ryzykiem socjalnym (ang. *welfare mix*). Odnosi się także do stosowania zróżnicowanych rozwiązań i technik rozkładania zadań oraz usług społecznych na poszczególne sektory. Natomiast drugi element wiąże się z pluralizmem dobrobytu (ang. *welfare pluralism*), który dotyczy różnorodności podmiotów występujących w poszczególnych sektorach polityki społecznej (Grewiński, 2009). Gerwiński (2009) stworzył autorską koncepcję modelu polityki społecznej określaną jako Stokrotka Dobrobytu, w ramach którego polityka społeczna, a w tym także pomoc społeczna, będzie realizowana w trzech podstawowych sektorach społecznych: publicznym (organizacje ponadnarodowe i międzynarodowe, państwo, samorząd terytorialny i jego jednostki organizacyjne); obywatelskim (organizacje pozarządowe, podmioty gospodarki społecznej i grup nieformalnych – w tym rodziny); rynkowym (komercyjne podmioty polityki społecznej nastawione na zysk, czerpiące środki z dostarczania usług dla tej części społeczeństwa, która jest w stanie sama zapłacić za dostęp do pewnych usług)<sup>10</sup>. W wielosektorowości ważne jest stosowanie technik współzarządzania (*governance*), polegających na elastycznym dzieleniu i koordynowaniu zadań między luźno powiązаныmi podmiotami polityki społecznej (Zybała, 2012). Zasada *governance* podkreśla istotę współdecydowania i współodpowiedzialności w realizacji lokalnej polityki społecznej. W *governance* ważnym elementem jest proces partycypacyjnego włączania obywateli i różnych ruchów społecznych do programowania, ale i realizacji polityki publicznej, np. poprzez wspólne przygotowywanie i realizację lokalnych strategii i programów społecznych. W *governance* bardzo ważne są też relacje sektora publicznego z jego otoczeniem, tj. różnymi

---

<sup>10</sup> W koncepcji Stokrotki Dobrobytu Grewiński (2009, s. 136) stwierdza, iż „wszystkie sektory przenikają się wzajemnie i są od siebie w różnym stopniu uzależnione. Podmioty z poszczególnych podsektorów z jednej strony konkurują ze sobą, z drugiej współpracują na wielu poziomach celem realizacji różnorodnych zadań polityki społecznej i dostarczania usług społecznych. Na większą integrację, ale czasami i dezintegrację sektorów, mają wpływ różnorodne instytucje, które funkcjonują na styku trzech sektorów. Są to partie polityczne, ruchy społeczne, Kościół katolicki i inne grupy wyznaniowe, zrzeszenia, grupy interesu, gremia doradcze, grupy wsparcia, komitety i komisje, konsorcja i partnerstwa wielosektorowe” – przyp. J. K. H.

aktorami reprezentującymi grupy społeczne i gospodarcze, grupy interesów, organizacje pozarządowe i komercyjne, podmioty gospodarki społecznej. Celem *governance* jest m.in. umiejętne sterowanie siecią powiązań zewnętrznych sektora publicznego (ang. *network governance*) (Grewiński, Zasada-Chorab, 2012).

Zasada wielosektorowości ściśle wiąże się z przekładaniem celów polityki międzynarodowej, centralnej, regionalnej na cele i zadania lokalne, dlatego też zasada ta wraz z koncepcją aktywnego starzenia się jest ważnym elementem współczesnej polityki społecznej, w tym systemu pomocy społecznej. Kompleksowe podejście w konstruowaniu polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa i funkcjonowania systemu pomocy społecznej uwzględniać zatem powinno wzrastającą rolę organizacji pozarządowych, co podkreślają autorzy koncepcji wielosektorowych, wsparcie opiekunów nieformalnych, a także możliwości dotyczące regulowania zadań przez organy państwowe i ich podziału przez organy samorządu terytorialnego na rynku usług społecznych poprzez określanie wymagań i kontraktowanie od podmiotów publicznych, komercyjnych i pozarządowych (Szatur-Jaworska i in., 2006). Współczesne kierunki w polityce społecznej, akcentujące wielosektorowość oznaczają, iż w miejsce monopolu państwa powstaje skomplikowany układ rządowych i pozarządowych instytucji oraz prawno-państwowych aktorów, biorących na siebie odpowiedzialność za produkcję bezpieczeństwa socjalnego (Dziwięcka-Bokun, 2003).

W podrozdziale tym prezentując zjawisko starzejącego się społeczeństwa jako wyzwanie dla polityki społecznej i pomocy społecznej określenie wyzwanie oznacza, iż mamy do czynienia z nowym problemem społecznym, ale oznacza także sugestię, że za pomocą dotychczasowej lub zreformowanej polityki społecznej będzie można ten problem złagodzić lub rozwiązać (Szarfenberg, 2009). Reformowana polityka społeczna, będąca odpowiedzią na współczesne wyzwania i łagodząca skutki *siwiejącej populacji*, powinna zatem uwzględniać postulaty i wskazówki formułowane przez podmioty międzynarodowe wyznaczające kierunki zmian w polityce społecznej, takie jak: aktywne starzenie się, wielosektorowość, edukację całościową i starzenie się w środowisku zamieszkania.

Aktywne starzenie się, zasada wielosektorowości a także koordynacji i integracji usług jest istotnym elementem w mojej pracy badawczej. Przedstawiając bowiem analizę porównawczą ośrodka pomocy społecznej w Polsce i w Anglii, będących egzemplifikacją funkcjonującego systemu pomocy społecznej w obu krajach, ustosunkowuję się do praktycznego znaczenia aktywizacji osób starszych oraz wielosektorowości.

### **1.3. Środowiskowa opieka, pomoc i wsparcie przyszłością systemu pomocy dla osób starszych**

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym i rozwojem medycyny wydłuża się średnia długość życia, co w konsekwencji generuje nowe potrzeby, tworząc tym samym nowe pole do działania, ale i nowe wyzwania dla pomocy społecznej w kwestii ich zaspokajania. W poprzednim podrozdziale odniosłam się do polityki społecznej i systemu pomocy uwzględniając tym samym sferę organizacji i zarządzania, jednocześnie prezentując wyzwania w takim modelowaniu polityki społecznej i systemu pomocy, który odzwierciedla rekomendacje kierowane do poszczególnych krajów przez organizacje i instytucje międzynarodowe, odnoszące się do idei aktywnego starzenia się, zasady wielosektarowości, czy integracji w realizacji usług socjalnych przez podmioty publiczne, podmioty z sektora rynkowego, jak i nieformalnego. W tym miejscu w rozważaniach na temat przyszłości systemu pomocy dla osób starszych rozpocznę od ustosunkowania się do terminu „system”, który pełni istotną rolę w niniejszej pracy badawczej. Na potrzeby swojej pracy badawczej przytoczę ujęcie systemu przez Zygmunta Zimnego (1996, s. 10), który stwierdza, iż „system to całość względnie wyodrębniona z otoczenia, złożona z wielu elementów, które mają wiele różnych właściwości ze względu na wiele hierarchicznie uporządkowanych właściwości zapewniających całości spójność oraz przetrwanie i rozwój”. W rozważaniach nad systemem istotnym jest wskazanie jego trzech elementów: wyodrębnienie z otoczenia jako względnie autonomicznej całości; hierarchiczna budowa wewnętrzna, gdyż system składa się z sprzężonych ze sobą podsystemów; ograniczona zmienność w czasie. Systemowe poznanie rzeczywistości w obszarze pomocowym dla osób starszych skłania do konkluzji, iż materiały zdobyte w tym zakresie, a tym samym wytworzona wiedza powstała nie w sposób linearny, lecz poprzez powiązanie ze sobą systemu różnych ogniwi. Na te ogniwa lub też sieci powiązań składa się wielosektorowość i wielopodmiotowość aktorów oparta na współdziałaniu i wzajemnej współpracy, co w efekcie stanowi podstawowy element współczesnej polityki wobec starzenia się społeczeństwa. Celem wyodrębnienia z otoczenia pewnej całości, na którą składa się system pomocy dla osób starszych, przedstawię elementy systemu pomocowego, do których odnoszę się w niniejszej pracy:

- sektor formalny, państwowy (ustawodawstwo, instytucje państwowe),
- sektor pozaformalny (odnoszący się do organizacji pozarządowych, stowarzyszeń oraz do podmiotów komercyjnych),

– sektor nieformalny (odnoszący się do rodziny, sąsiadów, czyli do najbliższego środowiska człowieka).

Wyodrębnienie trzech kategorii systemu pomocy dla osób starszych jest skutkiem inspiracji podziału całościowej edukacji dorosłych na edukację formalną (uczenie i nauczanie się w szkołach i uczelniach), edukację nieformalną (korzystającą z wychowawczych wpływów swojego środowiska: rodziców, sąsiadów, pracy, rozrywki) oraz edukację pozaformalną (pozaszkolną – oznaczającą każdą zorganizowaną działalność oświatową odbywającą się poza ustalonym systemem kształcenia formalnego) (Kargul, 2005). Józef Kargul (2005) odnosząc się do Raportu dla Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) dotyczącego Międzynarodowej Komisji ds. Edukacji dla XXI wieku wskazał, iż edukacja – szczególnie edukacja dorosłych – jest zjawiskiem wielowymiarowym, co oznacza, iż dotychczasowe systemy edukacyjne nie są w stanie sprostać wszystkim potrzebom edukacyjnym. W systemie pomocowym dla osób starszych, który będąc zjawiskiem wielowymiarowym, składa się na politykę społeczną wobec starzejącego się społeczeństwa, uwzględniającą także aspekt edukacji w starości, występuje analogia do systemu edukacyjnego. Ze względu na zmiany demograficzne oraz zmiany w strukturze i sposobie funkcjonowania rodziny, tradycyjny sposób sprawowania opieki nad osobą starszą oparty przede wszystkim na rodzinie został „zanegowany przez współczesność” (Kargul, 2005), podobnie jak to ma miejsce w systemie edukacyjnym, gdzie system oparty na uczeniu się okazuje się niewystarczający. Mając na uwadze powyższe w niniejszej pracy o charakterze deskryptywno-interpretatywnym przedstawiam trzy kategorie/sektory systemu pomocowego w obrębie których przebiega proces pomocowy dla osób starszych, z których dwa nie należą do formalnego sektora. W tym miejscu wskażę, iż w niniejszej pracy koncentruję się na obszarze sektora formalnego z uwzględnieniem jego korelacji z sektorem nieformalnym i pozaformalnym. Analizując sektor formalny/państwowy, traktuję go jako spoiwo, element, który winien koordynować i spajać wszystkie elementy systemu pomocowego dla osób starszych w transparentną całość. W tym kontekście pomoc dla osób starszych odnoszę do pomocy społecznej dla osób starszych, tak w zakresie ustawodawczym, jak i sposobie funkcjonowania i organizacji pomocy społecznej. Przeprowadzając analizę systemu pomocy społecznej odnoszę się do dwóch ośrodków pomocy społecznej, które stanowią egemplifikację owego systemu. W związku z faktem, iż odnoszę się do dwóch konkretnych ośrodków pomocy społecznej, ważnym elementem niniejszej rozprawy jest zagadnienie lokalnego środowiska. Uwzględniając stałe elementy systemu, np. legislacja i analizując instytucje jako główną część systemu pomocowego, składającą się z celowo powiązanych ze

sobą elementów i relacji, stosuję także podejście sytuacyjne, uznając, że każda instytucja, czy organizacja działa w specyficznych dla siebie warunkach środowiskowych (Czermiński i in., 2001). Oznacza to, iż w swoich działaniach koncentruję się na badaniu sposobu funkcjonowania wewnętrznych struktur instytucji względem osób starszych, jak i jej zależności/współpracy z otoczeniem, na które składa się środowisko lokalne tworzone przez sektor nieformalny i pozaformalny.

W systemie pomocy dla osób starszych, jak wspomniałam wcześniej, podstawową rolę odgrywa pomoc społeczna, która może być świadczona we wszystkich przypadkach, w których jednostka nie jest w stanie sama sobie poradzić, co obejmuje także grupę osób starszych (Miruć, 2006; Muszalski, 2010). Na potrzeby swojej pracy przytoczę pogląd Stanisława Niteckiego (2008, s. 31), który traktuje pomoc społeczną jako

„instytucję polityki społecznej państwa, za pomocą której organy państwa i jednostek samorządu terytorialnego realizują nieekwiwalentne świadczenia na rzecz osób i rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, której nie są w stanie przezwyciężyć, wykorzystując własne zasoby, możliwości i uprawnienia. W ramach tak sformułowanej definicji zauważalne są następujące elementy pomocy społecznej:

- pomoc społeczna jest zadaniem stojącym przed organami administracji publicznej,
- adresatem działań są osoby i rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej, które nie są w stanie jej samodzielnie przezwyciężyć,
- przyznawane świadczenia pieniężne i niepieniężne nie mają charakteru ekwiwalentnego”.

W niniejszej pracy odniosłam się także do definicji pomocy społecznej przedstawianej przez Zbigniewa Leońskiego (2004) dwojako: wąsko – sensu stricte i szeroko – sensu largo. Wąskie znaczenie pomocy społecznej odwołuje się do aktów normatywnych odnoszących się do tej tematyki, czyli do Ustawy o pomocy społecznej i do zamieszczonych w niej regulacji dotyczących zasad ogólnych i celów, rodzaju świadczeń oraz zasad i trybu ich udzielania, organizacji pomocy społecznej i reguł związanych z postępowaniem kontrolnym. Natomiast szerokie ujęcie pomocy społecznej oznacza wszelkie unormowania, za pomocą których ze środków publicznych przyznawane są świadczenia służące zaspokajaniu niezbędnych potrzeb osób czy rodzin, które własnym staraniem nie są w stanie przezwyciężyć występującej potrzeby. Do pomocy społecznej w szerokim ujęciu, do którego odwołuję się w swojej pracy badawczej, zalicza się na przykład Ustawę o dodatkach mieszkaniowych, czy też Program „Senior+” (Dz. U. 2001, nr 71, poz.734; Uchwała nr 34, 2015).

Ponadto pomoc społeczna powinna w miarę możliwości doprowadzić do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin, a także do ich integracji ze środowiskiem. Natomiast rodzaj,

forma i rozmiar świadczeń powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy (Grewiński, Zasada-Chorab, 2012). Odnosząc pomoc społeczną do sytuacji osób starszych ważne jest stwierdzenie Joanny Staręgi-Piasek (1998), iż istotą pomocy społecznej są działania mające na celu przywrócenie lub zapewnienie samodzielności wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, a tam gdzie nie – wspieranie i opiekowanie się, gwarantując godną egzystencję. W tym przypadku odwołam się do dwutorowego postrzegania systemu pomocy społecznej dla osób starszych ujmowanego jako opieka instytucjonalna określana też jako stacjonarna, świadczona w placówkach całodobowych oraz jako pomoc środowiskowa świadczona w środowisku lokalnym i miejscu zamieszkania osoby starszej (Bank Światowy, 2015; Szatur-Jaworska i in., 2006).

W systemie pomocowym występuje także obszar określany jako opieka półinstytucjonalna / półstacjonarna / semiinstytucjonalna czy też opieka półotwarta. Są to ośrodki dziennego pobytu, typu dom dziennego pobytu, czy też kluby seniora, występujące w środowisku lokalnym danej osoby starszej (Bank Światowy, 2015; Fala, 2016).

Wartym podkreślenia jest także fakt, iż w potocznym rozumieniu opieka instytucjonalna kojarzona jest z opieką długoterminową, która jest pojęciem stosowanym zamiennie z opieką instytucjonalną. Należy jednak wskazać, iż nie są to pojęcia tożsame. Nie ma jednoznacznego, ustawowego określenia terminu opieki długoterminowej, ani też precyzyjnie określonego zakresu usług składających się na tę formę opieki (Augustyn, 2010), co skutkuje występowaniem wielu jej definicji. Przez Komisję Europejską jest ona definiowana jako szeroki zakres usług wymaganych przez osobę o ograniczonej wydolności funkcjonalnej pod względem fizycznym i/lub umysłowym, która przez dłuższy czas wymaga pomocy w wykonywaniu codziennych czynnościach życiowych i/lub potrzebuje stałej opieki pielęgniarstwa. Pomoc w zakresie podstawowych czynności życiowych (ang. *Activities of Daily Living* – ADL) dotyczy czynności związanych z samoobsługą i jest opieką odnoszącą się do sfery osobistej (kąpiel/prysznic, ubieranie się, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej), która może być łączona z podstawowymi usługami medycznymi, np. opieka pielęgniarstwa, rehabilitacja bądź opieka paliatywna. Pomoc w obszarze codziennych czynności życiowych dotyczy poza sferą osobistą, sfery instrumentalnej (ang. *Instrumental Activities of Daily Living* – IADL), na którą składają się prace domowe, zarządzanie finansami, robienie zakupów, korzystanie z telefonu, przygotowywanie posiłków, czy też korzystanie ze środków transportu publicznego (European Commission, The Social Protection Committee, 2014). System opieki długoterminowej jest rozumiany także jako połączenie różnego rodzaju usług opiekuńczych,



a także świadczeń finansowych – w całości lub częściowo finansowanych przez ustawowy system ochrony socjalnej – na poziomie lokalnym, regionalnym i/lub krajowym (European Commission, 2018).

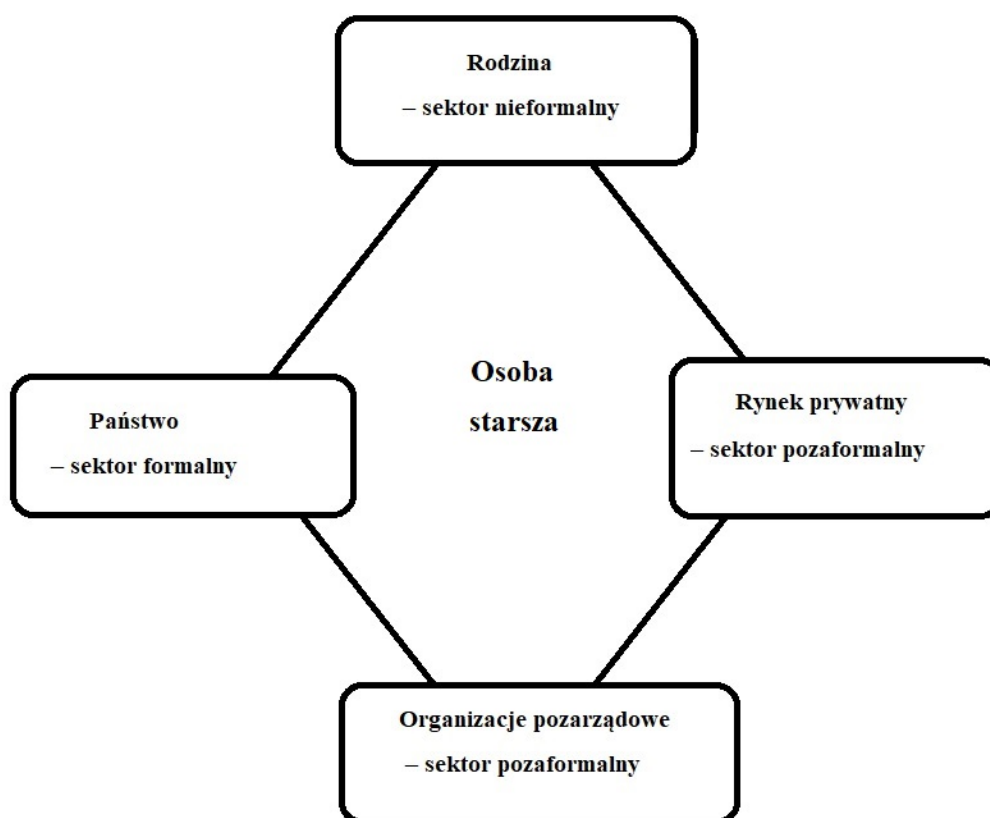
Opieka długoterminowa jest pojęciem szerokim, które odnosi się do form świadczeń opiekuńczych dostarczanych zarówno przez system opieki zdrowotnej, jak i opieki społecznej osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji. W rozumieniu opieki długoterminowej i stacjonarnej istotnym jest to, iż opieka długoterminowa realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domach chorego (Augustyn, 2010). Natomiast opieka stacjonarna świadczona jest tylko w placówkach całodobowych poza domem.

Tab. 6. Formy opieki dla osób starszych w ramach pomocy społecznej i opieki zdrowotnej

		Opieka długoterminowa		
		Opieka instytucjonalna/ stacjonarna	Opieka środowiskowa	
		Opieka stacjonarna	Opieka półstacjonarna	Opieka domowa
system pomocy społecznej		Domy Pomocy Społecznej	Dzienny Dom Opieki Kluby Seniora Mieszkania wspomagane	Usługi opiekuńcze Specjalistyczne usługi opiekuńcze Opieka wytchnieniowa dla opiekunów (formuła programowa)
system opieki zdrowotnej		Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze Hospicja i oddziały opieki paliatywnej Całodobowe oddziały geriatryczne	Medyczne Dienne Domy (formuła projektowa w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego)	Usługi pielęgniarki opieki długoterminowej Domowa opieka hospicyjna Usługi rehabilitacji w warunkach domowych

Źródła: Bakalarczyk, R. (2021). *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Kraków-Warszawa: Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej, s. 35. oraz Berezowski, J., Guzak, B. (2016). *Realizacja prawa do opieki długoterminowej*. Racibórz: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, s. 100.

Należy jednak wskazać, iż o ile sektor publiczny (opieka zdrowotna i pomoc społeczna) odgrywa istotną rolę w zapewnianiu opieki nad osobami starszymi, to nie jest jedyny. Osobami starszymi opiekuje się w wielu przypadkach rodzina (sektor nieformalny), funkcjonuje również obszar usług komercyjnych (sektor prywatny) oraz pomoc zapewniana przez sektor organizacji pozarządowych. W ten sposób powstają cztery zasadnicze podmioty systemu pomocowego: sektor pomocy publicznej/państwowej, nieformalnej, pozarządowej i komercyjnej, które razem tworzą „opiekuńczy diament” (Błędowski i in., 2012) / „brylant opieki społecznej” (*welfare diamond*) (Bień, Doroszkiewicz, 2006). Koncepcja *welfare diamond* jest rozszerzeniem koncepcji *welfare triangle*, uwzględnia bowiem w aspekcie usługowym także znaczenie sektora non-profit (Jensen, 2015).



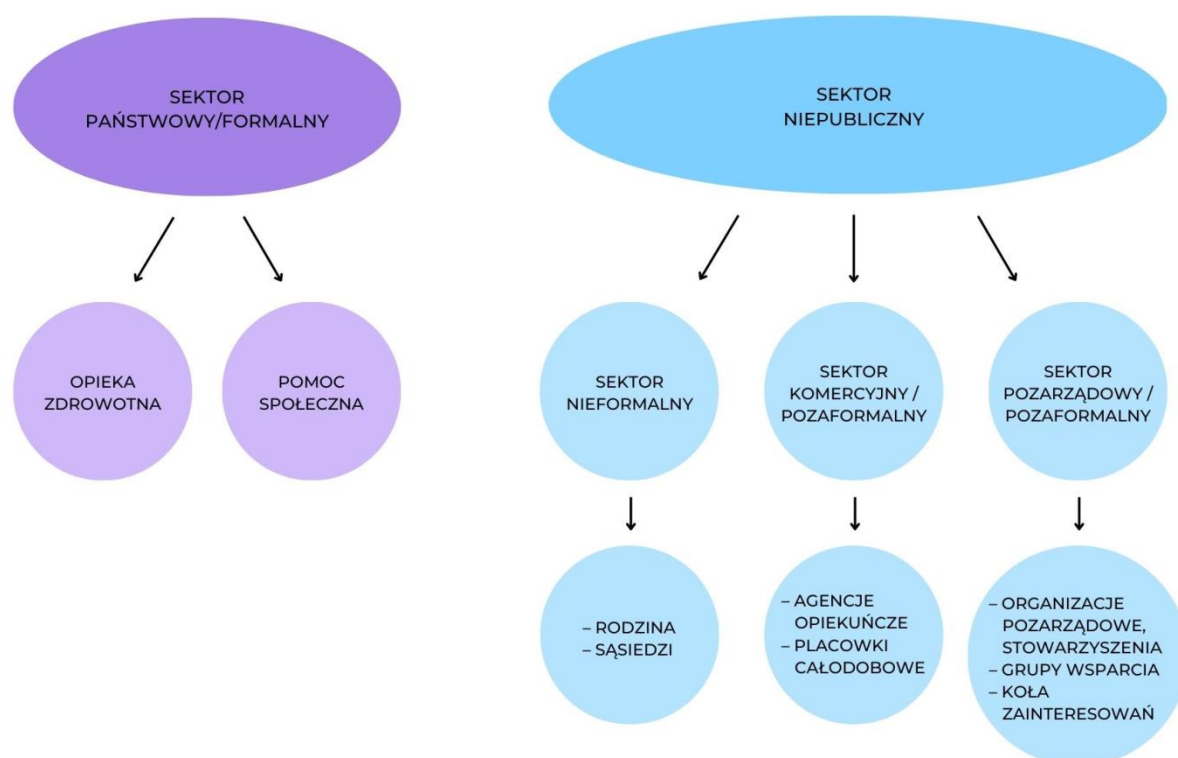
Rys. 1. Opiekuńczy diament / brylant opieki społecznej dla osób starszych

Źródło: Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, s. 72. Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, s. 86.

Każdy z sektorów w „brylancie opieki” odgrywa istotną rolę, kierując się zasadą wzajemnej współpracy przy realizacji wspólnego celu (zapewnienie opieki osobie starszej), nie zaś

postrzega siebie w kategorii rywalizacji. Jak stwierdza Ł. Jurek skuteczność opieki powinna być efektem synergii działania wszystkich elementów „brylantu” (Jurek, 2009).

Istotnym jest fakt, iż każde państwo wypracowuje swój indywidualny „brylant” będący mieszanym systemem opieki, którego faktyczny kształt uzależniony jest od realizowanego w tym państwie modelu polityki społecznej wobec ludzi starych. To właśnie model określa konfigurację opieki formalnej i nieformalnej w opiece nad osobą starszą, a także określa, który element „brylantu” odgrywa dominującą rolę, a które z nich pełnią rolę uzupełniającą. Od modelu zależy również sposób organizacji oraz finansowania świadczeń (Jurek, 2009).



Rys. 2. Schemat systemu pomocy i opieki dla osób starszych

Źródło: opracowanie własne

Realizując badania własne brałam pod uwagę, pomoc świadczoną dla osób starszych w ramach głównie jednego z czterech podmiotów „brylantu opiekuńczego”, a mianowicie element sektora państwowego, czyli system pomocy społecznej i jego współpracę z systemem opieki zdrowotnej oraz sektorem komercyjnym, pozarządowym i nieformalnym oraz pomoc, która jest świadczona w miejscu zamieszkania osoby starszej i w środowisku. Analiza systemu pomocy dla osób starszych odbywa się zatem w obrębie pomocy środowiskowej na podstawie dwóch ośrodków pomocy społecznej, będących egzemplifikacją systemu pomocowego, w zakresie ich funkcjonowania dla osób starszych oraz ich współpracy z sektorem komercyjnym, pozarządowym, nieformalnym oraz zdrowotnym.

W badaniach intencjonalnie uwagę swoją koncentrowałam na pomocy środowiskowej, gdyż jest to ta forma pomocy, którą należy rozwijać i wspierać, co odzwierciedlone jest nie tylko na gruncie polskiej polityki senioralnej, której jedna z wytycznych wskazuje, iż zamieszkanie w instytucji powinno być ostatecznością zarezerwowaną tylko dla tych osób, którym udzielenie wsparcia w środowisku nie jest możliwe (Uchwała, 2018), ale też na gruncie międzynarodowym. Jak stwierdza Zofia Szweda-Lewandowska polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia. Pomoc instytucjonalna staje się niezbędna, gdy pomoc środowiskowa, rodzina oraz sieć kontaktów koleżeńskich nie mogą zapewnić należytej opieki w dotychczasowym środowisku osoby starszej (Szweda-Lewandowska, 2011).

Jest to potwierdzone w opracowaniu UE dotyczącym wyzwań w opiece długoterminowej, w którym stwierdza się, że rozwój pomocy środowiskowej powinien być priorytetem we wszystkich krajach (European Commission, 2018). Na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu, zasadnym jest wskazanie, iż praktycznie we wszystkich dokumentach strategicznych na szczeblu europejskim i międzynarodowym podkreślany jest fakt, iż opieka środowiskowa, w tym domowa jest lepszym rozwiązaniem od stacjonarnej. Poniżej przedstawiłam kilka wybranych dokumentów, w których jest mowa o rozwijaniu pomocy środowiskowej lub też o usługach świadczonych przez lokalne społeczności jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej oraz o uczestnictwie w życiu społecznym.

Tab. 7. Chronologiczne zestawienie dokumentów dotyczących pomocy środowiskowej oraz usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności

Dokument i źródło	Wytyczne dotyczące rozwoju pomocy środowiskowej
Światowe Zgromadzenie w sprawie Starzenia się – Wiedeń 26.07–6.08.1982 r. (Szatur-Jaworska, 2012a)	Rządy oraz, w szczególności, władze samorządowe, organizacje pozarządowe, wolontariusze oraz organizacje wolontariackie, w tym stowarzyszenia osób starszych, mogą w znaczący sposób przyczynić się do zapewnienia wsparcia i opieki osobom starszym w rodzinie i w społeczności. Rządy powinny utrzymywać i promować wolontariacką działalność na tym polu.
Zasady ONZ dotyczące osób starszych. Rezolucja nr 46/91 Zgromadzenia Ogólnego ONZ	<i>Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych</i> określają prawa osób starszych w odniesieniu do poszczególnych dziedzin życia: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji oraz godności. W przypadku niezależności stwierdza się, m.in. iż: – Osoby starsze powinny mieć możliwość do tego, aby żyć w warunkach, które zapewniają im bezpieczeństwo i które

<p>(ONZ, 1991)</p>	<p>można dostosować do osobistych preferencji i zmiennego poziomu psychofizycznej sprawności. (pkt 5 – Niezależność).</p> <p>– Osoby starsze powinny mieć możliwość zamieszkiwania w domu tak długo, jak jest to możliwe. (pkt 6 Niezależność).</p>
<p>Zrewidowana Europejska Karta Społeczna – Rada Europy 1996 r.</p> <p>(Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016, s. 20)</p>	<p>Rozwój usług na poziomie społeczności lokalnych podkreślony został poprzez następujące wskazówki:</p> <p>– „umożliwienie osobom w podeszłym wieku pozostanie pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe poprzez: a) zapewnienie odpowiednich zasobów umożliwiających im godziwą egzystencję i aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym; b) dostarczanie informacji o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz możliwościach korzystania z nich; „</p> <p>– „umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, poprzez: a) zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb i stanu ich zdrowia lub zapewnienie stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań; b) opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan”.</p>
<p>Deklaracja polityczna i madrycki międzynarodowy plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw – 2002r.</p> <p>(Szatur-Jaworska, 2012a)</p>	<p>W założeniach planu madryckiego była mowa m.in. o tworzeniu sprzyjającego i wspierającego środowiska w kontekście mieszkania i środowiska życia oraz o opiece i wsparciu dla niosących opiekę.</p>
<p>Regionalna strategia wdrażania międzynarodowego planu działania w kwestii starzenia się społeczeństw – strategia EKG ONZ 2002 r.</p> <p>(Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016)</p>	<p>Efektom deklaracji madryckiej były prace podejmowane w ramach Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ, które zakończyły się opracowaniem regionalnej strategii wdrażania międzynarodowego planu działania w sprawie starzenia się. Strategia ta składa się z 10 zobowiązań, w tym do „zapewnienia pełnej integracji osób starszych i ich uczestnictwa w życiu społecznym” oraz „dążenia do zapewnienia jakości życia w każdym wieku i przedłużenia niezależnego życia w dobrym zdrowiu i samopoczuciu”.</p>
<p>Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych 13.06.2006 r.</p>	<p>W art. 19 – Prowadzenie życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo, osobom niepełnosprawnym przyznaje się prawo do „życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami”. Ponadto państwo</p>

<p>(ONZ, 2006)</p>	<p>powinno zapewnić szeroki zakres usług wspierających świadczonych w domu lub w placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz inne usługi wspierające, świadczone w społeczności lokalnej, w tym usługi dotyczące pomocy osobistej niezbędnej do życia i włączenia w społeczność oraz zapobiegające izolacji i segregacji społecznej.</p>
<p>Europejska karta praw i obowiązków osób starszych potrzebujących opieki długoterminowej</p> <p>(AGE Platform Europe, 2010)</p>	<p>Karta została opracowana przez organizacje z dziesięciu krajów przy wsparciu europejskiego programu DAPHNE III. Celem Karty jest stworzenie wspólnych ram odniesienia, które mogą być stosowane w całej Unii Europejskiej w celu promowania dobrostanu i godności niesamodzielných osób starszych.</p> <p>Art. 2 Prawo do samostanowienia. Wolność wyboru.</p> <p>2.1 Masz prawo do stanowienia o sobie i do niezależności w takim stopniu, na jaki pozwala Twój stan umysłowy i fizyczny, a także do tego by wspierano Twoją niezależność.</p> <p>Art. 4 prawo do wysokiej jakości opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb. Jakość opieki.</p> <p>4.4 Masz prawo oczekiwać, że podejmowane będą wszystkie możliwe środki w celu zapobiegnięcia pogorszeniu Twojego stanu lub w celu jego poprawy, a także, w celu wspierania Twojej samodzielności.</p> <p>Art. 6 Prawo do uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym Z wiekiem możesz zacząć potrzebować pomocy i wsparcia innych osób, zachowujesz jednak prawo do kontaktów z innymi ludźmi, do uczestnictwa w życiu społecznym i obywatelskim, do korzystania z możliwości kształcenia ustawicznego oraz do aktywności kulturalnej.</p>
<p>Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności –</p> <p>Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych</p>	<p>W ogólnoeuropejskich wytycznych termin „usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności” lub „opieka środowiskowa” odnosi się do całej gamy usług umożliwiających życie w społeczności. Obejmuje on podstawowe usługi, takie jak mieszkalnictwo, opieka zdrowotna, edukacja, zatrudnienie, kultura i rozrywka, które powinny być dostępne dla wszystkich bez względu na rodzaj niepełnosprawności bądź wymagany stopień wsparcia. Odnosi się również do usług specjalistycznych, takich jak pomoc osobista dla osób niepełnosprawnych, opieka krótkoterminowa w zastępstwie itp. Ponadto termin ten obejmuje opiekę rodzinną i zbliżoną do rodzinnej i środki profilaktyczne w zakresie wczesnej interwencji oraz wsparcia dla rodzin.</p> <p>Termin „deinstytucjonalizacja”, rozumiany jest jako proces</p>

Społeczności, listopad 2012 r. (UE, 2012)	rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej.
Karta praw podstawowych Unii Europejskiej 2016/C/202/02 7.6.2016 r. (UE, 2016)	Karta ta dedykowana jest do wszystkich osób niezależnie od wieku, gdyż przyznaje ona prawo do niezależnego życia nie tylko osobom starszym (art. 25), ale też osobom niepełnosprawnym (art. 26). W Karcie tej znajduje się również zapis dotyczący prawa do uczestnictwa w życiu społeczności oraz integracji społecznej, kulturalnej i zawodowej ze względu na ich znaczenie dla godnego i niezależnego życia.
Zalecenia polityczne Europejskiego Komitetu Regionów Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Deinstytucjonalizacja systemów opieki na szczeblu lokalnym i regionalnym (2018/C 164/07) (Dziennik Urzędowy UE, 2018)	Dokument ten jest kontynuacją Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności z 2012r., w którym stwierdza się, że lepsze są bardziej otwarte formy opieki w najbliższym otoczeniu chorego i że do takich form opieki należy dążyć w przyszłości. Przejście od opieki instytucjonalnej do bardziej otwartej opieki w najbliższym otoczeniu nie stanie się rzeczywistością z dnia na dzień. Zmiana ta wymaga wielu lat, wysiłków i środków na wszystkich poziomach społeczeństwa, a także zmiany nastawienia i nowych przepisów.
Strategia na rzecz praw osób niepełnosprawnych na lata 2021–2030 (EU, 2021)	Nowa strategia opiera się na poprzednim dokumencie – Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010-2020. W dziesięcioletniej strategii określono kluczowe inicjatywy wokół trzech głównych tematów:  – <b>Prawa UE:</b> Osoby niepełnosprawne mają takie samo prawo jak inni obywatele UE do przeprowadzki do innego kraju lub do uczestnictwa w życiu politycznym. Opierając się na doświadczeniach projektu pilotażowego realizowanego w ośmiu państwach, do końca 2023 r. Komisja Europejska zaproponuje europejską kartę niepełnosprawności dla wszystkich państw UE, która ułatwi wzajemne uznawanie orzeczeń o niepełnosprawności przez państwa członkowskie, pomagając osobom niepełnosprawnym w korzystaniu z prawa do swobodnego przemieszczania się.  – <b>Niezależne życie i autonomia:</b> Osoby niepełnosprawne mają prawo do niezależnego życia i wyboru, gdzie i z kim chcą mieszkać. Aby wspierać niezależne życie i integrację w społeczności, Komisja opracuje wytyczne i podejmie inicjatywę mającą na celu poprawę usług socjalnych dla osób

	<p>niepełnosprawnych.</p> <p>– <b>Niedyskryminacja i równe szanse:</b> Strategia ma na celu ochronę osób niepełnosprawnych przed wszelkimi formami dyskryminacji i przemocy. Ma na celu zapewnienie równych szans i dostępu do wymiaru sprawiedliwości, edukacji, kultury, sportu i turystyki. Równy dostęp musi być także zagwarantowany do wszystkich usług zdrowotnych i zatrudnienia.</p> <p>W dokumencie tym podkreśla się znaczenie usług świadczonych w lokalnych społecznościach, odwołując się do Pandemii COVID-19, która uwydatniła i zintensyfikowała wyzwania, przed którymi stoją osoby przebywające w instytucjach. Wśród osób mieszkających w domach opieki odnotowany został wyższy wskaźnik zachorowań, jak również osoby te narażone były w większym stopniu na zjawisko izolacji. W związku z powyższym pomoc świadczona w środowisku winna być tym bardziej wzmocniana i promowana. Przykładem działań w kierunku deinstytucjonalizacji są Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne (ESIF) ostatniej dekady. Biorąc ze wsparcia ESIF wyłączone jest budowanie lub remontowanie instytucji mieszkalnictwa długoterminowego, niezależnie od ich wielkości. Proponowane środki są częścią strategicznej wizji dotyczącej sposobu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.</p>
--	---

W przedstawionych powyżej wytycznych pojawia się konkluzja, iż termin „usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności” lub „opieka środowiskowa” stosowany jest do całego spektrum usług umożliwiających życie w społeczności, a nie w placówce całodobowej. W zakres owych terminów wchodzi takie usługi jak: mieszkalnictwo, opieka zdrowotna, edukacja, zatrudnienie, kultura i rozrywka, które powinny być dostępne dla wszystkich bez względu na rodzaj niepełnosprawności bądź wymagany stopień wsparcia. Usługi specjalistyczne dotyczące np. pomocy osobistej dla osób niepełnosprawnych także wchodzi w zakres działalności opieki środowiskowej (UE, 2012).

Biorąc pod uwagę ukierunkowanie polityki społecznej na szczeblu międzynarodowym i krajowym na rozwój wsparcia środowiskowego, to właśnie ten rodzaj wsparcia jest przedmiotem zainteresowań w niniejszej pracy. Dzięki działaniom podejmowanym przez np. rodzinę, znajomych, czy lokalne sieci wsparcia, które wyrównują braki pojawiające się na skutek postępującego procesu starzenia się (pogorszenie stanu zdrowia) osoba starsza nadal może zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku. Oznacza to zatem, jak stwierdza



Szweda-Lewandowska (2011), że pomoc instytucjonalna powinna być ostatnim ogniwem łańcucha wsparcia udzielanego seniorom.

Rozwój opieki świadczonej w miejscu zamieszkania osoby oraz w społeczności lokalnej jest zatem rozwiązaniem postrzeganym nie tylko jako potencjalnie efektywny kosztowo sposób wspierania niezależności osób starszych, ale jest też sposobem opieki preferowanym przez jednostki (Genet i in., 2011). Dom jest miejscem emocjonalnych i fizycznych skojarzeń, wspomnień i komfortu, nic więc dziwnego, iż ludzie preferują pozostać w miejscu, z którym się utożsamiają i w tym miejscu uzyskiwać wsparcie (Tarricone, Tsouros, 2008).

Czym jest **opieka środowiskowa**, czy też usługi świadczone w lokalnej społeczności. Opieka środowiskowa rozumiana jest jako pomoc środowiskowa wobec seniorów i według Szwed-y-Lewandowskiej (2011) przybiera dwie formy. Pierwsza to wsparcie w zakresie codziennej egzystencji poprzez świadczenia opiekuńcze realizowane w domu osoby starszej. Druga to specjalistyczne poradnictwo oraz praca socjalna. Natomiast Zych (2017a) opiekę środowiskową/zewnętrzną określa jako dowolną formę opieki świadczonej poza instytucją za pomocą środków formalnych i nieformalnych, których podstawą jest społeczność. Autor ten stosuje także określenie pomoc społeczna środowiskowa przedstawiając ten rodzaj pomocy jako jedną z form zabezpieczenia społecznego, obejmującą zespół działań i świadczeń służących przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych przez jednostki i rodziny w ich naturalnym środowisku społecznym. Oznacza to, że jedną z zasad tego rodzaju pomocy jest pozostawienie osoby korzystającej z pomocy społecznej w jej dotychczasowym środowisku (Zych, 2017a). Opieka środowiskowa jest więc rodzajem opieki społecznej, która z kolei w swojej strukturze jest podrzędna względem pomocy społecznej. Jak bowiem stwierdza Nitecki „każda opieka społeczna będzie pomocą społeczną, natomiast nie każda pomoc społeczna będzie opieką społeczną” (Nitecki, 2008, s. 30).

W literaturze anglojęzycznej pomoc środowiskowa określana jest jako *home care services* lub *domiciliary care* bądź też bardziej specjalistycznie *reablement care* (opieka nad osobami powracającymi do zdrowia, np. po hospitalizacji). Powyższe terminy odnoszą się do opieki świadczonej bezpośrednio w domu osoby starszej (Genet i in., 2011). Pomoc środowiskowa ujmowana jest także w szerszym znaczeniu jako *community care services*, odnosząc się nie tylko do opieki świadczonej w miejscu zamieszkania, ale także do form pomocy występujących w środowisku lokalnym, np. dzienne domy opieki (ang. *day centres*) (House of Commons, National Health Service and Community Care Act 1990).

Brytyjscy badacze przedstawiając pomoc środowiskową poprzez uwzględnienie jej trzech obszarów odzwierciedlają różnorodność tego terminu:

- obszar działania jako pomoc udzielana w środowisku, co oznacza zasięg terytorialny podmiotów świadczących pomoc lokalnym mieszkańcom. W tym obszarze znajdują się organizacje pomocy zlokalizowane w określonym środowisku, np. ośrodki pomocy społecznej, domy dziecka oraz opieka świadczona w domu,
- dostawca usług jako pomoc świadczona przez środowisko. Obszar ten obejmuje profesjonalną pomoc świadczoną przez etatowych pracowników lub wolontariuszy organizacji pomocy społecznej, jak i pomoc ze strony członków rodziny, sąsiadów czy przyjaciół,
- odbiorca usług jako pomoc świadczona dla środowiska. Przez ten obszar rozumie się powszechny, uniwersalny system publicznej pomocy społecznej lub ochrony zdrowia, który świadczy usługi socjalne wszystkim mieszkańcom lub wybranym, wyraźnie określonym grupom klientów zamieszkującym dany teren (Symonds, Kelly, 1998).

Analizując zarówno polską, jak i angielską literaturę przedmiotu, można stwierdzić, iż elementem wspólnym, a tym samym głównym założeniem opieki środowiskowej jest jej świadczenie poza instytucją. Biorąc pod uwagę specyfikę opieki środowiskowej znajduje się ona w opozycji binarnej do opieki instytucjonalnej, zamkniętej, świadczonej w ujęciu Goffmana (2006) przez instytucję totalną do której zaliczano domy pomocy społecznej ze względu na ich zamknięty charakter i brak integracji ze światem zewnętrznym (Tarkowska, 1997).

W niniejszej pracy przedstawiając system pomocy dla osób starszych użyłam określeń typu **wsparcie** (ang. *support*), **pomoc** (ang. *help*) i **opieka** (ang. *care*). Nie są to synonimy, choć w znaczeniu potocznym bywają używane zamiennie. Jak stwierdza Anna Kacperczyk (2006) zakresy definicyjne tych pojęć mogą w pewnych przypadkach na siebie zachodzić. Zrozumienie tych pojęć jest podstawowe w rozważaniach dotyczących modelowania systemu zapewniającego godne życie i wysoką jego jakość w okresie starości. W bieg życia ludzkiego wpisana jest starość, która ze względu na postępujący charakter procesu starzenia się, generuje potrzebę otrzymania wsparcia, pomocy lub też opieki od osoby, grupy, zbiorowości i/lub instytucji w sytuacji pojawienia się niesamodzielności na skutek przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Postępująca z wiekiem stopniowa utrata samodzielności, powoduje, że osoba na pewnym etapie swojego życia musi korzystać ze wsparcia rodziny, znajomych lub pomocy publicznej. Biorąc pod uwagę heterogeniczność osób starszych istotnym jest fakt, iż poszczególne jednostki potrzebują wsparcia w różnych formach i w różnym zakresie, a formy te, podobnie jak zakres otrzymywanego wsparcia, pomocy lub/i opieki zmieni się wraz ze zmieniającą się sytuacją osoby starszej (Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016). W tej

sytuacji warto jest zastanowić się w jakiej relacji znaczeniowej pozostają ze sobą pojęcia wsparcie, pomoc i opieka, tzn. kiedy współwystępują ze sobą, zazębiając się częściowo. Termin wsparcie, podobnie jak pomoc, nie są terminami jednoznacznymi i w literaturze naukowej występują różne definicje owych pojęć i różne ich interpretacje. Termin „wsparcie” oznacza w ujęciu Kacperczyk (2006, s.16) „zawsze działanie w sytuacji trudnej, w sytuacji niestabilności, kiedy bez podparcia coś by runęło [...]. Wspieranie ma sens, jedynie wtedy, gdy jest naprawdę konieczne”. Zych (2017e, s. 180) określa wsparcie jako „pomoc udzielaną osobom potrzebującym, będącym w trudnej sytuacji życiowej, wskutek niepełnosprawności, niedostatku, bezrobocia, bezdomności, choroby, kalectwa lub starości”.

W swojej pracy odniosłam się do wsparcia rozumianego jako wsparcie społeczne, które jest jednym z najważniejszych terminów z zakresu współczesnej pedagogiki społecznej, psychologii społecznej, działalności terapeutycznej, promocji i ochrony zdrowia oraz pracy socjalnej. Zainteresowaniem problematyką wsparcia społecznego przez badaczy z różnych dyscyplin naukowych, sprawia, że dotychczas nie została przyjęta jednoznaczna definicja określająca czym jest wsparcie społeczne. Utrudnieniem w jednolitym określeniu definicyjnym wsparcia społecznego jest ponadto występowanie różnych form wsparcia (emocjonalne, duchowe, informacyjne, instytucjonalne, materialne, rodzinne, przez świadczenie usług) oraz rodzajów wsparcia społecznego (strukturalne, funkcjonalne). W swojej pracy badawczej odwołuję się do Stanisława Kawuli (1996), który w pedagogice pojęciu wsparcia społecznego nadaje dwojakie znaczenie. Prezentuje je jako pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których bez wsparcia ze strony innych osób nie są w stanie przezwyciężyć. Natomiast w ujęciu drugim przedstawia wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji, emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub zmieniać się.

Kacperczyk (2006) w ujęciu wsparcia społecznego odnosi się nie tylko do społecznych interakcji, ale też do interpretacji znaczeń jakie nadają działaniom wspierającym sami uczestnicy zdarzeń. Zatem w relacji biorca wsparcia a otoczenie społeczne podkreśla aspekt interpretacyjny jaki nadają podejmowanym działaniom uczestnicy zdarzeń. W tym wypadku istotnym jest sprecyzowanie kto tworzy powstające relacje i interakcje składające się na wsparcie społeczne. Z jednej strony są to jednostki, a także rodziny (tzw. pierwotne źródła wsparcia), a z drugiej instytucje i zorganizowane grupy funkcjonujące w sformalizowanych i niesformalizowanych strukturach (wtórne źródła wsparcia) (Szatur-Jaworska, Błędowski,

2016). Jest to ważne z punktu widzenia polityki społecznej, która kreuje model współczesnego wsparcia społecznego dla osób starszych obejmujący funkcjonowanie różnych form wsparcia, tj. placówki całodobowe, dzienne lub usługi świadczone w miejscu zamieszkania osoby. Dwie ostatnie formy wsparcia tworzą sieć społecznego wsparcia środowiskowego, ku któremu koncentruję swoją uwagę w niniejszej rozprawie. Występowanie sieci społecznej oznacza usytuowanie jednostki w środowisku potencjalnie wspierającym, co stanowi podstawę do udzielenia i otrzymania wsparcia w ogóle. Sieć społeczna jest zatem postrzegana jako struktura lub układ, poprzez który dostarczane jest wsparcie danej jednostce (McDowell, 2006). Im bardziej ta sieć jest rozbudowana, tym większe prawdopodobieństwo, że osoba otrzyma potrzebne wsparcie. Zatem główną determinantą wsparcia społecznego jest powiązanie biorcy z otaczającą siecią społeczną. Podejmowane działania powinny być skierowane na poprawę interakcji między biorcą wsparcia a otoczeniem społecznym, ale także równoległe oddziaływać na nie, czyniąc je bardziej otwartym i pomocnym. Skuteczność wsparcia zależy przede wszystkim od społecznej integracji jednostki czy grupy, która to wsparcie otrzymuje (Szluż, 2007).

W zakresie wsparcia społecznego *wspieranie*, pojawiające się jako synonim pomagania czy niesienia pomocy, odnosi się do budowania relacji międzyludzkich w obrębie sieci społecznej oraz do charakteru i trwania tych relacji (Kacperczyk, 2006) w określonym czasie i w danym środowisku. W aspekcie wsparcia osób starszych należy także wskazać podział na wsparcie postrzegane i otrzymywane. Pierwszy rodzaj odnosi się do sytuacji, w której osoba wie do kogo może się zwrócić o pomoc – jest to wsparcie potencjalne. Drugi rodzaj natomiast oznacza rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka. W tym przypadku skuteczność sieci wsparcia może być różnie oceniana przez jednostki będące jej częściami (Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016). Z kolei Zbigniew Woźniak (2016) wyróżnił dwie kategorie wsparcia. Wsparcie pośrednie (formalne): ustawodawstwo krajowe, dyrektywy ONZ i UE, prawo lokalne oraz wpisane w zadania statutowe struktur państwowych (władze centralne, samorząd terytorialny). Drugim rodzajem jest wsparcie bezpośrednie, na które składa się wsparcie osobiste i profesjonalne. W wyniku analizy literatury dotyczącej wsparcia społecznego można bezsprzecznie stwierdzić, iż jest to pojęcie szerokie znaczeniowo w zakresie organizacji, form, rodzaju, a także cech biorcy i dawcy oraz oczekiwanych skutków. Istotnym elementem wsparcia jest jego osadzenie w sieci społecznej, np. rodzinnej, przyjacielskiej, koleżeńskiej, sąsiedzkiej, czy też innej, a więc sieciach zakorzenionych przeważnie w naturalnych środowiskach życia i aktywności człowieka. Stąd też relacje wsparcia są często przesycone swoistą naturalnością i spontanicznością (Winiarski, 2015).

Pojęcie pomoc natomiast oznacza pracę, wysiłek albo działanie (fizyczne lub moralne) podjęte dla dobra innej osoby/organizacji/instytucji w celu ułatwienia/zróżnicowania możliwości działania, poratowania w trudnej sytuacji lub w zagrożeniu (można pomóc w biedzie, w chorobie, niemocy, potrzebie, w funkcjonowaniu, zamiarach, czy też w rozwoju). W procesie pomagania punkt ciężkości spoczywa na podejmowaniu wysiłku we współpracy podmiotów pomagających z beneficjentami, by osiągnąć pożądany efekt. Oznacza to, iż pomoc wiąże się z uzyskaniem korzyści na rzecz czegoś lub kogoś, może być doraźna, okresowa, wzajemna i/lub zwrotna w ramach wymiany społecznej (Woźniak, 2016). Tematyce pomocowej wiele uwagi poświęcają pedagodzy społeczni. Aleksander Kamiński (1974, s. 77) jest autorem myśli dotyczącej skuteczności działania pomocowego: „Pomagać skutecznie można tym, którzy sami sobie chcą pomóc w wyjściu ze stanu niepomyślności”.

Wcześniej natomiast Helena Radlińska (1961) – jako pierwsza polska pedagog społeczna – odróżniła opiekę od innych działań międzyludzkich wyodrębniając określenie pomocy oraz ratownictwa jako pomocy doraźnej, które zjawia się w chwilach klęski: powodzi, pożaru, nagłej utraty środków lub wytrącenia poza środowisko, wskazując iż nakazem społecznym jest udzielanie potrzebnej pomocy najszybciej, najpowszechniej. W odniesieniu do osób starszych pomoc środowiskowa ma przede wszystkim służyć utrzymaniu i stabilizowaniu funkcjonowania ludzi starzejących się w ich środowisku tak długo, jak będzie to możliwe z punktu widzenia zdrowia, sprawności a także sytuacji materialnej i posiadania kręgu wsparcia wśród osób bliskich. Utrzymanie samodzielności jest możliwe poprzez:

- adaptowanie mieszkania w stopniu umożliwiającym maksymalny poziom samodzielności seniora w codziennym funkcjonowaniu (w tym stosowanie teleopieki),
- instalowanie urządzeń ułatwiających osobie starszej higienę osobistą,
- stosowanie łatwo dostępnych i prostych w użyciu urządzeń w gospodarstwie domowym
- koncentrowanie uwagi na tym, co osoby starsze mogą jeszcze zrobić samodzielnie,
- włączanie seniorów w proces tworzenia planu pomocy (Woźniak, 2016). Ważnym elementem pomagania jest współpraca osoby pomagającej z adresatem działań pomocowych, z tym, że pomagający nie przyjmuje odpowiedzialności za tę osobę i za skutki wykorzystania pomocy.

W definiowaniu opieki podstawowym zakresem znaczeniowym są dwa elementy: dbanie o drugą osobę (przez jednostkę, rodziny, instytucje, zbiorowości) oraz przejmowanie odpowiedzialności za losy podmiotu opieki bez względu na rodzaj i obiekt. Opieka rozumiana jest jako działanie ratowniczo-interwencyjne, kompensacyjne lub profilaktyczne, podejmowane bezpośrednio lub pośrednio wobec osób, którym faktycznie lub potencjalnie

grozi zablokowanie możliwości rozwoju, utrzymania zdrowia, sprawności lub życia lub też wejścia w spiralę ubóstwa, które nie umieją albo nie mogą własnymi siłami, samodzielnie przezwyciężyć występujących zagrożeń lub trudności (Woźniak, 2016).

W podobnym znaczeniu opieka (ang. *care*) zdefiniowana jest w słowniku *Oxford Dictionary*, gdzie *care* oznacza świadczenie pomocy niezbędnej dla zdrowia, dobrobytu, ogólnego funkcjonowania i ochrony kogoś lub czegoś (English Oxford Living Dictionaries, 2019).

Opieka w znaczeniu prawnym oznacza natomiast instytucję prawną, której celem jest zapewnienie pieczy osobom, które z jakichkolwiek przyczyn są nieporadne i/lub nie są w stanie prowadzić samodzielnego życia (Zych, 2017a). W rozważaniach nad opieką warto wskazać na różne formy opieki, takie jak: opieka ambulatoryjna, długoterminowa, rodzinna, paliatywna, instytucjonalna, społeczna, środowiskowa. Ponadto istotnym jest fakt, iż w swym zakresie definicyjnym pojęcie opieki jest węższe niż pojęcia pomocy i wsparcia. Istotną różnicą w znaczeniu pojęć opieka i pomoc jest fakt, jak pisała Radlińska (1961, s. 239), iż „pomoc liczy się ze świadomym uczestnictwem, ze współpracą pomagających i korzystających z pomocy w pełni za siebie odpowiedzialnych”. Natomiast w przypadku opieki opiekun przejmuje w jakimś stopniu odpowiedzialność za biorcę działań opiekuńczych. Zatem na potrzeby niniejszej pracy stosowane pojęcia interpretowane są następująco: wsparcie – wsparcie społeczne, w tym bezpośrednie i pośrednie; pomoc – przy zaangażowaniu odbiorcy, nie wymaga trwalszych więzi interpersonalnych; opieka – jako kategoria najwęższa, przejęcie odpowiedzialności za człowieka niezdolnego do samodzielnego funkcjonowania przez opiekuna. Odnosząc te pojęcia do działań w środowisku wskazać należy, iż opieka środowiskowa jest rodzajem opieki społecznej, która z kolei w swojej strukturze jest podrzędna względem pomocy społecznej. Biorąc pod uwagę heterogeniczność osób starszych dostępne formy wsparcia, pomocy i opieki powinny być dostosowane do potrzeb osób starszych i stopnia ich samodzielności, uwzględniając przy tym możliwości i kompetencje osób starszych. Oznacza to zatem, że osoby z głębokim ograniczeniem sprawności, o niskim stopniu niezależności, będą wymagać zintegrowanego systemu działań pomocowych charakteryzującego się intensyfikacją wsparcia, pomocy oraz opieki świadczonych głównie w formie kontaktów bezpośrednich, w których czynnik aktywizujący spełnia zupełnie inną rolę aniżeli w przypadku osób starszych z niewielkim ograniczeniem sprawności.

Pomoc środowiskowa, a także idea aktywnego starzenia się korelują z koncepcją starzenia się w środowisku zamieszkania (ang. *ageing in place*). Termin środowiska ma kilka wymiarów, które są ze sobą powiązane: wymiar fizyczny, który można zobaczyć i dotknąć, jak dom czy

sąsiedztwo; wymiar społeczny obejmujący relacje z ludźmi i sposoby, w jakie jednostki pozostają połączone z innymi; wymiar emocjonalny i psychologiczny, który ma związek z poczuciem przynależności i przywiązania; a także wymiar kulturowy, który wiąże się z wartościami wyznawanymi przez osoby starsze, przekonaniem, pochodzeniem etnicznym i symbolicznymi znaczeniami (Lecovich, 2014). Przestrzeń domowa nie jest więc tylko fizycznym miejscem zamieszkania, ale umożliwia osobie starszej zachowanie znaczeń związanych z historią życia dzięki, którym tożsamość społeczna może być zachowana nawet wtedy, gdy osoba starsza staje się przewlekle chora lub niepełnosprawna. Dom odzwierciedla indywidualizację życia jednostki umożliwiającą zachowanie przez osobę starszą poczucia integralności własnego „ja” oraz poczucia tożsamości.

Celem koncepcji starzenia się w środowisku zamieszkania, aktywnego starzenia się oraz pomocy środowiskowej jest z punktu widzenia osób starszych i ich rodzin, pozostanie w domu tak długo, jak to możliwe, ponieważ zapewnia im to kontrolę nad własnym życiem, pozwala zachować tożsamość i dobre samopoczucie (Cutchin, 2004).

Natomiast z pozycji decydentów politycznych celem jak najdłuższego pozostawania w domach i społecznościach jest wymiar ekonomiczny, gdyż koncepcja ta pozwala uniknąć kosztownej opieki instytucjonalnej (Kaye i in., 2009; WHO, 2007).

Starzenie się w miejscu zamieszkania stało się podstawą w tworzeniu wytycznych polityki w zakresie mieszkalnictwa, opieki i usług społecznych w Europie. Mimo że idea utrzymania osób starszych w domu jest wspólną polityką państw członkowskich UE, to realizacja działań, które ją wzmacniają, różni się znacznie w poszczególnych krajach, przede wszystkim ze względu na różnice w organizacji systemu opieki społecznej.

Próba klasyfikacji państwa opiekuńczego na podstawie tej koncepcji jest propozycja Petera Houbena. Analizuje on, w jaki sposób założenia koncepcji starzenia się w środowisku zamieszkania przekładają się na praktykę w zależności od kontekstu krajowego. Po pierwsze, Houben wskazuje, że promowanie niezależnego życia przez rządy europejskie charakteryzuje się brakiem koordynacji pomiędzy obszarami odpowiedzialnymi za zapewnianie mieszkań, opieki i usług socjalnych. Po drugie, Houben zauważa również, że sposoby wdrażania tych środków promujących samodzielne życie osób starszych różnią się znacznie w poszczególnych regionach Europy (Houben, 2001).

Dostosowując klasyfikację Esping-Andersen dotyczącą europejskich typów państw opiekuńczych (Esping-Andersen, 1999), Houben scharakteryzował każdy system w odniesieniu do obszarów odpowiedzialnych za usługi związane ze starzeniem się w miejscu zamieszkania. Wielka Brytania zaliczana jest do modelu liberalno-korporatystycznego,

w którym system opieki społecznej charakteryzuje się środkami publicznymi skierowanymi wyłącznie do bardziej potrzebujących grup społecznych. Za administrowanie pomocą publiczną odpowiedzialne są władze lokalne, organizacje charytatywne typu non-profit. W odniesieniu do mieszkalnictwa, mimo że rząd Margaret Thatcher rozpoczął okres liberalizacji sektora publicznego w latach 80. XX wieku, nadal istnieje duży rynek mieszkań socjalnych. Istnieje również publiczna koordynacja w zakresie działań, które łączą mieszkalnictwo i opiekę, w celu ułatwienia starzenia się w miejscu zamieszkania.

#### **1.4. Znaczenie środowiska lokalnego i rodziny w opiece nad osobą starszą**

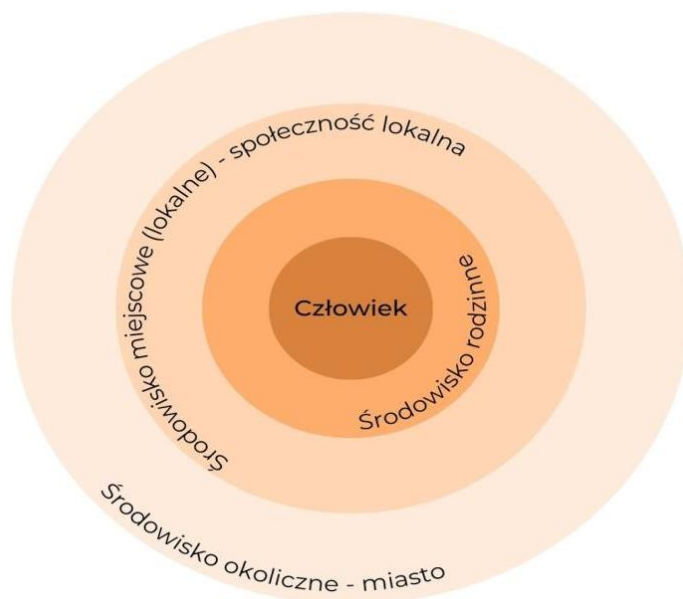
W poprzednim podrozdziale podkreślałam ważność czynnika środowiskowego w działaniach pomocowych na rzecz osób starszych, którego elementem kluczowym jest rodzina. Ten podrozdział stanowi rozwinięcie tych dwóch aspektów pomocowych w kontekście osób starszych. Środowisko jest istotną kategorią pojęciową w pedagogice społecznej odnoszącą się głównie do wychowywania, gdyż skupia się na:

„problematyce środowiskowych uwarunkowań procesów wychowawczych oraz analizie warunków (czynników) umożliwiających zaspokojenie potrzeb rozwojowych człowieka (grup ludzkich) w różnych fazach jego życia i różnorodnych sytuacjach życiowych (w pracy, nauce, zabawie, czasie wolny, w miejscu zamieszkania, rodzinie, grupie rówieśniczej i towarzyskiej działalności kulturalnej i w innych formach aktywności ludzkiej). Z tych względów pedagogika społeczna koncentruje się na środowisku życia jednostek lub grup oraz na instytucjach celowo powołanych w społeczeństwie do realizacji zadań wychowawczych. Przy czym instytucje celowo powołane do osiągnięcia zadań traktuje się równocześnie jako część środowiska i to w ich podstawowych funkcjach: dydaktycznych, opiekuńczych, więzi i kontaktów społecznych, kulturalnych, towarzyskich itd.” (Kawula, 2004, s. 16).

Analizując środowisko w odniesieniu do osób starszych powyższe ujęcie środowiska zinterpretować można w ten sposób, iż oznacza ono przestrzeń w obrębie której realizowane są działania pomocowe na rzecz osób starszych poprzez różne formy oddziaływań (instytucje, rodzina, organizacje pozarządowe, prywatne agencje). W pedagogice społecznej istotnym elementem jest zatem dialektyczny związek środowiska i jednostki polegający na wzajemnym oddziaływaniu środowiska na jednostkę i jednostki na środowisko (Kamiński, 1974; Radlińska, 1935). W swojej pracy badawczej zwracam uwagę na funkcjonowanie dwóch ośrodków pomocy społecznej będących częścią środowiska lokalnego w aspekcie działań pomocowych na rzecz osób starszych oraz ich współpracy z innymi elementami składowymi środowiska lokalnego. Na temat środowiska, w tym środowiska lokalnego pisali m.in. Radlińska, Kamiński i Maria Mendel (Kamiński, 1974; Mendel, 2017; Radlińska, 1961) przedstawiając koncepcję pedagogiki miejsca. Podkreślając znaczenie środowiska lokalnego



w odniesieniu do działań pomocowych dla osób starszych przywołam Tadeusza Pilcha (1995), który stwierdza, iż środowisko lokalne oprócz zbiorowości społecznej zamieszkującej niewielki, względnie zamknięty obszar, oznacza również cały system instytucji służących organizacji życia zbiorowego takich jak kościół, szkoła, instytucje usługowe, urządzenia socjalne lub rekreacyjne oraz mechanizmy regulujące zachowania jednostkowe i stosunki międzyludzkie, a więc obyczajowość, normy moralne, autorytety i wzory zachowań. Pojmowane jest zatem w kontekście terytorialnym, demograficznym, instytucjonalnym, kulturowym i regulacyjnym. Środowisko lokalne jest więc tym obszarem, w obrębie którego osoby starsze powinny uzyskiwać bezpośrednie wsparcie i pomoc ze względu na dostępne w danym środowisku lokalnym zasoby infrastrukturalne w postaci m.in. instytucji pomocowych, opieki medycznej oraz zasoby osobowe w formie pomocy rodzinnej i/lub sąsiedzkiej, czy też wolontariackiej. Ze względu na fakt, iż środowisko lokalne tuż po rodzinie, jest czynnikiem o silnym oddziaływaniu na funkcjonowanie jednostki, w tym seniora, zarówno socjologowie, jak i pedagodzy społeczni są zgodni, co do tego, że wpływa ono w zasadniczy sposób na jakość życia człowieka starszego. Biorąc pod uwagę dostępność zasobów, podzielam stanowisko Danuty Krzysztofiak (2017), iż środowisko lokalne może stanowić źródło rozwoju seniora, przy jednoczesnym zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa lub determinować jego zagrożenia wynikające z barier o charakterze fizycznym, psychicznym, czy społecznym. Osoby starsze niejednokrotnie żyjąc w blokach na dużych osiedlach w aglomeracjach miejskich, stają się więźniami we własnych mieszkaniach, których nie są w stanie samodzielnie opuścić. Seniorzy, jako osoby zagrożone społeczną ekskluzją, marginalizacją, problemem osamotnienia i niepełnosprawności wymagają pomocy i wsparcia płynącego ze środowiska lokalnego. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż w pedagogice społecznej miano środowiska lokalnego nie przysługuje zbiorowości wielkiego miasta, gdyż w granicach i organizmie społecznym wielkiego miasta może ukształtować się wiele środowisk lokalnych, oddziałujących na życie jednostki (Pilch, 1995). Analizując sfery wpływu na rozwój jednostki przywołam koncepcję kręgów środowiskowych Józefa Pietera, w której autor przedstawił trzy kręgi oddziaływania wychowawczego: środowisko indywidualne (rodzinne), środowisko miejscowe (lokalne), środowisko okoliczne (miasto). Siła wpływu poszczególnych kręgów ma charakter malejący, zobrazowana jest od największego znaczenia rodziny w socjalizacji człowieka do malejącego znaczenia kolejnych kręgów wychowawczych (Pieter, 1960).



Rys. 3. Koncepcja kręgów środowiskowych Józefa Pietera

Źródło: Pilch, T. (1995). Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany. W: T. Pilch, I. Lipalczyk (red.), (1995). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 161.

Zgodnie z powyżej przedstawioną koncepcją kręgów środowiskowych człowiek początkowo kształtowany jest przez środowisko rodzinne, następnie miejskie oraz okoliczne. Zgłębiając perspektywę kręgów środowiskowych jako osoba żyjąca w dobie globalizacji i swobodnego przemieszczania się, zdałam sobie sprawę, iż sfera wpływu i oddziaływania wychowawczego na człowieka w całym jego cyklu życiowym wychodzi, poza ramy środowiska okolicznego (miasto). Warto jest zatem zastanowić się czy nie zasadnym byłoby wyodrębnienie czwartego kręgu, jako środowiska globalnego. Czy bowiem częste migracje i związki małżeńskie zawierane przez osoby pochodzące z dwóch różnych krajów nie są początkiem tworzenia się nowego środowiska globalnego, którego podstawą jest tworzenie się więzi opartych na relatywizmie kulturowym?

Pieter w swojej koncepcji trzech kręgów środowiskowych, odnosi się do globalizacji, nie poprzez formułowanie czwartego kręgu, lecz przedstawiając obraz rozwoju osobniczego poprzez stałe poszerzanie obszaru swego osobistego kontaktu od rodziny, społeczności lokalnej do społeczeństwa globalnego. Ten ruch można określić jako spiralę rozwoju. Człowiek posuwając się po swojej spirali rozwoju nie opuszcza obiektów swojego kontaktu. Posuwają się one razem z nim fizycznie lub jako bagaż doświadczeń. W tym sensie rodzina macierzysta programuje rodzinę własną człowieka, a kultura lokalna, etniczna, uczy nastawienia do kultury globalnej (Pilch, 1995).



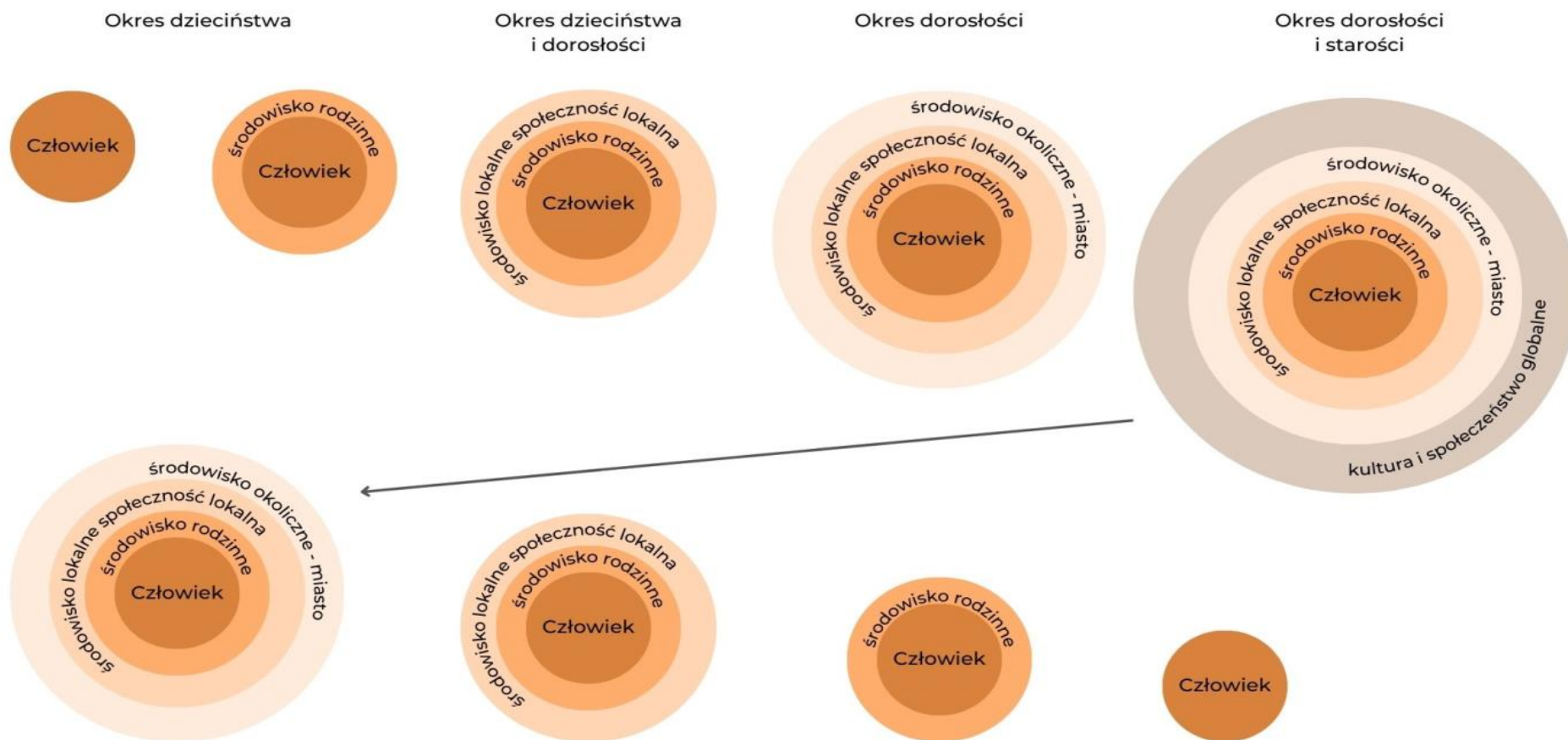
Rys. 4. Spirala rozwoju osobistego Józefa Pietera

Źródło: Pilch, T. (1995). Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany. W: T. Pilch, I. Lipalczyk (red.), (1995). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 161.

Rozpatrując koncepcję kręgów środowiskowych w odniesieniu do cyklu życiowego człowieka, nasuwa się wniosek, że znaczenie środowiska rodzinnego oraz lokalnego jest zmienne na przestrzeni życia jednostki. Czynnikiem istotnym jest w tym względzie wiek. Dziecko, człowiek w okresie adolescencji oraz w okresie dorosłości (przyjmując cykl życiowy wg Erika Eriksona są to stadia od 1. do 7., czyli od niemowlęstwa do później dorosłości, tj. do 65. r. ż.) ma tendencję do rozszerzania kręgów środowiskowych w swoim funkcjonowaniu, co wynika z założeń koncepcji Pietra. Wówczas jednostka bez barier wynikających z wieku ma możliwość dokonywania wyboru, co do swojego miejsca pobytu w kraju, czy poza jego granicami. Jednak bez względu na to gdzie przebywa towarzyszy jej bagaż doświadczeń i pamięci ze środowiska zakorzenienia danej osoby. Znamiennej cechą niezależności jednostki w tych przedziałach wiekowych jest jej stan zdrowotny, umożliwiający funkcjonowanie bez konieczności korzystania z opieki w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Moją refleksję zatem w kontekście kręgów środowiskowych wzbudził ostatni okres w cyklu życiowym człowieka. Wówczas bowiem funkcjonowanie człowieka przebiega w zgoła odmienny sposób, niż we wcześniejszych etapach życia, choćby ze względu na m.in. stan zdrowia, sytuację rodzinną czy przejście na emeryturę. W okresie starości, w przeciwieństwie do lat poprzedzających ten etap życia, kręgi środowiskowe mają tendencję do stopniowego zawężania się, czy wręcz zanikania. Nie oznacza to jednak, że seniorzy przestają korzystać z dobrodziejstw środowiska lokalnego, ale to, że wraz

z postępującym procesem starzenia, ulegają zmniejszeniu możliwości swobodnego i samodzielnego egzystowania, a wzrasta potrzeba korzystania z pomocy.

Ze względu na specyfikę procesu starzenia się i okresu starości, a także zmieniające się z wiekiem natężenie potrzeb, adekwatnym jest zestawienie kręgów środowiskowych z periodyzacją starości. Bowiem seniorzy w okresie wczesnej i także późnej starości są przeważnie osobami sprawnymi, aktywnymi i często zaangażowanymi działaczami lokalnych społeczności. Jednak wkraczając w okres późnej starości mogą stopniowo wycofywać się ze środowiska lokalnego. Natomiast seniorzy z przedziału wiekowego ponad 90 lat, określanego jako długowieczność, są osobami, które nie są w stanie funkcjonować bez wsparcia i opieki. Osoby te, egzystujące w kręgu rodzinnym, z którego się wywodzą, ze względu na specyfikę czasów współczesnych, przejawiającą się m. in. rozpadem struktury rodziny wielopokoleniowej, często nie mają zapewnionej opieki przez swoich najbliższych lub opieka ta jest sprawowana w niewystarczającym wymiarze czasowym. Powyższe zobrazowanie sytuacji seniorów w odniesieniu do kręgów środowiskowych nasuwa konkluzję, iż samodzielne funkcjonowanie seniorów w środowisku, zwłaszcza w okresie długowieczności, w przeciwieństwie do osób z wcześniejszych cykli życia, nie jest możliwe. O ile naturalnym procesem jest poszerzanie się kręgów środowiskowych od okresu dzieciństwa, to skrajną o tyle jest sytuacja, w której senior pozostawiony jest w osamotnieniu i bez opieki. Jest to przejaw zanikania kręgów środowiskowych wraz z postępującym procesem starzenia dla konkretnej jednostki, w tym tego najistotniejszego kręgu, czyli rodziny. Tego typu sytuację można rozpatrywać także w zakresie niewydolności systemu pomocy. Środowisko lokalne jest zatem tym, które winno oferować zróżnicowane formy wsparcia i opieki, adekwatne do potrzeb danej jednostki. Bez wątplenia trafna jest konkluzja, że funkcjonowanie osoby starszej nie jest możliwe bez szerokiego wachlarza usług dostępnych w obrębie kręgów środowiskowych i społeczności lokalnej, a w przypadku zanikania rodzinnych kręgów środowiskowych szczególnie istotna rola przypada środowisku lokalnemu i działającym w nim podmiotom oferującym wsparcie, pomoc i opiekę osobom starszym. Nawiązując do kręgów środowiskowych Pietera stwierdzić można, iż w okresie starości wraz z postępującym procesem starzenia się i utratą samodzielności – w przeciwieństwie do okresu dzieciństwa, kiedy to następuje poszerzanie się kręgów środowiskowych – zanikają kręgi środowiskowe. Podstawowe znaczenie w tym wypadku przypada, poza rodziną, podmiotom świadczącym usługi dla osób starszych. Zanikanie kręgów środowiskowych wraz z utratą samodzielności i wzrostem zależności można określić jako zawężanie obszaru swego osobistego kontaktu od społeczeństwa globalnego, środowiska okolicznego do środowiska lokalnego i rodziny.



Rys. 5. Koncepcja kręgów środowiskowych w ujęciu cyklu życiowego człowieka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Pieter, J. (1960). *Poznawanie środowiska wychowawczego*. Wrocław-Kraków: Wydawnictwo PAN, s. 35-107.  
 Pilch, T. (1995). Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany. W: T. Pilch, I. Lipalczyk (red.), (1995). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 161.

Nawiązując do znaczenia środowiska lokalnego jako instytucji służących organizacji życia zbiorowego, warto w tym momencie postawić pytanie, na ile to środowisko lokalne stwarza możliwości na godne przeżywanie ostatniego etapu życia osoby starszej i jakie formy pomocy oferuje osobom starszym? Pomimo tego iż udzielenie odpowiedzi na powyższe pytanie nie było i nie jest łatwe, to właśnie środowiskowe uwarunkowania pomocy osobom starszym zgłębiam w obecnej pracy.

Podstawowym kręgiem środowiskowym jest środowisko indywidualne, które jest przestrzenią największą, a zarazem dla danej osoby najważniejszą. Odnosi się głównie do środowiska domowego, które wiąże się bezpośrednio lub pośrednio ze strukturą rodziny i z jej życiem. Poddając analizie system pomocy dla osób starszych, w tym podrozdziale wysuwam na plan pierwszy opiekunów rodzinnych, określanych jako opiekunowie nieformalni (ang. *Informal carer*), gdyż te osoby stanowią w kręgu domowo-rodzinnym najbardziej ważny czynnik środowiskowy i opiekuńczy. Z tego też względu znaczenie opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad starszymi członkami rodziny nie może zostać pominięte w analizie systemu pomocowego. Opiekunowie nieformalni świadcząc opiekę swoim najbliższymi, powinni mieć możliwość skorzystania z pomocy i wsparcia dla siebie, diagnozy swoich potrzeb, jako opiekunów, aby kontynuować rolę opiekuna, a także aby uniknąć wypalenia oraz problemów zdrowotnych i niekorzystnych zmian w stanie emocjonalnym, wynikających z obowiązków związanych ze sprawowaniem opieki i ciągłego stresu (Schulz, Beach, 1999). W tym miejscu wskazać należy, iż opieka sprawowana przez rodzinę jest najbardziej preferowaną formą opieki przez osoby starsze (Borowiak, Kostka, 2010). Jednocześnie ten rodzaj opieki jest także korzystny dla państwa ze względu na znaczne oszczędności w budżecie (Ziębińska, 2017b). Wsparcie dla opiekunów nieformalnych opóźnia bowiem korzystanie z opieki szpitalnej lub całodobowej (Fox, Sparrow, 2010).

Jednak zmiany w sposobie funkcjonowania rodziny, na które składa się czynnik demograficzny, gospodarczy, czy też kulturowy, przejawiające się wzrostem liczby rozwodów, osób samotnych, niepełnych rodzin, a także rosnącą mobilnością członków rodzin, przyczyniły się do osłabienia więzi i zmniejszenia poczucia odpowiedzialności za krewnych. Co skutkuje zanikiem rodzin wielopokoleniowych, powodując deficyt opieki rodzinnej. To z kolei przyczynia się do wzrostu popytu na opiekę formalną, a tym samym wzrostu wydatków na pokrycie kosztów takiej opieki, szczególnie w krajach, w których dominuje opieka nieformalna (Ziębińska, 2017b). Mając na uwadze powyższe polityka społeczna wobec starzejącego się społeczeństwa w skali międzynarodowej oraz poszczególnych państw idzie w kierunku wspierania opiekunów nieformalnych, co oznacza

łączenie opieki formalnej z nieformalną, czego przejawem jest wzrost nakładów na opiekunów rodzinnych. Wsparcie dla opiekunów nieformalnych może przyjmować różne formy, np.: świadczeń pieniężnych z budżetu państwa lub z ubezpieczeń pielęgnacyjnych dla członków rodziny opiekujących się osobami starszymi i z tego powodu rezygnujących z pracy; usług ułatwiających pielęgnację niepełnosprawnych w domu; pomocy środowiskowej o charakterze dziennym, odciążającej rodzinę od części obowiązków; doradztwa i wsparcia psychicznego dla rodzin obciążonych opieką nad osobami sędziwymi, opieki wytchnieniowej (ang. *respite care*) (Szatur-Jaworska i in., 2006).

Wsparcie dla opiekunów rodzinnych jest zatem koniecznością, gdyż nowa sytuacja związana z opieką nad członkiem rodziny wykracza poza możliwości adaptacyjne i przyczynia się do doświadczenia przewlekłego stresu i obciążenia opieką (ang. *care burden*) oraz negatywnych zmian w obszarze jakości życia opiekunów nieformalnych (Rachel i in., 2014). Na obciążenia opiekuna składać się mogą uwarunkowania obiektywne (pogorszenie stanu zdrowia, koszty materialne) oraz subiektywne (zmiany stanu emocjonalnego) (Karczevska, Bień, 2012). Do pomiaru negatywnych skutków opieki wśród opiekunów nieformalnych służy np. skala COPE-Indeks<sup>11</sup>, która umożliwia pracownikom służby zdrowia i pomocy społecznej odpowiednio ukierunkowane działania w celu wsparcia opiekunów nieformalnych i zmniejszeniu negatywnych skutków opieki. Narzędzie to służy do wstępnego badania opiekunów nieformalnych, aby zidentyfikować tych, którzy wymagają pogłębionej analizy ich potrzeb (Balducci i in., 2008).

Natomiast czynnikiem poprawiającym jakość życia opiekunów, wg wyników badań dotyczących jakości życia opiekunów nieformalnych, jest czas opieki innej osoby nad osobą starszą (Fidecki i in., 2018). Co oznacza po pierwsze, iż wraz ze wzrostem czasu opieki opiekuna maleje jego jakość życia, a po drugie potrzebę funkcjonowania mechanizmów wsparcia opiekunów nieformalnych. Istotnym elementem w przypadku opieki nieformalnej jest znaczenie miejsca przebywania osoby starszej jako czynnika wpływającego na jakość

---

<sup>11</sup> Do oceny stopnia obciążenia opieką zastosowano skalę Negatywny Wpływ Opieki, która powstała na podstawie siedmiu pytań dotyczących wybranych aspektów związanych ze sprawowaniem opieki: 1) Czy pełnienie opieki stawia przed opiekunem zbyt wysokie wymagania?; 2) Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w stosunkach opiekuna z przyjaciółmi?; 3) Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na zdrowie fizyczne opiekuna?; 4) Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w stosunkach opiekuna z rodziną?; 5) Czy sprawowanie opieki powoduje, że opiekun ma trudności finansowe?; 6) Czy opiekun czuje się jak w sytuacji bez wyjścia?; 7) Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na emocjonalne samopoczucie opiekuna? Każde z pytań miało cztery możliwe odpowiedzi: zawsze (4 punkty); często (3 punkty); czasami (2 punkty) i nigdy (1 punkt); odpowiedź nie dotyczy (1 punkt). Zakres punktowy tej skali (7–28 punktów) wskazuje na tym wyższy negatywny wpływ opieki na opiekuna, im wyższy wynik na skali otrzymał. Wartość mediany na tej skali, równa 9 punktów, posłużyła do dychotomizacji badanych na grupę mniej (7–8 punktów) i bardziej obciążonych opieką (9–28 punktów) (Karczevska, Bień, 2012) – przyp. J. K. H.

życia opiekunów nieformalnych, na co zwracają uwagę Michel Bleijlevens oraz Alexandre Rodrigues. Z ich badań wynika, iż opiekunowie nieformalni świadczący opiekę nad osobami starszymi przebywającymi w środowisku domowym odczuwają gorszą jakość życia i większe obciążenie, aniżeli opiekunowie nieformalni tych osób starszych, które znajdują się w placówkach całodobowych (Bleijlevens i in., 2015; Rodrigues i in., 2016).

W konstruowaniu polityki opiekuńczej, w której dąży się do umożliwiania osobom starszym jak najdłuższego przebywania w środowisku domowym, należy więc tym bardziej podkreślać wagę i potrzebę wspierania opiekunów nieformalnych. Jest to równie ważne, jak pomoc osobom starszym, gdyż skuteczna diagnoza potrzeb opiekunów nieformalnych oraz odpowiednio zapewnione wsparcie wzmocni opiekunów w ich działaniach, a także przyczyni się do poprawy jakości życia. Analiza sytuacji opiekunów nieformalnych wskazuje na pewnego rodzaju paradoks. Mimo iż opiekunowie rodzinni są najbardziej pożądanymi w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych zarówno przez osoby starsze, jak i państwo, to pozostają często niedostrzegani, pomijani i nie otrzymują należytego uznania ani wsparcia (Fox, Sparrow, 2010). Co oznacza, że ich sytuacja życiowa i potrzeby wynikające ze zobowiązań opiekuńczych nie są powszechnie uświadamiane, doceniane ani realizowane (Błędowski i in., 2006).

Znaczenie i rola opiekunów nieformalnych ujęte zostały w dokumentach międzynarodowych. W strategii i planie działania na rzecz aktywnego starzenia się w Europie z 2012 r. podkreśla się konieczność publicznego wspierania nieformalnych opiekunów i opieki nad seniorem w domu oraz właściwego (gerontologicznego i geriatrycznego) przygotowania pracowników opieki zdrowotnej i socjalnej. W dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Zdrowie 2020 poza zwróceniem uwagi na znaczenie publicznego wsparcia dla nieformalnych opiekunów wskazano także, że mimo bardzo ważnej roli opiekunów nieformalnych nie ma wielu danych i badań opisujących ich sytuację życiową, brakuje statystyk i porównań międzynarodowych (Ziębińska, 2017a). W rozważaniach na temat starzejącego się społeczeństwa Komisja Europejska, zwraca także uwagę na to, że rodziny nie będą mogły same rozwiązać problemu opieki nad osobami starszymi, bez względu czy będą one zależne, czy samodzielne. Natomiast poprawa stanu zdrowia dzisiejszych młodych pokoleń pozwala przewidywać, że osoby w podeszłym wieku w przyszłości będą pozostawać coraz dłużej samodzielnie i będą pragnęły mieszkać we własnym domu. Dlatego opieka „intensywna” będzie coraz bardziej koncentrowała się na końcowym okresie życia. Ponadto większa jest liczba dzieci, które po osiągnięciu pełnoletności mieszkają z dala od swoich rodziców. Rolę udzielanego wsparcia będą zatem pełniły służby socjalne oraz sieci solidarności i opieki,



utworzone w ramach społeczności lokalnych (Zielona Księga, 2005). Problematyka w zakresie opieki nieformalnej jest szeroka i złożona. Rodzina nie będąc w stanie samodzielnie sprostać wyzwaniom związanym z opieką nad osobą starszą szuka wsparcia nie tylko w sektorze publicznym, ale także zatrudniając do pomocy w sprawowaniu opieki – na tzw. własną rękę – sąsiadów, osoby na emeryturze, jak również cudzoziemców mieszkających w Polsce. Jest to zjawisko występujące zarówno w dużych aglomeracjach miejskich, jak i mniejszych, w których brakuje lub jest nieduża liczba prywatnych agencji opiekuńczych.

Opiekun nieformalny zazwyczaj przez wiele lat pełni równolegle kilka funkcji, co bezsprzecznie wpływa na jakość jego życia. Ponosi bowiem bezpośredni ciężar opieki w sferze emocjonalnej i wysiłku fizycznego, organizuje bądź nadzoruje opiekę, a często również pośredniczy między świadczeniodawcami usług formalnych a starszym krewnym (Błędowski i in., 2006). Odpowiednie wsparcie udzielone opiekunowi nieformalnemu oparte na diagnozie potrzeb opiekuna jest zatem elementem kluczowym w działaniach opiekuńczych na rzecz seniora.

W kulturze cywilizacji XXI wieku, którą charakteryzuje globalizacja, a także indywidualizacja życia występuje deficyt w realizacji funkcji opiekuńczych przez rodzinę. Mimo iż, jak twierdzi Elżbieta Trafiałek (2014), rodzina zawsze będzie zajmowała najwyższą pozycję w hierarchii aksjologicznych preferencji ludzi starszych, to sprawowanie opieki nad osobą starszą nie może być wymuszane i związane z koniecznością rezygnowania z innych niezbędnych form aktywności, np. zawodowej albo edukacyjnej przez młodszych członków wspólnoty rodzinnej. Najskuteczniejszą formą profilaktyki w tej dziedzinie jest edukacja do starości i promocja zasad aktywnego starzenia się. Natomiast w przypadku działań opiekuńczych najskuteczniejszą formą jest koordynacja różnych form opieki i wsparcia oraz współpraca z opiekunem nieformalnym w zakresie tworzenia pakietu usług opiekuńczych, który jest odpowiedzią na potrzeby opiekuńcze zarówno osoby starszej, jak i jej opiekuna nieformalnego.

Przedstawione w tym rozdziale koncepcje, tj. aktywne starzenie się, starzenie się w środowisku zamieszkania, kręgi środowiskowe, diament opiekuńczy nie zostały wybrane przypadkowo. W odniesieniu do systemu pomocowego dla osób starszych koncentrują się na kilku aspektach uwypuklających znaczenie: środowiska, lokalności i aktywności oraz koordynacji usług, współpracy i wielosektorowości. Wskazane w niniejszej rozprawie elementy systemu pomocowego dla osób starszych stanowią filary do konstruowania i funkcjonowania współczesnej polityki wobec starzejącego się społeczeństwa od skali globalnej do skali mikro.

## Rozdział II

### Założenia metodologiczne badań własnych

#### 2.1. Paradygmatyczne założenia pracy badawczej oraz przedmiot i cele badawcze

W dziedzinach nauk społecznych istnieją wypracowane metody postępowania naukowego, które określane są mianem metodologii. Metoda badawcza to świadomy i konsekwentny sposób postępowania (poznania), prowadzący do osiągnięcia określonego celu badawczego, którym powinien być zawsze problem badawczy (Krajewski, 2020).

W części metodologicznej istotne jest określenie wyboru nurtu, w którym przeprowadzone są badania naukowe poprzez zastosowanie metody ilościowej lub jakościowej lub też modelu badań jakościowo-ilościowych, tzw. modelu hybrydycznego (Bauman, 2010; Rubacha, 2011). Badania do tej pracy przeprowadziłam w nurcie badań jakościowych ze względu na osobiste doświadczenie i wiedzę zdobytą podczas pracy w systemie pomocy społecznej dla osób starszych w Anglii, co stało się bodźcem do działań pomocowych w zakresie osób starszych, nie tylko w sferze praktyki, czyli wykonywanej pracy zawodowej, ale także w sferze nauki. Chęć przedstawienia systemu pomocowego dla seniorów w Anglii, a także próba stworzenia rekomendacji dla systemu w Polsce wiąże się z przeprowadzeniem analizy systemów, ich zrozumieniem, przedstawieniem i interpretacją uwzględniającą konteksty kulturowy, polityczny i społeczny. W związku z tym wybór nurtu jakościowego był dla mnie jedynym słusznym. W tym miejscu przywołam Normana K. Denzina i Yvonna S. Lincolna (2009, s. 23), którzy stwierdzają, iż badanie jakościowe „jest usytuowaną aktywnością, która umieszcza obserwatora w świecie. Składa się z zespołów interpretatywnych, materialnych praktyk, które czynią świat widzialnym. Praktyki te przekształcają świat. (...) Na tym poziomie badania jakościowe to interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku, próbując nadać sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badani ludzie”. Wybór metody jakościowej (deskryptywno-interpretatywnej) umożliwia badaczowi podjęcie tematów wykraczających poza to, co obiektywne, wymierne, w przeciwieństwie do badań ilościowych (opisujących fakty), w których przedmiotem naukowego poznania są obiektywnie istniejące, poddające się pomiarowi zjawiska. Badacz ma zatem sposobność podjęcia problematyki związanej z wartościami i przeżyciami. Podejście jakościowe pozwala także na podejmowanie tych zagadnień, które dotyczą poszczególnych ludzi, jednostkowych przypadków, a także zjawisk złożonych (Bauman, 1998).

Ponadto sposób organizacji i funkcjonowania opieki środowiskowej dla osób starszych w sferze mikro, składającej się w szerszym ujęciu na system pomocowy wynikający z polityki społecznej danego kraju i jego uwarunkowań gospodarczych, społecznych i kulturowych, skłonił mnie do przeprowadzenia badań jakościowych pozostających w sferze paradygmatu interpretatywnego. Odwołanie się do paradygmatu interpretatywnego umożliwiło mi zgłębienie rzeczywistości opiekuńczej osób starszych, poprzez uwypuklenie podobieństw i różnic w działaniu systemu pomocowego w Polsce i w Anglii, zrozumienie sensu i znaczeń, jakimi posługują się pracownicy instytucji, systemu, w którym pracują oraz wpływu rzeczywistości opiekuńczej na życie osób starszych. Ważnym elementem paradygmatu interpretatywnego jest także, na co wskazuje Teresa Bauman (2010), możliwość istnienia wielości rozumień tego samego zjawiska i przede wszystkim interpretacja jako istota rozumienia. Paradygmat interpretatywny oraz badania jakościowe zwracają także uwagę badacza m.in. na lokalność wiedzy, ważność narracji, rolę badacza w wytwarzaniu wyników badania, zmianę jaka zachodzi w badaczu i badanych, a także ważność i potencjał poznawczy pomijanych wcześniej, bo niemieszczących się w ideologii scjentyzmu, problemów badawczych.

Co więcej, przyjmując paradygmat interpretatywny nastawiony na dobro jednostki/ogółu oraz awans określonej grupy społecznej wierzę, iż moje działania podejmowane w procesie badawczym oraz wiedza praktyczna wytworzona w wyniku badań, przyczynią się do emancypacji osób starszych. Jest to istotne, gdyż jak stwierdza Andrzej Mielczarek (2014) poprzez różnorodne ograniczenia związane z wiekiem, seniorzy plasowani są, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym, w kategoriach niskiego statusu społecznego. Za wybór badań jakościowych odpowiada chęć poznania, interpretowania i zmieniania. Oznacza to w badaczu nastawienie na dobro drugiego człowieka, tak w kontekście korzyści poznawczych jak i projektowania oddziaływań proosobowych, prospołecznych, a także projektów emancypacyjnych lub zaangażowanych (Kubinowski, 2016).

Jednym z pierwszych działań w prowadzonym przeze mnie projekcie badawczym było określenie i sprecyzowanie przedmiotu badawczego, czyli jak stwierdza Janusz Sztumski (2005) wszystkiego tego, co składa się na rzeczywistość społeczną, której najistotniejszymi składnikami są: zbiorowości i spory społeczne, instytucje społeczne oraz procesy i zjawiska społeczne. We wstępnym etapie rozważań pojawił się dylemat dotyczący ustalenia przedmiotu badawczego. Spośród kilku branych pod uwagę opcji, tj. osoby starsze, instytucja,

stwierdzam, iż w swojej pracy badawczej zgłębiam ten fragment realnego świata, na jaki składają się ludzie i tworzone przez nie zbiorowości (Nowak, 2012) – konkretnie jest to fragment świata dotyczący systemu pomocowego dla osób starszych. Przedmiotem badania jest więc pomoc środowiskowa dla seniorów (sposób organizacji i funkcjonowania, formy opieki) w Anglii i w Polsce poprzez analizę porównawczą studiów przypadku, tj. ośrodka pomocy społecznej w Polsce i w Anglii, będących egzemplifikacją funkcjonującego systemu pomocy społecznej w obu krajach. Odwołanie się do doświadczeń i rzeczywistości angielskiej pozwoliło także na stworzenie rekomendacji dla rozwiązań w Polsce, w oparciu o mechanizmy funkcjonujące w systemie angielskim. Na potrzeby pracy badawczej pomoc na rzecz osób starszych rozróżniam na formalną – państwową, w tym środowiskową, pozaformalną – stowarzyszenia, sektor prywatny oraz nieformalną – opieka rodziny.

Drugim etapem procesu badawczego było sformułowanie celu badawczego, który jest różnie definiowany przez metodologów. Według Władysława Zaczyńskiego (1995, s. 86) cel badawczy oznacza „bliższe określenie, do czego, zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu. Uzasadnienie potrzeby formułowania celu w koncepcji wydaje się zbyteczne, gdy pamiętamy o tym, że praca badacza należy do działań najbardziej na cel ukierunkowanych. Podany w koncepcji cel musi legitymować się konkretnością, jasnością i realnością. Realność celu polega z kolei na wytyczeniu takich zamierzeń, które leżą w granicach możliwości danego badacza”. Określenie celu badań jest głównym elementem w procesie badawczym. Istotnym jest przy tym fakt, iż zazwyczaj konkretne badanie może mieć więcej niż jeden cel. Earl Babbie (2004) wyróżnia trzy najbardziej użyteczne cele badań społecznych: eksploracja, opis oraz wyjaśnienie. Badania eksploracyjne zaspokajają ciekawość badacza i jego pragnienie lepszego zrozumienia przedmiotu, służą zbadaniu możliwości podjęcia szerszych badań, a także wypracowują metody, które zostaną użyte w dalszych badaniach. Eksploracja oswaja badacza z daną tematyką. Opis służy odpowiedzi na pytania, co, kiedy, gdzie oraz jak. Badacz najpierw obserwuje, a następnie opisuje to, co zaobserwował. Natomiast wyjaśnienie służy odpowiedzi na pytanie, dlaczego (Babbie, 2004). Formułując cel swojej pracy badawczej ważna dla mnie była możliwość nie tylko eksploracji i opisu uzyskanych danych, ale także ich interpretacji. Celem mojej pracy badawczej było więc poznanie, opisanie i wyjaśnienie sposobu funkcjonowania systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych, zbadanie dostępnych form pomocy dla seniorów i opiekunów nieformalnych, wpływu tych form na aktywizację seniorów w Polsce i w Anglii. W związku z tym, iż dokonuję analizy porównawczej dwóch krajów celem pracy

było także stworzenie rekomendacji dla polskiego systemu wsparcia dla osób starszych. Tworząc cel swoich badań odniosłam się do trzech celów wskazanych przez Babbiego, gdyż poprzez swoje badania odkrywałam, opisywałam oraz wyjaśniałam przede wszystkim sposób funkcjonowania systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii.

Uważam, że w każdym z etapów okresu senioralnego osoba starsza powinna uzyskać opiekę i wsparcie adekwatne do jej indywidualnych potrzeb, w tym opiekę umożliwiającą osobie starszej jak najdłuższe funkcjonowanie we własnym środowisku domowym. Osoba starsza powinna mieć także możliwość dokonywania wyboru w zakresie szeroko dostępnych usług i ofert kierowanych do seniorów z sektora państwowego, jak i prywatnego. Takie podmiotowe i jakościowe rozumienie człowieka w ostatnim etapie życia związane jest z odpowiednią organizacją instytucji, a także z zasadami w oparciu, o które dana instytucja działa, dlatego poddałam analizie funkcjonowanie instytucji jako obszaru wspólnego działania ludzi, którzy są zaangażowani na rzecz osób starszych.

Przeprowadzenie badań poprzedzone zostało sformułowaniem problemów badawczych. W tym miejscu stwierdzić należy, iż w literaturze przedmiotu występuje wiele podziałów dotyczących problemów badawczych. Jednak najczęściej stosowanym w praktyce podziałem jest podział na problemy główne, które wynikają z tematu pracy oraz problemy szczegółowe, które z kolei wynikają z problemów głównych (Palka, 2006). Tym samym w swojej pracy badawczej za obowiązujący przyjmuję podział na problemy główne i szczegółowe. Jednocześnie stwierdzając, że problemy badawcze to pewien rodzaj pytań lub system pytań tego rodzaju, iż warunkiem udzielenia odpowiedzi na pytanie bardziej ogólne są wcześniejsze odpowiedzi na pytania bardziej szczegółowe, na które badacz szuka odpowiedzi w drodze badań naukowych (Nowak, 2012).

Główne pytania badawcze, na które chciałam odpowiedzieć brzmią:

- 1) W jaki sposób funkcjonuje środowiskowy system pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii?
- 2) Jakie są perspektywy aplikacji rozwiązań angielskich do polskiego systemu pomocy społecznej w zakresie środowiskowych form wsparcia?

Funkcjonowanie i organizacja pomocy środowiskowej opartej o wspólne działania profesjonalistów z różnych dziedzin, przyczynia się, poprzez wzajemną wymianę informacji i wspólne inicjatywy, do stworzenia standardów i modeli współpracy na rzecz osób starszych. Analiza procesu tworzenia/funkcjonowania rzeczywistości opiekuńczej w danym kraju, uwzględniając specyficzne uwarunkowania geopolityczne, historyczne, gospodarcze, kulturowe oraz społeczne, pozwala dostrzec i zrozumieć mechanizmy organizacyjne systemu

opieki społecznej i środowiskowej. Zestawiając ze sobą system polskiej i angielskiej pomocy społecznej dla osób starszych miałam sposobność przedstawienia dobrych praktyk stosowanych w Anglii. Ponadto przeprowadzone badania empiryczne stanowiły podstawę do wyciągnięcia wniosków i stworzenia rekomendacji dla polskiego systemu pomocy w zakresie aplikacji angielskich dobrych praktyk. Przedstawienie funkcjonowania opieki środowiskowej jako wsparcia dla osób starszych generuje pytania szczegółowe dotyczące organizacji opieki i jej wpływu na jakość oraz aktywizację seniorów:

- 1) W jaki sposób współpracuje sektor formalny z pozaformalnym i nieformalnym w zakresie pomocy świadczonej osobom starszym?
- 2) Czym jest istota środowiskowej pomocy dla osób starszych?
- 3) Jakie są środowiskowe formy wsparcia dla osób starszych i ich opiekunów nieformalnych?
- 4) Czym różni się opieka środowiskowa dla osób starszych w Anglii od opieki środowiskowej dla osób starszych w Polsce?
- 5) Jakie działania i metody wykorzystywane są do aktywizacji seniorów?
- 6) Jakie są korzyści i zagrożenia w koncepcji aktywnego starzenia się?

Badania jakościowe stanowią proces, w którym jako badacz poszukując odpowiedzi na postawione przeze mnie pytania, zebrałam materiały empiryczne, poddałam je analizie i napisałam o tym, co zgromadziłam. W odwołaniu do Normana K. Denzina oraz Yvonn S. Lincoln (2009) proces w badaniach jakościowych wyznaczany jest przez trzy wzajemnie powiązane rodzaje działań podejmowanych przez osobę badacza i jego biografię. Jako badacz ulokowany w określonej klasie, płci, rasie, kulturze, społeczności podchodzę do świata ze zbiorem pojęć, ram (teoria, ontologia – I rodzaj działań), które składają się na pytania (epistemologia – II rodzaj działań), na które szukam odpowiedzi w specyficzny sposób (metodologia – III rodzaj działań). W tym wypadku ważnym aspektem jest fakt, iż badacz należy do pewnej interpretatywnej społeczności, która w specyficzny sposób kształtuje elementy procesu badawczego. Perspektywa ta prowadzi badacza do przejścia pewnych poglądów na temat obiektu swoich badań. Istotą badań jakościowych jest zatem to, iż poprzez postrzeganie i interpretowanie rzeczywistości stwarzają one możliwość zidentyfikowania sposobów postrzegania rzeczywistości, a także zrozumienia mechanizmów kształtowania się pozytywnych bądź negatywnych stanowisk wobec obiektów, zjawisk i procesów (Perek-Białas i in., 2013).

W tej części pracy przedstawiłam cele badań, przedmiot badań oraz pytania badawcze. W kolejnych punktach niniejszego rozdziału odniosłam się do teorii oraz zastosowanej strategii badawczej i metody zbierania danych.

## **2.2. Triangulacja metod w badaniach jakościowych**

Jak stwierdzają Denzin i Lincoln (2009) badacze jakościowi stosują wiele metod zbierania materiałów empirycznych. Natomiast zdaniem Teresy Bauman (1998) badacz posługując się metodami jakościowymi może docierać bardziej w głąb badanego zjawiska, a także poszerzyć perspektywę jego oglądalność. Kierując się powyższymi stwierdzeniami, w swoich badaniach posługiwałam się różnymi metodami jakościowymi, stosując strategię triangulacji, która umożliwia zbieranie danych za pomocą dwóch lub większej liczby metod. Triangulacja pomaga badaczowi w zidentyfikowaniu złożonej rzeczywistości, w jakiej żyją ludzie. Dlatego też triangulację stosuje się do wyjaśnienia znaczenia poprzez przedstawienie różnych metod badania danego przypadku (Denzin, Lincoln, 2009). Etymologicznie triangulacja wywodzi się od zastosowania trygonometrii w nawigacji i miernictwie, oznaczając rodzaj pomiarów wykonywanych w celu określenia położenia względnego wybranych punktów w przestrzeni (Gibbs, 2015; Wieczorek, 2014). Analogicznie w badaniach jakościowych należy posłużyć się obrazami otrzymanymi z różnych perspektyw, danymi z różnych źródeł, aby coś stwierdzić z większą pewnością i osiągnąć lepsze rozumienie badanego fenomenu (Wieczorek, 2014). Taki sposób rozumienia triangulacji wiąże się z przekonaniem, że nie istnieje jeden najlepszy sposób pozyskiwania informacji. Istotą triangulacji jest fakt, iż umożliwia przewyższenie osobistych uprzedzeń i ograniczeń wynikających z przyjęcia jednej metodologii. Dzięki łączeniu różnych metod w jednym badaniu badacze mogą częściowo pokonać brak dokładności wynikający z zastosowania jednej tylko metody i przeprowadzenia badań tylko przez jednego badacza (Denzin, 2009). Triangulacja to nie tylko zastosowanie różnych metod lecz także różnych perspektyw teoretycznych, materiałów empirycznych czy też badaczy. Koncepcję czterech rodzajów triangulacji opracował Denzin (2009), którą badacze jakościowi mogą wykorzystać do zwiększenia obiektywności, prawdy i ważności (niezawodności i wiarygodności) swoich badań. W swojej koncepcji Denzin wyróżnił: triangulację źródeł danych (ang. *data triangulation*); triangulację badaczy (ang. *investigator triangulation*) oznaczającą wykorzystanie w badaniach kilku różnych badaczy; triangulację teorii (ang. *theory triangulation*) polegającą na wykorzystaniu w badaniach różnych perspektyw do interpretacji badanego obszaru oraz triangulację metodologiczną (ang. *methodological triangulation*), która wiąże się z wykorzystaniem wielorakich metod przy badaniu danego

zjawiska. Z literatury przedmiotu wynika, iż wielu badaczy jakościowych zwraca uwagę na zasadność korzystania ze strategii triangulacji zaproponowanej przez Denzina przy jednoczesnym założeniu, że mogą one współwystępować ze sobą (Flick, 2010; Konarzewski, 2000; Palka, 2006; Rubacha, 2011). Ponadto wielu autorów rozszerza oryginalną klasyfikację triangulacji Denzina. Dariusz Kubinowski (2011) do czterech rodzajów triangulacji dodaje triangulację interdyscyplinarną polegającą na wykorzystaniu różnych dyscyplin wiedzy i charakterystycznych dla nich podejść. Palka (2011) wymienia także triangulację podejść badawczych w odniesieniu do stosowania badań ilościowych i jakościowych oraz triangulację rodzajów badań, która odnosi się do badań opisowych, diagnostycznych, a także wyjaśniających, historycznych. W celu wnikięcia w głąbie badanego zjawiska, tj. systemu pomocy dla osób starszych, a także ukazania jego kulturowego, politycznego i społecznego wymiaru, w swojej pracy badawczej, odwołując się do trzech rodzajów triangulacji Denzina, stosuję: triangulację metod, triangulację teorii i triangulację źródeł danych. Triangulacja w badaniach systemu pomocy dla osób starszych może przyczynić się do wzbogacania wiedzy w tym obszarze tematycznym, a także do pozyskania danych użytecznych do działań praktycznych. Stosowanie różnych typologii triangulacji zapobiega subiektywnemu postrzeganiu rzeczywistości przez badaczy, jest także sposobem na zagwarantowanie rzetelności, trafności i poprawności badań jakościowych przy jednoczesnym zapewnieniu głębi danego badania. Strategia triangulacji jest zatem dążeniem do uzyskania całościowego obrazu badanego zagadnienia, a także wnikliwego i krytycznego ich rozumienia.

Niniejsza praca badawcza obrazuje, w jaki sposób wykorzystywałam trzy rodzaje triangulacji w przeprowadzonym badaniu, którego celem było przedstawienie środowiskowego systemu pomocy dla osób starszych. W swojej pracy zidentyfikowałam także wyzwania związane z wykorzystaniem triangulacji oraz strategię w celu przezwyciężenia tych wyzwań.

Jednym z wyzwań było nie tyle samo pozyskanie danych z różnych źródeł, lecz następnie ich zestawienie. W tym miejscu odwołam się do tego, co stwierdza Hammersley i Atkinson (2000), że w triangulacji nie chodzi o samo tylko połączenie różnych rodzajów danych, a raczej o takie ich zestawienie, aby zminimalizować zagrożenie odnoszące się do trafności analizy. Umiejętność stosowania triangulacji polega głównie na ustaleniu, które wnioski na podstawie zebranych danych są trafne, a nie na sprawdzeniu trafności poszczególnych partii danych.

W swojej pracy badawczej w odniesieniu do triangulacji metodologicznej koncentruję się na badaniach pozostających w jednym paradygmacie, tj. jakościowym, określanych w języku angielskim jako *within-method*. Oznacza to, iż triangulacja metodologiczna w ujęciu *within-*



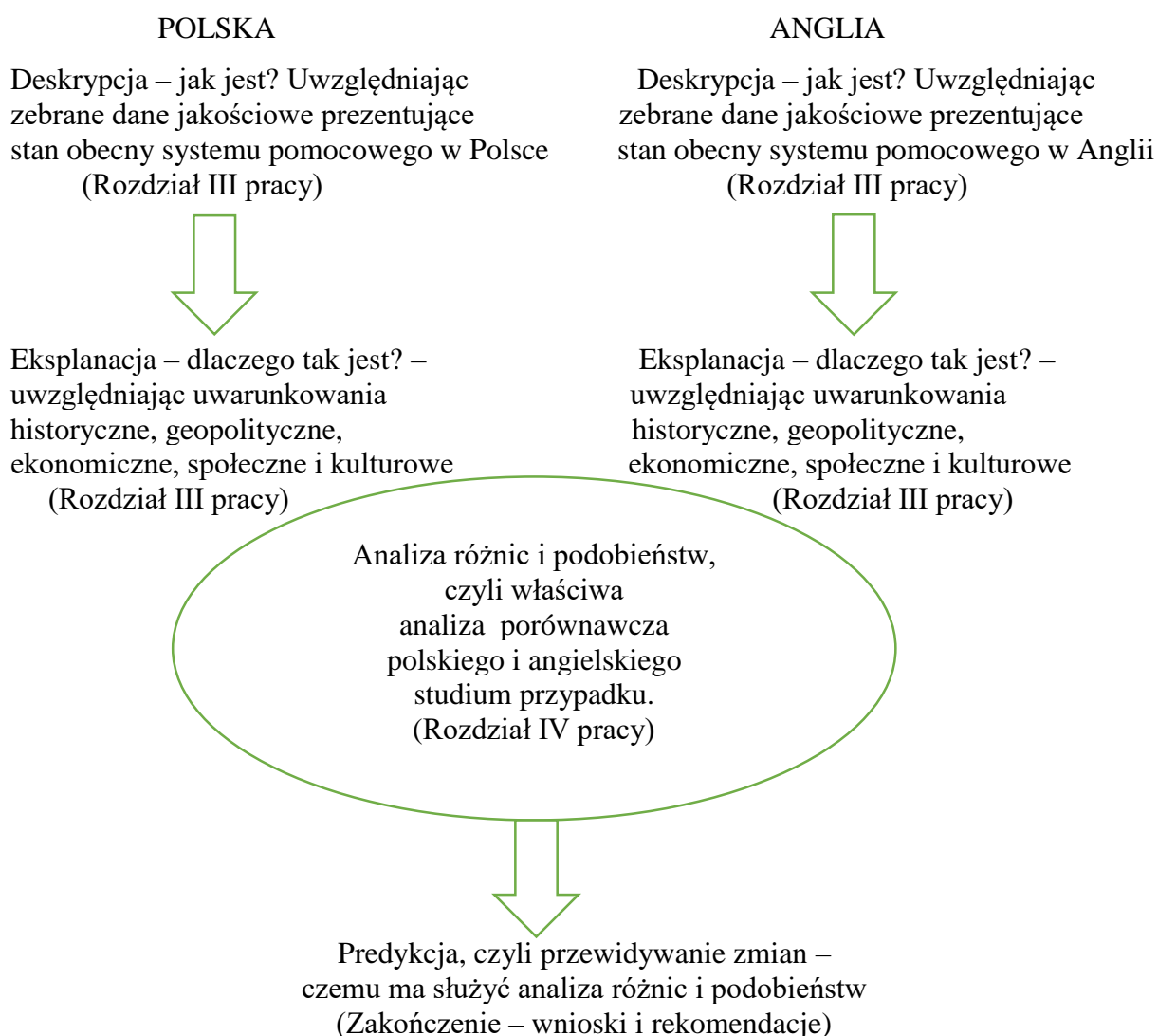
*method* umożliwia gromadzenie danych w obrębie tylko jednego paradygmatu ilościowego lub jakościowego. Natomiast stosowanie metod ilościowych i jakościowych w badaniu określonego zjawiska odbywać się może przy wykorzystaniu triangulacji metodologicznej w ujęciu *across-method* (Jackson, 2018).

Odwołując się do triangulacji metod stosuję w niniejszej pracy badawczej następujące metody badawcze w sferze paradygmatu jakościowego: studium przypadku, wywiad, analizę danych zastanych.

### **2.2.1. Studium przypadku jako metoda badawcza w badaniach porównawczych**

Prezentowana praca ma charakter studium porównawczego, dlatego posłużę się w niej strategią badawczą, która znajduje zastosowanie w badaniach porównawczych. Jest nią studium przypadku (analiza przypadku) (Zych, 2017a). Zanim przejdę do przedstawienia studium przypadku odniosę się do badań porównawczych, które są skutecznie uprawiane w pedagogice. Z jednej strony przyczyniają się do doskonalenia systemów oświatowych oraz wspomagają politykę oświatową. Z drugiej strony pedagogika porównawcza umożliwia lepsze zrozumienie relacji, jakie istnieją między społeczeństwem, a oświatą. W komparatystyce pedagogicznej wykrystalizowały się więc dwie główne koncepcje (Pachociński, 2007). Jedna z nich zakłada dążenie do odkrywania tego, co jest wspólne w celu uniwersalizacji najlepszych rozwiązań – przedstawiciele Jullien de Paris i Pedro Rossello. Druga natomiast poszukuje tego, co indywidualne i uwikłane w kontekst społeczno-kulturowy badanych krajów – przedstawiciele Michael E. Sadler, Isaac Kandel, Friedrich Schneider. Są też koncepcje, które łączą elementy obu tych trendów w pedagogice porównawczej, a ich zwolennikami są m.in. Brian Holmes, Edmund King, Harold Noah i Max Eckstein (Pachociński, 2007). Badania porównawcze, poza pedagogiką, są stosowane współcześnie w różnych dziedzinach nauk: socjologii, prawie, medycynie, czy ekonomii. W swojej pracy badawczej odnosząc się do komparatystyki pedagogicznej oraz jej przedstawicieli wdrażam mechanizmy porównawcze na gruncie nie systemu oświaty lecz systemu pomocy na rzecz osób starszych, który zawiera koncepcje odnoszące się do edukacji, tj. koncepcja całożyciowego uczenia, czy koncepcja edukacji do starości oraz koncepcja aktywnego starzenia. Jednym z podstawowych celów empirycznych badań porównawczych jest więc zbieranie, porządkowanie, analiza i interpretacja danych dotyczących funkcjonowania systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii. Badania porównawcze przeprowadziłam pod kątem ustalenia podobieństw i różnic analizowanego zjawiska, którym jest system pomocy środowiskowej dla osób starszych. W tym względzie

odwołuję się do Sadlera (1900), którego założenia przenosząc na grunt systemu pomocowego, stanowią, iż problemy i cele systemu pomocowego są podobne w większości krajów, ale wiele rozwiązań w poszczególnych krajach zależy od różnic w tradycji i kulturze oraz jego kontynuatora Isaaca Kandela (1933), wg którego analiza porównawcza polega na porównywaniu różnic między systemami i przyczyn, które je wywołują. Ponadto zgadzam się ze stanowiskiem Michaela E. Sadlera, że w badaniach porównawczych należy brać pod uwagę konteksty społeczne i kulturowe, w jakich osadzone jest analizowane zjawisko, co jest podstawą do jego zrozumienia. Sadler (1900) stwierdza także, iż praktyczną korzyścią komparatystyki zagranicznej jest lepsze rozumienie własnego systemu. Analizę porównawczą zamieszczam na rys. 6.



Rys. 6. Analiza porównawcza systemów pomocy w Polsce i w Anglii

Źródło: na podstawie Nowakowska-Siuta, R. (2014). *Pedagogika porównawcza: problemy, stan badań i perspektywy rozwoju*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 33.

Różne są motywy prowadzenia empirycznych badań porównawczych, których elementem wspólnym jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak poszczególne kraje/regiony wyglądają na tle innych. Do motywów zaliczyć także można: 1) zainteresowanie stanem systemu pomocy środowiskowej na rzecz osób starszych za granicą, a tym samym jego poznanie, opisanie i zrozumienie; 2) wykorzystanie wiedzy i doświadczenia o systemach pomocowych do planowania i prowadzenia polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa we własnym kraju i do rozwiązywania związanych z tym problemów i 3) wykrywanie zasad i prawidłowości dotyczących relacji między systemem pomocowym a społeczeństwem w celu tworzenia naukowo uzasadnionych uogólnień i teorii. W moim przypadku głównym motywem był czynnik pierwszy i drugi. Empiryczne badania porównawcze pozwalają na uzyskiwanie wiedzy o badanej rzeczywistości, która może być wykorzystana w polityce społecznej i poprzez praktyczne działania wpływać bezpośrednio na życie osoby starszej. Wybór komparatystyki wiąże się nie tylko z kwestią ciekawości, ale też z podejmowaniem zagadnienia równości oraz skuteczności (Pachociński, 2007). Równości, gdyż większość osób starszych chce otrzymywać jak najlepszą dostępną pomoc i opiekę. Skuteczności, gdyż wydatki na politykę społeczną na rzecz osób starszych są wysokie, dąży się więc do zmian, aby uzyskać efekty porównywalne do innych krajów. Zatem perspektywa porównawcza jest przydatna nie tylko po to, by pokazać zakres możliwości w odniesieniu do kluczowych elementów analizowanego zjawiska, ale także po to, by uczyć się najlepszych praktyk (Majgaard, Mingat, 2012).

Nadanie pracy badawczej charakteru komparatystycznego poprzez zastosowanie studium przypadku składa się na strategię badawczą określaną jako porównawcze studium przypadku (ang. *comparative case study*). Strategia ta czerpiąc z tradycji studium przypadku koncentruje się na aspekcie porównawczym. Ponadto porównawcze studia przypadków, odwołując się do terminologii Josepha A. Maxwella (2016)<sup>12</sup> zorientowane są na proces, a zatem mają tendencję do stosowania bardziej interpretatywnej, konstruktywistycznej lub krytycznej epistemologii i metody jakościowej. Porównawcze studia przypadku promują zatem procesualne rozumienie porównań z uwzględnieniem kultury, kontekstu i porównania (Bartlett, Vavrus, 2017).

Porównawcze studium przypadku koncentrując się głównie na porównywaniu, uwzględnia także konteksty i kulturę, gdyż przypadek stanowi złożoną całość usytuowaną w określonym

---

<sup>12</sup> Maxwell (2016) wyróżnia dwa ogólne podejścia do porównywania: zorientowane na wariację (a zatem mające tendencję do opierania się na pozytywistycznej epistemologii i stosowania metod ilościowych) oraz zorientowane na proces, w której dominują metody jakościowe – przyp. J. K. H.

otoczeniu, środowisku oraz zakorzenioną w wielu kontekstach. Przedmiotem zainteresowania badacza, oprócz samego przypadku, jest, więc jego tło historyczne, zaplecze kulturowe i fizyczne oraz konteksty: społeczne, ekonomiczne, etyczne czy polityczne (Stake, 2014). Przypadek interpretowany jest jako „splot między różnymi czynnikami odzwierciedlony w doświadczeniach osoby lub osób, funkcjonowania instytucji, czy elementach sytuacji, zdarzeń, zachowań” (Kubinowski, 2011, s. 172). Procesualność umożliwia łączenie różnorodnych przykładów studiów przypadków, co czyni je użytecznymi w badaniach sytuacji złożonych, a jednocześnie słabo rozwiniętych. Proces badawczy w studium przypadku zaczyna się więc od pytania badawczego, które ma charakter odkrywczy, gdyż dotyczy tego „jak” i „dlaczego” dane zjawisko występuje, a nie od stawiania hipotezy, tak jak to jest w modelu hipotetyczno-dedukcyjnym (Filanowski, 2021). W związku z czym badacz nie zakłada a priori jakiegoś obrazu rzeczywistości.

Studium przypadku, jak stwierdza John W. Creswell (2007), jest jakościową metodą badawczą koncentrującą się na poznawaniu danego systemu (przypadek) lub wielu systemów (przypadków) w określonym czasie, poprzez szczegółowe, dogłębne zbieranie danych z wielu źródeł informacji (np. obserwacje, wywiady, materiały audiowizualne, dokumenty, raporty) i z uwzględnieniem kontekstu (historycznego, społecznego, ekonomicznego) oraz środowiska, w jakim występuje studiowany przypadek. Natomiast Robert K. Yin (2015) wchodząc w polemikę z Creswellem zaznacza, iż studium przypadku nie jest po prostu jedną z form badań jakościowych, gdyż może zawierać dane ilościowe, a nawet się do nich ograniczać oraz ze względu na fakt, iż nie musi się zajmować opisem zagęszczonym.

Jak stwierdza Robert Stake (2014) nazwa „studium przypadku” ma zwracać uwagę na to, czego szczególnego można się dowiedzieć na temat danego przypadku. Studium przypadku definiowane jest zatem przez zainteresowanie konkretnym zjawiskiem, a nie przez zastosowanie określonych metod gromadzenia danych. Stake (2014) studium przypadku określa zarówno jako proces badawczy nad przypadkiem, jak i rezultat tego badania, dlatego nieporozumieniem jest używanie w stosunku do *case study* nazwy metoda. Stosowanie metod w studium przypadku jest odrębne, gdyż ich dobór ma służyć zdobyciu jak największej wiedzy na jego temat, aby opisać przypadek na tyle głęboko, by czytelnik mógł doświadczyć wydarzeń związanych z przypadkiem. Chociaż Stake (2003) twierdzi, że studium przypadku nie jest metodologią, lecz dokonaniem wyboru na temat, tego co ma być badane (tj. określony przypadek w ramach danego systemu, (ang. *bounded system*), inni przedstawiają studium przypadku jako strategię badawczą (ang. *strategy of inquire*) (Denzin, Lincoln, 2011) lub metodologię (Creswell, 2007).

Bez względu na definicyjne ujęcie studium przypadku przy jego wykorzystaniu uwzględnia się następujące elementy:

- 1) Rodzaj przypadku, ze szczególnym uwzględnieniem jego działania i funkcjonowania.
- 2) Historyczne tło przypadku.
- 3) Fizyczne otoczenie przypadku.
- 4) Inne elementy przypadku: ekonomiczny, polityczny, prawny.
- 5) Inne przypadki stanowiące tło dla przypadku badanego.
- 6) Informatorów (Stake, 2014).

W rozważaniach na temat studium przypadku należy odwołać się do wiedzy na temat ich klasyfikacji. W tym zakresie wypracowanych jest wiele rozwiązań. Zdaniem Yina (1981) badania w zależności od postawionego pytania mogą mieć charakter opisowy (rozważają możliwe teorie w celu stworzenia ram dla badania i pytań), eksploracyjny (zbierające dane i poszukujące wzorców) lub eksplanacyjny (jak bądź dlaczego badany temat lub populacja są badane). Natomiast Sharan Merriam (1998) ze względu na cechy przypadku zdefiniowała trzy typy przypadków: partykularny (studium przypadku koncentruje się na konkretnej sytuacji, wydarzeniu, programie czy fenomenie), opisowy (charakteryzuje się „gęstym opisem” przypadku) i heurystyczny (umożliwia zrozumienie badanego zjawiska, mogą prowadzić do odkrycia nowego znaczenia, poszerzenia doświadczenia lub potwierdzenia tego, co jest znane) oraz przyporządkowane do nich cele: opisowe, interpretatywne i ewaluatywne. Z kolei Stake (2014) wyodrębnia autoteliczne studium przypadku (zainteresowanie przypadkiem samym w sobie), instrumentalne studium przypadku (konkretny przypadek ma służyć pogłębieniu wiedzy o szerszym zjawisku bądź wyciągnięciu bardziej ogólnych wniosków) oraz zbiorowe studium przypadku (instrumentalne studium obejmujące kilka przypadków).

W swojej pracy przedstawiam dwa przypadki, zatem prezentuję rodzaj zbiorowego studium przypadku, które wg Stake’a (2014) służy lepszemu poznaniu zjawiska, populacji lub ogólnego stanu rzeczy. Poszczególne przypadki mogą, lecz nie muszą być do siebie podobne. Badacz dokonuje ich wyboru, kierując się potencjalnością lepszego poznania i zrozumienia szerszego zjawiska oraz, być może, stworzenia teorii jego dotyczącej. W odniesieniu do stwierdzenia Merriam (1998), iż niektóre studia przypadków są opisowe, a wiele innych jest połączeniem opisu i interpretacji lub opisu i ewaluacji, porównawcze studium przypadku przedstawione w tej pracy badawczej ma charakter deskryptywno-interpretacyjny.

W przypadku zbiorowego studium przypadku istotnym jest, iż w momencie studiowania danego przypadku powinniśmy być całkowicie skoncentrowani na zrozumieniu jego kompleksowości (Stake, 2014). Jest to ważne z punktu widzenia mojego procesu

badawczego, w którym dążąc do realizacji zakładanych celów badań własnych, uwzględniłam dwa studia przypadku, czyli:

- 1) ośrodek pomocy społecznej w Polsce (Wrocław) jako pierwsze studium przypadku,
- 2) ośrodek pomocy społecznej w Anglii (Burton-upon-Trent) jako drugie studium przypadku.

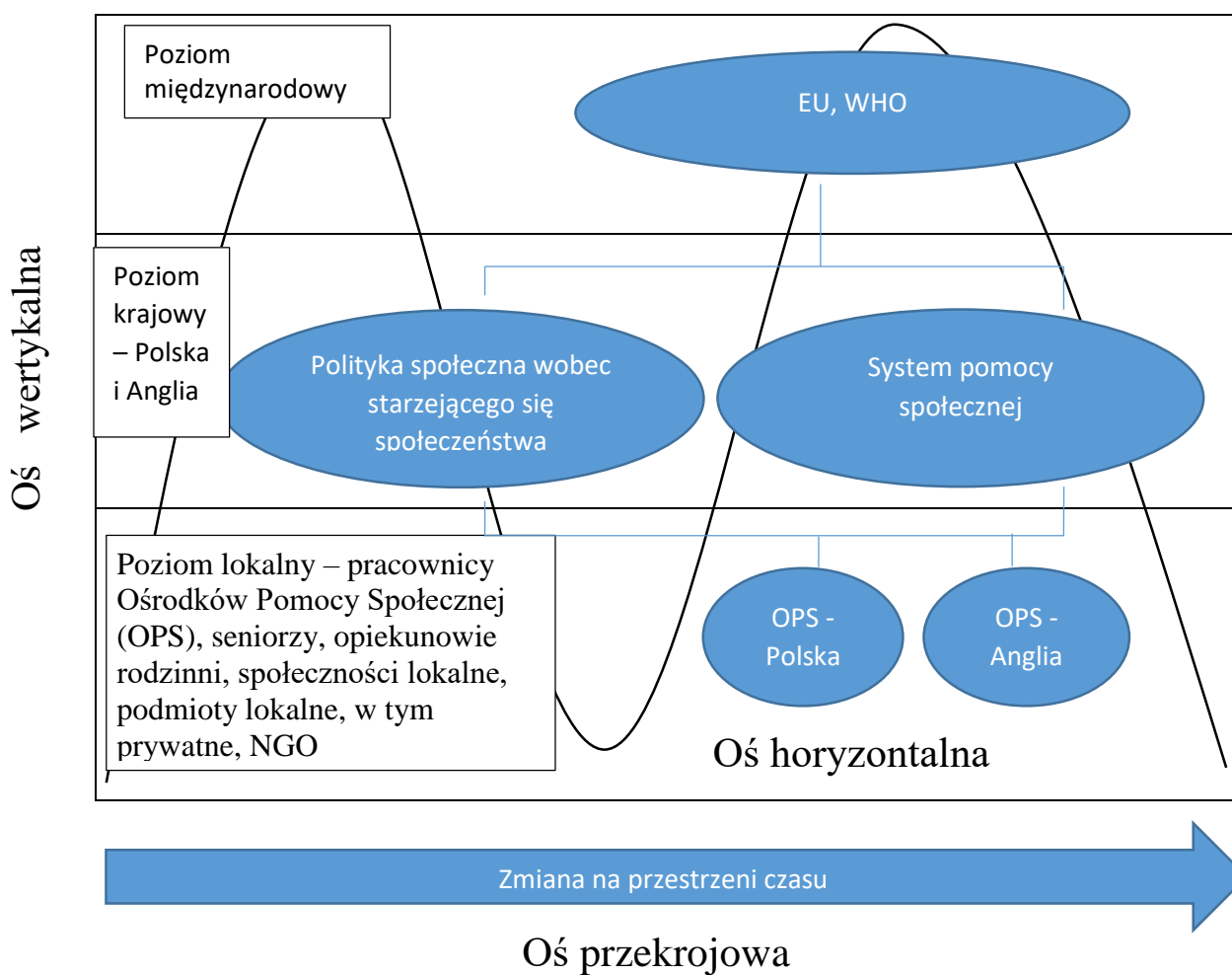
Ważnym elementem w sytuacji kiedy badamy więcej niż jeden przypadek jest możliwość formułowania twierdzeń o ogólniejszym charakterze (Kubinowski, 2011). Czynnikiem charakterystycznym dla studium przypadku, a tym samym odróżniającym go od badań etnograficznych, badań w działaniu, czy też innych strategii badawczych jest ukierunkowanie badacza na to, co w badanym przypadku jest szczególne, wyjątkowe i niepowtarzalne. Badacz koncentruje się nie tylko na tym, co łączy dany przypadek z innymi, ale też na opisie i wyjaśnieniu tego, co jest dla badanego przypadku specyficzne, swoiste. Niezbędnym jest więc poczynienie ustaleń dotyczących danego przypadku odnoszących się do otoczenia fizycznego, tła fizycznego i innych kontekstów. Istotnym jest także to, co uwypukla Stake (2003), iż przypadek stanowi pewnego rodzaju system czy też układ powiązanych ze sobą i zależnych od siebie elementów działających w obrębie ustalonych granic (ang. *bounded system*) i określonych wzorców. Zdaniem Stake'a (2003) istotnym jest rozpoznanie cech wewnątrz systemu i w obrębie jego granic oraz cech poza danym system, które są znaczące jako kontekst danego przypadku.

Odnosząc się do przypadku jako pewnego rodzaju systemu działającego w obrębie ustalonych granic, czyli jak stwierdza Henryk Mizerek (2017) trudnego do przetłumaczenia na język polski *bounded system*, należy podkreślić wyzwania związane z precyzyjnym określeniem owych granic danego przypadku przy projektowaniu badań. Przez granice rozumie się często ustalenie czasu i miejsca, w którym przypadek się zaczyna i kończy, czy też sformułowane problemy badawcze lub ramy teoretyczne znajdujące się u podstaw danego projektu badawczego. Aczkolwiek wyznaczenie granic jest trudnym zadaniem i może być postrzegane jako nadmierne uproszczenie (Wilson, Gudmundsdottir, 1987), czy wręcz ograniczenie (Bartlett, Vavrus, 2017), gdyż ich znalezienie jest niemożliwe bowiem są one tworzone przez aktorów społecznych, w tym badaczy, dla których określenie granic jest zbyt arbitralne i może skutkować hermetycznym odcięciem danego przypadku od innych miejsc, czasów i wpływów.

W odniesieniu do problematyki związanej z granicami przypadku przyjmuję stanowisko, iż wyznaczanie ścisłych granic z jednej strony jest pomocne w procesie badawczym, a z drugiej może stanowić ograniczenie. Zgadzam się zatem ze stwierdzeniem, iż „Często istnieje konieczność przekraczania założonych granic szczególnie w badaniach, których celem nie

jest jedynie weryfikacja teorii, lecz zrekonstruowanie i zrozumienie niepowtarzalnych i unikatowych zdarzeń tworzących przypadki. (...) Trzeba mieć świadomość płynności tych granic, gotowości do ich przekraczania oraz świadomość tego, w którym miejscu i dlaczego zostały przekroczone” (Mizerek, 2017, s. 11).

Wyznaczając granice czasu (2018–2022) i miejsca (Wrocław – Polska, Burton upon Trent – Anglia) badanym przypadkom, mam świadomość ich płynności i potrzeby ich przekraczania celem ich głębszego poznania, zrozumienia i interpretacji określonych znaczeń. W swojej pracy badawczej stosując porównawcze studium przypadku odwołuję się do Bartlett i Vavrus, które proponują dokonywanie porównań na trzech osiach: horyzontalnej (ang. *horizontal*), wertykalnej (ang. *vertical*) i przekrojowej (ang. *transversal*). Spojrzenie horyzontalne, które nie tylko kontrastuje jeden przypadek (np. program jednego kraju) z drugim, ale także śledzi aktorów społecznych, inne podmioty, dokumenty lub inne ważne elementy w tych przypadkach. Oś wertykalna dotyczy porównywania wpływów i obszaru legislacyjnego na różnych poziomach (macro, meso i micro). Przekrojowe porównanie zwraca uwagę na przestrzeń czasu, czyli zestawienie analizowanego przypadku w obecnym czasie ze zmianami jakie dokonały się na przestrzeni czasu w kontekście politycznym, ekonomicznym, społecznym i kulturowym (Bartlett, Vavrus, 2017). Stosując przekrojowe porównanie miałam możliwość, odwołując się do przestrzeni czasu, przywoływania sytuacji lub zdarzeń wcześniejszych w stosunku do wskazanych w badaniu granic czasu (2018–2022), które miały wpływ na kształt współczesnego systemu pomocy. Na rys. 7. prezentuję w sposób obrazowy porównawcze studium przypadku systemu pomocy dla osób starszych na poziomie międzynarodowym, krajowym i lokalnym z uwzględnieniem osi wertykalnej, horyzontalnej i przekrojowej. Ilustrując oś przekrojową, w badaniu przeanalizowałam funkcjonowanie systemu pomocowego dla osób starszych w kontekście czasowym i kulturowym w Anglii i Polsce. W tym procesie koncepcja aktywnego starzenia się, *ageing in place* oraz koncepcja edukacji ukierunkowanej na starość stają się ważnymi komponentami w polityce społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa. Jednakże ich odzwierciedlenie w praktyce wiąże się ze współpracą międzysektorową, wykwalifikowaną kadrą oraz finansami poszczególnych ośrodków pomocy społecznej. Kładąc nacisk na zmiany w czasie, obrazujące zmiany demograficzne w postaci siwiejącej populacji przedstawiłam, w jaki sposób rząd Anglii i Polski włączył i włącza perspektywę aktywnego starzenia się, starzenie się w środowisku zamieszkania oraz edukację ukierunkowaną na starość do swojej polityki społecznej w ciągu ostatnich 20 lat.



Rys. 7. Porównawcze studium przypadku systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bartlett, L., Vavrus, K. V. (2017). *Rethinking case study research: a comparative approach*. New York: Routledge, s. 3.

Analiza pionowa jest również ważna w porównawczym studium przypadku. Podkreśla ona znaczenie kształtowania polityki w skali makro i jej oddziaływania na skalę mezo i mikro, a także wpływu na politykę krajową instytucji międzynarodowych.

Porównanie horyzontalne umożliwia wskazanie wpływu na system pomocy społecznej dla osób starszych organizacji pozarządowych, innych podmiotów działających lokalnie, w tym prywatnych. Dzięki temu możliwym jest porównanie skali współpracy międzysektorowej.

W szerszym ujęciu horyzontalne porównanie dwóch ośrodków pomocy społecznej pokazało, jak różne uwarunkowania materialne i ideologiczne wpływają na wdrażanie i przyswajanie koncepcji aktywnego starzenia się, starzenia się w środowisku zamieszkania oraz koncepcji ukierunkowanej na edukację w starości w obrębie porównywanych państw. Według



angielskich pracowników pomocy społecznej stosowanie podejścia skoncentrowanego na osobie sprzyja działaniom aktywizującym, co jednak jest trudniejsze do osiągnięcia w sytuacji kiedy brakuje wykwalifikowanej kadry, wizyty opiekuna są ograniczane czasowo do minimum lub gdy osoba nie jest chętna do współpracy. Ponadto, porównanie horyzontalne przypomina nam, że polityka jest również tworzona lokalnie, i że pracownicy sektora pomocowego są kluczowymi aktorami w realizowaniu polityki pomocowej: interpretują, negocjują i rewidują politykę pomocową dotyczącą programów pomocowych, metod pracy socjalnej i komunikowania się z osobami starszymi. Przeprowadzone badanie, na przykład, porównywało, jak pracownicy socjalni zmagali się z kwestią kryterium kwalifikowania do pomocy społecznej. Co więcej, projekt dokumentuje, jak pracownicy sektora pomocowego w Polsce szukają rozwiązań praktycznych w zakresie braku kryteriów kwalifikowania w polskim systemie pomocowym.

W swojej pracy badawczej o charakterze porównawczym zastosowałam podejście, które zwraca uwagę nie tylko na krajowy i lokalny wymiar badań opartych na przypadku, ale także globalny. Uznałam, iż w XXI wieku, w dobie Europy opartej na wspólnocie, swobodzie przepływu osób, usług, towaru i kapitału, w sytuacji kiedy demograficzne starzenie się społeczeństwa ma wymiar międzynarodowy, zasadnym jest uwzględnienie w przeprowadzanych badaniach aspektu globalnego. Studium przypadku, w tym o charakterze porównawczym jako strategia badawcza sprawia, iż badacz jest zaangażowany na każdym etapie procesu badawczego, które Rober Stake (1995, 2003) określa jako: zbieranie, rozpoznanie i wybór przypadku; analiza danych; opis przebiegu badań oraz wyciąganie wniosków. Przeprowadzenie badań porównawczych dotyczących systemu pomocy dla osób starszych poprzez studium przypadku z uwzględnieniem trzech osi: horyzontalnej, wertykalnej i przekrojowej stworzyło możliwość poznania, zrozumienia i interpretacji określonych praktyk, form pomocy, współpracy międzysektorowej oraz ich wpływu na aktywizację osób starszych w ich środowisku lokalnym.

### **2.2.2. Wywiad – pogłębione poznanie badanej rzeczywistości**

Polskie i angielskie studium przypadku przedstawione zostało poprzez dane z wywiadów, gdyż jak stwierdza Albert Wojciech Maszke (2004) wywiad jest bardzo pomocny w badaniu osób charakteryzujących się szczególnie dużymi kompetencjami w badanej sprawie, umożliwia pogłębione poznanie badanej rzeczywistości. Biorąc pod uwagę formę wypowiedzania się i sposób przeprowadzania wywiadu, jak również ilość uczestników wyróżnia się kilka typów wywiadów. Janusz Sztumski (2005) wyróżnia wywiady ustne

i pisemne, skategoryzowane, czyli kwestionariuszowe i nieskategoryzowane, jawne i ukryte, indywidualne i zbiorowe oraz wywiad panelowy. Natomiast w klasyfikacji przyjętej przez Renatę Mayntz, Kurta Holm i Petera Hubnera (1985), występują cztery kryteria podziału wywiadu według stopnia standaryzacji, czyli: wywiad swobodny, pogłębiony i wywiad prowadzony według standaryzowanego kwestionariusza.

Odwołując się do przytoczonych wyżej typologii wywiadu, na potrzeby swojej pracy badawczej, posłużyłam się wywiadem prowadzonym według kwestionariusza. Jednakże, aby pozostawić badaczowi, jak stwierdza Sztumski (2005), większą możliwość manewru w trakcie jego przeprowadzania, jest to wywiad częściowo skategoryzowany (ang. *semi-structured*). W wywiadzie tym badający korzysta z wykazu problemów, które powinien poruszyć w trakcie wywiadu: listy pytań, które należy postawić, wykazu przedmiotów jakie ewentualnie należy okazać badanemu. Tego rodzaju wywiad pozwala na ujednoczenie danych, jakie uzyskuje się na ten sam temat.

Przeprowadzenie wywiadu poprzedzone jest przygotowaniem odpowiedniego kwestionariusza wywiadu składającego się z pytań odnoszących się do badanego zagadnienia. Co istotne, jeśli ten rodzaj wywiadu jest przeprowadzany z różnymi osobami, kwestionariusz wywiadu powinien być dostosowany do każdej z nich. Pytania muszą być tak dobrane, aby w jak największym stopniu identyfikowały i wyjaśniały złożony temat. Pytania powinny być tak skonstruowane, aby dawały respondentom swobodę i elastyczność w udzielaniu odpowiedzi. W celu osiągnięcia dużego stopnia tej swobody i elastyczności, pytania powinny być pozbawione znamion niejasności i niejednoznaczności, czy też pytań naprowadzających. Stosowanie pytań o takich cechach utrudni badaczom odkrycie i zrozumienie badanego zjawiska (Adams, 2015).

Na przygotowanie wywiadu składa się nie tylko kwestionariusz wywiadu, ale także przestrzeganie pewnych zasad, takich jak poziom formalności, limit czasu, stosowność miejsca, upoważnienie do przeprowadzenia wywiadu oraz to, jak własna osobowość i mentalność może wpływać na respondentów (Denscombe, 2006).

Cechą charakterystyczną wywiadu częściowo skategoryzowanego jest to, iż podczas wywiadu często wykorzystywane są pytania uzupełniające: dlaczego lub jak (Adams, 2015). Oznacza to, że rozmowa może dotyczyć także wątków, które okazały się ważne, ale nie pojawiły się w kwestionariuszu wywiadu. Ten rodzaj wywiadu jest zatem częścią techniki zbierania danych jakościowych.

Wywiady przeprowadzone zostały z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu i pracownikami ośrodka pomocy społecznej w Butron upon Trent w Anglii.

W ramach badań przeprowadziłam 13 wywiadów (8 polskich i 5 angielskich), których długość łącznie wyniosła ponad 15 godzin. Transkrypcję 7 wywiadów przeprowadziłam samodzielnie wykorzystując program oTranscribe. W przypadku pozostałych 6 wywiadów transkrypcja została dokonana profesjonalnie, przez podmiot zewnętrzny. Transkrypcja wywiadów angielskich przeprowadzona została w języku angielskim, a następnie przetłumaczona na język polski. Celem wywiadów było uzyskanie podstawowych danych w zakresie funkcjonowania ośrodka, form pomocy dla osób starszych, współpracy z innymi podmiotami, nakreślenie ewentualnych trudności, zdiagnozowanie zmian – w przypadku Polski związanych z potrzebami wdrażania nowych rozwiązań, – w przypadku Anglii, wynikających z wprowadzenia nowej Ustawy o opiece w 2014 r. Wywiady przeprowadzone w Polsce oznaczone zostały jako PL z numeracją od 1 do 8. Natomiast wywiady z Anglii występują jako ENG z numeracją od 1 do 5. Cytowane w pracy wypowiedzi rozmówców oznaczyłam według wskazanego powyżej klucza.

Wywiady przeprowadzone zostały dwuetapowo. Pierwszy etap wywiadu wiązał się z rozmową na temat przedstawionych wcześniej pracownikom instytucji trzech różnych scenariuszy seniorów (scenariusze te zostały wręczone pracownikom w terminie ok. 2 tygodni przed przeprowadzeniem wywiadu). Podczas wywiadu pracownicy zostali poproszeni o przedstawienie badaczowi informacji na temat jakiej formy pomocy/opieki/usług dana instytucja mogłaby udzielić. Każdej z instytucji zostały przedstawione te same trzy scenariusze osób starszych z zastosowaniem polskich i angielskich danych osobowych. Mając na uwadze ochronę danych osobowych, należy zaznaczyć, że wszelkie podobieństwo do prawdziwych nazwisk, postaci i zdarzeń w przedstawionych scenariuszach zdarzeń seniorów jest przypadkowe. Przytoczone nazwiska są fikcyjne, a zdarzenia są to sytuacje skonstruowane na potrzeby pracy badawczej na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy z osobami starszymi. Scenariusze seniorów zostały stworzone, aby przedstawić możliwe formy pomocy i opieki dostępne dla osób starszych znajdujących się w różnej sytuacji życiowej. Podstawą do stworzenia scenariuszy seniorów było założenie, iż osoby starsze bez względu na kraj, w którym mieszkają mogą doświadczać podobnych trudności wynikających z ich stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, czy kontaktów społecznych. Czynnikiem różnicującym są natomiast formy pomocy, które mogą osoby starsze uzyskać, warunkowane są one bowiem systemem pomocy występującym w danym kraju. Dzięki scenariuszom, które przyjmują formę planu opieki, w sposób czytelny możliwe jest przedstawienie różnych form wsparcia w obu krajach, a następnie ich porównanie. Każdy z trzech scenariuszy zawiera krótką informację o danej osobie, czyli jej sytuacji zdrowotnej,

rodzinnej oraz plan opieki, który został opracowany w wyniku zgromadzonych informacji podczas przeprowadzonego wywiadu. Pierwszy scenariusz dotyczy osoby starszej samotnej po udarze mózgu. Drugi scenariusz nawiązuje do wdowy, która wróciła do domu po pobycie w szpitalu i jest wspierana przez rodzinę, ale fakt, iż mieszkają w pewnej odległości od siebie, utrudnia opiekę. Trzeci scenariusz uwzględnia sytuację starszego małżeństwa (kobieta choruje na otępienie o typie Alzheimerowskim), które mieszka wraz córką i jej rodziną. Scenariusze seniorów wraz z opracowanym planem opieki w Polsce i w Anglii znajdują się w Aneksie, zał. nr 1 s. 313 i zał. nr 2 s. 322. Natomiast drugi etap wywiadu polegał na zadawaniu pytań dotyczących funkcjonowania instytucji z zastosowaniem kwestionariuszy wywiadu częściowo skategoryzowanych, składających się z kilkudziesięciu pytań (Aneks, zał. nr 12, s. 355 i zał. nr 13, s. 361). Konstruując pytania w zastosowanych przeze mnie kwestionariuszach wywiadu wzięłam pod uwagę teorię aktywnego starzenia się, czy też wychowania do starości Kamińskiego. Kwestionariusze wywiadu stworzone zostały na podstawie moich doświadczeń zawodowych w pracy z osobami starszymi w pomocy społecznej w Anglii oraz w Polsce. Wynikały one z faktu, iż jako bezpośredni uczestnik zdarzeń – pracownik systemu pomocy społecznej, miałam i mam możliwość dokonywania obserwacji zjawisk zachodzących w obrębie środowiska pomocy społecznej i seniorów. Będąc pracownikiem systemu pomocy społecznej mogłam poznać schematy funkcjonowania zarówno systemu angielskiego oraz polskiego, obserwować relacje w obrębie pracowników oraz pracowników z seniorami i ich rodzinami, współpracę między wydziałami i/lub instytucjami, czy też jej brak.

Zarówno kwestionariusze wywiadu, jak i trzy scenariusze seniorów stanowiły narzędzia badawcze w przeprowadzonym procesie badawczym. Celem wywiadów z pracownikami instytucjach pomocowych dwóch krajów było poznanie i zgłębienie oferowanych seniorom form wsparcia w Polsce i w Anglii oraz mechanizmów funkcjonowania instytucji jako głównego elementu systemu pomocowego działającego w środowisku lokalnym. Poprzez wywiady uzyskałam podstawowe dane o instytucjach oraz miałam możliwość nakreślenia wyzwań związanych z ich funkcjonowaniem w dobie starzejącego się społeczeństwa.

### **2.2.3. Analiza danych zastanych (ang. *desk research*)**

Kolejną metodą w triangulacji metodologicznej jest analiza danych zastanych, która w dosłownym tłumaczeniu oznacza „badanie zza biurka” (ang. *desk research*). Metoda ta polega na korzystaniu z danych zastanych – wtórnych i wykonywana jest już podczas przeglądu literatury (Makowska, 2013). Analiza danych zastanych wykorzystując dane

niereaktywne umożliwia badaczowi rozeznanie się w badanym obszarze i następnie przyczynia się do znalezienia odpowiedzi na pytania badawcze. W tym wypadku ze względu na obszerny zakres danych, na który składa się zarówno literatura, jak i dane dostępne online, istotnym elementem jest odpowiednia selekcja materiału przeprowadzana w sposób relewantny do celów badawczych. Współcześnie wyzwaniem dla badacza może być nie brak informacji lecz jej nadmiar. Jak zauważa Zofia Bednarowska (2015, s. 25) „dobry *desk research* nie zasadza się tylko na dostępności i jakości danych, na co często się narzeka, ale też kilku kluczowych umiejętności badacza i analityka w zakresie szukania i selekcji informacji, analizy, a na koniec syntezy i krytycznej interpretacji (...). *Desk research* powinien stanowić zaplanowane, ustrukturyzowane poszukiwanie danych i informacji na ściśle zakrojony temat, który może być modyfikowany lub zawężany w miarę zdobywania wiedzy”.

W dokonanej w niniejszej pracy badawczej analizie danych zastanych, składającej się na jedną z metod badawczych, skorzystałam z następujących źródeł zastanych:

- Akty prawne, dokumenty urzędowe, określane jako „sprawozdania, protokoły, zestawienia liczbowe, wykazy, zapisy, opisy, spisy, przepisy, pisma i inne materiały pisane wytwarzane przez urzędy, instytucje i organizacje” (Sułek, 2002, s. 103). Dokumenty urzędowe dotyczyły badanych ośrodków w Polsce i w Anglii, ale także instytucji, organizacji o zasięgu krajowym.
- Statystyki, zestawienia, raporty – statystyka publiczna, dane i dokumenty urzędów statystycznych, ale też różnych instytucji państwowych i organizacji międzynarodowych, np. Główny Urząd Statystyczny, Eurostat, Office for National Statistic.
- Publikacje naukowe opisujące badane zjawisko.
- Wyniki badań dotyczące kwestii starzejącego się społeczeństwa i systemu pomocy na rzecz osób starszych i opiekunów nieformalnych (opisy, streszczenia, raporty).

Kilkuletni czas pracy z wtórnymi źródłami danych dotyczącymi niniejszej pracy badawczej w znaczący sposób wpłynął na zrozumienie, przedstawienie i interpretację obszaru systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii.

Należy jednak podkreślić, iż różnorodność wtórnych źródeł danych oraz fakt, iż dotyczyły one dwóch krajów przyczyniła się do zgromadzenia obszernego materiału badawczego, powstałego na podstawie literatury naukowej, aktów prawnych, raportów, dokumentów urzędowych, co stanowiło duże wyzwanie podczas analizy, selekcji, a także łączenia tego materiału z reaktywnymi źródłami danych – wywiady i w efekcie stworzenia studium porównawczego. Porównawczy charakter niniejszej pracy nadał jej konkretną strukturę. Najpierw analizowałam polski system pomocy poprzez studium przypadku. Następnie

analizie poddałam angielski system pomocy dla osób starszych również poprzez studium przypadku. W kolejnym etapie dokonałam porównania obu systemów oraz ich interpretacji wraz z wyciągnięciem wniosków i stworzeniem rekomendacji.

Metoda danych zastanych stanowi bogate źródło danych, informacji i wniosków. Jednakże, by prawidłowo z niej skorzystać, należy mieć na względzie nie tylko wszystkie zalety, ale też ograniczenia źródeł danych, w tym, że podejmujemy działania na podstawie danych dostępnych, co także ogranicza nasze możliwości poznawcze i tym samym kompletność wnioskowania. W tym wypadku zastosowanie triangulacji metod wpływa na pozyskanie danych reaktywnych, co wzbogaca empirycznie pracę badawczą w kontekście zrozumienia badanego zjawiska, nadawania znaczeń i dokonywania interpretacji, a tym samym umożliwia uzupełnianie się wniosków.

### **2.3. Triangulacja teorii w przeprowadzonych badaniach**

W celu uzyskania całościowego obrazu badanego zjawiska oraz jego zrozumienia i przedstawienia wykorzystałam triangulację teorii, które odzwierciedlają współczesne koncepcje w systemie pomocy dla osób starszych. Jednak przed podjęciem decyzji w sprawie wyboru teorii stanęłam przed dylematem, podobnie jak inni badacze stosujący metodę studium przypadku, dotyczącym sposobu umiejscowienia teorii, tzn. czy będzie ona punktem wyjścia, czy pojawi się dopiero w trakcie analizy jako punkt odniesienia. Odnosząc się do literatury przedmiotu odwołam się do Helen Simons (2009), która aspekt umiejscowienia teorii w studium przypadku przedstawia w następujący sposób. Stwierdza ona, iż są dwie odmiany studiów przypadku, które odnoszą się do sposobu uwzględniania teorii w badaniach. Pierwsza to odmiana, w której studium przypadku powstaje na podbudowie teorii (ang. *theory-led*). Natomiast druga odmiana prowadzi do tworzenia teorii (ang. *theory-generated*). W studium przypadku o charakterze *theory-led* występuje odwołanie do konkretnej perspektywy teoretycznej celem analizy i przedstawienia badanego przypadku. Zadaniem badacza jest uświadomienie sobie konkretnych założeń teoretycznych, które stanowią podstawę ich koncepcji. Natomiast badacz wybierając podejście, w którym analizując studium przypadku nie odnosi się do konkretnej teorii, ma możliwość budowy teorii ugruntowanej w wyniku zgromadzonych w badaniach danych empirycznych.

Podjęcie decyzji w sprawie umiejscowienia teorii w badaniach wpływa w sposób znaczący na kształt kolejnych etapów projektowania studium przypadku (Yin, 2015).

Mając na uwadze powyższe podjęcie decyzji w sprawie umiejscowienia teorii poprzez nadanie pracy charakteru *theory-led* lub *theory-generated* było jednym z pierwszych etapów

w procesie badawczym. Wybór studium przypadku, w którym odnoszę się do konkretnych perspektyw teoretycznych (*theory-led*) podyktowany był faktem, iż w swojej pracy badawczej koncentruję się na poszczególnych aspektach systemu pomocowego, tj. pomoc środowiskowa, aktywność osób starszych mających odzwierciedlenie w teoriach. W związku z tym w procesie badawczym odnoszę się do wybranych teorii, które dotyczą aktywności oraz środowiska.

### **2.3.1. Teoria aktywnego starzenia się w starzejącym się społeczeństwie**

Starość i przebieg procesu starzenia się odzwierciedlane są w różnych koncepcjach teoretycznych. W pierwszym rozdziale pracy jednym z obszarów przedstawianych przeze mnie był fakt, iż starość postrzegana jest w ujęciu indywidualnym i społecznym. Indywidualny proces starzenia się odnosi się do np. wieku, rodziny, stanu cywilnego, doświadczenia życiowego, przeżyć danej osoby. Natomiast społeczny proces starzenia uwzględnia status społeczny, pomocy instytucji, czy też organizacji i innych podmiotów działających na rzecz osób starszych. W niniejszej pracy analizując system pomocy dla osób starszych i badając dwie instytucje pomocowe odwołuję się do społecznego wymiaru procesu starzenia się. Biorąc pod uwagę aspekt teoretyczny warto zaznaczyć, iż nie ma jednej teorii wyjaśniającej zjawiska społeczne. Każda teoria skupia się na niektórych obszarach zachowania społecznego, dążąc do wyjaśnienia procesu starzenia się.

W jednych teoriach uwypuklane są makrostruktury społeczne, a w innych bezpośrednie relacje społeczne – teorie mikrostrukturalne. Teorie z grupy makrostruktury zakładają znaczący wpływ norm i ról społecznych na tożsamość i zachowanie osoby starszej (teoria aktywności, wyłączenia, stratyfikacji wieku). Natomiast teorie mikrostrukturalne skupiają się na indywidualnym podejściu do starości, nadawaniu znaczeń, na subiektywnych doświadczeniach jednostki (Synak, 1999).

Odzwierciedlając współczesny kierunek w polityce społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa oparty na koncepcji aktywnego starzenia się w tej pracy odwołuję się do teorii aktywności. Zgodnie z tą teorią jakość życia osoby starszej powiązana jest w dużej mierze z poziomem aktywności. W związku z czym przyjęcie paradygmatu aktywnego starzenia się w polityce społecznej oznacza, iż zadaniem podmiotów publicznych jest pobudzanie zaangażowania i uczestnictwa ludzi starych w życiu społeczno-gospodarczym (Jurek, 2012).

Teoria aktywnego starzenia się została po raz pierwszy przedstawiona przez Roberta Havighursta i współpracowników w 1949 r., a później była przedmiotem licznych rewizji i udoskonaleń, których przełomem jest interpretacja teorii aktywności w ujęciu Brucea

Lemona, Verna Bengtsona i Jamesa Petersona (1972). Przeformułowali oni teorię aktywności w kierunku paradygmatu interakcjonistycznego, gdyż oryginalnie teoria ta wywodzi się z perspektywy funkcjonalistycznej, gdzie społeczeństwo stanowi stabilny i uporządkowany system, w którym jednostki posiadają podobny zestaw wartości, przekonań oraz oczekiwań co do zachowania innych osób. W związku z tym aktywność podejmowana przez osoby starsze miała mieć charakter funkcjonalny i normatywy. Teoria aktywności w ujęciu strukturalnego funkcjonalizmu składa się na uniwersalistyczny obraz procesu starzenia się, sytuując swoje wyjaśnienie w strukturze społecznej (Muszyński, 2020). Natomiast przekierowanie teorii aktywności w stronę interakcjonizmu sprawia, iż podkreślona zostaje waga interakcji zachodzących w obrębie społeczeństwa, w tym postrzegania jednostki przez siebie poprzez interpretację reakcji innych na swoje zachowanie (Halicki, 2006).

Lemon, Bengtson i Peterson (1972) postawili kilka hipotez, które uchwyciły istotne cechy teorii aktywności w starzeniu się. Po pierwsze wyróżniają trzy rodzaje aktywności: – aktywność nieformalną, tj. spędzanie czasu z przyjaciółmi, krewnymi i sąsiadami; – aktywność formalną, polegającą na wolontariacie, – aktywność samotniczą, której przejawem jest prowadzenie gospodarstwa domowego, praca w ogrodzie, czytanie książek. Ich pierwsze trzy hipotezy zakładają, że każdy rodzaj aktywności jest bezpośrednio związany z satysfakcją z życia. Jednak wyniki badań dostarczają jednoznacznego poparcia dla pierwszej hipotezy i silnego wsparcia dla drugiej, ale obalają trzecią. Hipoteza trzecia, mówiąca o bezpośrednim związku między aktywnością samotniczą a satysfakcją z życia, nie może być przyjęta, gdyż współczynnik godzin spędzonych na zakupach i pracach domowych, jako miara aktywności samotniczej, jest ujemny. Wyniki ich badań stały się przyczyną do krytyki teorii aktywności ze względu na fakt, iż teoria ta nie uwzględnia aktywności samotniczej.

Teoria aktywności zakłada istnienie pozytywnego związku między poziomem aktywności społecznej a satysfakcją z życia. Naturalną tendencją u osób starszych jest uczestniczenie w życiu grupy i społeczności, choć te tendencje czy potrzeby są często blokowane przez sytuacje takie, jak: przejście na emeryturę lub przez pogorszenie stanu zdrowia. To zawężenie ról, zainteresowań i działań wzmacniających wywołuje kryzys samooceny jednostki. Prawdopodobieństwo, że rozwinie ona negatywny obraz siebie i poczuje się wyobcowana ze swojego środowiska wzrasta zatem, gdy zmniejsza się aktywność osoby starszej. Utrzymanie pozytywnego obrazu samego siebie przez osoby starsze wiąże się więc z zastąpieniem utraconych ról, nowymi. Podejmowanie aktywności w nowych rolach zapewni dobre samopoczucie osobie starszej, niwelując tym samym napięcie, które powstało w wyniku



utraty wcześniej pełnionych ról. Rozważając na temat aktywności wskazać należy, iż twórcy tej teorii postulowali podejmowanie różnych form aktywności do jak najpóźniejszych lat, tj. aktywność fizyczna, intelektualna, społeczna, czy też rodzinna. Istotą tej teorii jest więc rola aktywności i interakcji społecznych oraz ich wpływ na rozwój samego siebie wśród ludzi starszych (Halicki, 2006).

Z kolei założenie, że osoby starsze dążą do wysokiego poziomu aktywności społecznej nie uwzględnia znaczenia innych wariantów aktywności w życiu osób starszych, np. aktywności samotniczej (Halicki, 2006). Inny element krytyki tej teorii wskazuje, że nie bierze ona pod uwagę nierówności w zakresie zdrowia, sytuacji życiowej i ekonomicznej, co może mieć wpływ na ograniczone możliwości w zachowaniu postawy aktywnej. Pomija się też fakt, że niektórzy ludzie starzy mogą po prostu nie chcieć angażować się w nowe wyzwania i być aktywni (Zamorska, Makuch, 2018). Należy przy tym wskazać, iż teoria aktywności, która legła u podstaw polityki aktywnego starzenia się, mimo budzących kontrowersji jest koncepcją pozytywną, której jak stwierdza Jurek (2012) zalety dominują nad wadami, a jej realne uskutecznienie wymaga wdrożenia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

Koncepcję aktywnego starzenia się propagował polski pedagog Aleksander Kamiński (1975), który uznał, że warunkiem dobrego starzenia się jest zachowanie szeroko rozumianej aktywności. A. Kamiński (1978, s. 359) stworzył teorię wychowania do starości, traktując wychowanie

„nie tylko jako informowanie, przekonywanie, zachęcanie – lecz także jako wywoływanie sytuacji sprzyjających określonemu postępowaniu. Elementami takiego wychowania do starości jest rozwój zainteresowań wolnoczasowych, prace amatorskie, hobby, aktywność społeczna i polityczna, nauka zawodu rezerwowego, który można wykonywać po przejściu na emeryturę (maszynopisanie, naprawy, księgowość itp.), nauczanie się higieny życia (ruch, gimnastyka), rozszerzenie swych nawyków kulturalnych: czytelnictwo, pisanie, gra w karty, rozmowy w klubie. Przygotowania do tego okresu należy rozpocząć wcześniej. Właściwie jest nim całe nasze dorosłe życie”.

W teorii tej odwoływał się do realizowania trybu życia sprzyjającego wydłużaniu młodości i dającej satysfakcję aktywności poprzez wychowanie do starości polegające na pomaganiu ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajzeń, które w okresie emerytury przełożą się na różnego rodzaju aktywności (A. Kamiński, 1974). Istotnym założeniem w koncepcji A. Kamińskiego (1974, s. 369-370) jest fakt, iż wcześniejsze etapy życia mają wpływ na to jak będziemy się starzeć, gdyż jak stwierdza autor koncepcji: „Starcy są takimi, jakimi byli w młodszych latach – uczynną sąsiadką lub działkowcem nie staje się człowiek nagle, przynależność do organizacji społecznych

i aktywność w nich nie przyjdzie sama w wieku emerytalnym. Wynika z powyższego, iż żadna aktywność nie przychodzi sama w wieku emerytalnym, ale jest efektem utrwalonych zachowań z wcześniejszych lat życia. Aktywność zawodowa, fizyczna, intelektualna, społeczna i kulturalna jest najobfitszym źródłem zadowolenia człowieka”. Dlatego też wychowanie do starości jest rozłożone na wszystkie etapy życiowe i angażuje w ten proces nie tylko poszczególną jednostkę, ale także jej osoby najbliższe, wychowawców, pracowników instytucji kulturalno-oświatowych, środki masowego przekazu, jako czynniki wspierające w procesie wychowania do starości. Wychowanie do starości jest zatem zadaniem dla najbliższych osoby starszej kręgów środowiskowych. Ważnym elementem teorii wychowania do starości jest także zdolność do akceptacji starości, w tym, co nieuchronne, a więc w malejącej sprawności i w jej konsekwencjach, ze zniedołężnieniem włącznie (A. Kamiński, 1974). A. Kamiński (1978, s. 364) w swojej koncepcji pisze o akceptacji starości, jednocześnie wskazując na możliwości jakie ze sobą niesie: „Poprawne wychowanie do starości – to najlepszy sposób na godzenie ludzi ze starością. Być może nawet coś więcej – nie tylko sposób na aprobowanie starości, ale także oczekiwanie starości jako okresu życia o swoistych urokach”. Mając na uwadze powyższe A. Kamiński (1974) przedstawił trzy główne obszary aktywności adresowane do młodzieży, osób dorosłych i starszych. Pierwszy obszar odnosi się do aktywności w postaci **pracy użytecznej i cenionej**, która zapobiega zniedołężnieniu, organizuje rytm dnia i daje poczucie bycia użytecznym. Dziedziny pracy użytecznej i cenionej to: praca zawodowa, zajęcia amatorskie, aktywność społeczna i polityczna, pomoc rodzinie w opiece nad kimś kto tej opieki potrzebuje. Drugi obszar dotyczy **budzenia i utrwalania życiowych zainteresowań pozaosobistych**, co przejawia się dążeniem do rozwijania zainteresowań w każdej fazie życia, zapobiegając tym samym odczuwaniu osamotnienia. Uczestnictwo we wcześniejszych fazach życia w sytuacjach rodzinnych, kulturalnych, społecznych, instytucjonalnych i nieformalnych sprzyja rozwijaniu i utrwalaniu zainteresowań w okresie starości. W koncepcji A. Kamińskiego **praca użyteczna i ceniona** powinna być zatem uzupełniana o zaangażowanie w aktywne formy spędzania czasu wolnego, co sprzyja utrzymaniu kondycji zdrowotnej i sprawności fizycznej. Trzeci obszar wiąże się z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów społecznych w wyniku całożyciowego kształtowania umiejętności współżycia z ludźmi poprzez bycie uczynnym i życzliwym.

Kamiński (1975) podzielił starość na trzy fazy: faza zadawalającej sprawności, faza sprawności ograniczonej i faza starości niesprawnej (wieku sędziwego – „przykutych do łóżka”). Z punktu widzenia aktywności podkreślić należy, iż każdej z tych faz przypadają

odpowiednie aktywności, które mają służyć polepszeniu życia osoby starszej i poszanowaniu jej godności. Zatem od wysokiego stopnia zróżnicowanej aktywności wyrażanej uczestnictwem w życiu społecznym, edukacyjnym, czy kulturowym, poprzez stopniowe jej ograniczanie, w wyniku przemian kondycji psychofizycznej, połączone z koniecznością adaptacji, aż do większego udziału aktywności wewnętrznej ukierunkowanej na bilansowanie i odkrywanie sensu życia (Uzar-Szcześniak, Białożył, 2017). Wątek, który nabiera szczególnego znaczenia w zakresie aktywności w starości dotyczy podkreślenia znaczenia aktywności w fazie „przykutej do łóżka”, kiedy to osoba starsza staje się najbardziej narażona na utratę podmiotowości. W powszechnym odczuciu aktywność utożsamiana jest z osobami sprawnymi. Dlatego też odniesienie aktywności do okresu długowieczności jest aspektem, który nie może być pomijany w procesie wychowania do starości. Aktywność w rozumieniu Kamińskiego przybiera bowiem różne formy, może więc, a nawet powinna odnosić się do osób najstarszych. Natomiast przy doborze rodzaju aktywności należy uwzględniać stan psychofizyczny osoby i traktować każdorazowo jednostkę w sposób podmiotowy, jako indywiduum. Przykładem podejmowanych aktywności w ostatniej fazie starości może być duchowy wymiar przeżywania starości, pozostawienie możliwości wyboru osobie w sprawach np. ubioru, posiłku, czy też czytanie na głos. Podmiotowe podejście w opiece nad osobą starszą jest wyzwaniem dla współczesnego systemu pomocy dla osób starszych i wiąże się z zapewnieniem godnego przeżywania ostatniego etapu życia.

Koncepcja aktywnego starzenia się oraz wychowania do starości ma istotny wymiar w niniejszej pracy badawczej, którym jest aspekt środowiskowy oraz wielosektorowy. Proces wychowania do starości i wszelkie działania związane z nim realizowane są bowiem poprzez inicjatywy nieformalne, publiczne i pozarządowe w środowisku jednostki, które przyczyniają się do aktywności osób starszych i rozwoju koncepcji Kamińskiego. Przykładem takowych działań są rozwijające się w Polsce uniwersytety trzeciego wieku, ale też kluby seniora, dzienne domy seniora lub centra seniora. W tym miejscu należy wskazać na wielowymiarowy charakter koncepcji ujmowanej głównie jednym określeniem „wychowanie do starości”, która wiąże się z procesem uczenia się człowieka przez całe życie i współcześnie rozpatrywana jest w kilku płaszczyznach: wychowanie do starości, wychowanie w starości, wychowanie przez starość oraz wychowanie dla starości. Ważnym elementem koncepcji A. Kamińskiego są sformułowane przez niego wychowawcze zadania gerontologiczne, które przyporządkował do konkretnych okresów życia: 1) Okres młodości i dorosłości – jest odpowiednim czasem na wyrabianie nawyków obcowania z kulturą, wykorzystania czasu wolnego oraz rozwijania możliwości adaptacyjnych. 2) Okres przedemerytalny – w którym przeznaczają się więcej

czasu na aktywność kulturalną, rozrywkową, społeczną, rozwój zainteresowań, a także rozważanie kontynuacji pracy zawodowej po przejściu na emeryturę. 3) Okres zadowolającej sprawności (do około 80. r.ż.) – okres ten polega na dążeniu do ulepszania życia przez uświadamianie tego, co korzystne dla zdrowia ludzi starszych (np. dieta); zachęcanie do udziału w życiu społecznym i kulturalnym oraz inspirowanie do akceptacji tego co nieuchronne. 4) Okres ograniczonej sprawności – dotyczy sytuacji, gdy człowiek nie jest w stanie wyjść z domu bez pomocy innych, należy wówczas motywować do aktywności i kontaktów społecznych. 5) Okres starości niesprawnej – kiedy człowiek jest całkowicie uzależniony od pomocy i opieki innych. Ważne, by rodzina i sąsiedzi utrzymywali kontakty z osobą starszą – odwiedzali ją i podejmowali z nią rozmowy na temat śmierci, informowali o życiu innych sędziwych, zachęcali do zachowania pogody ducha, a także przygotowali osobę starszą do zamieszkania w domu opieki, w sytuacji gdy istnieje taka konieczność (A. Kamiński, 1975, 1986). A. Kamiński (1974, s. 375) podkreśla znaczenie obszaru wychowania dla starości, stwierdzając, że: „wszelka pomoc i opieka byłaby znacznie wydajniejsza i bardziej humanitarna, gdybyśmy mieli do dyspozycji wykwalifikowany i chętny do prac z osobami starszymi personel. Mam na myśli personel nie tylko uzbrojony w potrzebne wiadomości, ale także emocjonalnie aprobujący swą trudną pracę”. Kształcenie kadr gerontologicznych jest więc jednym z głównych zadań edukacyjnych współczesnych państw, gdyż warunkuje zapewnienie godnego i jakościowego życia osoby starszej.

Zarówno teoria aktywnego starzenia się, jak i wychowania do starości odzwierciedlają hasło, które jest aktualne i często przywoływane przez pedagogów i gerontologów: *dodać życia do lat* z roku 1951 autorstwa angielskiego lekarza, prekursora medycyny geriatrycznej – Basila Williama Sholto Mackenzie’go (Zych, 2017b). Hasło to jest przejawem procesu deinstytucjonalizacji na rzecz personalizacji w systemie pomocy na rzecz osób starszych. Odwołanie się do koncepcji wychowania do starości jest świadomym wyborem, gdyż poprzez przyporządkowanie aktywności do faz starości, Kamiński w sposób bardziej szczegółowy odnosi się do aktywności, uwzględniając w jej formach także osoby długowieczne. Wychowanie do starości A. Kamińskiego jest ważną koncepcją w pedagogice społecznej, podkreślającą znaczenie wychowania w każdej fazie życia człowieka. Zdaniem autora pedagogika jest nauką o wychowaniu człowieka we wszystkich fazach jego rozwoju, a wychowanie jest wspieraniem pomyślnego rozwoju psychofizycznego, społecznego i kulturalnego osób należących do wszystkich kategorii wiekowych. Nawet bowiem w wieku emerytalnym można i należy przyswajać wiedzę, kształtować umiejętności i nawyki. A. Kamiński uważał, iż przyczyna zainteresowania się pedagogiki społecznej zagadnieniami

gerontologicznymi tkwi w problematyce obrazu starości, np. manifestacją młodości, degradacją starości, przeobrażeniami rodziny. Stał na stanowisku, iż pedagogika społeczna powinna podjąć powyższe zagadnienia i dążyć do wdrażania ludzi starych do nowych zachowań, w tym aktywności i akceptowania starości (A. Kamiński, 1974). Wychowanie do starości staje się właściwe, twierdził A. Kamiński (1974, s. 369),

„[...] gdy się pozna głównych wrogów człowieka starego. Są to (w zakresie kompetencji pedagogiki społecznej, pomijając choroby):

– osamotnienie rzeczywiste, potęgowane przez narastające poczucie samotności [...] – osłabienie i zanik zainteresowań światem i ludźmi, sprawami dalekimi i bliskimi [...] – »rozangażowanie się« (disengagement) społeczne i uczuciowe [...] obojętniejąca ku wszystkiemu jednostka roluźnia i zrywa więzi, które ją jeszcze łączą z pozostałymi członkami rodziny, sąsiedztwem, grupą koleżeńską, instytucjami społecznymi; obumiera duchowo – przyspieszając śmierć fizyczną”.

Podstawowe wytyczne wychowania do starości polegają zatem na „realizowaniu, póki sił starczy, życiowej aktywności, a szczególnie pracy cenionej i użytecznej, oraz na wzmacnianiu tendencji do zaspokajania zainteresowań i wrażliwości na wszystko, co nowe, a także na utrzymywaniu kontaktów towarzyskich i szerszych społecznych, aby nie dopuszczać do samotności” (A. Kamiński, 1974, s. 369).

Przyjęcie koncepcji aktywnego starzenia się w polityce społecznej jako dominującej stało się koniecznością w celu sprostania wyzwaniom związanym ze starzejącym się społeczeństwem i oznaczało zmiany w polityce społecznej opartej dotychczas na wykorzystywaniu systemu świadczeń socjalnych do zapewnienia spokojnego życia osobom starszym. Odnosząc kierunek polityki społecznej do teorii analizujących kwestię starości i starzenia się można zatem rzec, iż wcześniejszy model polityki społecznej odzwierciedlał teorię wskazującą na naturalne wyłączenie ludzi starych z życia społecznego i gospodarczego oraz wycofanie z rynku pracy. Teoria wycofania i teoria aktywności stanowią w gerontologii społecznej dwa przeciwstawne bieguny, które są przedmiotem licznych analiz zarówno na gruncie krajowym, jak i zagranicznym.

Teoria wycofania (ang. *disengagement theory*) została opracowana przez Elaine Cumming i Williama E. Henry’ego (1961). „Wycofanie” oznacza proces wyłączenia się ludzi starszych z pełnienia ról przypisanych do wieku średniego. Teoria wycofania odnosząc się do procesu starzenia się poprzez strukturalny funkcjonalizm organizuje życie społeczne wg założeń, iż jednostki i społeczeństwo korzystają na utracie przez osoby starsze ról, które pełnione są przez osoby w średnim wieku. Osoby starsze postrzegane są jako pasywni przedstawiciele systemu społecznego. Takie podejście umożliwia pełnienie ról społecznych istotnych dla funkcjonowania społeczeństwa przez jednostki w sile wieku. Osoby starsze przechodząc na

emeryturę stwarzają przestrzeń dla bardziej wydajnych młodych ludzi, natomiast same zyskują czas na odpoczynek i przygotowanie się do śmierci (Halicki, 2006).

Zgodnie z założeniami prezentowanej teorii wycofanie się z uczestnictwa w życiu społecznym jest w rzeczywistości funkcjonalnie korzystne zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa. Wzajemność wycofywania się jest manifestowana z jednej strony przez pryzmat społeczeństwa w postaci sukcesywnej eliminacji ról, a z drugiej przez indywidualne wyłączenie, prowadzące do wewnętrznego zaabsorbowania własnym ja (Knapp, 1977). Następuje więc akceptowalny i naturalny proces oddzielania ludzi starzejących się od systemu społecznego. Teoria wycofania dominowała po drugiej wojnie światowej w okresie rozwoju europejskiego państwa opiekuńczego (Jurek, 2012; Zamorska, Makuch, 2018). Negatywny odbiór wycofania się z rynku pracy poprzez przejście na emeryturę został osłabiony dzięki zapewnieniu bezpieczeństwa socjalnego, w postaci emerytur. Dzięki temu społeczeństwo zareagowało pozytywnie na wycofanie się starych ludzi, przygotowując się tym samym na funkcjonowanie pod ich nieobecność. Teoria wycofania ze względu na stereotypowe postrzeganie osoby starszej, jako tej, która z wiekiem pozbawiona zostaje samodzielności życiowej, co powoduje zależność od otoczenia oraz coraz mniejszą chęć do bycia aktywnym w różnych wymiarach życia, a także propagowanie postawy wobec osoby starszej jako biernego odbiorcy świadczeń emerytalnych, stało się przyczyną krytyki owej teorii (Zamorska, Makuch, 2018). Emerytura w państwie opiekuńczym stała się synonimem do niezdolność, bezczynność, a także w pewnym wymiarze niepełnosprawności, a wiek stał się źródłem dyskryminacji w zatrudnieniu osób starszych.

Zachodzące zmiany społeczne, polegające na wydłużaniu się przeciętnego trwania życia, a także zmiany w obrębie postaw osób starszych, które wyrażają chęć pozostania aktywnym na rynku pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego, czy też dążenie do zapewnienia osobom starszym nie tylko odpowiedniego poziomu życia poprzez zabezpieczenia społeczne, ale także do jakościowego życia w okresie starości, sprawiły, że teoria wycofania przestała być aktualna. Zastąpiła ją teoria aktywności, która w latach 70. i 80. ubiegłego wieku upowszechniła się w doktrynie naukowej, stając się nowym paradygmatem dla polityki społecznej (Jurek, 2012).

### **2.3.2. Starzenie się w środowisku zamieszkania (*ang. Ageing in Place*) w procesie deinstytucjonalizacji**

Koncepcja ta stanowiła ważny element w procesie badawczym, gdyż zagadnieniem poddawanym analizie była pomoc środowiskowa dla osób starszych. Starzenie się

w środowisku zamieszkania jest istotne także w działaniach określanych jako deinstytucjonalizacja, czyli działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psycho-fizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych. Przesłanki deinstytucjonalizacji mają zarówno charakter ekonomiczny (koszt opieki stacjonarnej), jak i społeczny (preferencje klientów) (Krzyszkowski, 2018). Koncepcja starzenia się w środowisku zamieszkania wiąże się z podejmowaniem działań w kierunku przejścia od opieki instytucjonalnej do lokalnej, oraz podkreśla znaczenie lokalności i środowiska, w którym żyje osoba starsza. Termin starzenie się w środowisku zamieszkania (ang. *ageing in place*) jest stosunkowo nowy w gerontologii i ma wiele znaczeń (Pastalan, 1990). Celem starzenia się w środowisku zamieszkania jest taka aranżacja przestrzeni, infrastruktury i usług, aby umożliwić ludziom samodzielne, bezpieczne i wygodne mieszkanie we własnym otoczeniu do końca życia, również wtedy, kiedy będzie naznaczone niepełnosprawnością (Kilian, Czech, 2012). W definiowaniu tego terminu podkreśla się fakt zamieszkiwania w domu jako alternatywy do życia w instytucji, co umożliwi zachowanie osobie starszej choćby pewnego poziomu autonomii. Poniżej przedstawię wybrane definicje. Starzenie się w środowisku zamieszkania można zdefiniować jako stworzenie sytuacji, w której osoba starsza może dłużej pozostać we własnym, dobrze znanym otoczeniu, co opóźnia lub może wyeliminować konieczność przeniesienia się do specjalnych, instytucjonalnych ośrodków opieki stacjonarnej (Houben, 2001). Starzenie się w środowisku zamieszkania odnosi się do zdolności danej osoby do pozostania w miejscu zamieszkania i w danej społeczności. Opieka w placówkach całodobowych jest wyraźnie wykluczona (Schofield i in., 2006). Podstawowym założeniem tej koncepcji jest to, że pomoc osobom starszym w pozostaniu w domu w sposób zasadniczy i pozytywny przyczynia się do poprawy samopoczucia, niezależności, uczestnictwa w życiu społecznym i zdrowego starzenia się (Sixmith, 2008). Termin starzenie się w środowisku zamieszkania oznacza pozostawanie w domu, w społeczności, z pewnym poziomem niezależności (Davey i in., 2004). Ponadto w definicjach dotyczących starzenia się w środowisku zamieszkania wyraźnie stwierdza się, że aby zapewnić kontynuację niezależnego życia, osoby mogą liczyć na pomoc z zewnątrz zwykle w sytuacjach związanych z pogorszeniem stanu zdrowia. Tak więc idea niezależności związana ze starzeniem się w miejscu zamieszkania polega na istnieniu uzupełniających mechanizmów wsparcia, które umożliwiają jej realizację w praktyce. Tym samym koncepcja starzenia się w środowisku zamieszkania jest w ścisłym związku z infrastrukturą pomocową w danym środowisku.

Koncepcja starzenia się w środowisku zamieszkania odnosi się po pierwsze bezpośrednio do domu jako miejsca zamieszkania, które można uczynić bardziej funkcjonalne dla starszej osoby poprzez poczynienie pewnych modyfikacji i wyposażenie je w odpowiednie urządzenia asystujące (ang. *assistive technology*). Oznacza to, że wraz z postępującymi procesami starzenia się osoby starsze mogą bezpiecznie pozostać w swoich domach pod warunkiem, że mają zapewnione odpowiednie wsparcie i usługi. Koncepcja ta daje więc możliwość pozostania w domu podczas starzenia się i zachowania niezależności, prywatności, bezpieczeństwa, kompetencji i kontroli nad własnym środowiskiem (Dyck i in., 2005). Domy osób starszych w coraz większym stopniu stają się przestrzeniami krótko- lub długoterminowej opieki zapewnianej przez formalnych i nieformalnych opiekunów, zacierając tym samym granice między przestrzenią prywatną i społeczną, ponieważ świadczenie opieki wymaga pewnej ingerencji w prywatność (Dyck i in., 2005). Dom stając się głównym miejscem codziennego życia dla osoby starszej, która jest funkcjonalnie zależna, paradoksalnie staje się również najbardziej publiczną przestrzenią.

Po drugie koncepcja starzenia się w środowisku zamieszkania odnosi się nie tylko do domu osoby starszej, ale także do społeczności, w której żyje, poprzez członków rodziny, przyjaciół, sąsiadów, zgromadzenia religijne czy lokalne ośrodki pomocy społecznej. W badaniu longitudinalnym (Gilleard i in., 2007) stwierdzono, że wraz z wiekiem kiedy zmniejszyła się mobilność i aktywność osób starszych w środowisku lokalnym, ludzie czuli się bardziej przywiązani do swojej społeczności. Jak zauważa Lawton zaawansowany wiek powoduje wzrost przywiązania do miejsca oraz do środowiska społecznego i fizycznego (Lawton, 1985). Podkreśla to znaczenie środowiska lokalnego, szczególnie w kontekście dostępności do lokalnych usług pomocowych. Badanie (Wiles i in., 2011), w którym przeanalizowano, jak osoby starsze postrzegają starzenie się w miejscu zamieszkania, wykazało, że osoby starsze postrzegają tę koncepcję jako możliwość wyboru sposobu życia, dobry dostęp do usług i udogodnień, utrzymywanie kontaktów społecznych i interakcji między mieszkańcami oraz możliwość korzystania z usług społecznych w zakresie warunków życia, poczucie bezpieczeństwa w domu i w społeczności, a także poczucie niezależności i autonomii. Ważnym elementem koncepcji starzenia się w środowisku zamieszkania jest zatem fakt, iż uwzględnia ona nie tylko jednostki, ale i środowisko, od którego funkcjonowanie jednostki jest uzależnione. Oznacza to, że nie tylko osoba starsza ma przystosowywać się do sztywnych norm środowiska lecz także środowisko powinno dopasowywać własne normy do zmieniających się w czasie potrzeb mieszkańców, gdyż wraz z postępującym procesem starzenia się może pojawić się zapotrzebowanie na nowe usługi



(Kilian, 2016). Koncepcji starzenia się w środowisku zamieszkania w praktyce wiąże się ze stosowaniem teleopieki i telemedycyny. W tym względzie należy jednak pamiętać, iż teleopieka ma charakter wspomagający w realizacji omawianej koncepcji. Wykorzystanie jej jako narzędzia kompensującego w relacji osoba-środowisko może bowiem zwiększyć samotność osób starszych.

Wybór teorii aktywności oraz koncepcji starzenia się w środowisku zamieszkania w tej pracy podyktowany był faktem, iż koncentrują się one na aspekcie upodmiotawiania osoby starszej poprzez podejmowanie działań na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym. Interakcje zachodzące między osobą i otoczeniem mają zatem charakter dynamiczny – potrzeby jednostki i wymogi środowiskowe podlegają zmianom i wzajemnemu dopasowywaniu. W praktyce koncepcja starzenia się w środowisku zamieszkania wiąże się z przeprowadzaniem cyklicznych ocen jednostki i środowiska, których możliwości i potencjał z czasem ulegają zmianie.

#### **2.4. Triangulacja źródeł danych w badaniach empirycznych**

Dążąc do możliwie pełnej wiedzy na temat badanego przedmiotu wykorzystałam dane z różnych źródeł. Dzięki temu minimalizuję niebezpieczeństwo związane z tym, jak stwierdza Martyn Hammersley i Paul Atkinson (2000, s. 236), iż „polegając tylko na jednym źródle danych, możemy łatwo wyciągnąć błędne wnioski, które zniekształcą całą analizę”.

Triangulację źródeł danych Denzin określił jako dane uwzględniające trzy różne obszary: ludzi, czas i przestrzeń (Denzin, 2009). Te trzy punkty danych są ze sobą powiązane. Każdy z nich reprezentuje różne dane dotyczące tego samego wydarzenia, umożliwia to odkrywanie wspólnych cech w odmiennych warunkach. Ponadto, punkty danych mają miejsce w czasie, aby obserwować trwające interakcje (Fusch i in., 2018). W pracy wykorzystałam i porównałam dane pochodzące z różnych źródeł, to jest: z różnych miejsc, czyli z ośrodka pomocy w Polsce i w Anglii; od różnych osób: pracownicy socjalni, kierownicy, inne osoby pracujące w systemie pomocy. Zebrany materiał empiryczny pochodził zatem od źródeł osobowych i materialnych. W zakresie czasu wskazać należy, iż badania odnosiły się do okresu obecnego, czyli do funkcjonowania systemu pomocowego w Polsce i w Anglii w latach 2018–2022. Jednak w analizie i interpretacji danych były informacje odnoszące się do lat wcześniejszych, w szczególności w sytuacji odwoływania się do istotnych zmian w systemie, które wywarły wpływ na obecny sposób funkcjonowania systemu. Triangulacja danych umożliwiła połączenie danych pochodzących z różnych źródeł, a tym samym przyczyniła się do trafnego ujęcia specyficznego aspektu badanego zjawiska. Procedura

triangulacji danych pozwoliła uchwycić to, co wspólne w danych pochodzących z różnych źródeł, a dzięki temu zmniejsza lub ogranicza błąd wnioskowania.

Zastosowanie triangulacji metodologicznej, teoretycznej oraz źródeł danych miało wpływ na przeprowadzoną analizę danych w zakresie kilku ważnych kroków: zbierania danych, redukcji danych i wyciągania wniosków. Istotą dokonywanej analizy jest badanie relacji i zjawisk. W tym momencie badacz przestaje opisywać, a zaczyna wyjaśniać, dlaczego rzeczy są takie, jakie są. Aspekty dotyczące organizacji i przebiegu procesu badawczego przedstawiłam w następnym podrozdziale.

## **2.5. Przebieg procesu badawczego**

Przeprowadzenie badań empirycznych w prezentowanej tematyce wiązało się z szeregiem działań, które podjęte zostały w określonych etapach:

- wystosowanie pism oficjalnych do instytucji w Polsce i w Anglii z prośbą o przeprowadzenie badań,
- analiza literatury przedmiotu dotycząca problematyki gerontologicznej i pedagogicznej oraz systemu pomocy środowiskowej,
- opracowanie założeń metodologicznych niniejszej pracy badawczej,
- konstrukcja narzędzi badawczych: kwestionariusze wywiadu i scenariusze trzech seniorów,
- przeprowadzenie badań w Polsce i w Anglii oraz przygotowanie pozyskanego materiału badawczego do jego analizy (transkrypcja wywiadów),
- analiza i interpretacja jakościowa materiału empirycznego,
- przeprowadzanie korekty i redakcja tekstu.

Początkowym etapem pracy był wybór badanych instytucji. W przypadku Anglii, naturalnym dla mnie wyborem był ośrodek, w którym pracowałam mieszkając za granicą<sup>13</sup>. Doświadczenie to stało się inspiracją do podejmowania działań w zakresie pomocy środowiskowej na rzecz osób starszych w Polsce i umożliwiło przeprowadzenie badań w Anglii. Wybór ośrodka w Polsce odnosił się do skali podejmowanych w danym ośrodku działań. W związku z powyższym miał być to ośrodek działający na terenie dużej aglomeracji, gdyż jego możliwości działania są bardziej zróżnicowane w stosunku do ośrodków funkcjonujących w małych miejscowościach, choćby pod względem współpracy z sektorem pozarządowym. Kierując się tym aspektem, wybrany został ośrodek pomocy

---

<sup>13</sup> Ośrodek ten znajduje się w miejscowości Burton upon Trent, liczącej ok 50 tys. mieszkańców, ulokowanej w środkowej części Anglii, niedaleko Birmingham. Jest to miasto przemysłowe, słynące z produkcji piwowarskiej. Pod względem podziału administracyjnego miasto to przynależy do hrabstwa Staffordshire. Jest to miasto przemysłowe, dużą część jego mieszkańców stanowią imigranci – przyp. J. K. H.

społecznej we Wrocławiu. Wybór dużego ośrodka stwarza możliwość pokazania szerszego spektrum działań w zakresie osób starszych. Pracując w ośrodku w gminie miejsko-wiejskiej mam świadomość ograniczeń w zakresie podejmowanych działań, dotyczących m.in. mniejszej liczby podmiotów, z którymi można podjąć współpracę, mniejszych zasobów finansowych i rzeczowych. Przeprowadzenie badań w wybranych ośrodkach wiązało się z wystosowaniem formalnego pisma do obu instytucji z prośbą o zgodę na przeprowadzenie badań. Każda z badanych osób otrzymała w formie pisemnej „Informację dla uczestnika badania naukowego”, w której zawarto m.in. ogólne dane dotyczące badania, a także informacje na temat prywatności – udział w badaniu jest anonimowy, prawa do odmowy i wycofania się oraz aspektu finansowego – udział w badaniu jest bezpłatny (Aneks, zał. nr 8, s. 345 i zał. nr 9, s. 350). Osoby, z którymi przeprowadzałam wywiad wyraziły w formie pisemnej zgodę na wykorzystanie wywiadu/nagrania oraz zgodę na wzięcie udziału w badaniu naukowym (Aneks, zał. nr 10, s. 353 i zał. nr 11, s. 354). Dokumenty te zostały przedstawione także osobom badanym w Anglii w wersji anglojęzycznej. Dodatkowo każdorazowo przed rozpoczęciem wywiadu pytałam osoby biorące udział o wyrażenie zgody na nagrywanie wywiadu. W celu przeprowadzenia badań empirycznych opracowałam dwa narzędzia badawcze, tj. kwestionariusze wywiadu oraz scenariusze trzech osób starszych. Dużym wyzwaniem dla mnie było przeprowadzenie wywiadów w Anglii, gdyż reforma systemu z 2014 roku wprowadziła wiele zmian w funkcjonowaniu pomocy środowiskowej, co też często było podkreślane przez osoby badane.

Dodatkowym wyzwaniem było tłumaczenie nazw własnych stosowanych w Anglii, np. *Discharge to Assess, Reablement, Brokerage Team*, czy też *occupational therapist* (OT) w ten sposób, aby przekazać ich znaczenie. W przypadku interpretacji OT występuje dodatkowa trudność, gdyż zawód terapeuty zajęciowego przyjmuje inne znaczenie w Polsce i w Anglii. Wywiady w wersji angielskiej poddane były transkrypcji w oryginale, a następnie zostały przetłumaczone na język polski.

Realizując schemat badań poprzez zastosowanie porównawczego studium przypadku najpierw przedstawiłam opisy przypadków, aby następnie przeprowadzić analizę porównawczą przypadków w wybranych sześciu obszarach badawczych (formy pomocy środowiskowej, kryteria kwalifikowania do pomocy, formy pomocy dla opiekunów nieformalnych, współpraca międzysektorowa i wewnątrzsektorowa, aktywizacja seniorów, edukacja do starości) w odniesieniu do zidentyfikowanych różnic i podobieństw. W metodzie studium przypadku wymaga się bowiem dogłębnego poznania każdego pojedynczego

przypadku (Stake, 2014). Indywidualna analiza przypadku składała się z następujących części:

– opis systemu pomocy środowiskowej z uwzględnieniem kontekstu historycznego, gospodarczego i kulturowego (Roz. III)

– interpretacja systemu pomocy środowiskowej w zakresie obszarów badawczych (Roz. IV)

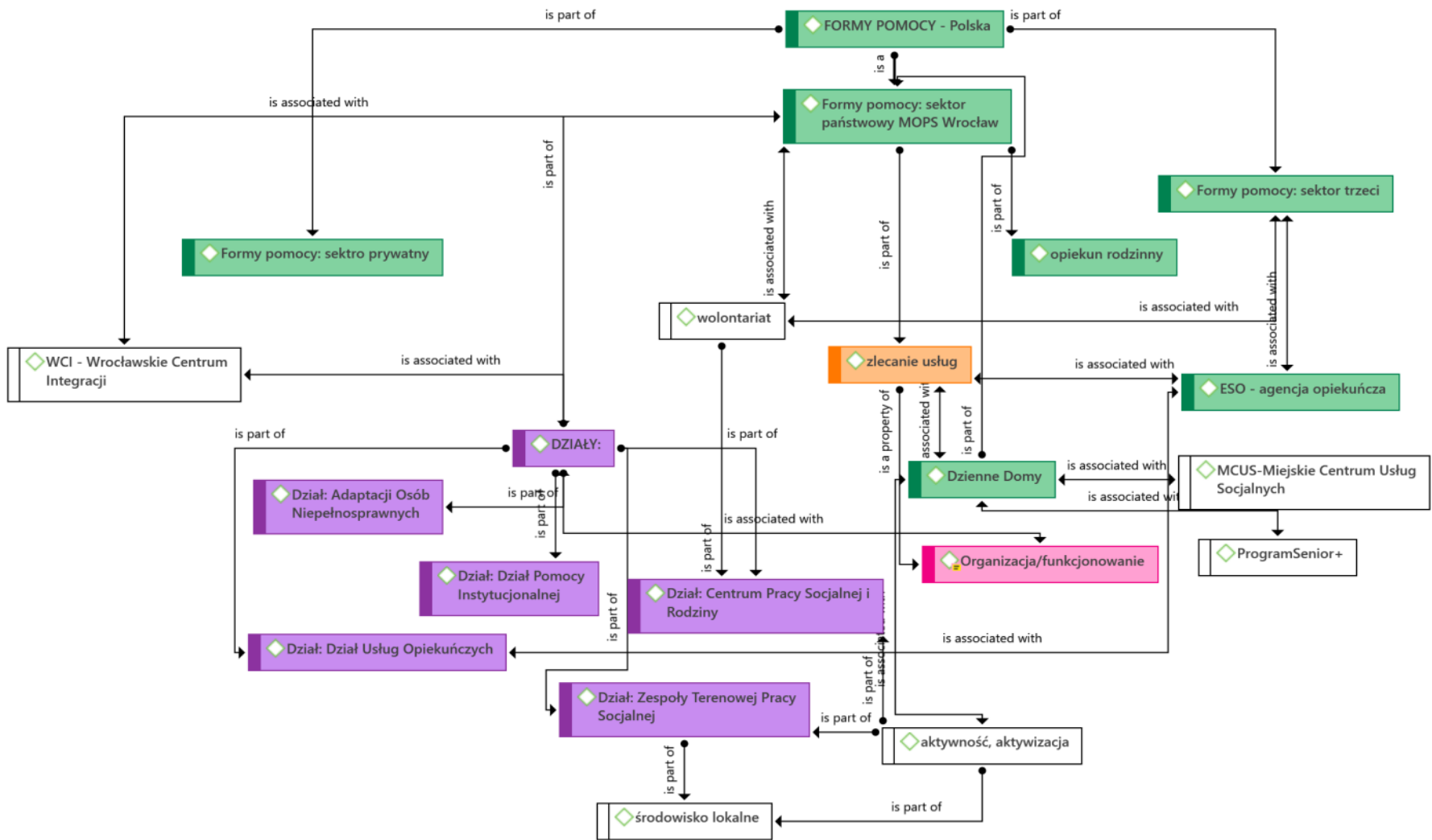
– na podstawie materiału empirycznego skonstruowanie planu pomocy do trzech scenariuszy seniorów (Aneks, zał. nr 1, s. 313 i zał. nr 2, s. 322). Pierwsze badania przeprowadziłam we Wrocławiu w okresie od października do grudnia 2019 roku. Badania w Anglii przeprowadziłam w lutym 2020 roku. Był to rok przełomowy pod względem dwóch czynników. Pierwszym było wyjście Anglii z UE. Wydarzenie to miało dla mnie wymiar symboliczny i praktyczny. Symboliczny wiązał się tym, iż mój wyjazd do Anglii w 2004 roku był czasem przystąpienia Polski do UE, z którą Anglia była utożsamiana. Natomiast mój powrót do Anglii po latach odbył się w trudnym momencie Brexitu. Wymiar praktyczny dotyczył ryzyka związanego z brakiem możliwości przekroczenia granicy bez paszportu – nie było spójnych informacji dotyczących przekraczania granic na podstawie dowodów osobistych. W związku z tym, iż mój paszport stracił ważność w roku 2017 złożyłam wniosek o nowy, nie miałam jednak pewności, iż odbiorę paszport przed wylotem. Inne znaczenie wymiaru praktycznego wiązało się z tym, iż podczas przeprowadzanych wywiadów uzyskałam informację, że Brexit ma wpływ m.in. na zmniejszenie kadry wśród opiekunów pochodzących z krajów członkowskich UE. Drugi czynnik przełomowy dla 2020 roku wiąże się z pojawieniem pandemii koronawirusa. Temat pandemii zaczął wybrzmiewać przed moim wylotem do Anglii. Będąc w Anglii śledziłam na bieżąco informacje w wiadomościach, ale nie było jeszcze żadnych konkretnych decyzji dotyczących wprowadzania ograniczeń i środków zapobiegawczych. Przebywając na ulicach, w hotelu, czy przeprowadzając wywiady nie było jeszcze obowiązku noszenia maseczek. W kilka miesięcy po powrocie do Polski zamknięto granice, co oznaczało brak możliwości podróżowania do innych krajów. Wówczas zdałam sobie sprawę, iż gdybym zaplanowała badania w Anglii na dwa miesiące później to nie doszłyby one do skutku. Pandemia wywarła jednak wpływ na badania w Polsce, gdyż dwa wywiady miały odbyć się po powrocie do Polski. Wraz z wprowadzaniem obostrzeń związanych z pandemią wywiady te odbyły się z opóźnieniem w formie zdalnej poprzez telefon.

Przeprowadzając analizę zebranego materiału empirycznego w drodze wywiadów zastosowałam kodowanie poprzez użycie programu Atlas. Użyłam klucza kategoryzacyjnego, składającego się z pytań, na które poszukiwałam odpowiedzi w analizowanym tekście,

takiego jak: Jakie wątki pojawiające się w wypowiedziach dotyczą obszarów badawczych, czyli: środowiskowe formy pomocy, kryteria kwalifikowania do pomocy, formy pomocy dla opiekunów nieformalnych, współpraca wewnątrzsektorowa i międzysektorowa, aktywizacja, edukacja do starości. Zgodnie ze stwierdzeniem Babbie, że „w analizie treści przekazy – ustne, pisane lub inne – są kodowane lub klasyfikowane według pewnych ram pojęciowych” (Babbie, 2008, s. 363), przyjąłam porównawcze obszary badawcze za system kodowania w analizie zebranego materiału, jako sposób na zorganizowanie i przygotowanie danych oraz uczynienie ich użytecznymi dla analizy. Ponadto obszary badawcze w zestawieniu z poszczególnymi podmiotami/działami stworzyły możliwość skonstruowania schematów występujących form pomocy w badanych instytucjach pomocowych w Polsce i w Anglii, które przedstawiłam na rys. 8 i 9.

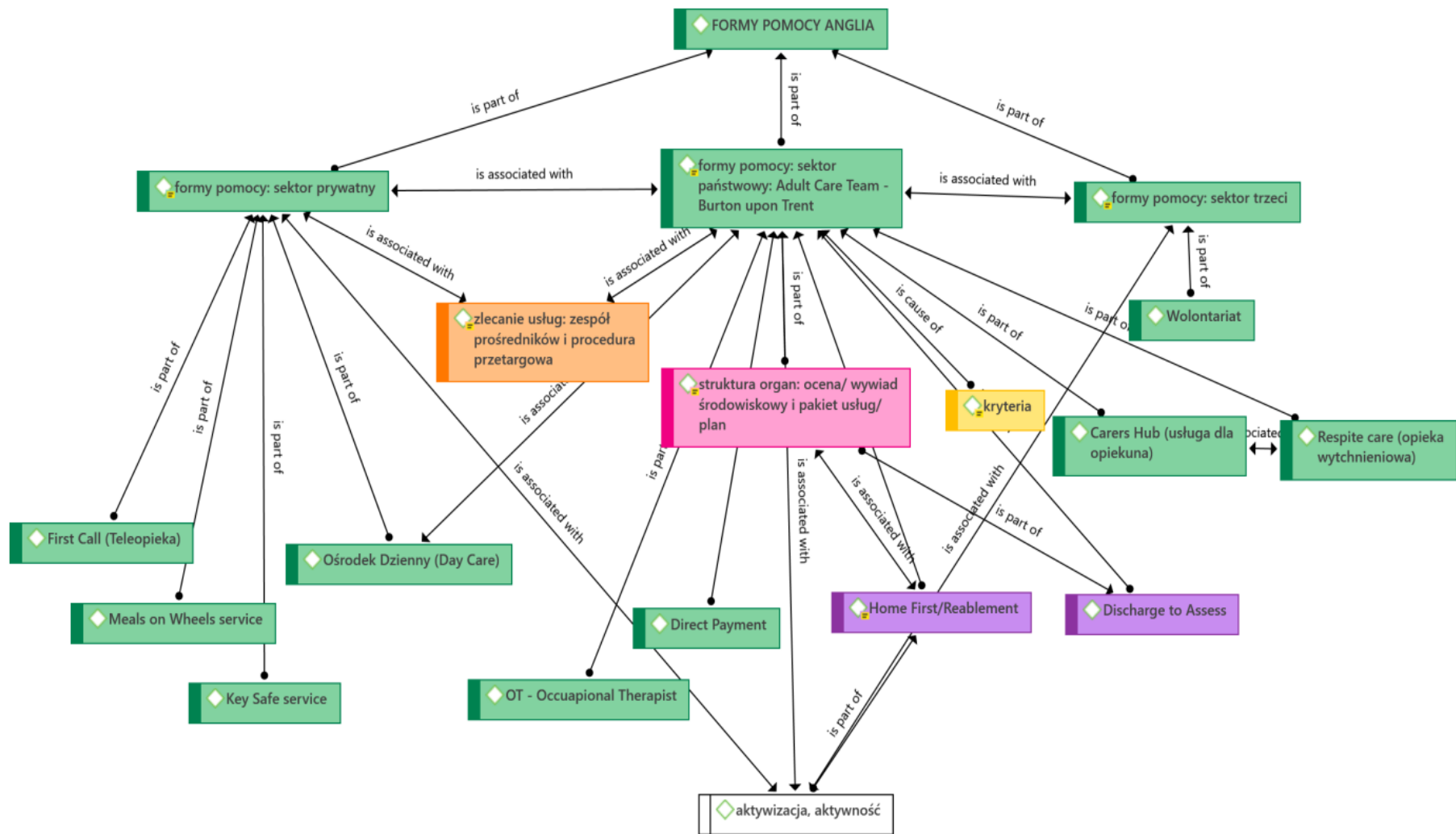
Celem przeprowadzonej analizy dwóch przypadków w niniejszych badaniach było przedstawienie dwóch systemów pomocy środowiskowej, ich form pomocy, struktury organizacyjnej, sposobu funkcjonowania, a odnosząc się do terminologii pedagogii społecznej możliwości wpływu/pomocy środowiska lokanego na środowisko indywidualne (rodzinne). Ponadto poprzez dokonaną analizę przypadku angielskiego ustaliłam czynniki składające się na dobre praktyki w zakresie systemu pomocowego w Anglii i rozważyłam możliwość ich aplikacji do systemu pomocowego w Polsce. Na potrzeby badań własnych posłużyłam się triangulacją metod, teorii oraz źródeł danych, aby w wyniku procesu badawczego: przedstawić system pomocy środowiskowej poprzez sposób funkcjonowania instytucji pomocowej; odnaleźć podobieństwa i różnice w obszarach badawczych; przedstawić dobre praktyki, a następnie sformułować wnioski i rekomendacje.

Całość analizy porównawczej wiązała się ze stworzeniem ogólnego wytłumaczenia pasującego do każdego indywidualnego przypadku (Strumińska-Kutra, Kołodkiewicz, 2012). Oznacza to, iż ośrodki pomocy społecznej jako indywidualne przypadki w niniejszej pracy funkcjonują z jednej strony – w sferze mezzo – w sposób uwzględniający własne uwarunkowania lokalne i środowiskowe, a z drugiej – w sferze macro – ich funkcjonowanie determinowane jest systemem prawnym w formie ustaw i przepisów, które są obligatoryjne dla każdego ośrodka. Przedstawienie studium przypadku w Polsce i w Anglii stanowi więc egzemplifikację środowiskowego systemu pomocowego tych krajów, który oddziałuje na osobę starszą w skali globalnej, macro i mezzo. Reasumując, w przeprowadzonej analizie badawczej uwzględniłam różne płaszczyzny, co obrazuje rysunek 10.



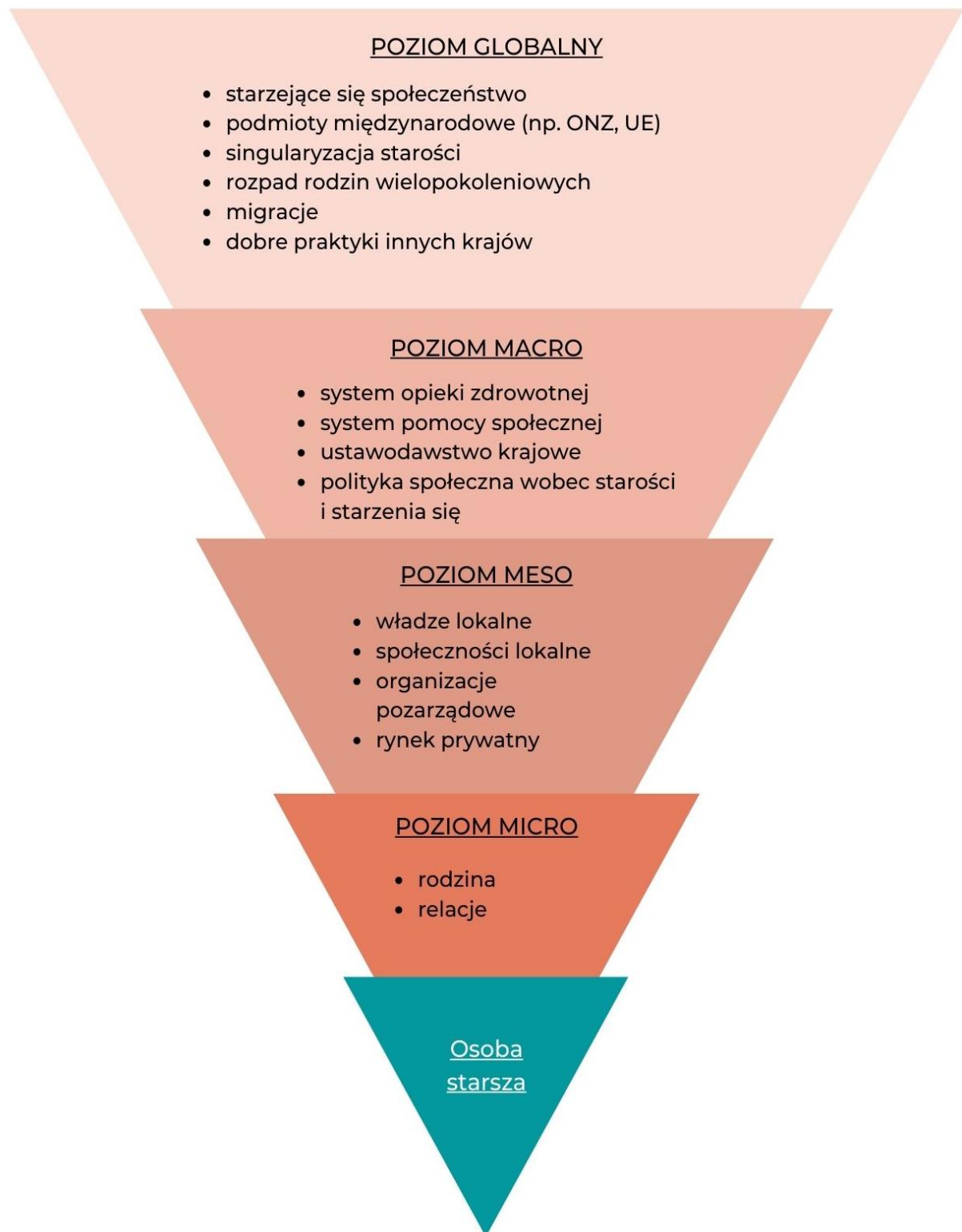
Rys. 8. Schemat pomocy dla osób starszych w Polsce na przykładzie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu

Źródło: Opracowanie własne.



Rys. 9. Schemat pomocy dla osób starszych w Anglii na przykładzie ośrodka pomocy dla dorosłych w Burton-Upon-Trent

Źródło: Opracowanie własne.



Rys. 10. Poziomy analizy systemu pomocy dla osób starszych

Źródło: Opracowanie własne



### **III Analiza systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i w Anglii – analiza i interpretacja wyników badań**

#### **3.1. Polska i angielska polityka senioralna**

Kraje demokratyczne, które współcześnie realizują pomoc społeczną charakteryzują się elementami wspólnymi: oparcie systemu państwa na demokratycznych podstawach, a systemu gospodarki na wolnym rynku i prywatnej własności środków produkcji, a także funkcjonowanie systemu prawnego gwarantującego obywatelom prawa socjalne, co w konsekwencji zapewnia obywatelom systemowe rozwiązania z zakresu opieki społecznej (Zarzewny, 2001).

Między poszczególnymi krajami, w tym między Polską a Anglią, występują jednak różnice w realizowaniu zadań z zakresu pomocy społecznej. Wynika to z „przesłanek historycznych, kulturowych, politycznych i gospodarczych, decydujących o kierunkach i charakterze rozwoju systemu ochrony socjalnej [...]. Różna intensywność procesu industrializacji [...], a także społeczne i polityczne przewroty i rewolucje [...] spowodowały zróżnicowanie warunków powstania instytucji i praw socjalnych” (Zarzewny, 2001, s. 85).

W literaturze przedmiotu podkreśla się ponadto trudność w komparatystyce dotyczącej rozwiązań politycznych w obszarze pomocy społecznej. Trudność ta wynika z faktu, iż działania z zakresu pomocy społecznej podejmowane są nie tylko przez instytucje publiczne, ale też rynkowe, pozarządowe oraz członków rodzin. Ponadto działania te pozostają w silnym związku z innymi obszarami polityki społecznej, szczególnie polityką zdrowotną i edukacyjną (Hill, 2010).

Zaznaczyć należy także, iż badania w zakresie pomocy społecznej nie mogą odbywać się w oderwaniu od innych elementów składowych państwa (społeczeństwa, gospodarki, systemu prawa itd.), gdyż prawa socjalne, jak i wolności nie są odizolowane od innych grup wolności i praw danej jednostki, takich jak: politycznych, kulturalnych, ekonomicznych, czy też obywatelskich (Kokoszkiwicz, 2015). Pomimo tego podjęłam próbę analizy systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i Anglii, koncentrując się na pomocy środowiskowej.

Indywidualne uwarunkowania poszczególnych krajów przyczyniają się do tego, iż nie istnieją obecnie wyraźnie wyodrębnione modele opieki nad seniorami (Kujawska, 2015), czy też usystematyzowane kategorie usług opiekuńczych dla seniorów (Jurek, 2007). Oznacza to, że każdy z krajów funkcjonuje w oparciu o własną strukturę i formy pomocy społecznej, które

ukształtowane zostały przez czynniki, takie jak: tradycja, kultura i/lub dostępność środków finansowych.

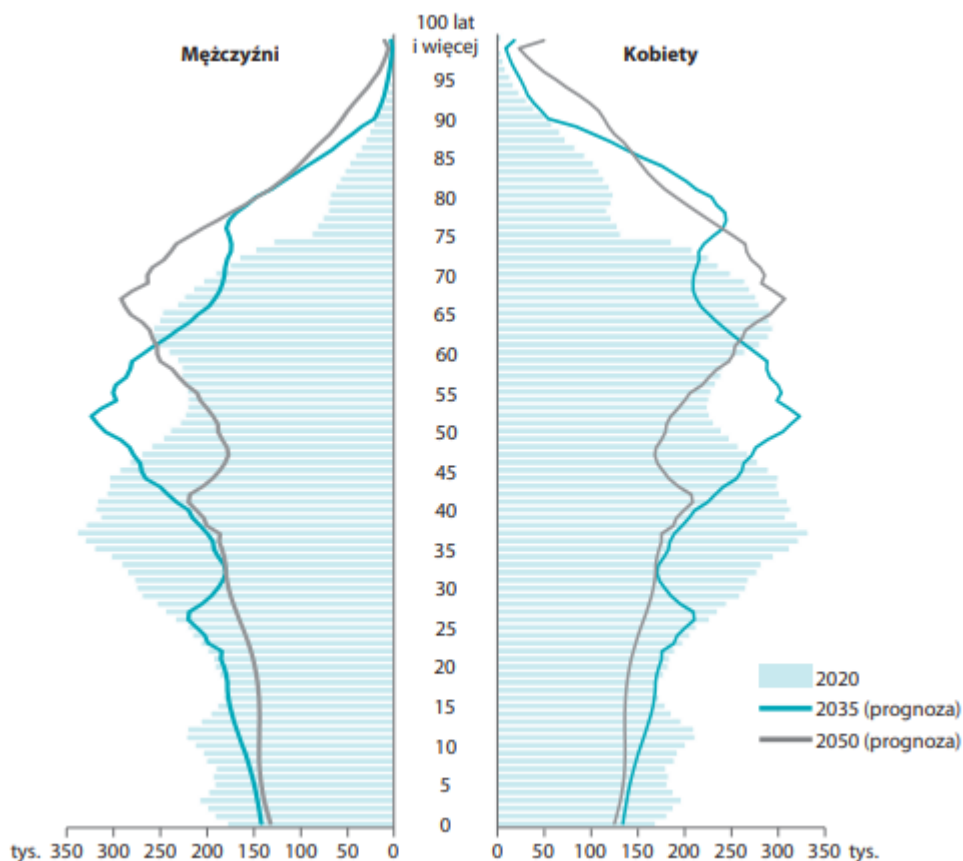
Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile nie ma usystematyzowanych kategorii usług, o tyle można mówić o wypracowaniu w ostatnim dwudziestoleciu wspólnych cech systemu pomocowego. Zalicza się do nich: przeniesienie kierunku opieki na opiekę środowiskową, podkreślenie znaczenia świadczeń pieniężnych i ważnej roli opiekunów nieformalnych. W ujednoczeniu rozwiązań z zakresu działań pomocowych dużą rolę odgrywają zmiany wspierane przez Unię Europejską, określające nowy, wspólny dla wielu państw model polityki społecznej, przedstawiany jako mieszane usługi społeczne (ang. *social services mix state*) (Grewiński, 2013). Model ten m.in. opiera się na zindywidualizowanych usługach świadczonych przez sektor publiczny, pozarządowy, rynkowy, jak i nieformalny oraz na łączonym finansowaniu pochodzącym z budżetu państwa, samorządów terytorialnych, środków własnych klienta i innych źródeł (Grewiński, 2014).

### **3.1.1. Polityka senioralna w Polsce**

Dane uzyskane w Narodowym Spisie Powszechnym (NSP) ludności i mieszkań 2021 (Szałtys, 2022) potwierdzają obserwowane od szeregu lat kierunki, czyli malejący odsetek dzieci i młodzieży oraz starzenie się ludności w wieku produkcyjnym, a także coraz większy udział ludności w wieku emerytalnym. Podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy jest niska dzietność, nie gwarantująca prostej zastępowalności pokoleń, co pogłębia proces starzenia się polskiego społeczeństwa.

Według prognozy demograficznej w perspektywie do roku 2050 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. Równoległe do przewidywanego spadku liczby ludności o 4,3 mln osób do roku 2050, spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym (Wyszkowska i in., 2021).

Tendencję tę potwierdzają wyniki NSP 2021, wg których zwiększył się udział ludności w wieku poprodukcyjnym – z 16,9% do 22,3% w stosunku do roku 2011. Oznacza to, że w ciągu dekady przybyło ok. 2 mln osób w grupie wieku 60/65 i więcej, a tym samym już ponad co 5. mieszkańców Polski miał więcej niż 60 lat. Co więcej, odnotowano także wzrost współczynnika obciążenia. W 2021 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 69 osób w wieku nieprodukcyjnym, tj. o ok. 14 osób więcej niż miało to miejsce w 2011 r. (Szałtys, 2022).



Rys. 11. Prognoza demograficzna ludności Polski w perspektywie do 2050 r.

Źródło: Wyszowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* Warszawa, Białystok: Główny Urząd Statystyczny, s. 23.

Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej według prognozy GUS w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 10,8 mln (wzrost o 10,0% w stosunku do roku 2020), w roku 2040 na poziomie 12,3 mln (wzrost o 25,1%). W 2050 r. w Polsce będzie mieszkać 13,7 mln osób w starszym wieku (tj. o 39,8% więcej niż w 2020 r.), stanowiąc 40,4% społeczeństwa.

W całym okresie prognozy, tj. do 2050 r. obserwowana będzie większa liczba kobiet niż mężczyzn wśród ludności Polski, szczególnie w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym. W zbiorowości osób starszych w 2030 r. na 100 mężczyzn przypadają będzie 135 kobiet, a w 2050 r. wskaźnik ten osiągnie wartość 122. W 2050 r. jedynie w przypadku najmłodszej grupy osób w wieku emerytalnym (60–64 lata) nie będzie obserwowano zwiększenia liczebności w stosunku do roku 2020. Najwięcej przybędzie osób w najstarszej grupie wieku, tj. w wieku 85 lat i więcej. Prognozuje się, że liczebność tej grupy zwiększy się ponad 2,5-krotnie w porównaniu z rokiem 2020 (Wyszowska i in., 2021).

W zmianach struktury dostrzegany jest wpływ wyżów i niżów urodzeń z przeszłości. Do 2025 r. będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji 65–79 lat, bowiem tę grupę osób starszych

będą sukcesywnie zasilają osoby urodzone w latach 1949–1965, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934–1945. Po 2025 r. drastycznie wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków i starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w 1945 r. i później, a więc „pochodzące” z powojennego boomu urodzeń, zaś echo tego wyżu zasili grupę osób w wieku 65 lat i więcej. W 2040 r. osoby ponad osiemdziesięcioletnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych – 65 lat i więcej. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w ogólnej populacji osób starszych (65 i więcej) zmniejszy się do 32% (Waligórska i in., 2014).

Zmiany demograficzne wpływają na kształt polityki społecznej zarówno w Polsce, jak i w Anglii. W przypadku angielskiego systemu pomocowego dla osób starszych za początek polityki senioralnej można przyjąć Ustawę o prawie ubogich z 1601 r., w której spośród kilku kategorii osób wyodrębniona została grupa starców, jako tych, którzy nie są zdolni do pracy. Natomiast wymiar legislacyjny starości w polskim systemie pomocowym powiązać można z utworzeniem przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Departamentu Polityki Senioralnej w 2012 roku, odpowiedzialnego za tworzenie polskiej polityki senioralnej oraz z uchwaleniem Ustawy o osobach starszych w 2015 roku (Dz. U. 2015, poz. 1705). Dokument ten zobowiązuje organy administracji publicznej i państwowe jednostki organizacyjne do pozyskiwania informacji w zakresie m.in. zmian demograficznych; aktywności zawodowej i społecznej; aktywności edukacyjnej, kulturalnej, sportowej i rekreacyjnej osób starszych; dochodów i warunków mieszkaniowych; stanu zdrowia i dostępu do usług medycznych; sytuacji rodzinnej i dostępu do świadczeń socjalnych; dostępu do usług opiekuńczych oraz towarów i konsumpcji (Trafiałek, 2016). W Ustawie o osobach starszych określono też, iż osoba starsza to ta, która ukończyła 60. rok życia. Jest to o tyle istotne, iż w ustawie o pomocy społecznej nie jest wskazany wiek osoby starszej.

Analizując polską politykę senioralną należy wymienić dwa dokumenty. Pierwszy to Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. W dokumencie tym zdefiniowano politykę senioralną jako „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się” (Uchwała 2013, nr 238, poz. 118). Definicję tę uzupełniono o stwierdzenie, że „na potrzeby niniejszego dokumentu polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego

życia osób starszych” (Uchwała 2013, nr 238, poz. 118). Drugim dokumentem, który aktualnie wyznacza kierunek polityce senioralnej, przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 26 października 2018 r. jest Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność<sup>14</sup>.

W dokumencie tym po raz pierwszy zaprojektowane zostały działania skierowane do niesamodzielnych osób starszych:

- 1) Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych.
- 2) Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych.
- 3) Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym.
- 4) System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne (Uchwała 2018, nr 161, poz. 1169).

Następnym przytoczonym dokumentem jest Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) (Uchwała 2022, nr 135, poz. 767). Dokument ten jest istotny nie tylko z punktu widzenia osób starszych, ale także innych osób niesamodzielnych, czy znajdujących się w kryzysie. Usługi społeczne mają się przyczyniać do realizacji co najmniej dziesięciu zasad Filaru Praw Socjalnych, przyjętego 17 listopada 2017 r. przez instytucje UE. Punkt 18 odnosi się bezpośrednio do opieki długoterminowej, w którym stwierdza się, że „każdy ma prawo do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych” (Council of the European Union, 2017, s. 6).

---

<sup>14</sup> Dokument przewiduje realizację szeregu działań wobec ogółu osób starszych w ramach następujących obszarów: 1) Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie. 2) Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej i religijnej. 3) Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych oraz sytuacji rodzinnej. 4) Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. 5) Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych. 6) Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej. 7) Działania na rzecz edukacji dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze) (Uchwała 2018, nr 161, poz. 1169) – przyp. J. K. H.

Usługi społeczne powinny zatem być organizowane w sposób, który zapewni najbardziej przyjazne i optymalne warunki realizacji potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Stąd też przyjmuje się, że usługi społeczne powinny mieć charakter bardziej zdeinstytucjonalizowany, co właśnie oznacza rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania. Przyjęcie dokumentu Strategia rozwoju usług społecznych stało się podstawą do opracowania wytycznych tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych jako materiału kierującego i pomocniczego do stworzenia Lokalnych Planów Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych. W związku z przyjęciem Strategii rozwoju usług społecznych odbyły się konferencje regionalne we wszystkich województwach organizowane przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Podczas konferencji pn. „Deinstytucjonalizacja usług społecznych – dobre praktyki” zostały przedstawione przez dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej założenia deinstytucjonalizacji, jej idee a także regulamin konkursu grantowego w sprawie Lokalnych Planów Deinstytucjonalizacji (Pawlak, 2022). W siedzibie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego konferencja ta odbyła się 27 maja 2022 r. Uczestnicząc w tej konferencji miałam możliwość obserwować reakcje, jakie pojawiły się wśród osób zgromadzonych na sali, które wybrzmiały podczas ostatniej części konferencji poświęconej zadawaniu pytań. Poza zgodą na to, iż zmiany w kierunku deinstytucjonalizacji są koniecznością, pojawiało się wiele obaw i niepewności w zakresie implementacji przedstawionych wytycznych. Dotoczyły one przede wszystkim problemów związanych z brakiem kadry i dociążaniem niewystarczającej liczby pracowników dodatkowymi zadaniami związanymi z deinstytucjonalizacją, niewystarczającymi środkami finansowymi, nieścisłością przepisów w sprawie stosowania prawa zamówień publicznych w sytuacji, gdy osoba wyznacza konkretną osobę na swojego asystenta, brakiem ciągłości w ogłaszanych programach – nie wszystkie gminy mogą zabezpieczyć środki na realizację zadania do momentu uzyskania środków z wnioskowanego programu. W odpowiedzi można było usłyszeć, iż deinstytucjonalizacja jest procesem i będzie przebiegać stopniowo i przez wiele lat. Nie jest możliwym podjęcie prac nad wieloma wątkami w tym samym czasie. W zakresie opieki wychowawczej i asystentury podkreślono, iż na chwilę obecną mają one charakter programowy, a nie prawny. Jednak w przyszłości planowane jest podjęcie działań w kierunku umocnienia tych rozwiązań na gruncie ustawowym. Biorąc udział w tej konferencji zadałam pytanie dotyczące wspierania opiekunów nieformalnych poprzez wprowadzenie rozwiązań tj. np. ocena ich potrzeb, aby docierać do opiekunów zanim będą w kryzysie spowodowanym pełnieniem roli opiekuna. Odpowiedzią w tym zakresie jest program opieka wychowawcza

oraz możliwość przesłania dobrych praktyk oraz pomysłów do Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej, gdyż prace nad deinstytucjonalizacją ciągle trwają i są przedmiotem analiz.

Można przyjąć, iż ze względu na krótki okres funkcjonowania polskiej polityki senioralnej, jest ona w fazie kształtowania. Odwołując się natomiast do działalności opiekuńczych w Polsce wskazać należy, iż ich geneza wiąże się z ideą dobroczynności wyrażaną poprzez funkcjonowanie zakonów i stowarzyszeń religijnych, w szczególności z prowadzonymi przez nie szpitalami (Sieciński, 2016), a także podmiotów prywatnych, tj. towarzystwa dobroczynne, organizacje kupców, czy rzemieślników (Sierpowska, 2011).

Dobroczynność jest jednym z trzech etapów rozwoju opieki w Polsce. Drugim etapem jest opieka społeczna, a trzecim – pomoc społeczna (Geremek, 1989). Przy czym brak jest wyraźnie określonej cezury poszczególnych faz. W ramach dobroczynności wyodrębnia się dobroczynność prywatną (osoby prywatne, kościoły, klasztory) i publiczną (związaną z działalnością państwa). Przykładem działalności publicznej w okresie dobroczynności jest utworzenie Komisji Szpitalnej w 1776 r., która wychodziła z założenia, że nadmierna ilość żebraków zdolnych do pracy odbiera jałmużnę naprawdę jej potrzebującym, zakazała jej udzielania osobom, które nie mają do tego uprawnień, tj. nie posiadają pozwolenia na uprawianie żebraniwy wydanego przez działające w miastach magistraty (Kokoszkiwicz, 2015). „Tylko ubogich, starych i chorych miano umieszczać w szpitalach, tych natomiast, którzy wywodzili się ze szlachty należało kierować do rodziny, której obowiązkiem było dać krewnemu zaopatrzenie i mieszkanie” (Stopka, 2009, s. 44). W XIX wieku w Polsce doszło do wyróżnienia starości w domenie państwa: w 1820 roku z inicjatywy magistratu powstał Miejski Szpital dla Starców, który finansowany był częściowo z funduszy magistrackich, a częściowo prywatnych (Młóżniak, 2016). Za tym przykładem poszły inne placówki, tym razem założone przez stowarzyszenia religijne. Wprowadzenie nazwy dom/szpital starców sugeruje, że starość została uznana za „problem społeczny”, sprawę państwa, a jednocześnie ten „problem” został zaklasyfikowany jako naturalny, normalny, można by rzec, element kształtujący strukturę i kondycję społeczeństwa. W XIX wieku starość zaczyna funkcjonować jako demograficzny wyróżnik pewnej kategorii społecznej, jako etap życia. Ludzie starzy tak wcześniej, jak i w wieku XIX – będzie tak nieomal do czasów współczesnych – mają społeczne prawo do nieuczestniczenia w „aktywnym” życiu (Młóżniak, 2016). Okres dobroczynności przechodzi w etap opieki po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, kiedy to czas zaborów pozostawił swój ślad w postaci antagonizmów wynikających z współistnienia

na terenie kraju trzech odrębnych zestawów praw, instytucji i różnych uprawnień socjalnych (Młodziak, 2016). Pierwszą kompleksową regulacją prawną tego okresu z zakresu pomocy społecznej była ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej (Dz. U. 1923, nr 92, poz. 726 ze zm.). Zgodnie z art. 1 Ustawy opieka społeczna państwa polegała na „zaspokajaniu ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą” (Dz. U. 1923, nr 92, poz. 726 ze zm.). Zakres opieki obejmował: dostarczanie koniecznych środków życiowych i odzieży, zapewnienie miejsca zamieszkania, pomoc w dziedzinie higieniczno-sanitarnej (art. 3, Dz. U. 1923, nr 92, poz. 726). Starcy znaleźli się w grupie adresatów działań opiekuńczych wraz z dziećmi, matkami, inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i niezdolnymi do pracy. Starość postrzegana jest więc jako czynnik powodujący całkowitą niezdolność do pracy, czyli uprawniający do otrzymywania świadczeń opieki społecznej (Młodziak, 2016). W ustawie tej określono, że państwo ponosi odpowiedzialność za opiekę, ale wykonawcą polityki były samorządy gminne, powiatowe i wojewódzkie. Ponadto samorządy winny współpracować z organizacjami społecznymi, którym należało powierzać dystrybucję różnorodnych usług socjalnych. Można zatem zgodzić się z Dariuszem Zalewskim (2005), który stwierdza, że historia zatacza dzisiaj koło, bowiem przedwojenne państwo polskie realizujące ideę lokalnej pomocy społecznej, współpracujące z organizacjami pozarządowymi jest doskonałym wzorcem dla zmian, które są wprowadzane współcześnie w pomocy społecznej.

Podkreślić należy także obecność opieki społecznej na gruncie ustawy zasadniczej z marca 1921 r. Jak stwierdza Karolina Stopka (2009, s. 51) „wyrazem przejęcia przez państwo odpowiedzialności za los obywateli były przepisy Konstytucji Marcowej z 17 marca 1921 r. W akcie tym po raz pierwszy w historii Polski państwo przyznało każdemu obywatelowi prawo do opieki nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa - do ubezpieczenia społecznego”. System opieki stworzony przez ustawę obowiązywał do 1950 roku, kiedy samorząd terytorialny uległ likwidacji, a ustawa w zdezaktualizowanej treści obowiązywała aż do roku 1990 (Sieciński, 2016). Wprowadzone w czasie siedemdziesięciu lat niewielkie zmiany nie dotyczyły problematyzowania starości (Młodziak, 2016).

Głoszona propaganda w okresie Polski Rzeczpospolitej Ludowej (PRL) o zaniku potrzeby opieki społecznej nie służyła jej rozwojowi. Działalnością socjalną zajmowały się uspołecznione zakłady pracy oraz związki zawodowe (Sieciński, 2016). Iwona Sierpowska



(2012, s. 47) stwierdza, że „w państwie socjalistycznym nie poświęcano szerokiej uwagi pomocy społecznej. Podkreślano konieczność likwidacji nędzy i związanych z nią patologii społecznych, propagowano obowiązek pracy, z niechęcią podchodzono do osób, które nie mogły same się utrzymać. Przyznawanie świadczeń tym, którzy nie wnosili wkładu w budowę państwa socjalistycznego było postrzegane jako wyłudzenie pieniędzy”. Dopuszczano jednak udział organizacji społecznych w sektorze pomocowym (Kokoszkiwicz, 2015). Najważniejszymi organizacjami był: Polski Czerwony Krzyż (PCK), Caritas oraz Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS).

Od 1960 roku system pomocy społecznej podporządkowano ochronie zdrowia (utworzono Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej). Pomoc społeczną traktowano wąsko, głównie jako działania na rzecz osób będących w potrzebie ze względu na zły stan zdrowia, wiek lub niepełnosprawność (Grewiński, 2011).

W całej polityce społecznej tego okresu dominował paternalizm państwa, objawiający się tym, że komunistyczna władza lepiej wiedziała od samorządu i obywatela jak zabezpieczać socjalne ryzyko i dostarczać usługi oraz świadczenia społeczne (Auleytner, 2002).

Trzecim etapem rozwoju opieki w Polsce jest okres po 1989 roku. Wówczas uchwalono ustawę o pomocy społecznej (Dz. U. 1990, nr 87, poz. 506 ze zm.), przekształcającą koncepcję opieki społecznej w pomoc społeczną (Sieciński, 2016), która może być świadczona w sytuacjach kiedy jednostka nie jest w stanie sama sobie poradzić. Udzielanie pomocy finansowane jest ze źródeł państwa poprzez administrację rządową i jednostki samorządu terytorialnego (Muszalski, 2010). W ustawie określono też rodzaje świadczeń, zasady ich przyznawania oraz zasady odpłatności za świadczenia. Koncepcja pomocy społecznej jest szerszą w swoim zakresie i różni się w stosunku do opieki podejściem do jednostki. Celem pomocy społecznej stało się aktywne niesienie pomocy wszystkim potrzebującym, oparte na obowiązku solidarności całego społeczeństwa. Przyjęta w 1990 r. Ustawa o pomocy społecznej odzwierciedlała tendencje charakteryzujące współczesne ustawodawstwo w zakresie pomocy społecznej oparte na zasadzie subsydiarności i indywidualizacji.

Natomiast celem opieki społecznej było zaspokajanie najpotrzebniejszych potrzeb bytowych. Analizując zjawisko opieki i pomocy ważne jest, by odróżniać owe pojęcia. Należy też zdawać sobie sprawę z przemian, jakie dokonywały się w ujmowaniu opieki, będących funkcją rozwoju cywilizacyjnego, które najogólniej są związane ze zmianą mechanizmów jej świadczenia (od zachowań instynktownych do świadomie organizowanych), zmianami

jakościowymi (od opieki o podłożu instrumentalnym do opieki o podłożu emocjonalno-uczuciowym), zmianami w zakresach jej stosowania (podmiotowym i przedmiotowym) oraz z jej charakterem (od opieki allocentrycznej nieformalnej do poszerzonej o działalność społeczną, sformalizowaną) (Radziewicz-Winnicki, 2008).

Od 1990 roku, czyli od czasu chwalenia Ustawy o pomocy społecznej trwa przebudowa systemu pomocowego. Kolejne zmiany w ustawie o pomocy społecznej nastąpiły w okresie wprowadzania reformy ustrojowej państwa, to jest przywrócenia w 1999 roku powiatów oraz województw samorządowych (Nitecki, 2008). Powstały wówczas nowe instytucje samorządowe odpowiedzialne za realizację zadań pomocy społecznej, na szczeblu powiatu – powiatowe centra pomocy rodzinie, natomiast na szczeblu województwa – regionalne ośrodki polityki społecznej (Leś, 2002). W 2003 roku przyjęto Ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2003, nr 96, poz. 873 ze zm.) oraz Ustawę o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2003, nr 122, poz. 1143), natomiast w 2004 roku uchwalono nową Ustawę o pomocy społecznej (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.). Przyjęcie wymienionych aktów stworzyło nowe warunki dla funkcjonowania organizacji pozarządowych oraz wolontariuszy działających w obszarze pomocy społecznej (Sieciński, 2016). Świadczenia podzielono na pieniężne i niepieniężne. Więcej miejsca poświęcono świadczeniom o charakterze usługowym. Rozwiązania prawne, zmieniające od 1 stycznia 2004 r. zasady finansowania pobytu w domach pomocy społecznej (DPS), w intencji ustawodawcy miały skłonić gminy do budowania własnych systemów środowiskowych, jako ogniw pośrednich między usługą opiekuńczą świadczoną w miejscu zamieszkania, a całodobową placówką specjalistycznego wsparcia jaką jest DPS, która powinna być ostateczną w kolejności formą pomocy (NIK, 2016).

W Ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. występują następujące formy wsparcia dla osób starszych: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze (art. 50), usługi w ośrodku wsparcia (art. 51), rodzinne domy pomocy (art. 52), mieszkanie chronione (art. 53), domy pomocy społecznej (art. 2).

W przypadku usług opiekuńczych, jak wynika z kontroli przeprowadzonej przez NIK (2016) problemem jest nieokreślenie standardu usług opiekuńczych i katalogu świadczeń wchodzących w ich zakres. Zapisy ustawy o pomocy społecznej wskazują jedynie komu mogą być te usługi przyznane i jaki jest ich ogólny zakres. W kompetencji rad gmin ustawodawca pozostawił natomiast określenie szczegółowych warunków przyznawania usług, ustalania i pobierania odpłatności za nie. Oznacza to, że działania standaryzacyjne podejmowały dotychczas nieliczne ośrodki pomocy społecznej, najczęściej miejskie

i wielkomiejskie (Balon i in., 2011). Ustalenie katalogu świadczeń opiekuńczych i standardów ich wykonania jest istotne zarówno z punktu widzenia klienta, jak i ośrodka pomocy społecznej (OPS). Ułatwiła wnioskodawcy wybór określonej formy pomocy, zgodnej z indywidualnymi potrzebami, a OPS udzielenie owej pomocy i kontrolę jej wykonania. Wdrożenie standardu usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania ma za zadanie ujednolicenie i uporządkowanie oferty wsparcia i pomocy w tym zakresie. Z jednej strony standaryzacja daje szansę na dostarczanie przez wszystkie podmioty w miarę zbliżonej usługi (o podobnych podstawowych cechach i określonej jakości), z drugiej strony, sprzyja konkutowaniu między realizatorami usług (wyższym) standardem usługi. Tak rozumiany standard nie oznacza całkowitej jednolitości – zakłada elementy o charakterze obowiązkowym (minimalnym) oraz optymalnym czy przedziałowym (Szarfennberg, 2010). W związku z powyższym istotnym jest, aby na poziomie lokalnym został ustalony szczegółowy zakres rzeczowy usług, narzędzia (w tym rodzaje i wzory dokumentów z wyłączeniem wywiadu środowiskowego i kontraktu socjalnego), warunki realizacji usług, wymogi dotyczące kwalifikacji osób je świadczących oraz odpowiedzialnych za ich koordynację, a także szczegółowe zasady oraz sposoby monitorowania i ewaluacji usług. W dyspucie dotyczącej standaryzacji usług opiekuńczych są także jej przeciwnicy, którzy podkreślają, że mogą one sprzyjać przeciętności bo jej świadczeniodawcy będą skupiać się na wypełnianiu minimalnych wymagań, a nie na ich jakościowym wymiarze (Jurek, 2020).

Jak wynika z kontroli NIK (2016) oraz materiału badawczego częstą barierą w korzystaniu z usług opiekuńczych jest konieczność ponoszenia odpłatności, której wysokość uzależniona jest od dochodu osoby korzystającej ze świadczeń. Rada gminy określa w drodze uchwały szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania (art. 50 Ustawy o pomocy społecznej). Inną przyczyną niekorzystania z usług opiekuńczych są zmiany chorobowe, które utrudniają osobie starszej prawidłową ocenę możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku. W związku z tym zdarzają się przypadki braku zgody osoby starszej na objęcie pomocą w formie usług opiekuńczych.

Gminy mogą organizować całodzienną opiekę w formach alternatywnych dla domów pomocy społecznej, bardziej akceptowalnych przez osoby starsze, a także mniej kosztownych. Dzienną formą pomocy są na ogół ośrodki wsparcia. Świadczone są w nich usługi opiekuńcze, dostosowane do potrzeb osób korzystających z tej formy. Działalność takich ośrodków wspiera więc nie tylko osobę, której przyznano świadczenie, ale także rodzinę,

którą odciąża się od funkcji opiekuńczych. Największy udział w realizacji tego rodzaju zadań mają środowiskowe domy samopomocy oraz dzienne domy pomocy. Liczba tych ośrodków systematycznie wzrasta. Ośrodki wsparcia charakteryzują się coraz lepszą ofertą, co może przyczynić się do opóźnienia procesu przejścia osoby starszej od usług wspierających (pobudzających do utrzymania samodzielności) do zwiększających zakres usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, świadczonych w systemie całodobowym (NIK, 2016).

Rodzinny dom pomocy jest formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających wsparcia, z powodu wieku lub niepełnosprawności. Jak podaje NIK ta forma pomocy praktycznie nie funkcjonuje, głównie z przyczyn finansowych (NIK, 2016). Liczba rodzinnych domów stopniowo zwiększa się. Z danych MRiPS-03 (2021) ze sprawozdania rocznego z udzielanych świadczeń pomocy społecznej za 2020 r. wynika, że w 2020 r. funkcjonowało 47 rodzinnych domów pomocy, z których wsparcia skorzystały 343 osoby w dwunastu województwach: 12 prowadzonych przez organizacje pożytku publicznego oraz 35 prowadzonych przez osoby fizyczne. Jest to wzrost o 14 placówek w porównaniu do roku 2019, kiedy to rodzinnych domów pomocy funkcjonowało 33 (MRPiPS, 2020).

Prowadzenie mieszkań chronionych i zapewnienie w nich miejsc dla osób starszych, jest zadaniem własnym gminy. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej (pod opieką specjalisty) dla osób, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, a nie wymagają usług świadczonych całodobowo. Gminy nie dysponują jednak dużą liczbą mieszkań służących realizacji tego celu. Nie podejmują też starań dla ich pozyskania, uzasadniając to brakiem zainteresowania tą formą pomocy oraz środków finansowych na pozyskanie lokali. Mieszkania chronione funkcjonują głównie w większych miastach, które dysponują odpowiednimi zasobami finansowymi i bazą lokalową (NIK, 2016). Brak mieszkania chronionego oznacza, iż ograniczone są możliwości udzielenia osobie wymagającej wsparcia, pomocy w formie zastępującej pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. W wyniku zmiany ustawy o pomocy społecznej od marca 2018 roku wprowadzono podział na mieszkania chronione treningowe i wspierane (art. 53 ust. 3 UPS). Pomimo stopniowego rozwoju tej formy usługi liczba mieszkań chronionych w 2020 r. była niższa (1348) niż liczba gmin (2477), co oznacza, że statystycznie mieszkania chronione nie funkcjonują jeszcze na terenie każdej z gmin (Uchwała 2022, nr 135, poz. 767). Jak wynika z Strategii rozwoju usług społecznych planowane jest wprowadzenie zmian prawnych w zakresie mieszkań

chronionych, tj. wprowadzenie nazewnictwa – mieszkania wspomagane z koszykiem usług (Uchwała 2022, nr 135, poz. 767).

Poza formami pomocy na rzecz osób starszych świadczonymi w ramach ustawy o pomocy społecznej należy wskazać na programy, które są efektem polskiej polityki senioralnej jako stosunkowo nowej dziedziny aktywności władz publicznych. Można zatem powiedzieć, iż po latach zaniedbań w okresie PRL w tworzeniu adekwatnej do prognoz demograficznych polityki senioralnej, rozpoczęto budowę struktur, instytucji służących wzmacnianiu opieki nad osobą starszą i jej aktywizacji.

Poniżej przedstawię poszczególne programy:

- 1) Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2012–2013 I edycja oraz na lata 2014–2020 II edycja

Program zakładał działania jednocześnie w czterech obszarach obejmujących aktywność społeczną seniorów, okrślanych jako priorytety:

Priorytet I. Edukacja osób starszych.

Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową.

Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych.

Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych.

Program zakładał wsparcie finansowe projektów realizowanych przez organizacje działające w sferze pożytku publicznego w czterech wymienionych powyżej obszarach priorytetowych na rzecz osób starszych (Uchwała 2013, nr 237).

- 2) Program wieloletni na rzecz Osób Starszych Aktywni+ na lata 2021–2025  
Głównym celem tego programu jest zwiększenie uczestnictwa osób starszych we wszystkich dziedzinach życia społecznego. Oferty w ramach tego programu mogą być składane przez organizacje pozarządowe. Dofinansowanie przyznawane jest w czterech priorytetowych obszarach:

– Aktywność społeczna, która obejmuje działania mające na celu zwiększenie udziału osób starszych w aktywnych formach spędzania czasu wolnego, wspieranie niesamodzielných osób starszych i ich otoczenia w miejscu zamieszkania, rozwijanie wolontariatu osób starszych w środowisku lokalnym oraz zwiększenie zaangażowania osób starszych w obszarze rynku pracy.

- Partycypacja społeczna, która przyczynia się do wzmocnienia samoorganizacji środowiska osób starszych oraz zwiększenia wpływu osób starszych na decyzje dotyczące warunków życia obywateli.
  - Włączenie cyfrowe obejmujące działania na rzecz zwiększania umiejętności posługiwania się nowoczesnymi technologiami i korzystania z nowych mediów przez osoby starsze, a także upowszechnianie i wdrażanie rozwiązań technologicznych sprzyjających włączaniu społecznemu oraz bezpiecznemu funkcjonowaniu osób starszych.
  - Przygotowanie do starości realizowane poprzez wzmocnienie trwałych relacji międzypokoleniowych, kształtowanie pozytywnego wizerunku osób starszych oraz zwiększanie bezpieczeństwa seniorów (Uchwała 2020, nr 167, poz. 1125).
- 3) 31 grudnia 2014 r. Minister Pracy i Polityki Społecznej ogłosił projekt rządowego programu „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020, stanowiącego realizację części Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, zmienionego później w „Senior+” (Uchwała 2015, nr 34, poz. 341).
- Program przewiduje możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego dwie różne placówki typu dziennego dla osób starszych: Dzienny Dom „Senior+” lub Klub „Senior+”.
- 4) Program „Opieka 75+”, wprowadzony w 2018 r. (MRPiPS). Celem programu jest rozwój oraz poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych. Program adresowany jest do gmin miejskich, wiejskich, miejsko – wiejskich do 60 tys. mieszkańców. Od 2019 roku z usług opiekuńczych mogły korzystać nie tylko osoby samotne, w wieku 75+, a także osoby mieszkające z rodziną.
- 5) Program „Wspieraj seniora” (MRPiPS, 2020). Strategicznym celem programu jest zapewnienie usługi wsparcia Seniorów w wieku 70 lat i więcej, którzy w obowiązującym stanie epidemii zdecydują się na pozostanie w domu i nie są w stanie np. poprzez wsparcie rodziny zabezpieczyć sobie artykułów podstawowej potrzeby. Usługa wsparcia będzie polegała w szczególności na dostarczeniu zakupów obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze, środki higieny osobistej. Wsparcia finansowego dla gmin z programu udziela się na podstawie art. 115 ust. 1 ustawy pomocy społecznej.
- 6) Program „Korpus wsparcia seniorów”. Edycja 2022 (MRPiPS, 2022). Celem programu jest zapewnienie usługi wsparcia na rzecz seniorów w wieku 65 lat i więcej

przez świadczenie usług wynikających z rozeznaczonych potrzeb na terenie danej gminy, wpisujących się we wskazane w programie obszary oraz poprawa poczucia bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez dostęp do tzw. „opieki na odległość”. Realizacja programu „Korpus Wsparcia Seniorów” obejmuje swoim zakresem dwa moduły:

Moduł I, w którego realizację należy zaangażować wolontariuszy, w tym również działaczy środowisk młodzieżowych i obywatelskich, którzy świadczyliby codzienną pomoc osobom potrzebującym wsparcia.

Moduł II, który ma na celu poprawę bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.

- 7) Program rozwoju rodzinnych domów pomocy – I edycja programu pojawiła się w 2022 r. (MRPiPS, 2021). Celem Programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych dla osób starszych i niepełnosprawnych świadczonych w rodzinnych domach pomocy oraz rozwój tej formy wsparcia.
- 8) Projekt „Leki 75+” (MZ, 2016) – Bezpłatnie leki przysługują osobom starszym w wieku 75+, których obejmuje ubezpieczenie zdrowotne. Wykaz leków obejmuje głównie te, które mają zastosowanie w chorobach osób starszych - dotychczas najczęściej sprzedawane z odpłatnością 30% i 50%.
- 9) Program „Emerytura+” – polega na przyznaniu jednorazowego świadczenia pieniężnego dla emerytów i rencistów (Dz. U. 2020, poz. 321).

Przedstawione powyżej programy stwarzają możliwości rozwoju infrastruktury środowiskowej dla osób starszych oraz uwzględniają ideę deinstytucjonalizacji. Działania podejmowane w ramach programów mogą być realizowane bezpośrednio przez jednostki samorządu terytorialnego bądź poprzez zlecenie danego zadania podmiotowi zewnętrznemu, tj. organizacji pozarządowej. Kolejną alternatywą jest realizacja zadania wyłącznie przez trzeci sektor, gdyż założenia programu umożliwią przystąpienie do niego tylko organizacjom pozarządowym – program Aktywni+. Analizując przytoczone powyżej programy senioralne nasuwają się dwa wnioski. Po pierwsze żaden z tych programów nie jest w sposób bezpośredni adresowany do opiekunów nieformalnych, którzy na co dzień zapewniają opiekę swoim bliskim. Występuje co prawda program – opieka wytchnieniowa (*Program „Opieka Wytchnieniowa”, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022*), ale jego głównymi beneficjentami są opiekunowie dzieci niepełnosprawnych lub osób dorosłych z orzeczeniem

o stopniu znacznym. Po drugie powyższe programy nie odnoszą się w sposób jednoznaczny do opieki nad osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera. Podczas gdy jest to istotny aspekt w tematyce dotyczącej opieki osób starszych, gdyż „liczba chorych na Alzheimera rośnie i będzie rosła coraz szybciej. Obecnie w Polsce może to już być nawet pół miliona osób. Do 2050 roku liczba ta – według różnych szacunków – wzrośnie nawet czterokrotnie” (NIK, 2017b).

Obecnie niemal cały ciężar opieki nad osobami z chorobą Alzheimera przerzucony jest na opiekunów nieformalnych, którymi w większości są członkowie rodzin. W Polsce brakuje wypracowanego modelu leczenia i opieki nad osobami z chorobą Alzheimera, w szczególności: rozwiązań organizacyjnych, standardów postępowania diagnostycznego – w tym wczesnej kompleksowej diagnozy, placówek opieki dziennej i całonocowej, kadr medycznych i opiekuńczych. Brakuje także badań przesiewowych dla osób w wieku senioralnym oraz mechanizmów dających możliwość postawienia szybkiej diagnozy umożliwiającej precyzyjne określenie z jakim rodzajem otępienia mamy do czynienia i podjęcia adekwatnego wielospecjalistycznego leczenia i rehabilitacji (z wykorzystaniem sieci placówek dziennego pobytu dla chorych) już na wczesnym etapie rozwoju choroby. W ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi dla skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin. Osoby te objęte są powszechnym systemem opieki społecznej, w ramach którego korzystano z narzędzi i zasobów standardowo stosowanych wobec ogółu osób starszych, nieuwzględniających w pełni specyficznych potrzeb tego środowiska (NIK, 2017b).

Skutkuje to tym, że w Polsce wciąż tylko 20% chorych ma postawioną właściwą diagnozę. Bardzo późno rozpoznaje się chorobę Alzheimera w Polsce od momentu pojawienia pierwszych objawów, co uniemożliwia podjęcie leczenia najbardziej skutecznego we wczesnych etapach choroby, a także zapobieżenie negatywnym skutkom społecznym, ekonomicznym i nierzadko prawnym wynikającym z narastających zaburzeń myślenia i osądu u chorych (Derejczyk, 2020). Aktywnie na rzecz wypracowania polityki zdrowotnej, opiekuńczej i społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin działają jedynie organizacje pozarządowe, które odgrywają ogromną rolę i stały się pewnego rodzaju społecznością działającą na rzecz osób chorych i opiekunów (Derejczyk, 2020).

Pewne wzorce rozwiązań skierowanych do środowiska osób z chorobą Alzheimera zostały już wypracowane w innych krajach europejskich. Dwadzieścia krajów europejskich opracowało



i wdrożyło narodowe polityki alzheimerowskie, obejmujące od jednego do ośmiu obszarów aktywności: wczesna diagnoza, ośrodki specjalistyczne, placówki dziennego pobytu, oferta dla opiekunów, edukacja i profilaktyka, przepisy i standardy, szkolenie kadr, badania naukowe. Wszystkie osiem elementów wdrożyły Francja i Wielka Brytania, pozostałe kraje wdrożyły od jednego do sześciu elementów. Także polskie organizacje pozarządowe wykazywały inicjatywę w zakresie wprowadzenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego, jednak nie doprowadziło to do przyjęcia rozwiązań krajowych (NIK, 2017b).

Biorąc pod uwagę historyczne uwarunkowania, w tym okres realnego socjalizmu, gdzie mechanizmy rynkowej podaży i popytu dóbr i usług zostały zastąpione przez państwowe centralne planowanie, które w zasadzie w swych przedsięwzięciach nie uwzględniało działań opiekuńczych, czy pomocowych, w obecnym modelu polskiej polityki społecznej mamy do czynienia z dominującą pozycją państwa w kształtowaniu dobrobytu społecznego, z niewielką rolą rynku i dużą rolą rodziny. Jednakże zmiany legislacyjne, instytucjonalne, czy programowe ostatnich lat, np. przyjęcie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie zmierzają w kierunku dowartościowania pozostałych sektorów. Bez względu na powyższe faktem jest to, iż w polskiej polityce społecznej rodzina jest nadal głównym realizatorem usług opiekuńczych, wspierana w mniejszym bądź większym zakresie świadczeniami pieniężnymi (Golinowska, 2018).

W Polsce świadczenia z zakresu opieki mają charakter hybrydowy. Ich dystrybucja odbywa się w ramach systemu pomocy społecznej i systemu zdrowia. Finansowanie systemu pomocowego następuje ze środków publicznych (jednostki samorządu terytorialnego, budżet państwa, NFZ), czyli z podatków i z ubezpieczenia zdrowotnego oraz ze źródeł prywatnych (świadczenie emerytalne, dopłaty rodziny, środki z ubezpieczenia prywatnego) (Kujawska, 2015). Rozproszenie systemu pomocowego między różne podmioty ochrony zdrowia i pomocy społecznej utrudnia współpracę w zakresie sprawowania całościowej opieki nad osobą z ograniczoną samodzielnością, choć ta współpraca powinna występować (*Ministerstwo Zdrowia, Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, 2021). Biorąc pod uwagę ten fakt, Ministerstwo Zdrowia, jako rekomendowany kierunek działań wskazuje, iż "pożądanym jest wprowadzenie standardu organizacyjnego opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz koordynacja działań pomiędzy POZ, opieką długoterminową i pomocą społeczną" (*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2021 r., poz. 69*, 2021). Obecnie takie standardy nie istnieją, co utrudnia współpracę różnych podmiotów w zakresie świadczenia pomocy na rzecz osoby starszej.

Zamykając rozważania dotyczące polityki senioralnej w Polsce wskazać należy, iż pomimo krótkiego czasu jej funkcjonowania, podejmowane są działania mające na celu rozwój środowiskowych form wsparcia pomocy. Jednak ze względu na fakt, iż polityka ta jest na etapie kształtowania pozostaje jeszcze wiele obszarów, do których należy się odnieść, tj. wsparcie na rzecz rodzin sprawujących opiekę nad osobą starszą, opieka nad osobą cierpiącą na chorobę otepienną, upowszechnianie edukacji gerontologicznej, czy też rozwój nowych zawodów w pomocy społecznej. Mając świadomość, iż kraje zachodu mają większe doświadczenie w realizowaniu polityki senioralnej i rozwoju różnych form pomocy na rzecz osób starszych jesteśmy w sytuacji, w której możemy poddać analizie dobre praktyki innych krajów i wdrożyć wybrane rozwiązania wzorując się na ich doświadczeniu.

### **3.1.2. Polityka senioralna w Anglii**

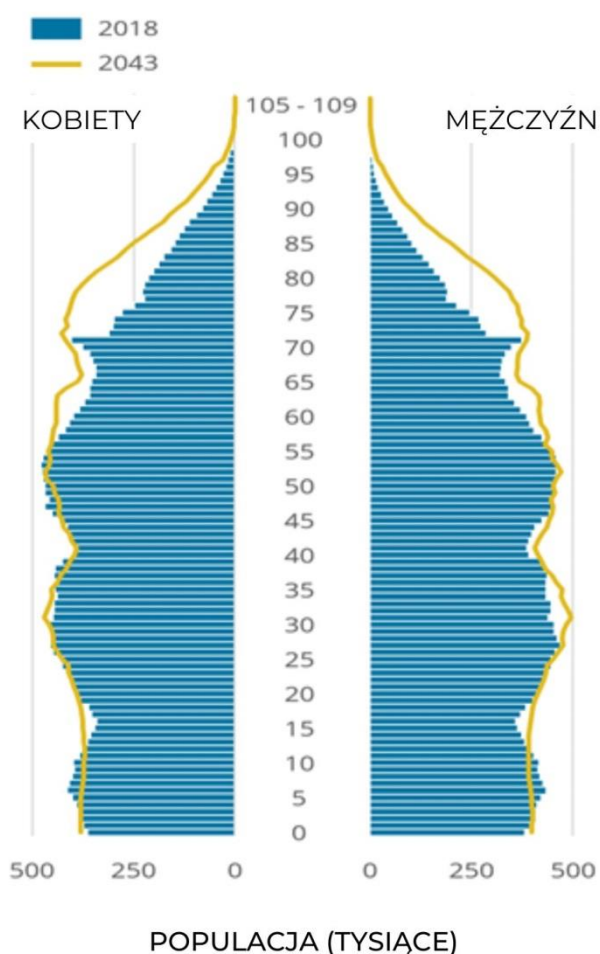
Współcześnie wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństw stają się jednym z najważniejszych punktów w programie politycznym na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym. Rząd Browna zaliczył je do trzech wielkich wyzwań stojących przed Wielką Brytanią, obok zmian klimatycznych i terroryzmu (Walker, 2018). Przewidywany wzrost liczby przewlekłych schorzeń związanych z wiekiem sprawia, że potrzeba takiej polityki społecznej staje się jeszcze pilniejsza niż kiedykolwiek wcześniej, a wspólne działanie na rzecz zapobiegania chorobom przewlekłym przybiera charakter globalny.

Podstawowym elementem polityki senioralnej (ang. *social policy on ageing*) jest koncepcja cyklu życia. Po pierwsze, uznaje się, że, doświadczenia życiowe silnie kształtują sposób, w jaki ludzie się starzeją, a po drugie, że doświadczenia te są raczej społecznie, a nie biologicznie skonstruowane (Dannefer, 2003; Walker, 2006). Koncepcja ta otwiera drogę nie tylko do społecznych analiz czynników, które kumulatywnie determinują różne trajektorie przebiegu życia i ich wpływ na przeżywanie starości, ale także dla polityki senioralnej, która powinna odzwierciedlać prawdziwą dynamikę starzenia się, a nie statyczne, konwencjonalne wyobrażenia o naturalnych etapach życia (Walker, 2018).

W Anglii, podobnie jak w innych krajach Europy, zmniejszające się wskaźniki umieralności w starszym wieku są przyczyną znacznego wydłużenia życia. Ponadto w Anglii na starzenie się ludności mają wpływ także inne czynniki, w tym migracja i wiek migrantów napływających. Istotnym jest także fakt, iż od prawie 40. lat współczynnik dzietności w Wielkiej Brytanii jest poniżej poziomu zastępowalności pokoleń (tj. poziomu niezbędnego do utrzymania wielkości populacji), który wynosi 2,1 dziecka na kobietę.

Anglia zmagają się z wyzwaniem w postaci rosnącego odsetka osób starszych, podobnie jak pozostałe kraje Europy. Według przeprowadzonych badań przewiduje się, że w latach 40. XXI wieku na jednego emeryta przypadnie 2,9 osób w wieku produktywnym. Tendencję spadkową w tym zakresie odzwierciedla rok 2018, w którym przewidywany stosunek był wyższy i wynosił 3,27 osób pracujących na jedną osobę w wieku emerytalnym (Rutherford, 2012).

Przyrost ludności w wieku emerytalnym przedstawia piramida wieku poniżej, która uwzględnia podział ludności w Wielkiej Brytanii ze względu na wiek w latach 2018 i 2043.



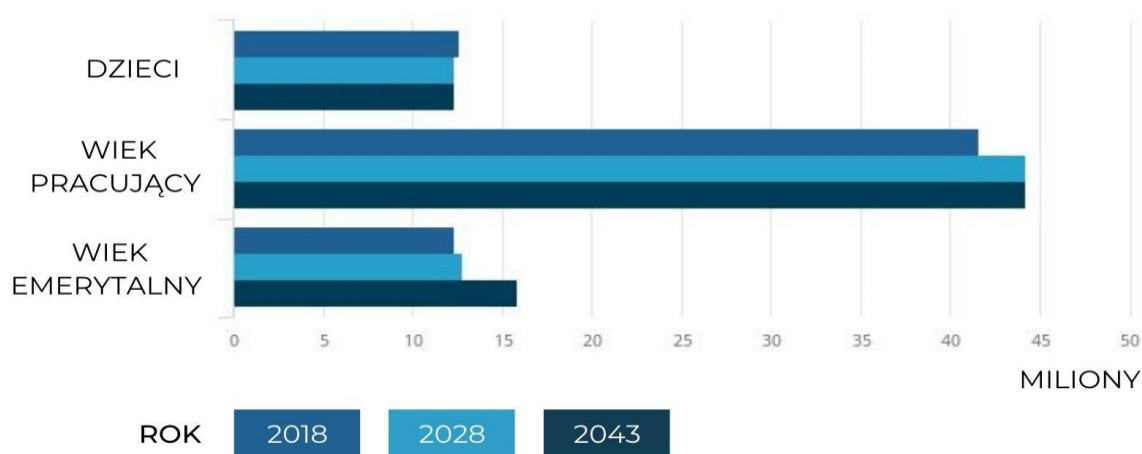
Rys. 12. Piramida wieku ludności Wielkiej Brytanii

Źródło statystyczne:

ONS-Office for National Statistic, National population projections: 2018 based. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationprojections/bulletins/nationalpopulationprojections/2018based>

Piramida ludności przedstawiona powyżej porównuje strukturę wiekową ludności w połowie 2018 roku z przewidywaną strukturą wiekową w połowie 2043 roku. W połowie 2018 r. w starszym wieku było więcej kobiet niż mężczyzn, co odzwierciedla ich wyższą średnią długość życia. Wyraźnie dłuższy wskaźnik w piramidzie wieku dla osób w wieku 71 lat odzwierciedla wyż demograficzny po II wojnie światowej, a szerszy obszar, którego szczyt przypada na wiek 53 lat, odzwierciedla wyż demograficzny z lat 60. XX wieku. Węższy obszar w wieku nastoletnim odpowiada niskiemu wskaźnikowi urodzeń na przełomie tysiąclecia.

W połowie 2043 roku wszystkie te cechy są nadal obecne w piramidzie, przy czym szczyty i doliny znajdują się teraz 25 lat wyżej na skali wieku. Zmiany w liczebności populacji w każdym wieku są skutkiem urodzeń, zgonów, migracji i starzenia się społeczeństwa. Przewiduje się, że w połowie 2043 roku będzie znacznie więcej osób w starszym wieku. Częściowo wynika to z wyżu demograficznego z lat 60. XX wieku, który obecnie ma około 80 lat, ale także z ogólnego wzrostu średniej długości życia. W połowie 2018 r. było 1,6 mln osób w wieku 85 lat i więcej. Przewiduje się, że w połowie 2043 r. liczba ta podwoi się do 3,0 mln.



Rys. 13. Zmieniająca się struktura wieku według etapów życia: dzieci, wiek produkcyjny i wiek emerytalny

Źródło statystyczne:

ONS-Office for National Statistic, National population projections: 2018 based. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationprojections/bulletins/nationalpopulationprojections/2018based>

Histogram powyżej przedstawiający zmieniającą się strukturę wieku według etapów życia: dzieci, wiek produkcyjny i wiek emerytalny odnotowuje największy wzrost wśród osób w wieku poprodukcyjnym. Z histogramu wynika, iż w okresie do połowy 2043 r. liczba dzieci i osób w wieku produkcyjnym utrzyma się na poziomie z połowy 2028 r., ale liczba osób w wieku emerytalnym znacznie wzrośnie. W całym okresie od połowy 2018 r. do połowy 2043 r. przewiduje się, że liczba osób w wieku emerytalnym wzrośnie o 3,6 mln (30%).

Nie ulega wątpliwości, że tak doniosłe zmiany w strukturze wiekowej ludności nie mogą nastąpić bez poważnych wyzwań dla wszystkich grup wiekowych, a tym samym dla polityki społecznej, która powinna odpowiedzieć na rosnące zapotrzebowanie na długoterminową opiekę nad osobami w podeszłym wieku.

Jak wynika z raportu Komisji Spraw Gospodarczych (ang. *Economic Affairs Committee*) konsekwencją starzejącego się społeczeństwa są rosnące wydatki, a także wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.

„Przewiduje się, że do 2040 roku około jedna czwarta populacji Wielkiej Brytanii będzie miała ponad 65 lat, a 8 procent będzie miało 80 lat lub więcej. W oparciu o obecne wydatki i prognozy dotyczące populacji, do roku 2030/2031 powstanie luka w finansowaniu w wysokości 18 miliardów funtów. Konsekwencje wyzwania związanego z finansowaniem są poważne: do 2040 roku na każde dwie dorosłe osoby w wieku produkcyjnym w Wielkiej Brytanii przypadają prawie dwie osoby w wieku powyżej 65 lat” (Economic Affairs Committee, 2019, s. 14).

Obecny system Wielkiej Brytanii, jak stwierdza Radosław Kamiński (2010) ujmuje politykę społeczną w duchu liberalnym i jest konsekwencją historycznych rozwiązań prawnych. Zgodnie z Ustawą o Służbie Zdrowia i Opiece Środowiskowej (ang. *NHS & Community Care Act*) – 1990 władze lokalne<sup>15</sup> zobowiązane są do prowadzenia *mixed economy of care*, tj. mieszanej gospodarki w zakresie opieki, która polega na zakupie niektórych usług od sektora niezależnego (Yeandle, Fry, 2010). Usługi, których dotyczą te przepisy, to m.in. opieka środowiskowa dla osób spełniających ustawowe kryteria. Urynkowienie usług opieki społecznej oznacza więc czynne uczestnictwo sektora prywatnego oraz organizacji non-profit w zapewnianiu opieki, co jest także podkreślone w najnowszym ustawodawstwie z 2014 r. – Ustawie o opiece (ang. *The Care Act*). W wytycznych stwierdza się, że władze lokalne mają znaczący wpływ na rynek poprzez proces zlecania usług, co kształtuje ów rynek usług opiekuńczych. Ponadto w polityce społecznej Wielkiej Brytanii, w tym także senioralnej występuje zasada subsydiarności, wg której rola państwa rozpoczyna się wtedy, kiedy rodzina

---

<sup>15</sup> W Anglii opieka społeczna jest ustawowym obowiązkiem 150 władz lokalnych, określanych jako *CSSR - councils with social services responsibilities* (Rady z odpowiedzialnością za usługi społeczne) (Yeandle, Fry, 2010) – przyp. J. K. H.

nie może wypełniać obowiązków względem swoich członków. Rola państwa powinna się sprowadzać w pierwszej kolejności do wspierania samodzielności osób starszych w ich własnym środowisku. Działania władz powinny iść w kierunku pomocy rodzinom w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi, nie powinny to być jednak działania całkowicie substytucyjne wobec roli rodziny (Szweda-Lewandowska, 2011).

Przedstawiając politykę senioralną należy przywołać model polityki społecznej, do którego zaliczana jest Wielka Brytania. W poprzednim rozdziale odwołałam się do klasyfikacji Gustawa Espinga-Andersena, który określił Wielką Brytanię jako reżim (stosował określenie reżimu w miejsce modelu) liberalny, w którym państwo wkracza dopiero wtedy, gdy rynek nie jest w stanie zapewnić jednostce minimum egzystencji. Rola rodziny w reżimie liberalnym jest marginalna, rynku centralna, a państwa marginalna (Esping-Andersen, 2010)<sup>16</sup>. Należy jednak stwierdzić, iż typologie modeli polityki społecznej występujące w literaturze przedmiotu są konstrukcjami o charakterze idealnym, a realizowana polityka społeczna poszczególnych krajów zawiera najczęściej elementy charakterystyczne dla każdego z wymienionych modeli (Książkowski, 1998). Brytyjski system polityki społecznej posiada cechy charakterystyczne dla państwa opiekuńczego, jednak opiera się na zdecydowanie odmiennych zasadach od rozwiązań w Europie kontynentalnej. Przeważają w nim tradycje społeczno-polityczne wywodzące się z ustawy o prawie ubogich ( ang. *The Act for the Relief of the Poor of 1601*)<sup>17</sup> i z raportu Beveridge'a – 1942<sup>18</sup> (orientacja na pracę zarobkową połączona z bardzo niskimi składkami i z minimalnym zabezpieczeniem podstawowym dla całego społeczeństwa), a przyjęte w duchu liberalnym rozwiązania mają charakter ewolucyjny i charakterystyczny wyłącznie dla Zjednoczonego Królestwa (R. Kamiński, 2010).

Na utworzenie brytyjskiego państwa opiekuńczego (ang. *welfare state*) znaczący wpływ miały następujące działania:

---

<sup>16</sup> Pozostałe dwa modele w klasyfikacji polityki społecznej Gustawa Espinga-Andersena to reżim socjaldemokratyczny: Szwecja, Norwegia, w którym rola rodziny jest marginalna, rola rynku marginalna, a rola państwa centralna. Reżim konserwatywny: Niemcy, Włochy charakteryzuje się centralną rolą rodziny, natomiast rola rynku jest marginalna, a rola państwa pomocnicza (Esping-Andersen, 2010) – przyp. J. K. H.

<sup>17</sup> Prawo o ubogich zbierało w jeden akt postanowienia poprzednich ustaw dotyczących ubogich. Każda poszczególna parafia została zobowiązana do dbania na swoim terenie o trzy kategorie „ubogich”. Pierwszą stanowili ci, którzy chcieli i mogli pracować, ale nie mieli takiej możliwości (otrzymywali „pomoc zewnętrzną”); drugą – bezczynni ubodzy mogący, ale nie chcący pracować (ci otrzymywali chłostę); trzecią – niezdolni do pracy na skutek wieku, choroby lub inwalidztwa (dla których przewidywano pobyt w domach pomocy). Rozwiązania przewidziane w prawie o ubogich funkcjonowały do schyłku XVIII wieku (Musiewicz, 2019) – przyp. J. K. H.

<sup>18</sup> W. Beveridge zalecił walkę z „Pięcioma Gigantami” (nieдостatkami, próżniactwem, nędzą, ignorancją i chorobami) poprzez reformę i rozszerzenie systemu ubezpieczeń społecznych oraz stworzenie narodowej służby zdrowia – przyp. J. K. H.

- wprowadzenie za czasów Elżbiety I obowiązkowych podatków (1572 r.);
- ustawa o prawie ubogich z 1601 r.;
- ustawa nowelizująca prawo ubogich z 1834 r.<sup>19</sup>;
- reformy liberalne lat 1906–1914, które oznaczały odejście od kapitalizmu *laissez-faire*<sup>20</sup> (reformy te stworzyły podwaliny państwa opiekuńczego);
- ustawodawstwo powojenne z lat 1944–1948, które ostatecznie dokonało zmiany modelu państwa w kierunku państwa opiekuńczego<sup>21</sup> (Barr, 1993).

Czas poprzedzający wybuch II wojny światowej to okres ewolucji opieki społecznej i kształtowania się państwa opiekuńczego. Istotne znaczenie miały wówczas założenia polityki interwencjonizmu państwowego, głoszące, iż państwo powinno podjąć takie działania z zakresu polityki społecznej, które mogłyby przyczynić się do wzrostu możliwości konsumpcyjnych najuboższych, gdyż poziom produkcji, dochodów i zatrudnienia zależy przede wszystkim od wielkości inwestycji, która jest ograniczana niedostatecznym popytem.

Okres kształtowania się państwa socjalnego zakończył się w latach 1945-1951 za rządów Partii Pracy, kiedy to nastąpiło przejście zadań sektora prywatnego przez państwo.

Charakterystyczne cechy brytyjskiego państwa dobrobytu to:

- polityka pełnego zatrudnienia;
- interwencja państwa w gospodarkę poprzez: system zamówień państwowych, planowanie makro, nacjonalizację gałęzi produkcji deficytowych lub mało rentowych z punktu widzenia postulatu zatrudnienia;
- działalność socjalna w postaci zasiłków, systemu emerytur, państwowej opieki zdrowotnej, publicznej pomocy społecznej, pomocy socjalnej na wypadek bezrobocia;

<sup>19</sup> W wyniku tej ustawy powołano do życia zakłady dla ubogich, które zapewniały warunki bytu na najniższym poziomie, tak by odstraszyć w ten sposób korzystanie z nich. Posiadały one cechy zakładów poprawczych, gdyż praca w nich była przymusowa dla tych, którzy byli do niej zdolni (Muszalski, 2010) – przyp. J. K. H.

<sup>20</sup> Wprowadzone ustawy to: ustawy o oświacie (1906 r. – zezwalająca władzom lokalnym na zapewnienie biednym dzieciom posiłków w szkole; 1907 r. wprowadzająca badania lekarskie dla dzieci; 1908 r. uznająca zaniedbywanie dzieci przez rodziców za przestępstwo); ustawa o rentach starczych z 1908 r. (zastąpiła dotychczasową pomoc realizowaną za pomocą funduszy lokalnych, świadczeniami gwarantowanymi przez państwo); ustawa o ubezpieczeniu bezrobotnych z 1911 r. (przyznawała osobie zatrudnionej w niektórych gałęziach przemysłu niskie świadczenia na wypadek utraty pracy); ustawa o narodowym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1911 r., w myśl której główny żywiciel rodziny uprawniony był do zasiłku chorobowego, bezpłatnego leczenia i lekarstw oraz dostępu do sanatorium (R. Kamiński, 2010) – przyp. J. K. H.

<sup>21</sup> Pakiet ustaw obejmował: ustawę o oświacie z 1944 r. (bezpłatne kształcenie na poziomie podstawowym i średnim); ustawę o ubezpieczeniu społecznym z 1946 r. (obowiązkowa składka ubezpieczeniowa, gwarantująca świadczenia z tytułu i na wypadek: bezrobocia, choroby, macierzyństwa, wdowieństwa, osiągnięcia wieku emerytalnego, zasiłku pogrzebowego i refundacji kosztów związanych z pochówkiem); ustawa o państwowej służbie zdrowia z 1946 r. (wprowadzenie systemu powszechnej i bezpłatnej służby zdrowia); ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1948 r. (powszechny system zabezpieczeń dla osób nieobjętych ubezpieczeniem); ustawa o opiece społecznej i państwowej służbie zdrowia 1948 r.; ustawa o wypadkach przy pracy z 1948 r. Uchwalenie tych ustaw było następstwem Raportu Beveridge’a (R. Kamiński, 2010) – przyp. J. K. H.

- działalność edukacyjna, świadczona z budżetu państwa, przeważnie stopnia podstawowego;
- znaczący mecenat państwa w sferze organizacji i funkcjonowania kultury;
- formalne zagwarantowanie tych działań przez charakterystykę ustrojową państwa jako państwa prawnego o społecznej gospodarce rynkowej (Dubel, 2005).

Powojenny okres w historii Wielkiej Brytanii to czas stabilizacji państwa opiekuńczego. Fakt, iż II wojna światowa przyczyniła się do rozszerzenia uprawnień socjalnych na niespotykaną w historii skalę, wpłynęło na późniejsze działania w zakresie polityki społecznej, gdyż pomimo rosnących nakładów na wydatki socjalne, kryzys *welfare state* opartego na doktrynie Keynesa był nieunikniony. Koncepcja państwa opiekuńczego wraz z jego mechanizmami nie zlikwidowała problemu ubóstwa, który nasilił się w latach 60. XX wieku. Krytyka państwa opiekuńczego wiązała się z założeniem, iż rynek nie może być wyłącznym regulatorem polityki społecznej, a za jej prowadzenie odpowiedzialne jest wyłącznie państwo.

Zwycięstwo w wyborach w 1979 r. Partii Konserwatywnej oznaczało zwrot polityki społecznej w stronę przedwojennych zasad liberalno-rynkowych. Celem rządu Margaret Thatcher było m.in. przeprowadzenie reformy dotychczasowego systemu polityki społecznej i zmniejszenie wydatków publicznych, które były podstawowym źródłem inflacji i kryzysu państwa. Charakterystyczne dla podejmowanych działań przez Thatcher było także podkreślanie przedsiębiorczości oraz indywidualizmu i ponoszenia odpowiedzialności za własne działania. Oznaczało to przejście od państwa nacechowanego interwencjonizmem w państwo kształtowane w duchu neoliberalizmu, gdzie „codzienna polityka społeczno-polityczna dążyła do zaakceptowania przez ludzi własnej odpowiedzialności finansowej za osobiste zdrowie i dobrobyt (...); ludzie powinni być pielęgnowani „we wspólnocie” i „przez wspólnotę” co było w silnym kontraście wobec klasycznego państwa dobrobytu (Kokoszkiwicz, 2015, s. 66).

W związku z powyższym pomoc ze strony państwa powinna opierać się na zasadach incydentalności oraz selektywności opieki socjalnej i obejmować indywidualnymi świadczeniami z tytułu opieki społecznej osoby najbardziej tej pomocy potrzebujące (inwalidów, upośledzonych, chronicznie chorych, niezdolnych do pracy itp.).

Restrukturyzacja brytyjskiego państwa opiekuńczego odbyła się stopniowo poprzez wprowadzanie mechanizmów prorynkowych. W wyniku przeprowadzanych reform powstał pluralistyczny model zabezpieczenia społecznego, w którym budżet państwa pokrywać miał większość wydatków związanych z opieką zdrowotną, oświatą i pomocą środowiskową, przekazując jednocześnie obowiązek świadczenia usług instytucjom (organizacjom



społecznym i sektorowi prywatnemu). Przeprowadzone reformy gospodarcze (m.in. reforma mieszkalnictwa, zmniejszenie roli związków zawodowych oraz zaprzestanie subsydiowania nierentownych przedsiębiorstw) doprowadziły do zmiany modelu społeczeństwa, w którym to jednostka przejęła od państwa część odpowiedzialności za zapewnienie sobie dobrobytu.

Rząd Partii Pracy Tonyego Blaira prowadził politykę w oparciu o zasadę praca dla tych, którzy pracować mogą; zabezpieczenie socjalne dla tych, którzy nie mogą pracować (R. Kamiński, 2010). Polityka Partii Pracy zainspirowana trzecią drogą A. Giddensa popierała indywidualizm oraz gospodarkę wolnorynkową połączoną z aktywną polityką socjalną, przez co w pewien sposób była kontynuacją polityki konserwatystów. Rządy labourzystów dążyły w swych działaniach do zwiększenia zatrudnienia, które miało stanowić gwarancję praw socjalnych. Zreformowano także system pomocy społecznej, łącząc uprawnienia socjalne z określonymi obowiązkami (np. aktywnego poszukiwania pracy). Ważną rolę stanowił w tym systemie szeroki system szkoleń uzupełniających oraz podnoszących kwalifikacje. Pomoc państwa ograniczyć się miała jedynie do stworzenia systemu wspierającego jednostkę w znalezieniu zatrudnienia oraz wsparciu małej i średniej przedsiębiorczości, co miałoby bezpośredni wpływ na wzrost dobrobytu i zmniejszyłoby zapotrzebowanie na pomoc socjalną państwa.

Obecny kształt polityki społecznej opartej na urynkowieniu usług poprzedzony jest zatem efektem reform, wprowadzanych przez poszczególne rządy, odzwierciedlających panującą w danym czasie sytuację polityczną i ekonomiczną na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym.

W tym miejscu odniosę przedstawioną powyżej politykę społeczną do obszaru dotyczącego osób starszych.

W Anglii poprzez Ustawę o prawie ubogich z 1601 r., starość stała się jednostką administracyjną. Ustawa ta segregowała ubogich na trzy grupy: dzieci, ubodzy zdolni do pracy i ubodzy niezdolni do pracy, podzieleni dodatkowo na kalekich, ślepców oraz starców. Osoby niedołążne otrzymywały opiekę w parafii zamieszkania (Bojanowska, Łęgowik, 2017). W polityce społecznej wobec osób starszych ważne miejsce przypada kwestiom emerytalnym. W tym zakresie istotna jest druga połowa XIX wieku, kiedy to w Wielkiej Brytanii zaczęły powstawać emerytury zakładowe, a pierwszy system emerytalny (ang. *Old Age Pension Act*) powstał w 1908 r. Był to państwowy systemem zaopatrzeniowy gwarantujący emerytury dla osób powyżej 70. roku życia, które uzależnione były od stanu majątkowego. W 1925 roku wprowadzono w Wielkiej Brytanii emerytury ubezpieczeniowe (finansowane z równych składek pracowników i pracodawców), co wynikało głównie z niedoszacowania kosztów

emerytur zaopatrzeniowych, a także dostrzeżenia zalet ubezpieczeń: psychospołecznych i politycznych. Emerytury z tego systemu przysługiwały w równej wysokości wszystkim osobom (niezależnie od wielkości posiadanych środków, obywatelstwa, miejsca zamieszkania) objętym ubezpieczeniem chorobowym (wprowadzonym w roku 1911) w wieku 65–70 lat. System oparty na ustawach z lat 1908 i 1925 przetrwał do końca lat 40. XX wieku. Po drugiej wojnie światowej w roku 1946 w ustawie o ubezpieczeniu krajowym (ang. *National Insurance Act* – weszła w życie w 1948 roku) wprowadzono rozwiązania uwzględniające koncepcję Williama Beveridge’a, według której zabezpieczenie społeczne miało być połączeniem ubezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i ubezpieczenia dobrowolnego. Po osiągnięciu wieku emerytalnego (65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet) przysługiwały jednolite emerytury wszystkim, którzy w okresie aktywności zawodowej wpłacili wystarczającą ilość składek (w jednakowej wysokości dla wszystkich uczestników systemu). Wartość emerytury ustanowiono na poziomie około 20% średnich zarobków mężczyzny, co miało skłonić do prywatnego oszczędzania na starość, ponieważ to emerytury zakładowe miały zabezpieczyć dochody ponad minimum z systemu społecznego (Zieliński, 2004). Obecny system emerytalny w Wielkiej Brytanii składa się z wielu form wśród których, wyodrębniając je ze względu na poziom na jakim zabezpieczenie jest podejmowane, można wyróżnić:

1) Zabezpieczenie państwowe obejmujące emeryturę podstawową (ang. *Basic State Pension*) i emeryturę dodatkową (ang. *State Second Pension/ Additional State Pension*) oraz obok nich świadczenie (ang. *Pension Credit*<sup>22</sup>). Emerytura podstawowa jest wypłacana każdemu, kto osiągnie wymagany wiek emerytalny i wykaże odpowiedni staż pracy. Emerytura dodatkowa wypłacana jest w wysokości zależnej od dochodów osiągniętych przez daną osobę i wysokości składek na ubezpieczenie społeczne.

2) Zabezpieczenie zakładowe realizowane przez pracodawców w postaci planów emerytalnych (ang. *occupational pensions scheme*) lub systemów udziałowych (*stakeholder pensions*).

3) Zabezpieczenie indywidualne (ang. *personal pensions*) podejmowane przez poszczególne osoby, oferowane przez instytucje finansowe, takie jak towarzystwa ubezpieczeniowe, banki, fundusze inwestycyjne, towarzystwa budowlane (Zieliński, 2004).

---

<sup>22</sup> Przy niskich emeryturach przysługuje *Pension Credit*, który dzieli się na: *Guarantee Credit* (otrzymując świadczenie niższe niż podstawowe rząd wyrównuje emeryturę do określonej kwoty. W roku podatkowym 2021/2022: dla osób samotnych: wyrównanie do kwoty 177,10 £ tygodniowo, a dla par wyrównanie do kwoty 279,30 £ tygodniowo). *Savings Credit* jest rodzajem bonusu dla osób, które odkładały na prywatną lub firmową emeryturę. W roku podatkowym 2021/2022 wynosi: dla osób samotnych – 14,04 £ tygodniowo, a dla par – 15,71 £ tygodniowo – przyp. J. K. H.

Zwraca się uwagę na fakt, że spośród osób w wieku aktywności zawodowej zaledwie 44% opłaca składki na dodatkowe zabezpieczenie emerytalne (ang. *occupational or personal pensions*).

W 2016 roku system emerytalny Wielkiej Brytanii uległ zmianom w zakresie pierwszego filaru obejmującego emeryturę państwową, wprowadzając nową emeryturę państwową (ang. *New State Pension*). Jedną z wprowadzonych zmian było podniesienie wieku emerytalnego (docelowo do 68. roku życia dla kobiet i mężczyzn w 2037 r.), które dokonywane będzie systematycznie przez następnych kilka lat. Nowa emerytura (gov.uk) dotyczy wyłącznie mężczyzn urodzonych po 6 kwietnia 1951 roku oraz kobiet urodzonych po 6 kwietnia 1953 roku. Zmiany w brytyjskim systemie emerytalnym na przestrzeni lat zaowocowały powstaniem rozwiązań, które zabezpieczają przed zjawiskiem ubóstwa w wieku emerytalnym, a także pozwalają na ustabilizowanie obciążeń państwa z tego tytułu. System ten nie jest idealny, ale nie wymaga zmian o charakterze rewolucyjnym, a jedynie właściwych modyfikacji, dokonywanych na bazie konsensusu instytucji rządowych i organizacji pozarządowych dla dobra świadczeniobiorców z uwzględnieniem interesu gospodarki.

Analizując politykę senioralną Wielkiej Brytanii można wskazać, iż w pomocy oferowanej osobom starszym – za sprawą ewolucyjnych zmian – doszło do przejścia od instytucjonalnej opieki do środowiskowych form wsparcia. Deinstytucjonalizacja opieki oznaczała także ważny zwrot w opiece nad osobą starszą w postaci personalizacji usług. Proces deinstytucjonalizacji pomocy następował stopniowo i wiązał się bezpośrednio z kierunkiem polityki społecznej, która odzwierciedlała dominujące w danym okresie ideologie, wartości i interesy. Okres od około 1840 do 1940 roku (Midwinter, 1994), charakteryzował się rosnącą interwencją państwa i wsparciem dla instytucjonalnych rozwiązań potrzeb społecznych na dużą skalę. Społeczeństwo stawało się coraz bardziej zurbanizowane i uprzemysłowione, a jego fundamentem była liczna klasa robotnicza. Do wybuchu II wojny światowej wprowadzono różne strategie i przepisy, które miały bezpośrednio i pośrednio wpływać na życie osób starszych: środki w zakresie zdrowia publicznego, przepisy dotyczące mieszkalnictwa i ubezpieczenia na wypadek choroby, a także emerytury. Były to bezpośrednie zwiastuny państwa opiekuńczego.

W okresie wojny osoby starsze znajdowały się na marginesie. Starsi pacjenci byli hurtowo wypisywani ze szpitali, by zrobić miejsce dla ofiar wojny, a w miastach duża liczba starszych ludzi pozostawała bez dachu nad głową z powodu nalotów. Czynniki te sprawiły, że istniejące instytucje pomocy publicznej (przytulki) stały się poważnie przepełnione. W polityce

społecznej i w odniesieniu do osób starszych dominowały w tym okresie kwestie ubóstwa i nędzy.

W istocie rządy Partii Pracy w latach 1945–1951 stanęły przed zadaniem opracowania polityki społecznej w warunkach, na które ogromny wpływ miały trudności ekonomiczne związane z odbudową powojenną. Jeśli chodzi o sytuację osób starszych, jest oczywiste, że mimo optymizmu zawartego w Ustawie o ubezpieczeniu społecznym z 1948 r. (ang. *National Assistance Act*), która poza tym, że wprowadzała powszechny system zabezpieczeń dla osób nieobjętych ubezpieczeniem, zapewniała także pomoc starszym Brytyjczykom, którzy potrzebowali dodatkowych świadczeń, aby móc się utrzymać oraz zobowiązywała władze lokalne do zapewnienia odpowiedniego zakwaterowania osobom, które z powodu niedołęstwa, wieku lub z innych przyczyn potrzebowaly opieki i pielęgnacji niedostępnej w inny sposób, rzeczywistość nie była do końca zgodna z tym założeniem. Nadal w systemie pomocowym dominowała opieka instytucjonalna, a usługi jakie otrzymywały wówczas osoby starsze określane są mianem „kopciuszką” (ang. „*Cinderella*” service) (Means, Smith, 1985).

Można wskazać kilka przyczyn takiego stanu rzeczy dla polityki społecznej w latach 50. i 60. XX wieku. Po pierwsze, brak było ram koncepcyjnych dla opieki społecznej nad osobami starszymi. Nie było jasnego kierunku polityki społecznej, a dziedzictwo systemu prawa ubogich utrzymywało się jeszcze w latach 70. XX stulecia. Pomimo reform zawartych w ustawie z 1948 roku, nadal całkowicie polegano na opiece stacjonarnej jako rozwiązaniu problemu potrzeb osób starszych, mimo że opieka środowiskowa istniała jako koncepcja już od lat 40. XX wieku. W rzeczywistości brakowało politycznego zaangażowania w jej rozwój, nawet biorąc pod uwagę rosnącą krytykę występującej polityki. Krytyka ta wraz z pojawiającymi się wynikami badań, sugerowała, że rodziny, a w szczególności córki, w rzeczywistości nie porzucają opieki nad starszymi rodzicami, jeśli państwo skupi się na opiece środowiskowej (Townsend, 1963). Po drugie, mimo braku spójnego uzasadnienia dla opieki stacjonarnej, nie było możliwości przejścia na opiekę środowiskową ze względu na ogromne środki, jakie już przeznaczono na jej utrzymanie. Znaczne inwestycje kapitałowe w budynki powstrzymywały przed elastycznością, a silne lobby na rzecz opieki stacjonarnej dbało o to, by środki nie zostały przesunięte gdzie indziej. Po trzecie, w latach 50. ubiegłego wieku stosunkowo niewiele badań poświęcono doświadczeniom osób starszych mieszkających w domach opieki.

Wreszcie, co jest ściśle związane z powyższymi trzema powodami, to (ciągły) brak jasnych granic między opieką zdrowotną a społeczną. W latach 50. i 60. ubiegłego wieku wiele osób

starszych zostało nieodpowiednio przyjętych do szpitala lub domu opieki, podczas gdy inni, którzy tego potrzebowali, pozostali w domu. Procedury władz lokalnych dotyczące przyjmowania do domów opieki odzwierciedlały raczej podejście oparte na świadczeniu usług niż na potrzebach, a osoby starsze miały bardzo mały wybór.

Pewne postępy w zakresie opieki środowiskowej zaczęły dokonywać się powoli w latach 70. XX stulecia. Zaczęto wówczas kwestionować zasadność opieki stacjonarnej nad osobami starszymi. Opieka instytucjonalna była coraz częściej przedstawiana w negatywnym świetle, co zniechęcało do korzystania z niej, a tym samym skłaniało ludzi do akceptowania usług środowiskowych. Polityka społeczna starała się przejść z pozycji utrzymania do pozycji zapobiegania – umożliwiając osobom starszym jak najdłuższe życie w domu – poprzez rozwój usług pomocowych w środowisku, takich jak: usługi opiekuńcze i posiłki na kółkach. Mimo że podkreślano znaczenie opieki środowiskowej, początkowo jej wpływ na usługi był niewielki. Nawet po reorganizacji usług w ramach reformy Seebohma z 1971 roku, kiedy to praca z osobami starszymi została włączona do głównego nurtu pracy socjalnej, opieka instytucjonalna w sektorze publicznym nadal stanowiła główną ofertę dla osób starszych. Natomiast inicjatywy związane z opieką domową miały charakter lokalny (Bernard, Phillips, 2000).

Sytuacja zasadniczo zmieniła się po zwycięstwie konserwatystów w wyborach w 1979 r., którzy sprawowali władzę do 1997 r. Poprzez prywatyzację sfery społecznej, ograniczenia wydatków komunalnych i poddanie ich kontroli centralnej oraz instrumentalizacji nierówności społecznej, doszło wówczas do przeformułowania modelu państwa w model neoliberalny (Kokoszkiwicz, 2015). W tym okresie coraz większą rolę w opiece nad osobami starszymi odgrywały rodziny i sektor prywatny. Zaczęły pojawiać się przypadki niskiego standardu opieki i wykorzystywania starszych mieszkańców, co doprowadziło do uchwalenia ustawy o domach opieki (ang. *Registered Homes Act 1984*<sup>23</sup>) i wprowadzenia kodeksu postępowania (ang. *Advisory Code of Practice*) (Brammer, 1994). Ustawa ta postawiła państwo w sprzecznej sytuacji: musiało ono pilnować sektora prywatnego, a jednocześnie było nakłaniane do rozwijania partnerskiej współpracy z tymi samymi osobami. Jak na ironię, sytuacja ta przyczyniła się do stopniowej rewizji i przeformułowania pojęcia starości, które zaczęło zajmować miejsce w programie opieki społecznej. Sama polityka społeczna coraz częściej wahała się między postrzeganiem osób starszych jako

---

<sup>23</sup> Ustawa ta wprowadziła podstawowy środek regulujący opiekę nad osobami starszymi w zarejestrowanych domach. Wprowadzono system kontroli jakości i nadzoru oraz ramy, w których organy rejestrujące mogą monitorować domy, sprawować nad nimi władzę i teoretycznie mieć pewność, że mieszkańcy otrzymują odpowiednią opiekę (Brammer, 1994) – przyp. J. K. H.

zależne, a jako jednostki zdolne do dokonywania wyborów. W sektorze prywatnym osoby starsze były postrzegane – przynajmniej teoretycznie – jako klienci z prawami, w przeciwieństwie do sektora państwowego, który – jak twierdzili jego krytycy – miał paternalistyczny charakter i nie brał pod uwagę potrzeb osób starszych. Zmiany wprowadzone przez administrację Thatcher w latach 80. XX wieku zaczęły podważać podstawową relację między państwem a osobami starszymi, rewolucjonizując podstawowe zasady, na których opierała się polityka od lat 40. Doprowadziło to z kolei do powstania kilku raportów, w tym bardzo krytycznego raportu Komisji Rewizyjnej (1986), co stało się podstawą do opracowania Białej Księgi oraz Ustawy o Służbie Zdrowia i Opiece Środowiskowej (1990) (ang. *White Paper* oraz *National Health Service and Community Care Act*)<sup>24</sup>, która była najbardziej wpływowym aktem prawnym w polityce społecznej, oddziałującym na życie osób starszych. Ustawa o służbie zdrowia i opiece środowiskowej (1990) była zasadniczo próbą wyciągnięcia wniosków z wcześniejszych krytycznych raportów i badań oraz stworzenia podstaw dla systemu, który nieodwracalnie odsunął politykę społeczną od postrzegania pomocy przez pryzmat opieki instytucjonalnej na rzecz bardziej selektywnych, ukierunkowanych i dopasowanych do potrzeb usług (Bernard, Phillips, 2000).

Szczególne znaczenie Ustawy o opiece środowiskowej (1990) w zakresie opieki formalnej polega na podkreśleniu wagi opieki środowiskowej, co znajduje odzwierciedlenie w trzech głównych celach niniejszego aktu:

– rozpowszechnianie opieki środowiskowej, skupiającej się głównie na udzielaniu opieki wspomagającej osobę w funkcjonowaniu w jej środowisku domowym

---

<sup>24</sup> Ustawa ta zapoczątkowała powstanie rynku wewnętrznego w ramach NHS w postaci utworzenia NHS Trusts. Natomiast w zakresie pomocy społecznej ustawa wprowadziła zmiany w sposobie w jaki władze lokalne realizują swoje zadania poprzez:

– nałożenie na nie obowiązku przeprowadzania oceny potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych w zakresie usług opieki środowiskowej;

– przyznawanie środków finansowych na miejsca w domach opieki oraz na usługi opieki środowiskowej.

Usługi takie były głównie objęte istniejącym ustawodawstwem, takim jak Ustawa o pomocy społecznej z 1948 roku (*National Assistance Act 1948*) i oznaczały:

– usługi opiekuńcze; – opiekę wytnieniową; – opiekę dzienną; – zapewnienie przystosowań w obrębie mieszkania; – rehabilitację i usługi prewencyjne; – posiłki dostarczane do domu.

§ 47 zobowiązywał władze lokalne do przeprowadzenia oceny potrzeb, jeśli okazało się, że ktoś potrzebuje usług opieki środowiskowej lub jest niepełnosprawny. W nagłych sytuacjach władze lokalne mogły jednak zdecydować o świadczeniu usług przed przeprowadzeniem oceny. Ocena potrzeb miała uwzględniać inne usługi, których dana osoba może potrzebować, takie jak zakwaterowanie i opieka zdrowotna.

Odpowiedzialność za finansowanie, planowanie i ocenę sytuacji materialnej w zakresie usług opieki środowiskowej została przeniesiona z Departamentu Ubezpieczeń Społecznych na władze lokalne. Władze lokalne stały się odpowiedzialne za przyznawanie funduszy na miejsca w domach opieki oraz na usługi opieki domowej (np. pomoc i opiekę w domu).

Reformy opieki środowiskowej miały być pierwotnie wprowadzone w 1991 roku równoległe z reformami NHS, ale ich wdrożenie opóźniło się do 1993 roku (The Health Foundation, 2022) – przyp. J. K. H.

– wspieranie opiekunów nieformalnych

– przeprowadzanie szczegółowej oceny potrzeb danej jednostki (Walmsley, Warner, 2005).

Ustawa z 1990 r. była początkiem realnych zmian w kierunku rozwoju pomocy środowiskowej i stopniowego odejścia od instytucjonalizacji w opiece nie tylko nad osobami starszymi, ale też niepełnosprawnymi. Kolejne akty prawne są kontynuacją pomocy środowiskowej. Skutkuje to pojawieniem się w polityce społecznej XXI wieku nowego języka. Zarówno w teorii, jak i praktyce funkcjonują już takie terminy jak: upodmiotowienie, zaangażowanie i partycypacja użytkowników, zarządzanie opieką, nabywcy i dostawcy, czynniki wspomagające i ułatwiające, rynki wewnętrzne, pakiety usług opiekuńczych, potrzeby osób starszych.

Spośród kolejnych istotnych aktów prawnych w zakresie pomocy społecznej, w tym dla osób starszych należy wymienić:

– Ustawa o opiekunach (rozpoznawanie i usługi) – 1995 (ang. *Carers (Recognition and Services Act)*). Jest to ustawa dotycząca opiekunów nieformalnych zarówno dzieci, jak i osób dorosłych, w tym osób starszych, których potrzeby zostały po raz pierwszy oficjalnie uznane w przepisach prawa. Opiekunowie uzyskali prawo do oceny własnych potrzeb niezależnie od potrzeb osoby, którą się opiekują. Na mocy tego aktu prawnego pracownicy socjalni muszą brać pod uwagę stanowisko opiekunów, w sytuacji planowania pomocy, jednak nie jest to tożsame z prawnym obowiązkiem zapewnienia pomocy (Walmsley i in., 2005).

– Narodowa strategia dla opiekunów: troska o opiekunów – 1999 (ang. *National strategy for carers: Caring about carers*) – jest to drugi dokument poświęcony opiekunom nieformalnym, w którym potrzeby opiekunów zostały jeszcze bardziej uwypuklone. Z dokumentu tego wynika, iż opiekunowie nadal są często izolowani i znajdują się w niekorzystnej sytuacji, dlatego ich wkład w życie społeczne został uznany w większym stopniu niż w przeszłości<sup>25</sup> (Department of Health and Social Care, 1999).

---

<sup>25</sup> W ramach strategii dotyczącej opiekunów określono priorytety rządu dotyczące opiekunów oraz podejmowane działania, by zapewnić opiekunom i osobom, które wspierają, jak najlepsze warunki: – wspieranie osób sprawujących opiekę, aby wcześniej określiły się jako opiekunowie, uznanie wartości ich wkładu i zaangażowanie ich od samego początku zarówno w projektowanie lokalnych usług środowiskowego wsparcia, jak i w planowanie indywidualnych pakietów opieki; – umożliwienie osobom sprawującym opiekę realizację ich potencjału edukacyjnego i zawodowego; – zindywidualizowane wsparcie zarówno dla opiekunów, jak i osób, które wspierają, umożliwiające im prowadzenie życia rodzinnego i społecznego; – wspieranie opiekunów w utrzymaniu dobrego stanu psychicznego i fizycznego (Department of Health and Social Care, 1999) – przyp. J. K. H.

– Ustawa o opiece środowiskowej – opóźnione wypisy itp. – 2003 (ang. *Community Care – Delayed Discharges etc. Act* ). Ustawa ta nakłada obowiązek współpracy na władze lokalne i służbę zdrowia w celu zapewnienia bezpiecznego wypisywania ze szpitala osób z potrzebami opieki społecznej. W przypadku, gdy osoba pozostaje w szpitalu, ponieważ władze lokalne nie zapewniły oceny lub usług, których dana osoba potrzebuje, aby bezpiecznie wypisać ją ze szpitala, władze lokalne są zobowiązane do zapłacenia odpowiedniej instytucji NHS opłaty za każdy dzień opóźnienia (Department of Health, 2013).

- Kryteria kwalifikowania do opieki społecznej dla dorosłych: Sprawiedliwy dostęp do usług opiekuńczych – 2003 (ang. *Eligibility criteria for adult social care: Fair Access to Care Services – FACS*). Jest to ważny dokument przedstawiający wytyczne dotyczące kryteriów kwalifikowania do pomocy społecznej dla osób dorosłych, określane w języku potocznym jako FACS criteria. Dokument ten został zaktualizowany w 2010 r. zgodnie z inicjatywą „Putting People First” (Brand i in., 2010).

Kryteria kwalifikowania podzielone są na cztery przedziały, które opisują stopień zagrożenia dla niezależności lub inne konsekwencje, jeśli potrzeby danej osoby nie zostaną zaspokojone.

Kryteria są następujące:

- Krytyczne (ang. *Critical*) – zagrożenie życia, osoba nie jest w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności;
- Istotne (ang. *Substantial*) – osoba ma duże trudności w podejmowaniu czynności dnia codziennego i występuje duże ryzyko wyrządzenia sobie krzywdy;
- Umiarkowane (ang. *Moderate*) – osoba jest w stanie funkcjonować w swoim środowisku domowym z małymi trudnościami, ale nie występuje ryzyko wyrządzenia sobie krzywdy;
- Niskie (ang. *Low*) – osoba funkcjonuje samodzielnie w swoim środowisku domowym przy odczuwaniu pewnych trudności związanych z wiekiem, ale nie ma w tym momencie ryzyka utraty zdrowia i niezależności (*Commission for Social Care Inspection, 2008*).

Na podstawie powyższych kryteriów dokonywana jest indywidualna ocena potrzeb (ang. *Care Assessment*), która jest podstawą do skonstruowania pakietu usług (ang. *Care Package*). Jest to pakiet usług dostosowanych do potrzeb jednostki w skład, których mogą wchodzić usługi od różnych podmiotów. Warto tu wspomnieć, że każda osoba starsza ma prawo do oceny potrzeb. Natomiast powstanie pakietu usług opiekuńczych, warunkowane jest tym do jakiej grupy kryteriów FACS zostanie zakwalifikowana osoba podczas oceny potrzeb. Wraz z upływem lat kryteria FACS poddane zostały krytyce. Głównym zarzutem był brak jasności i przejrzystości (*Commission for Social Care Inspection, 2008; Marczak, 2017*).



Mimo iż kryteria FACS obowiązywały w całym kraju, to w ustawodawstwie nie został określony minimalny próg kwalifikowania. W praktyce oznaczało to różnorodną interpretację owych kryteriów przez poszczególne hrabstwa, co powodowało, iż sprawiedliwy i transparentny dostęp do usług (ang. *Fair Access To Care Services – FACS*) pozostał tylko w teorii. Złożoność FACS skutkowałam brakiem zrozumienia wśród odbiorców, którzy nie byli pewni, czy są uprawnieni do skorzystania z pomocy, czy też nie oraz na jakiej podstawie zakwestionować decyzję dotyczącą oceny potrzeb. W Staffordshire County Council, w którym pracowałam przyjęta była interpretacja, iż osoby wpisujące się w grupę *Critical* lub *Substantial* spełniają kryteria. Natomiast w przypadku grupy *Moderate* i *Low* osobie proponowane były usługi z sektora non-profit lub prywatnego, gdyż nie spełniła ona kryteriów formalnej pomocy społecznej. Natomiast w sąsiednim hrabstwie Derbyshire w obrębie grupy *moderate* został wprowadzony podział na *higher moderate* i *moderate*, co utrudniało interpretację dla klientów, jak i samych pracowników (Derbyshire County Council, 2015). Kolejnym przykładem odmiennej interpretacji jest hrabstwo Kent, w którym do korzystania z pomocy formalnej były osoby sklasyfikowane do jednej z trzech grup: *critical*, *substantial* lub *moderate* (Kent County Council, 2008). Takie rozwiązania były wyzwaniem w przypadku osób wymagających opieki i przeprowadzających się w obrębie kraju, gdyż korzystanie z pomocy w obecnym miejscu zamieszkania nie było jednoznaczne z otrzymaniem tej pomocy w nowym miejscu zamieszkania. W tym miejscu wskażę, iż w przypadku większości (72%) władz lokalnych, jedynie osoby z *Critical* lub *Substantial needs* kwalifikowały się do otrzymania opieki społecznej finansowanej przez władze lokalne (opieka domowa lub instytucjonalna) (Commission for Social Care Inspection, 2009). Oznaczało to, że jest wiele osób potrzebujących pomocy, które jednak nie kwalifikują się do otrzymania usług państwowych. Krytyka założeń FACS stała się jednym z powodów wprowadzenia zmian i przyjęcia Ustawy o opiece w 2014 r., którą przedstawiłam w dalszej części pracy.

– Ustawa o zdolności do czynności prawnych – 2005 (ang. *Mental Capacity Act*). Ustawa ta ma na celu ochronę praw osób, których zdolność umysłowa jest wątpliwa oraz osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych. Ustawa ta wyjaśnia także niejasności kto jest uprawniony do podejmowania decyzji w imieniu tych osób (Department for Constitutional Affairs, 2007) .

– Nasze zdrowie, nasza opieka, nasze zdanie – Biała Księga –2006 (ang. *Our health, our care, our say – White Paper*).

Propozycje zawarte w tym dokumencie zostały przedstawione jako fundamentalny zwrot w kierunku zintegrowanych usług świadczonych w społecznościach lokalnych. Rząd uzasadnił tę zmianę tym, że jest na nią zapotrzebowanie (ludzie chcą większej wygody, lepszego dostępu i lepszej koordynacji usług na poziomie lokalnym); jest opłacalna w krótkim okresie (unikanie kosztownego leczenia szpitalnego); jest lepszej jakości (odzwierciedla zmiany technologiczne) i pozwala zaoszczędzić pieniądze w dłuższym okresie (lepsza profilaktyka teraz pozwoli uniknąć kosztownych chorób w późniejszym okresie). Zatem niniejszy dokument określał cztery cele:

- zapewnienie lepszych usług profilaktycznych i wczesnych interwencji
- dawanie ludziom większego wyboru i prawa głosu
- zwalczanie nierówności i poprawa dostępu do usług opieki środowiskowej
- zapewnienie większego wsparcia osobom cierpiącym na długotrwałe schorzenia.

W Białej Księdze zaproponowano realizację tych czterech celów poprzez:

- przekazanie lekarzom rodzinnym większej odpowiedzialności za lokalne budżety zdrowotne (zlecanie usług w oparciu o praktykę)
- rozważenie zmian w taryfie płatności za wyniki, aby zachęcić do zmian,
- oferowanie większej liczby usług opieki środowiskowej i opieki w domu,
- opracowanie ram wspólnego komisjonowania w zakresie zdrowia i dobrego samopoczucia,
- zachęcanie do innowacji i podnoszenia jakości poprzez stosowanie płatności bezpośrednich i budżetów indywidualnych,
- umożliwienie różnym usługodawcom konkurencji w zakresie świadczenia usług (Department of Health, 2006).
- *Żyć dobrze z otępieniem; Narodowa Strategia dotycząca Demencji – 2009* (ang. *Living well with dementia: A National Dementia Strategy*).

Celem strategii jest zapewnienie znaczącej poprawy w zakresie usług związanych z demencją w trzech kluczowych obszarach: poprawa świadomości, wcześniejsza diagnoza i interwencja oraz wyższa jakość opieki. W strategii określono 17 głównych celów, które po wdrożeniu, głównie na poziomie lokalnym, powinny doprowadzić do znacznej poprawy jakości usług świadczonych na rzecz osób z otępieniem oraz promowanie lepszego zrozumienia przyczyn i skutków otępienia. Niniejsza strategia powinna być katalizatorem zmian w sposobie postrzegania osób z otępieniem i opieki nad nimi w Anglii (Department of Health, 2009).

- Ustawa o opiece – 2014 (ang. *The Care Act*).

Ustawa ta stanowi najbardziej znaczącą zmianę legislacyjną w sektorze opieki i zdrowia w Anglii od czasów *National Assistance Act 1948*, która na przestrzeni lat była zmieniana i uzupełniana, doprowadzając do powstania fragmentarycznego systemu przepisów dotyczących opieki społecznej, który był skomplikowany i trudny do zrozumienia (The House of Lords and House of Commons, 2013). Ten temat wybrzmiał także podczas jednego z wywiadów kiedy to podczas rozmowy dotyczącej przyczyn powstania *The Care Act* rozmówczynie stwierdziła:

„Bo mieliśmy około 40... Nie, myślę, że około 70 aktów prawnych dla dorosłych. I tak, jako pracownik socjalny, musiałas dosłownie, jeśli było jakieś pytanie, musiałas się zastanawiać, czy to jest *National Assistance Act* z 1948 roku, czy może akurat w tej kwestii obowiązuje już inna ustawa. Wiesz, to stawało się po prostu śmieszne. I sądownictwo w Anglii i Walii powiedziało, że tak po prostu nie może być. Nawet nie wiemy, na co patrzymy. Bo sędziowie, którzy tu byli, mieli podejmować decyzje w tej sprawie. Więc oni powiedzieli, że to musi być jak Ustawa o dzieciach z 1989 roku i mieć tylko jeden akt prawny dla dorosłych, który zawiera wszystkie te różne akty prawne. Tak więc to właśnie zrobiła Komisja Ustawodawcza. I to jest wynik. Jest tu wiele różnych aktów prawnych, a niektóre ze starych aktów prawnych nadal obowiązują, ale większość z nich podlega ustawie o opiece” (ENG 5).

Uchwalenie Ustawy o opiece w 2014 r. wiązało się zatem z uchYLENIEM części dotychczasowego ustawodawstwa i stworzeniem jednolitych, nowoczesnych i spójnych ram prawnych, które pomogłyby użytkownikom usług, opiekunom i świadczeniodawcom zrozumieć, czy usługi opieki społecznej mogą lub powinny być świadczone, a także zapewniłyby ludziom kontrolę nad ich opieką i wsparciem (Department of Health, 2014b). Nowe przepisy dotyczące kwalifikowania różnią się od dotychczasowych wytycznych – określanych jako kryteria FACS, gdyż wprowadziły krajowe minimalne poziomy kwalifikowania, podczas gdy wcześniej minimalne progi kwalifikowania były określane przez poszczególne władze lokalne (HM Government, 2012), co przedstawiłam powyżej. Celem nowych kryteriów kwalifikowania jest zapewnienie większej przejrzystości i zagwarantowanie minimalnego poziomu potrzeb, które muszą być zaspokojone w całym kraju, chociaż poszczególne Rady mogą zaspokajać inne potrzeby, które są poniżej progu krajowego. Należy dodać, iż ustawa wprowadziła kryteria kwalifikowania do usług opieki społecznej finansowanych ze środków publicznych, nie tylko dla potrzebujących dorosłych, ale po raz pierwszy także dla opiekunów (Aneks, zał. nr 3, s. 331). Wprowadzenie ustawy z 2014 r. jest także odpowiedzią na krytykę FACS w zakresie nadmiernej standaryzacji ocen, które były ukierunkowane na usługi i pomijały niektóre grupy osób, podczas gdy nowe przepisy zakładają podejście bardziej ukierunkowane na użytkownika i osiągnięte wyniki

(ang. *outcomes-focused approach*). Ustawa wymaga, by ocena potrzeb danej osoby koncentrowała się więc na rezultatach, które chce ona osiągnąć w życiu codziennym.

Poniżej przedstawiłam kryteria kwalifikowania określone w Ustawie o opiece z 2014 r.

Próg kwalifikowania osób dorosłych z potrzebami w zakresie opieki i wsparcia jest określony w Przepisach dotyczących kwalifikowania (ang. *Care and Support – Eligibility Criteria. Regulations* 2014). Próg ten opiera się na określeniu, w jaki sposób potrzeby danej osoby wpływają na jej zdolność do osiągnięcia odpowiednich wyników (ang. *outcomes*) i jak to wpływa na jej dobrostan (ang. *well-being*). W § 2. pkt 1 określone jest, że potrzeby osoby dorosłej spełniają kryteria kwalifikowania, jeśli (Department of Health, 2014a):

- a) Potrzeby osoby dorosłej wynikają lub są związane z upośledzeniem lub chorobą fizyczną lub psychiczną<sup>26</sup>.
- b) W wyniku potrzeb osoby dorosłej nie jest ona w stanie osiągnąć dwóch lub więcej z określonych rezultatów (opisanych w § 2 pkt 2).
- c) Niemożność osiągnięcia tych wyników ma lub prawdopodobnie będzie miał znaczący wpływ na dobrostan (ang. *well-being*) osoby dorosłej.

Osoba kwalifikuje się do pomocy tylko wtedy, gdy spełnianie zostaną wszystkie trzy powyższe warunki.

W § 2. pkt 2 wymienione są rezultaty, których osoba nie jest w stanie osiągnąć w wyniku swoich potrzeb:

- a) zarządzanie żywieniem (władze lokalne powinny rozważyć, czy osoba dorosła ma dostęp do żywności i napojów, co pozwala jej utrzymać prawidłowe odżywianie, oraz czy jest ona w stanie przygotować i spożyć żywność i napoje);
- b) utrzymywanie higieny osobistej (władze lokalne powinny, na przykład, rozważyć zdolność osoby dorosłej do samodzielnego mycia się i prania odzieży);
- c) radzenie sobie z potrzebami związanymi z toaletą (władze lokalne powinny wziąć pod uwagę zdolność osoby dorosłej do dostępu do toalety i korzystania z niej oraz do zarządzania swoimi potrzebami w zakresie toalety);

---

<sup>26</sup> Pierwszym warunkiem, który musi zostać spełniony jest to, że potrzeby osoby dorosłej w zakresie opieki i wsparcia wynikają z upośledzenia fizycznego lub umysłowego albo choroby i nie są spowodowane innymi okolicznościami. Na tym etapie władze lokalne muszą rozważyć, czy stan osoby dorosłej wynika z upośledzenia lub choroby fizycznej, umysłowej, sensorycznej, uczenia się lub zdolności poznawczych, nadużywania substancji psychoaktywnych lub urazu mózgu. Władze powinny oprzeć swoją ocenę na ocenie osoby dorosłej i nie jest wymagana formalna diagnoza stanu zdrowia (Department of Health, 2014a) – przyp. J. K. H.

- d) odpowiednie ubieranie się (władze lokalne powinny rozważyć zdolność osoby dorosłej do samodzielnego ubierania się i bycia odpowiednio ubranym, na przykład w zależności od pogody, w celu zachowania zdrowia);
- e) zdolność do bezpiecznego korzystania z domostwa (władze lokalne powinny rozważyć zdolność osoby dorosłej do bezpiecznego poruszania się po domu, co może obejmować na przykład wchodzenie po schodach, korzystanie z urządzeń kuchennych lub dostęp do łazienki. Powinno to również obejmować najbliższe otoczenie domu, takie jak dostęp do posesji, np. schody prowadzące do domu).
- f) utrzymywanie środowiska domowego, tak aby nadawało się do zamieszkania (władze lokalne powinny rozważyć, czy gospodarstwo domowe jest na tyle czyste i zadbane, by zostało uznane za bezpieczne. Dom nadający się do zamieszkania jest bezpieczny i posiada niezbędne udogodnienia. Osoba dorosła może wymagać wsparcia, aby utrzymać mieszkanie i zadbać o takie udogodnienia, jak woda, elektryczność i gaz.
- g) rozwijanie i utrzymywanie relacji rodzinnych lub innych relacji (władze lokalne powinny rozważyć, czy osoba dorosła jest samotna lub odizolowana, ponieważ jej potrzeby uniemożliwiają jej utrzymywanie relacji już istniejących, czy też jej potrzeby uniemożliwiają jej nawiązywanie nowych relacji);
- h) dostęp do pracy, szkolenia, kształcenia lub wolontariatu oraz zaangażowanie w te działania (władze lokalne powinny rozważyć, czy osoba dorosła ma możliwość wykazania się i wniesienia wkładu w życie społeczne poprzez pracę, szkolenie, edukację lub wolontariat, z zastrzeżeniem jej własnych życzeń w tym względzie. Obejmuje to fizyczny dostęp do wszelkich udogodnień oraz pomoc w uczestniczeniu w odpowiednich zajęciach).
- i) korzystanie z niezbędnych urządzeń lub usług w społeczności lokalnej, w tym z transportu publicznego oraz urządzeń lub usług rekreacyjnych (władze lokalne powinny rozważyć zdolność osoby dorosłej do bezpiecznego poruszania się w społeczeństwie oraz możliwość korzystania z takich udogodnień jak transport publiczny, sklepy czy obiekty rekreacyjne, rozważając wpływ na jej samopoczucie. Władze lokalne nie są odpowiedzialne za świadczenie usług NHS, takich jak transport pacjentów, jednak powinny rozważyć potrzebę wsparcia, gdy osoba dorosła udaje się na wizyty lekarskie);
- j) wypełnianie wszelkich obowiązków opiekuńczych, jakie osoba dorosła ma wobec dziecka (władze lokalne powinny wziąć pod uwagę wszelkie obowiązki rodzicielskie lub inne obowiązki związane z opieką, jakie ma dana osoba. Osoba dorosła może być na przykład przybranym rodzicem, który ma obowiązki opiekuńcze wobec dzieci współmałżonka).

W § 2 pkt 3 stwierdza się, że osoba dorosła nie jest w stanie osiągnąć danego wyniku, jeżeli osoba ta:

- a) nie jest w stanie osiągnąć go bez pomocy;
- b) jest w stanie osiągnąć ten cel bez pomocy, ale powoduje to u niej znaczny ból, niepokój lub lęk;
- c) jest w stanie osiągnąć ten cel bez pomocy, ale jego osiągnięcie zagraża lub może zagrażać zdrowiu lub bezpieczeństwu osoby dorosłej lub innych osób; lub
- d) jest w stanie wykonać je bez pomocy, ale trwa to znacznie dłużej niż można by się spodziewać w normalnych okolicznościach (schemat kwalifikowania przedstawiłam na stronie 168).

§ 2. pkt 4. dotyczy zmieniających się potrzeb. Jeżeli poziom potrzeb osoby dorosłej zmienia się, to przy ustalaniu, czy potrzeby osoby dorosłej spełniają kryteria zakwalifikowania, samorząd lokalny musi wziąć pod uwagę okoliczności, w jakich znajduje się osoba dorosła w okresie, który uzna za niezbędny do dokładnego ustalenia poziomu potrzeb osoby dorosłej.

W rozważaniach na temat nowych kryteriów kwalifikowania uwagę należy poświęcić określeniu dobrostanu (ang. *well-being*), które odgrywa istotną rolę w tej regulacji prawnej i jego rozumienie przedstawione jest w części pierwszej Ustawy o opiece.

Dobrostan prezentowany jest jako szerokie pojęcie, odnoszone w szczególności do następujących obszarów:

- godność osobista (w tym traktowanie jednostki z szacunkiem);
- zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobre samopoczucie emocjonalne;
- ochrona przed nadużyciami i zaniedbaniem;
- kontrola jednostki nad codziennym życiem (w tym nad świadczoną opieką i wsparciem oraz sposobem ich świadczenia);
- udział w pracy, edukacji, szkoleniu lub rekreacji;
- dobre samopoczucie społeczne i ekonomiczne;
- sprawy domowe, rodzinne i osobiste;
- odpowiednie warunki mieszkaniowe;
- wkład jednostki w życie społeczne.

Poszczególne elementy dobrostanu są na równi istotne. Nie ma wśród nich hierarchii, a wszystkie powinny być traktowane z taką samą uwagą, jeśli chodzi o dobrostan w ujęciu całościowym. Wspieranie dobrostanu nie oznacza jedynie zaspokajania potrzeb, które

odpowiadają konkretnym usługom. Sercem zreformowanego systemu powinien być proces oceny i planowania, którego istotą jest rozmowa o potrzebach ludzi w zakresie opieki i wsparcia oraz o tym, jak zaspokojenie potrzeb może pomóc im w osiągnięciu najważniejszych dla nich rezultatów. W przypadku, gdy dana osoba nie jest w stanie w pełni uczestniczyć w tych rozmowach i nie ma nikogo, kto mógłby jej pomóc, władze lokalne zorganizują doradcę urzędowego (ang. *an independent advocate*) (Department of Health, 2014a).

Temat dobrostanu poruszany był wielokrotnie podczas przeprowadzanych wywiadów w Anglii. Poniżej przedstawiłam wybrany fragment dotyczący dobrostanu:

„Więc dla nas podstawą są zasady dobrostanu, które są najważniejsze w tej ustawie. Niekoniecznie chodzi o to, co ktoś może, a czego nie może robić, ale o to, jak to wpływa na jego ogólne samopoczucie i życie. Musimy więc przyrzeć się, czy w życiu kogoś dzieje się coś, co wpływa na jego dobre samopoczucie. A dobrostan jest podzielony na różne elementy. Jest to więc dobrostan w odniesieniu do mycia i ubierania się. Dobrostan w odniesieniu do jedzenia i picia. Dobrostan w odniesieniu do wychodzenia na spotkania towarzyskie. Tak więc jest to podzielone na różne podsekcje i są one tym, co wszyscy postrzegamy jako kwalifikowalność. Jest to termin szeroki i dość płynny” (ENG 5).

Proces decyzyjny kryteriów kwalifikowania zamieściłam w tab. 8 .

Wprowadzenie krajowego progu kwalifikowania powinno zapewnić większą przejrzystość, co do poziomu potrzeb kwalifikujących się do pomocy. Większa jasność pomoże władzom w podjęciu decyzji, czy wcześniejsze udzielenie informacji i porad lub usług prewencyjnych opóźni rozwój potrzeb osoby, które spełniają kryteria zakwalifikowania, czy też potrzebna będzie bardziej długotrwała opieka i wsparcie. Powinno to także pomóc osobie potrzebującej opieki lub jej opiekunowi w szerszym zastanowieniu się nad tym, jakie wsparcie może być dostępne w społeczności lokalnej lub poprzez sieć wsparcia, aby zaspokoić ich potrzeby i pomóc w osiągnięciu zamierzonych rezultatów. Wprowadzając Ustawę o opiece zwrócono także uwagę, iż wartością podejścia opartego na rezultatach jest jego zdolność do wspierania ludzi w osiąganiu tych rzeczy w życiu, które najbardziej cenią, ale które są często pomijane w podejściu skoncentrowanym na usługach (Commission for Social Care Inspection, 2008). Analizując politykę społeczną Wielkiej Brytanii zgadzam się z Arturem Kokoszkiwiczem (2015), który stwierdza, iż widoczne są pewne antagonizmy. Z jednej bowiem strony stawiano na indywidualizm i ważną rolę jednostki, z drugiej zaś na kolektywizm, co odzwierciedlane było także w doktrynie gospodarczej. Na jednym biegunie akcentowano potrzebę interwencjonizmu państwa w niektórych jego obszarach, a na drugim oparcie na liberalizmie gospodarczym i swobodach jednostek w kształtowaniu swojej sytuacji ekonomicznej.

Tab. 8. Proces decyzyjny kryteriów kwalifikowania (ang. *eligibility decision proces*) w odniesieniu do trzech komponentów: potrzeb (ang. *needs*), celów (ang. *outcomes*) i dobrostanu (ang. *well-being*).

<b>Proces podejmowania decyzji o kwalifikowaniu do pomocy społecznej (ang. <i>eligibility decision process</i>)</b>		
<b>1. Potrzeby (ang. <i>needs</i>)</b>	<b>2. Cele (ang. <i>outcomes</i>)</b>	<b>3. Dobrostan (ang. <i>well-being</i>)</b>
Potrzeby osoby dorosłej wynikają z upośledzenia lub choroby fizycznej lub psychicznej lub są z nimi związane.	W wyniku tych potrzeb osoba dorosła nie jest w stanie osiągnąć dwóch lub więcej z poniższych celów: a) zarządzanie i utrzymywanie odżywiania, b) utrzymywanie higieny osobistej, c) zarządzanie potrzebami toaletowymi, d) być odpowiednio ubranym, e) utrzymanie własnego środowiska domowego, f) możliwość bezpiecznego korzystania z domu, g) rozwijanie i utrzymywanie relacji rodzinnych lub innych relacji osobistych, h) dostęp do pracy, szkolenia, edukacji lub wolontariatu i zaangażowanie się w nie, i) korzystanie z niezbędnych obiektów i usług w społeczności lokalnej, w tym z transportu publicznego i obiektów lub usług rekreacyjnych, j) wykonywanie wszelkich obowiązków opiekuńczych, jakie osoba dorosła ma w stosunku do dziecka.	Niemożliwość osiągnięcia celów sprawia, iż jest lub prawdopodobnie wystąpi wpływ na samopoczucie osoby dorosłej i jej dobrostan, w następujących zakresach: a) godności osobistej (w tym traktowania osoby z szacunkiem), b) zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrostanu emocjonalnego, c) ochrony przed nadużyciami i zaniedbaniem, d) kontroli jednostki nad codziennym życiem (w tym nad opieką i wsparciem oraz sposobem, w jaki jest świadczona), e) udziale w pracy, edukacji, szkoleniu lub rekreacji, f) społecznego i ekonomicznego dobrobytu, g) relacji domowej, rodzinnej i relacji osobistej, h) odpowiednich warunkach mieszkaniowych, i) wkładu osoby w życie społeczne.

Źródło: *Care and Support Statutory Guidance. Issued under the Care Act 2014.* (2014a). London: Department of Health, s. 100. Tłumaczenie własne.



Charakterystyczny dla Wielkiej Brytanii jest także postulat powszechności, przejawiający się tym, że każda jednostka wchodząca w skład społeczeństwa powinna być zdolna osiągnąć określony, minimalny standard życia, wyrażony poprzez: edukację, dostęp do służby zdrowia czy świadczeń pomocowych. Odwołując się do zmian na przestrzeni czasu na osi przekrojowej Bartlett i Vavrus stwierdzić można, iż wraz z upływem lat nastąpił zwrot w sektorze pomocowym w postaci odchodzenia od pomocy instytucjonalnej w stronę pomocy środowiskowej, wzrostu znaczenia środowiska lokalnego i podejmowania działań mających na celu personalizację usług. Podejmowane debaty na temat jakości opieki, powszechności systemu pomocowego i rosnących wydatków skłoniły rządy do podejmowania reform, których efektem jest Ustawa o opiece z 2014 r. Bezspornym jest fakt, że obecnym kierunkiem polityki senioralnej jest pomoc środowiskowa i rozwój usług w miejscu zamieszkania osoby starszej zapewnianych nie tylko przez sektor państwowy, ale też pozaformalny (agencje opiekuńcze i organizacje pozarządowe), co odzwierciedla koncepcję starzenia się w środowisku zamieszkania, a także aktywnego starzenia się. Przy obecnym kształcie polityki społecznej Wielkiej Brytanii można zastanowić się, czy w kraju tym ma miejsce odchodzenie od państwa opiekuńczego na rzecz państwa wspólnotowego, w którym odpowiedzialność za godne życie człowieka powinna być rozłożona między zainteresowanego, jak również państwo i całe społeczeństwo (Trafiałek, 2003). W tak rozumianym państwie najważniejszym aspektem polityki społecznej jest otwarta infrastruktura środowiska lokalnego.

Przez długi czas polityka społeczna w Wielkiej Brytanii charakteryzowała się fragmentarycznym i doraźnym podejściem. Co więcej, polityka ukierunkowana na zaspokajanie potrzeb osób starszych ograniczona była do wąskiej koncepcji potrzeb, a nie uwzględniała praw osób starszych (Higgs, 1995; Walker, 1993). Na początku nowego tysiąclecia Wielka Brytania znalazła się w sytuacji, w której wymagana była nie tyle polityka, która zapewni największą pomoc emerytom, ile taka, która uwzględni różnorodność potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Jest to zupełnie inny rodzaj orientacji politycznej niż ta, która jest skierowana do osób określanych jako „stare” lub „na emeryturze”. Oznacza to, że w polityce senioralnej należy odejść od tradycyjnych i spolaryzowanych poglądów, które postrzegają osoby starsze jako zasługujące na pomoc, potrzebujące siatki bezpieczeństwa w postaci ochrony socjalnej, lub jako obciążenie i przyczynę potencjalnego zubożenia innych grup. Nowy kierunek brytyjskiej polityki senioralnej XXI wieku idzie w stronę uznania i wykorzystania różnorodności i współzależności jednostek. Biorąc jednocześnie pod uwagę to, że wszyscy, niezależnie od wieku chronologicznego, mamy wspólny cel w tworzeniu

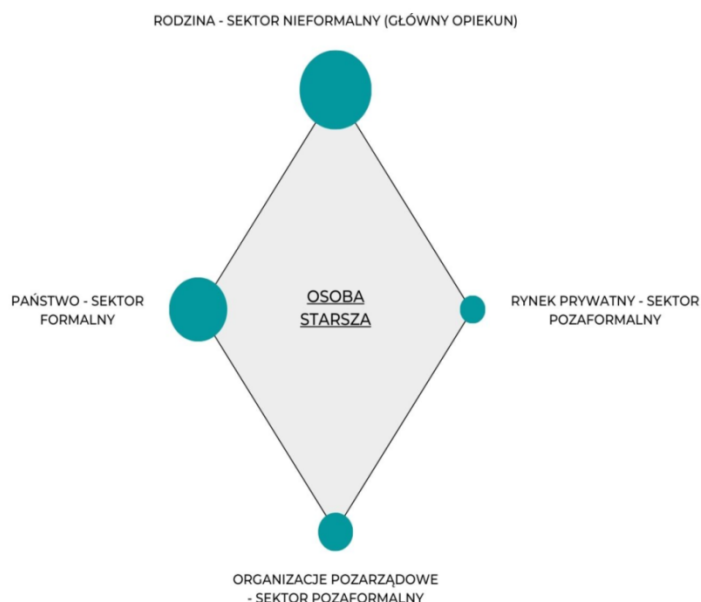
zintegrowanej polityki społecznej, która ma na celu wspieranie jednostek w życiu w starzejącym się społeczeństwie. W kolejnych podrozdziałach przedstawiłam system pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii, co stanowiło podstawę do porównania obu systemów i w dalszej części pracy do wyciągnięcia wniosków oraz dokonania rekomendacji.

### **3.2. Organizacja systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i w Anglii jako formalny wymiar opieki**

Po wcześniejszym przedstawieniu polityki senioralnej w Polsce i Wielkiej Brytanii, kolejne części niniejszej pracy stanowią deskrypcję, czyli I etap badań porównawczych. Charakteryzuje się on zaprezentowaniem obecnego systemu pomocy na rzecz osób starszych i jego interpretacji. W niniejszym rozdziale analiza systemu pomocowego obu krajów odbywa się poprzez przedstawienie jego trzech elementów składowych: sektora formalnego (tworzonego przez podmioty publiczne programujące i realizujące politykę państwa, finansowane ze środków publicznych); sektora pozaformalnego (odnoszącego się do organizacji pozarządowych, stowarzyszeń oraz do podmiotów komercyjnych) i sektora nieformalnego (opiekunowie rodzinni). Przedstawienie systemu pomocy środowiskowej w Polsce i w Anglii dokonane zostało poprzez egzemplifikację sposobu funkcjonowania wybranej instytucji pomocowej w obszarze osób starszych oraz jej współpracy z sektorem komercyjnym, pozarządowym i nieformalnym. W Polsce prezentowaną instytucją jest MOPS we Wrocławiu, a w Anglii – *Adult Social Care* w Burton upon Trent.

Funkcjonowanie systemu pomocowego wynika z przyjętego modelu państwa. W Polsce w wyniku ewolucji systemu pomocy społecznej mamy do czynienia ze zmianą paradygmatu w podejściu do systemu pomocowego. Od polityki opieki i asekuracji, pomoc społeczna przekierowana jest w stronę pomocniczości i integracji społecznej. Z monopolu państwa w zakresie instytucji dostarczających usługi przenosimy się w stronę modelu pluralistycznego z różnorodnymi producentami i dostawcami usług społecznych (Grewiński, 2011). Większa uwaga zwracana jest aktualnie na międzysektorowe partnerstwo i współpracę w celu tworzenia podwalin pod zintegrowany system usług społecznych w przyszłości (Grewiński, Karwacki, 2010). Ważnym etapem mającym wpływ na współczesny kształt polityki społecznej był rok 2004. Wówczas to nie tylko przyjęto nową Ustawę o pomocy społecznej, ale był to rok wejścia Polski do UE. Czynniki te wiążą się z przeorientowaniem dotychczas prowadzonej polityki pomocy społecznej w kierunku aktywizacji i integracji społecznej.

Odnosząc polski model polityki społecznej do „brylantu opieki”, podkreślić należy, iż w przeciwieństwie do angielskiego modelu, duża rola w działaniach opiekuńczych w Polsce przypada rodzinie. Państwo natomiast odgrywa dominującą pozycję w kształtowaniu dobrobytu, wkraczając ze swoimi działaniami wówczas kiedy osoba, czy rodzina nie jest w stanie przezwyciężyć trudnych sytuacji życiowych, wykorzystując własne zasoby i możliwości. W polskim modelu, w porównaniu z modelem angielskim, rola sektora prywatnego i organizacji pozarządowych jest nieduża. Podkreślić jednak należy, że znaczenie rynku i organizacji pozarządowych sukcesywnie wzrasta. Biorąc pod uwagę konfigurację środowiskowego systemu pomocowego dla osób starszych w obrębie: państwa, rodziny, rynku i organizacji pozarządowych, polski diament opiekuńczy przedstawia się następująco:

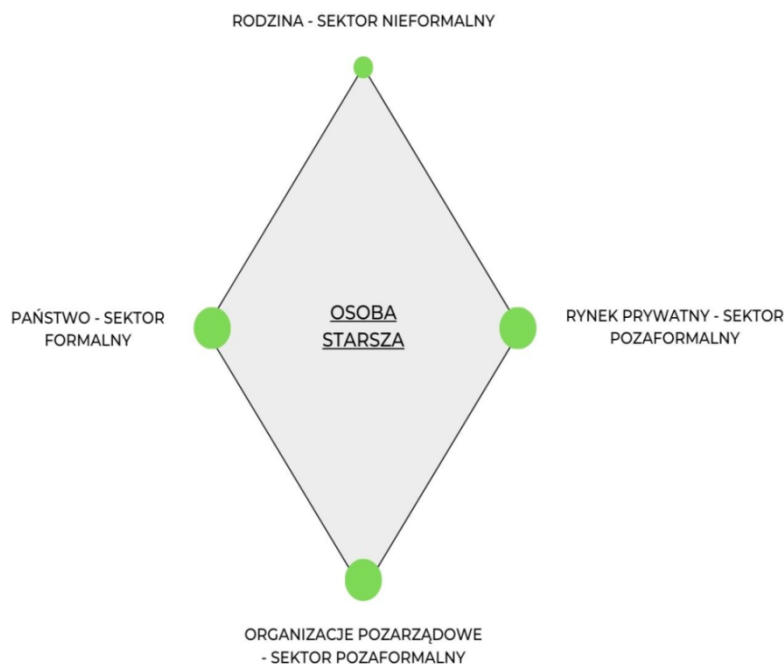


Rys. 14. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce

Źródła: Opracowanie własne na podstawie Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, s. 72. Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, s. 86.

Trudność w przypadku charakteryzowania modelu Wielkiej Brytanii (*The UK Welfare State*) wiąże się z tym, iż tak jak pisałam wcześniej w rozdziale dotyczącym polityki senioralnej, nie jest to system, który mieści się w pełni w typologii Esping-Andersen jako liberalny system, kierowany przez rynek. Odnosząc więc brytyjski model polityki społecznej oparty na idei pluralizmu pomocy społecznej: *welfare mix* do „brylantu opieki” należy wziąć pod uwagę jego zróżnicowanie w świadczeniu opieki w zależności od części składowych Wielkiej

Brytanii. I tak, liberalny model systemu zorientowanego na rynek nie ma racji bytu w Szkocji, gdzie to właśnie państwo ma duży wpływ na system, a świadczenie usług na wolnym rynku jest stosunkowo niewielkie. Zjednoczone Królestwo należy postrzegać jako państwo czterech narodów: Anglii, Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej. Każdy z nich ma swój własny system polityczny, administracyjny, organizacyjny, a także często prawny, rządzący pomocą społeczną i jej świadczeniem. Mając na uwadze powyższe w niniejszej pracy poddałam analizie angielski, a nie brytyjski system pomocy. Próbując zobrazować angielski „brylant opieki”, którego kształt uzależniony jest od realizowanego w tym państwie modelu polityki społecznej wobec ludzi starych, określenie konfiguracji relacji: państwo – rynek – organizacje pozarządowe – rodzina, jawi się w ten sposób, iż to państwo obejmuje uniwersalne i selektywne usługi, finansowane z powszechnych podatków i systemu ubezpieczeń społecznych. Usługi te działają w ramach gospodarki rynkowej, za które jednak państwo bierze odpowiedzialność. Poza sektorem prywatnym, także sektor organizacji pozarządowych odgrywa istotną rolę w świadczeniu usług na rzecz osób starszych. Natomiast w angielskim „brylancie opieki” rola rodziny w zapewnianiu opieki odgrywa nieduże znaczenie, co wiąże się z rozpadem rodzin wielopokoleniowych i procesem singularyzacji starości.



Rys. 15. Diamant opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, s. 72. Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, s. 86.

### 3.2.1. Formy pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce

Polski system pomocy przedstawię poprzez odwołanie się do sposobu funkcjonowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS) we Wrocławiu, co stanowić będzie egzemplifikację systemu pomocowego. W tej części podrozdziału skoncentruję się na pomocy formalnej świadczonej przez instytucję państwową.

W Polsce, podobnie jak w Anglii, dystrybucja świadczeń odbywa się w ramach systemu zdrowia i pomocy społecznej, z tą różnicą, iż świadczenia zdrowotne mają charakter usługowy, a pomocy społecznej usługowy i pieniężny (zasilek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek pielęgnacyjny). Analizując środowiskowe formy pomocy odnoszę się do świadczeń usługowych, dostępnych w ramach systemu pomocy społecznej. Zaznaczę w tym miejscu, iż w przypadku środowiskowych świadczeń zdrowotnych podstawową usługą są domowe wizyty pielęgniarek środowiskowych i lekarzy pierwszego kontaktu (Bakalarczyk, 2011).

Na polski system opieki społecznej składają się następujące ustawy: Ustawa o świadczeniach rodzinnych (UŚR), Ustawa o dodatkach mieszkaniowych (UDM), Ustawa o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (UPOA) i Ustawa o pomocy społecznej (UPS). Z tym, że zakres usługowy świadczeń reguluje ustawa o pomocy społecznej. W niniejszej pracy odwołuję się do MOPS we Wrocławia, z tego względu, że to właśnie ośrodki pomocy społecznej są najważniejszą instytucją pomocy społecznej, gdyż działają najbliżej jednostki i mają najbardziej rozbudowaną możliwość niesienia pomocy. Ośrodek jest najczęściej pierwszym i zasadniczym miejscem, gdzie trafiają osoby będące w trudnej sytuacji, które zwracają się o pomoc. Spośród licznych zadań obowiązkowych gminy w zakresie pomocy społecznej, te dotyczące osób starszych obejmują: przyznawanie zasiłków, prowadzenie pracy socjalnej, zapewnienie miejsc w placówkach wsparcia dziennego, mieszkaniach chronionych, kierowanie i częściowe finansowanie miejsc w domach pomocy społecznej, organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych (Sierpowska, 2011).

Do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej należą m.in.: prowadzenie usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi, realizacja rządowych programów pomocy społecznej (Grewiński, 2011). Ośrodek zajmuje się więc ustalaniem praw do świadczeń i ich przyznawaniem, a także analizą zjawisk wywołujących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej (Sierpowska, 2011).



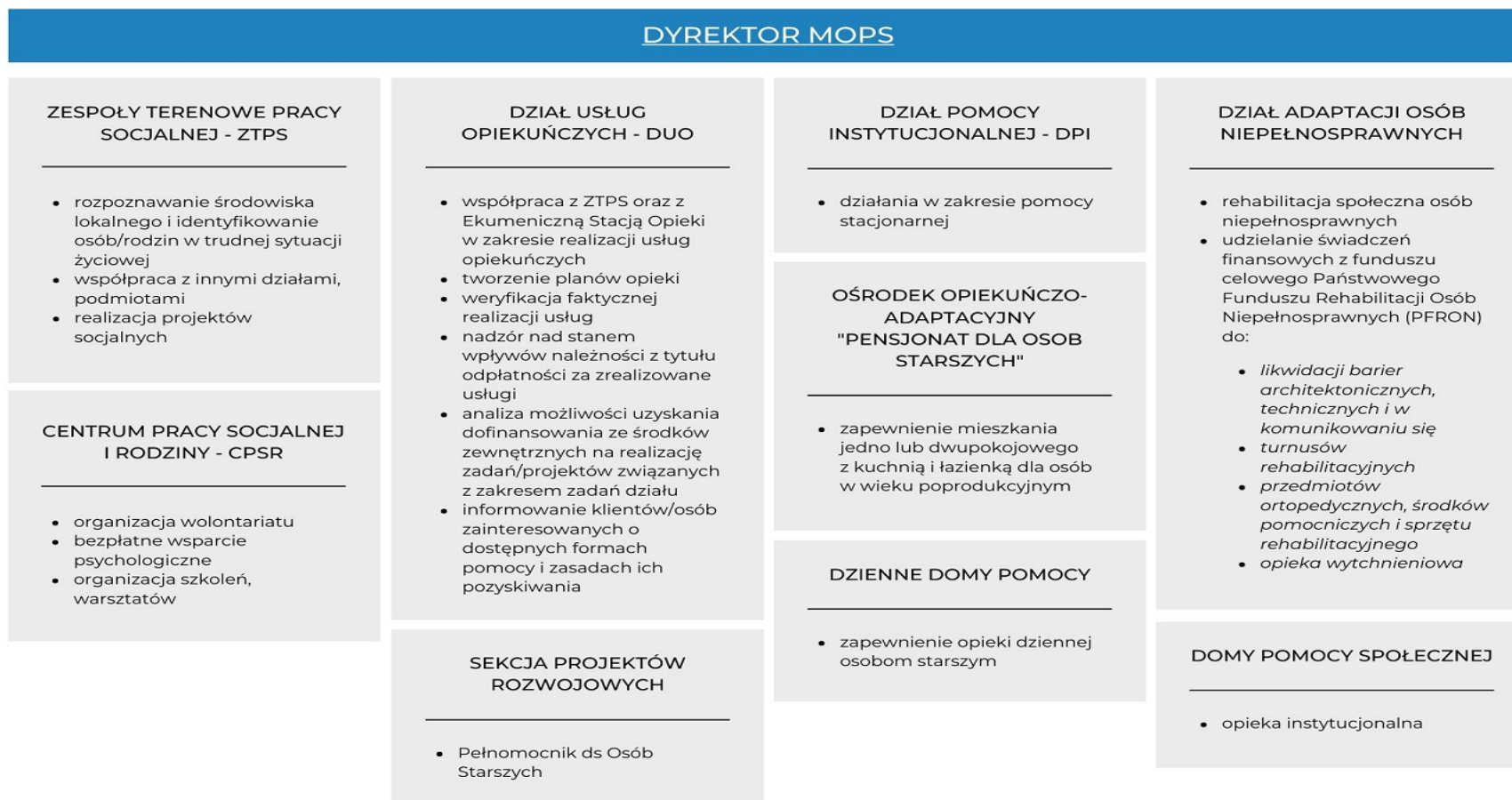
Rys. 16. Schemat ścieżki kwalifikowania do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych w Polsce

Źródło: Opracowanie własne

W Ustawie o pomocy społecznej formami wsparcia dla osób starszych są: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze (art. 50), usługi w ośrodku wsparcia (art. 51), rodzinne domy pomocy (art.52), mieszkanie chronione (art. 53), domy pomocy społecznej (art. 2) (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593).

W związku z faktem, iż w pracy koncentruję się na pomocy środowiskowej, nadmienię, iż tematyka związana z domami pomocy społecznej realizowana jest przez Dział Pomocy Instytucjonalnej (DPI).

Najczęstszą formą pomocy są usługi opiekuńcze. Ich głównym celem jest zmniejszanie niesamodzielności u osób, które doświadczają ograniczeń w zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb życiowych, oraz kompensowanie utraconej samodzielności działaniami umożliwiającymi tym osobom dalsze funkcjonowanie w swoim środowisku zamieszkania (Stec i in., 2014). Usługi opiekuńcze mogą być realizowane dwojako, tj. bezpośrednio przez ośrodek pomocy społecznej zatrudniający opiekunki lub w sposób pośredni zlecając realizację usług podmiotowi zewnętrznemu w drodze przeprowadzanego konkursu ofert (art. 25 UPS). Ścieżka bezpośredniego wykonawcy usług realizowana jest głównie w mniejszych miejscowościach. Natomiast w dużych miastach, takich jak Wrocław, który jest gminą miejską na prawach powiatu przyjmuje się rozwiązanie polegające na współpracy z podmiotem zewnętrznym. Głównym powodem takiego rozwiązania jest skala, na jaką realizowane są usługi opiekuńcze.



Rys. 17. Struktura organizacyjna MOPS Wrocław w zakresie form pomocy dla osób starszych

Źródła: opracowanie własne na podstawie: Józefiak-Materna, A. (2022b). *Sprawozdanie z pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej za 2021 rok*, Wrocław: MOPS, s. 11-18. oraz <https://mops.wroclaw.pl/kontakt/komorki-organizacyjne>

W małych gminach gdzie liczba podopiecznych wynosi od kilkunastu do kilkudziesięciu podopiecznych, do realizacji usług opiekuńczych wymaganych jest mniej opiekunów, niż w przypadku dużych miast. W gminie miejsko-wiejskiej, w której pracuję zatrudnionych jest 4 opiekunów przy 17 podopiecznych. Natomiast we Wrocławiu liczba podopiecznych oscyluje między 1800-1900 miesięcznie, przy liczbie opiekunek wynoszącej ok. 750. Duża liczba osób starszych, którym przyznano usługi opiekuńcze wpływa na wysokie koszty związane z realizacją zadania. Opcją korzystniejszą dla gminy jest w tej sytuacji zlecenie zadania organizacji pozarządowej, choćby ze względu na fakt, iż gmina nie ponosi wówczas kosztów związanych z zatrudnieniem opiekunów i logistyką pracy opiekunek. Tego typu rozwiązanie nasuwa jednak pytanie dotyczące prawa wyboru przez osobę starszą dostawcy usług oraz jakości świadczonych usług. Osoby korzystające z usług opiekuńczych praktycznie nie mają wpływu na wybór podmiotu je realizującego, ponieważ o tym wyborze decyduje gmina, dla której zazwyczaj jedynym kryterium wyboru jest cena usług (NIK, 2016). Ten wątek pojawił się podczas wywiadów przeprowadzanych w Polsce i w Anglii. Wykonywanie usług przez podmiot zewnętrzny wiąże się z tym, iż OPS nie ma bezpośredniego wpływu na jakość świadczonych usług, w tym kontaktu pracownika socjalnego z opiekunkami. Jeden z rozmówców stwierdził, iż „MOPS zatrudniał opiekunki przed 2007 rokiem. Moim skromnym zdaniem trochę lepiej to funkcjonowało [...] organizując pracę opiekunek w pewnym sensie w pokoju, można było do nich przejść, powiedzieć pewne rzeczy, dogadać się, itd.” (PL1). Nie oznacza to, że teraz pracownik socjalny nie ma kontaktu z opiekunkami. Kontakt jest rzadszy i zależy od danej osoby.

„Jako praktyk mogę powiedzieć, że mam takie opiekunki, które znam od wielu lat i to są anioły, a nie kobity. A mam od jakiegoś czasu do czynienia z klientem, gdzie opiekunki jeszcze ani razu na oczy nie widziałem. Mimo, że robię ten monitoring regularnie. Gdzie te starsze osoby mają jakieś wątpliwości czy jakby trochę się skarżą, ale z drugiej strony nie mają wyjścia. Bo potrzebują tej opieki. Ja też mam trudność oddzielenia ziarna od plewy. Bo widzę, że mieszkanie jest posprzątane, jedzenie jest w domu. I teraz bądź tu mądry, co jest tu konfabulacją, widzimisie, a co jest stanem realnym, co jest prawdą. Ale niby temu mają służyć monitoringi” (PL 1).

Problematyka pracy opiekunek dotyczy kilku aspektów, co wynika z przeprowadzonych wywiadów. Ze względu na charakter pracy jest duża rotacja pracowników. Rekrutacja odbywa się „na okrągło i ktokolwiek dzwoni i jest zainteresowany, no to zapraszamy, dlatego, że za chwilę może ktoś zrezygnować z tej pracy” (PL2). Praca opiekunek jest trudna, niskopłatna i niedoceniana, „często trafiają w środowiska bardzo trudne, panie rezygnują chociaż jest spora grupa, która pracuje przez wiele lat i stanowi taki trzon taki filar” (PL 2).



Za realizację polityki dotyczącej świadczenia na terenie gminy Wrocław usług opiekuńczych odpowiada Dział Usług Opiekuńczych (DUO), który współpracuje z innymi działami MOPS oraz z podmiotem bezpośrednio realizującym usługi, tj. organizacją pozarządową - Ekumeniczna Stacja Opieki (ESO)<sup>27</sup>. W zakresie zadań pracowników DUO jest także przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, sporządzanie katalogu usług opiekuńczych, ich aktualizacja, kontakt z ESO, monitoring usług opiekuńczych, który jest

„oceną tego, co się dzieje w środowisku, a jednocześnie oceną pracy opiekunek. Pracownik socjalny przychodzi do domu, robi wywiad środowiskowy, ustala, że będą usługi bo jest potrzeba, sporządza katalog. Wtedy informuje ESO, że u takich ludzi w takim domu, pod takim adresem, tyle, a tyle godzin trzeba wykonać. I to jest telefonicznie i e-mailowo, robimy takie zlecenia. I oczywiście oni dostają później decyzję i dostają katalog. Bo muszą wiedzieć, co tam jest konkretnie do zrobienia. Ta współpraca jest bez przerwy i nieustannie” (PL1.2.).

Biorąc pod uwagę fakt, iż większość wywiadów przeprowadziłam przed zaistnieniem pandemii Covid-19, wskazać należy, że monitoring usług i kontakt z podopiecznymi w okresie pandemii przyjął w dużej części formę rozmów telefonicznych – przeprowadzono 350 rozmów telefonicznych z klientami, którzy korzystają z tej formy pomocy celem sprawdzenia czy usługi opiekuńcze świadczone są prawidłowo (Józefiak-Materna, 2021).

Do zadań DUO należy ponadto analiza możliwości uzyskiwania dofinansowania ze środków zewnętrznych na realizację zadań lub projektów związanych z zakresem zadań działu, podejmowanie działań mających na celu zaspokajanie rozpoznanych potrzeb, udzielanie pomocy społecznej w formie pracy socjalnej, świadczeń finansowych, rzeczowych, w naturze oraz wspieranie osób i rodzin poprzez konsultacje i poradnictwo specjalistyczne (Józefiak-Materna, 2022b). Pracownicy DUO współpracują z Zespołami Terenowej Pracy Socjalnej, Działem Pomocy Instytucjonalnej, Działem Adaptacji Osób Niepełnosprawnych, czy też Centrum Pracy Socjalnej i Rodzinie.

Istotnym narzędziem pracy DUO jest katalog usług opiekuńczych<sup>28</sup>, w którym określa się zakres wykonywanych czynności w ramach świadczonych usług. Występują dwa rodzaje katalogów. Jeden jest dla osób starszych samotnych – rozbudowana formuła katalogu. Drugi natomiast dotyczy osób starszych mieszkających z rodziną – węższa formuła katalogu. W przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe rozbudowana jest

---

<sup>27</sup> Ekumeniczna Stacja Opieki – Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej jest jednostką organizacyjną Diecezji Wrocławskiej Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Polsce. Siedziba ESO znajduje się przy ul. Wysokiej 4 we Wrocławiu – przyp. J. K. H.

<sup>28</sup> Katalog usług opiekuńczych składa się z następujących części: I Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych w ramach usług opiekuńczych II Opieka higieniczna w ramach usług opiekuńczych III Opieka higieniczna i pielęgnacja w ramach usług opiekuńczych o charakterze higienicznym IV Zapewnienie kontaktów z otoczeniem w ramach usług opiekuńczych o charakterze higienicznym – przyp. J. K. H.

część I katalogu – *Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych w ramach usług opiekuńczych o charakterze gospodarczym*. W związku z powyższymi czynnościami, tj. realizacją recept lekarskich, załatwianie urzędowych spraw, czy np. prasowanie odzieży nie występują w katalogu dla osób mieszkających w rodzinie. Najczęściej korzystać formą wsparcia dla osób samotnych jest pkt 2 w części dotyczącej czynności gospodarczych, tj. *Pomoc przy zakupie artykułów spożywczych i niezbędnych artykułów przemysłowych. Możliwość połączenia ze spacerem*. Podczas wywiadu osoba stwierdza, że „Są takie punkty, które często odpadają np. noszenie węgla na chwilę obecną bo nie ma mieszkań piecowych lub przynoszenie wody z zewnątrz, ale są w centrum Wrocławia te kamienice gdzie piece są w mieszkaniach, jest węgiel, wody czasem nie ma bo jest na półpiętrze. To więc jest to jeszcze potrzebne” (PL1). Osoba nie musi korzystać z dwóch obszarów wsparcia, tj. gospodarczego i higienicznego. Są sytuacje, w których osoba ma bardzo konkretną potrzebę, która nie znajduje się w katalogu usług opiekuńczych i nie może zostać zaspokojona. Wówczas pracownik może poszukać rozwiązania w formie wolontariatu, którym zajmuje się dział – Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny, np. była osoba, która chciała, aby przychodził do niej ktoś z kim można grać w szachy. Katalog usług sporządzany jest w 3 egzemplarzach: jeden do akt personalnych klienta, drugi dla klienta, trzeci zostaje przesłany do realizatora usług. Katalog usług opiekuńczych jest rozwiązaniem stosowanym w MOPS we Wrocławiu. Nie ma bowiem ustawowych wytycznych dotyczących sposobu ustalania szczegółowego zakresu świadczonych usług opiekuńczych<sup>29</sup>. Narzędziem ogólnopolskim stosowanym przez pracownika socjalnego jest wywiad środowiskowy część I, który przeprowadza pracownik socjalny celem ustalenia sytuacji rodzinnej, zdrowotnej i finansowej klienta, a także rozeznania potrzeb klienta, w tym ustalenia zakresu usług opiekuńczych. Wywiad służy do wydawania decyzji administracyjnej, która jest podstawową formą przyznawania świadczeń z pomocy społecznej i zarazem narzędziem kształtującym sytuację prawną jej adresatów (Krzyszowski, 2013). Decyzja administracyjna zawiera informacje dotyczące okresu świadczenia usług, odpłatności, liczby przyznanych godzin. Katalog usług opiekuńczych odnosi się do zakresu świadczonych usług. Decyzję administracyjną podobnie jak katalog usług otrzymuje klient oraz ESO. Na podstawie tych dwóch dokumentów ESO ustala harmonogram wizyt opiekunek. Katalog jest przydatnym

---

<sup>29</sup> Zgodnie z art. 50 pkt 5 Ustawy o pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia (Dz. U. nr 64, 2004). Brak standaryzacji usług opiekuńczych skutkuje tym, iż gminy mają dowolność w określaniu zakresu usług opiekuńczych. W małych gminach zakres usług opiekuńczych jest często wpisywany w wywiadzie środowiskowym i później w decyzji administracyjnej – przyp. J. K. H.

narzędziem dla klienta oraz opiekunki, gdyż w sposób konkretny przedstawia zakres czynności pomocowych, na które wyraziła zgodę osoba starsza. Do owego katalogu ma prawo odwołać się osoba starsza, kiedy opiekunka nie realizuje czynności wskazanych w katalogu. Takie samo prawo ma opiekunka w sytuacji, gdy osoba starsza oczekuje od niej wykonywania czynności wychodzących poza zakres katalogowy, „należy często podkreślać, że to jest opiekunka, a nie służąca, czy sprzątaczką” (PL1). Praca DUO koncentruje się głównie na przyznawaniu usług opiekuńczych zgodnie z UPS, w tym na weryfikowaniu, czy osoba kwalifikuje się do uzyskania pomocy w tej formie oraz na monitorowaniu usług osobom, które z nich korzystają – pracownicy socjalni. DUO prowadzi także obsługę finansową podopiecznych w zakresie odpłatności za usługi opiekuńcze oraz przyznawanych zasiłków – pracownicy sekcji świadczeń. W DUO znajdują się również osoby podejmujące decyzje, odpowiadające za kancelaryjno-administracyjną obsługę. Ze względu na specyfikę pracy i rozległy teren, który podlega MOPS „pracownicy socjalni mają placówki na terenie miasta, żeby być bliżej klienta. Natomiast pozostali to są pracownicy, którzy w siedzibie działu pracują” (PL 1).

Warunkiem koniecznym skutecznego funkcjonowania DUO jest współpraca w obrębie samej instytucji z innymi działami, jak i z podmiotami zewnętrznymi, tj. szpitale, ESO, stowarzyszenia. Kontakt z prywatnymi agencjami opiekuńczymi jest sporadyczny i przedstawia się następująco: „Czasem zdarza się, że przychodzą do Nas przedstawiciele, albo przesyłają Nam jakieś swoje ulotki więc jak ktoś dzwoni i mówi, że chce prywatne usługi to odsyłamy, ale też z informacją, że nic o nich nie wiemy” (PL 1).

W Polsce, podobnie jak w Anglii, pracownicy systemu pomocowego zwracają uwagę na początkowy etap w procesie przyznawania usług opiekuńczych, polegający na ustaleniu, czy dana osoba kwalifikuje się do tej formy pomocy. W Anglii podstawą do tego stanowią *Przepisy dotyczące kwalifikowania* z 2014r., odnoszące kwalifikowanie do trzech elementów: potrzeb, rezultatów i dobrostanu, o czym pisałam w poprzednim podrozdziale. Natomiast w Polsce podstawą przyznania usług opiekuńczych jest art. 50. ust 1. ustawy o pomocy społecznej, który nie zawiera konkretnych kryteriów w tej sprawie: „Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych” (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593). Interpretując powyższe stwierdzić można, iż osoba kwalifikuje się do pomocy w formie usług opiekuńczych z powodu wieku, choroby lub innej przyczyny. Mając na uwadze heterogeniczność wśród osób starszych, tak ogólne

kryteria stanowią problem w przyznawaniu usług osobom, które rzeczywiście ich potrzebują. OPS przyznają usługi opiekuńcze osobom, które dostarczają zaświadczenie lekarskie z informacją, że ze względu na stan zdrowia osoba wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych. Jednak jak wynika z zebranych materiałów zaświadczenie lekarskie nie zawsze jest spójne z faktycznym stanem zdrowia danej osoby, co obrazuje podany przykład: „jest np. pani, która przychodziła o usługi prosić. Wyglądała na super zdrową i bardzo zadbaną. Podobno chodzi nawet potaćzyć, ale zadeklarowała, że ma chory kręgosłup i nie jest sobie w stanie zrobić zakupów, pewnych czynności porządkowych i już i lekarz to potwierdza” (PL 1). W tego typu sytuacji opinia pracownika socjalnego, co do zasadności przyznania usług opiekuńczych osobie, jest rozbieżna z zaświadczeniem lekarskim. W sytuacji odwołania się osoby od odmownej decyzji dotyczącej przyznania usług opiekuńczych, sprawa będzie rozpatrywana przez kolegium odwoławcze. Tu pojawia się pytanie, co będzie istotniejszym argumentem: opinia pracownik, czy diagnoza lekarska – zastanawiał się rozmówca. Podczas jednego z wywiadów padło stwierdzenie, że: „byłoby łatwiej gdybyśmy pracowali na jednym dokumencie, który obowiązywałby Nas i lekarza to wtedy jest jakby jasna sprawa” (PL 1). Przykładem mogłoby być odwoływanie się w przyznawaniu usług opiekuńczych do skali Barthel, która stosowana jest w pionie medycznym w opiece długoterminowej. Wykorzystywana w skali Barthel punktacja już sama w sobie wiele mówi o kondycji osoby i jej potrzebach. „Jeśli ktoś ma 5 punktów w skali Barthel, to nie trzeba nawet mówić jakiego rodzaju pomocy on potrzebuje bo wiadomo, że to jest osoba leżąca i, że jak ktoś będzie miał punktów 80 no to jest niewiele mniej sprawny niż my obie i w tym momencie będzie mu trzeba pomoc od strony gospodarczej, ale na pewno nie wymaga tego żeby wykonywać toaletę ciała” (PL 2). Stosowanie skali Barthel byłoby pomocnym narzędziem w procesie kwalifikacji osób oraz w określaniu zakresu usług opiekuńczych. Biorąc pod uwagę wzrastający popyt na usługi opiekuńcze ważnym elementem w przyznawaniu ich jest ocena potrzeb danej osoby, jej poziom samodzielności oraz sytuacja rodzinna. Pośród osób prowadzących samodzielne gospodarstwa domowe są osoby posiadające rodziny w obrębie Wrocławia lub okolic i osoby samotne bez wsparcia rodziny. Kolejnym dylematem w zapewnianiu opieki w formie usług opiekuńczych jest nieprecyzyjne określenie zakresu wykonywanych czynności przedstawione w ustawie o pomocy społecznej jako: „pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem” - art. 5, ust. 3 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593). Zakres podstawowy w zapewnianiu usług opiekuńczych dotyczy wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Natomiast użycie sformułowania „w miarę możliwości” odnoszącego się do integracji społecznej osoby zależnej, sprawia, iż tego typu działania są opcjonalne, a więc nieobowiązkowe i pozostają w decyzji danego ośrodka. We Wrocławskim katalogu usług za „zapewnianie kontaktów z otoczeniem” odpowiadają kategorie typu: pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych – organizacja wyjść, czy spacerów z klientem. Ponadto do „zapewniania kontaktów z otoczeniem” wliczane są inne działania podejmowane w ramach Ośrodka, ale poza usługami opiekuńczymi. Zalicza się do nich wolontariat, wydarzenia okolicznościowe, np. wigilia, czy też projekty socjalne realizowane przez poszczególne Zespoły Prac Terenowych przy współpracy np. z organizacjami pozarządowymi.

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej gmina świadczy usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Dystynkcja między nimi polega na tym, iż specjalistyczne usługi dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem – art. 50. Ustawy o pomocy społecznej oraz należą do zadań zleconych, a nie własnych gminy – tak jak to jest w przypadku usług opiekuńczych. Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie. Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, kwalifikacje osób świadczących te usługi oraz warunki i tryb ustalania i pobierania opłat za specjalistyczne usługi świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi określa w drodze rozporządzenia minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego – art. 50. ust.7. Ustawy o pomocy społecznej.

Od 2013 roku realizacją specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie Wrocławia zajmuje się Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, z siedzibą przy ul. Podróźnicznej 26/28 we Wrocławiu. Posiadane przez ten podmiot zaplecze w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla osób chorych psychicznie, a także przewlekle i długoterminowo chorych, umożliwia mu kompleksową obsługę osób wymagających wsparcia zarówno zdrowotnego jak i opiekuńczego. Z tej formy pomocy w 2021 roku skorzystało 26 osób, a pomoc świadczyło średniomiesięcznie 21 opiekunek (Józefiak-Materna, 2022b).

Drugą formą pomocy dla osób starszych realizowaną przez MOPS we Wrocławiu są ośrodki wsparcia dziennego<sup>30</sup>, których w roku 2021 było 12. Łącznie udzieliły wsparcia dla 404 osób

---

<sup>30</sup> Osobom, które ze względu na wiek, chorobę, lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi

(Józefiak-Materna, 2022b). Placówki dzienne we Wrocławiu są profilowane<sup>31</sup> i prowadzone przez różne podmioty, co jest wyrazem współpracy poszczególnych działów MOPS z owymi podmiotami. 8 dziennych domów prowadzonych jest przez Miejskie Centrum Usług Socjalnych, 2 przez MOPS, 1 przez Parafię Ewangelicko-Augsburską Opatrzności Bożej i 1 przez Stowarzyszenie Pod Wezwaniem Matki Bożej Nieustającej Pomocy "Przyjaciele Seniorów". Do zadań w DDP należy zapewnienie osobom starszym dziennego pobytu bez noclegów wraz z minimum jednym ciepłym posiłkiem dziennie; zachęcanie i tworzenie okoliczności do samopomocy, nawiązywania kontaktów towarzyskich, integracji w rodzinach i ze środowiskiem lokalnym, w tym tworzenia więzi międzypokoleniowych. W DDP realizowane są zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne (np.: pomoc w wykonywaniu czynności codziennych, gdy wymaga tego stan zdrowia i kondycja seniora; podawanie leków – stosownie do zleceń lekarskich, pomiary ciśnienia krwi, ważenie, a także monitorowanie stanu psychicznego i fizycznego- w zależności od DDP); zadania z zakresu „terapii podtrzymującej” polegającej na utrzymaniu uczestników w dobrym samopoczuciu i umożliwieniu swobodnej ekspresji, podejmowaniu czynności intelektualnych, zachęcaniu do regularnych ćwiczeń fizycznych grupowych bądź indywidualnych w zależności od potrzeb oraz „ćwiczeń umysłu”. Warunkiem udanej realizacji powyższych zadań jest stworzenie atmosfery zbliżonej do domowej oraz dostosowanie oferty, rodzaju zadań tempa realizacji, zakresu pomocy do stale zmieniających się potrzeb psychofizycznych uczestników. Z 12 DDP warto wspomnieć, iż DDP przy ul. Kazimierza Wielkiego jest efektem przystąpienia UM do programu „Senior+”, a DDP przy ul. Ciepłej funkcjonuje od 2015 roku jako pierwsze w Polsce Centrum Spotkań dla osób w początkowej fazie choroby Alzheimera lub innych chorób otępiennych. Prowadzone są w nim specjalistyczne zajęcia dla tych osób, m.in. terapia, psychoedukacja i grupy wsparcia. Ważną częścią działań centrum jest realizacja projektu MeetingDem – innowacyjnego systemu wspierania osób z łagodnym i umiarkowanym otępieniem oraz ich opiekunów. Projekt został opracowany w Holandii, a obecnie jest kontynuowany m.in. we Włoszech, Wielkiej Brytanii i Polsce. Osoby starsze kierowane są do konkretnego DDP na podstawie wniosku złożonego do MOPS, który podobnie jak w przypadku innych form pomocy – wydaje decyzję administracyjną dotyczącą uczestnictwa w DDP, zawierającą informację o terminie, ilości dni i odpłatności. Dienne

---

opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodkach wsparcia (art. 51 Ustawy o pomocy społecznej) – przyp. J. K. H.

<sup>31</sup> Profile DDP: dla osób starszych – 6, dla osób starszych niesamodzielnych – 4, dla osób starszych z deficytem pamięci – 1, dla osób, które ze względu na wiek, chorobę czy niezradność wymagają częściowej opieki – 1 – przyp. J. K. H.

Domy Pomocy cieszą się dużym zainteresowaniem pośród osób starszych i ich opiekunów, będąc pośrednio wsparciem dla rodzin, które na co dzień opiekują się swoim bliskim. Jak wynika z zebranego materiału, aby odpowiedzieć na potrzeby osób starszych, jest możliwość połączenia np. dwóch form opieki na rzecz jednej osoby. Oznacza to w praktyce, iż osoba może korzystać z usług opiekuńczych przez np. 3 dni i uczestniczyć w zajęciach w DDP przez 1 dzień. Warunkiem jest oczywiście wyrażenie zgody przez osobę starszą, która nie jest osobą ubezwłasnowolnioną, na otrzymywane formy pomocy. Jak stwierdza jedna z osób istotna jest „wola klienta i jego zgoda i jego możliwość i gotowość współpracy, a także wnoszenia opłat bo to też czasami determinuje całą historię. Ustalamy wymiar pomocy i zakres” (PL 1). Z powyższej wypowiedzi wyłaniają się dwie najczęstsze przyczyny niekorzystania z pomocy: brak zgody na objęcie pomocą oraz bariera finansowa (NIK, 2016). Ponoszenie częściowej odpłatności za DDP czy usługi opiekuńcze wiąże się z tym, że klienci często w trakcie wywiadu, kalkulując z pracownikiem socjalnym koszty odpłatności, rezygnują z pomocy lub redukują liczbę godzin usług opiekuńczych. Potwierdza to poniższa wypowiedź: „Czyli w pierwszej wersji klient mówi, że może by 10 godzin tygodniowo. A po takiej kalkulacji, przeanalizuje i mówi, że to może jednak za dużo by było, to już mi 4 godziny tygodniowo wystarczą” (PL 1).

Kolejną formą pomocy środowiskowej są mieszkania chronione. We Wrocławiu występują 2 mieszkania chronione zapewniające wsparcie dla 12 osób. Placówki te na zlecenie Gminy prowadzi Fundacja L'ARCHE (Józefiak-Materna, 2022b). Przeprowadzając wywiady uzyskałam informacje, iż we Wrocławiu powstają mieszkania dla seniorów na osiedlu zrównoważonym – Nowe Żerniki. Osiedle to ma stać się alternatywą do standardowej zabudowy deweloperskiej poprzez realizację idei osiedla zrównoważonego, łączącego różne formy zabudowy mieszkaniowej z innymi funkcjami, z dogodną dostępnością do podstawowych usług i do terenów zieleni, dobrze skomunikowane. W 2019 r. Wrocławskie TBS oddało budynek ze 100 mieszkaniami. W ramach programu senioralnego powstały 54 mieszkania jednopokojowe oraz 3 mieszkania dwupokojowe. Są zlokalizowane w wielopokoleniowym budynku, w którym są również mieszkania na wynajem w standardowej formule TBS (określone limity dochodowe, brak tytułu prawnego do innego mieszkania we Wrocławiu). Do mieszkań dla seniorów dołączony jest serwis opiekuńczy. Zabudowę zaprojektowano w formie kwartałowej, z 4 kondygnacjami. Wewnątrz kwartału zaprojektowano przestronny zielony dziedziniec o owalnym kształcie. Mieszkania dla osób starszych położone są na poziomie 2, 3 i 4 kondygnacji w dwóch klatkach schodowych. Korytarz biegnący wzdłuż wewnętrznej elewacji ma charakter galerii i stanowi przestrzeń

sprzyjającą sąsiedzkiej integracji. Na każdym piętrze znajduje się przestronna sala spotkań. Strefa dziennego pobytu jest zlokalizowana na parterze budynku od strony zachodniej i obejmuje stołówkę wraz z kuchnią, salę rekreacji ruchowej z zapleczem szatniowym, sanitarnym i magazynem, salę spotkań z niewielkim aneksem kuchennym i magazynem, punkt pomocy pielęgniarstwa i psychologicznej oraz pomieszczenia pracowników socjalnych (Muzioł-Weclawowicz, 2020).

Mieszkania oferowane seniorom są mieszkaniami czynszowymi. Oferta jest skierowana przede wszystkim do osób w wieku 60+, będących najemcami lokali mieszkalnych wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Wrocław. Aby skorzystać z oferty, trzeba będzie rozwiązać dotychczasową umowę najmu i przekazać Gminie zajmowany lokal w stanie wolnym. Jeden z rozmówców zauważył, że: „Trzeba pamiętać o tym, że całe koszty utrzymania trzeba ponieść i trzeba mieć odpowiednie dochody. Jest kryterium dochodowe, to górne dochodowe, jest dosyć wysokie. Nasi podopieczni w większości dysponują takimi środkami, że może być trudno, żeby tam iść” (PL 1).

Z innych działań podejmowanych przez MOPS jest poradnictwo psychologiczne, które realizowane jest bez względu na dochód i koordynowane przez dział Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny. Jak stwierdza jeden z rozmówców:

„klienci Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej są zgłaszani przez pracowników socjalnych, tutaj do tego poradnictwa i wsparcia, ale też mieszkańcy Wrocławia mogą sami osobiście takie zapotrzebowanie zgłaszać, więc mogą sami dzwonić do psychologów i z takiego poradnictwa korzystać, czyli i seniorzy i osoby z rodziny, i pracownicy. [...] I tutaj jest jeszcze taka ważna rzecz, że my tutaj mamy psychologa, który współpracuje też z lekarzami psychiatrami, mamy taką umowę z lekarzami psychiatrami, na świadczenie usług w środowisku i tutaj z kolei to już jest na użytek tylko i wyłącznie pracowników socjalnych. Czyli w tych sytuacjach, kiedy jest tak trudno, że klient nie dotrze sam do Poradni Zdrowia Psychicznego, tylko trzeba tego psychiatrę wezwać w środowisko, bo się bardzo źle dzieje, no to wtedy jest organizowana taka wizyta na wniosek pracownika socjalnego i do miejsca zamieszkania ten lekarz psychiatra się udaje. No i to najczęściej zgłaszają właśnie Dział Usług Opiekuńczych, czy Dział Pomocy Instytucjonalnej, pod kątem, czy umieszczenia osoby w Domu Pomocy Społecznej, czy właśnie jakichś innych działań, czy w szpitalu bez zgody, bo to są już takie bardzo trudne przypadki” (PL 6).

MOPS realizuje także zadania publiczne, jak Zapewnienie funkcjonowania placówki „Senior+” w ramach Programu Wieloletniego „Senior+”<sup>32</sup>, czy Zadanie publiczne pn.

---

<sup>32</sup> Realizacja zadania polegała na zapewnieniu funkcjonowania Dziennego Domu „Senior+” kierującego ofertę do 28 osób w wieku powyżej 60 roku życia, nieaktywnych zawodowo, w tym cierpiących na choroby neurodegeneracyjne (otępienne) we wczesnej fazie. Realizacja zadania publicznego została zlecona przez Gminę Wrocław podmiotowi, o którym mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności



„Opieka wytchnieniowa we Wrocławiu w 2021r.” w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”<sup>33</sup>. Ponadto w 2021 roku Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej wraz z Wrocławskim Centrum Rozwoju Społecznego oraz organizacjami pozarządowymi realizował Program MRiPS „Wspieraj Seniora”, w ramach którego podpisano 80 nowych porozumień oraz 81 aneksów do porozumień z wolontariuszami. W ramach programu wolontariusze wspierali seniorów w wieku powyżej 70 roku życia, którzy w obowiązującym stanie epidemii zdecydowali się na pozostanie w domu. Udzielano wsparcia polegającego w szczególności na dostarczeniu zakupów, zgodnie ze wskazanym przez seniora zakresem, obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze, środków higieny osobistej (Józefiak-Materna, 2021).

W 2021 roku, zgodnie z poleceniem Wojewody Dolnośląskiego, na podstawie art. 11h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 czasowo, od 1 stycznia do 4 maja, została zawieszona działalność Dziennych Domów Pomocy, z tym że pozostawiono możliwość prowadzenia i zapewnienia usług świadczonych w formie indywidualnego wsparcia, z pominięciem kontaktu osobistego, w szczególności polegającego na: wsparciu psychologicznym; poradnictwie za pomocą zdalnych środków komunikacji, np.: kontakt telefoniczny, on-line, wideorozmowy; dostarczaniu klientom posiłku czy żywności do miejsca zamieszkania; realizacji e-recept klientów; innych niezbędnych działań wspierających klientów. Zapewniono również zdalne wsparcie organizacyjne. Wprowadzono zdalne formy działań terapeutycznych polegających m.in. na dostarczaniu kart pracy w celu treningów funkcji poznawczych wśród klientów oraz na wsparciu terapeuty podczas rozmów telefonicznych. W okresie zawieszenia stacjonarnej działalności DDP w związku z zagrożeniem epidemiologicznym posiłki były pakowane w reżimie sanitarnym w jednostkowe opakowania jednorazowe i dostarczane bezpośrednio do domów klientów

---

pożytku publicznego i wolontariacie. W wyniku ogłoszonego konkursu realizację zadania zlecono Parafii Ewangelicko-Augsburskiej we Wrocławiu, która prowadzi Dzienny Dom „Senior+” przy ul. Kazimierza Wielkiego 31-33 (Józefiak-Materna, 2021) – przyp. J. K. H.

<sup>33</sup> Realizacja zadania polegała na zwiększeniu dostępności do wysokiej jakości bezpłatnych oraz trwałych usług opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób z niepełnosprawnością zamieszkujących Wrocław. Realizacja zadania publicznego została zlecona przez Gminę Wrocław podmiotom, o którym mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. W wyniku ogłoszonego konkursu do realizacji zadania wyłoniono następujące podmioty: Fundacja Eudajmonia, Stowarzyszenie Bonitum, Fundacja Promyk Słońca, Fundacja Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (Józefiak-Materna, 2021) – przyp. J. K. H.

DDP. Podczas stanu epidemii, DDP wznowiły stacjonarną działalność od 5 maja 2021 r. W tym czasie obowiązywał reżim sanitarny, zapewniono punkty do dezynfekcji rąk, punkty pomiaru temperatury, prowadzono wzmożone działania dekontaminacyjne w pomieszczeniach, wszyscy pracownicy stosowali środki ochrony osobistej. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze na terenie wszystkich DDP w miarę możliwości były świadczone w mniejszych grupach, tak, aby ograniczyć zagrożenie zakażeniem wirusem. Zrezygnowano z organizacji imprez z zaproszonymi gośćmi oraz ograniczono, szczególnie w okresie jesienno-zimowym, aktywności i działania poza ośrodkami (Józefiak-Materna, 2021).

Inne działania podejmowane na rzecz seniorów wynikają z Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych, przyjętego Uchwałą Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 11 października 2018 r. (Uchwała 2018, nr LXIII/1518/18), obowiązującego do 31 grudnia 2023r. Realizatorami programu jest Miasto Wrocław oraz miejskie jednostki organizacyjne w tym: 1) Departament Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, 2) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 3) Miejskie Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu, 4) Wrocławski Zakład Aktywności Zawodowej, 5) Wrocławskie Centrum Rozwoju Społecznego. Jednym z ciekawych rozwiązań jest Wrocławska Karta Seniora, umożliwiająca seniorom korzystanie z promocji i ofert przygotowanych przez firmy i instytucje specjalnie z myślą o nich. Do końca 2021 r. do programu przystąpiło blisko 150 partnerów z różnych dziedzin (kultura, edukacja, sport, zdrowie, turystyka). Od 2019 r. Wrocławska Karta Seniora jest oferowana w trzech kategoriach: 60+ Srebrna, Złota dla osób 75 + oraz dla osób 90+ Szmaragdowa. Karta Złota uprawnia do korzystania z programu Senior Taxi (dwa bezpłatne przejazdy w miesiącu do lekarza, urzędu czy na cmentarz). Karta Szmaragdowa obejmuje bezpłatne usługi realizowane w domu seniora m.in. konsultacje optometrysty oraz wyrobienie 2 szt. okularów, usługę fryzjerską, podologiczną, badanie słuchu, naprawę protezy zębowej, drobne naprawy w mieszkaniu, sprzątanie, pranie, wolontariat (Józefiak-Materna, 2022a). Drugim działaniem, które przytoczę, jest rozwój przyjaznych usług transportowych – Taxi 75+. Ich celem jest poprawa jakości życia wrocławskich seniorów poprzez ułatwienie dostępu do m. in. urzędów państwowych, samorządowych oraz specjalistycznych placówek medycznych za pomocą bezpłatnych usług transportowych. Program skierowany jest do mieszkańców Wrocławia, którzy ukończyli 75 rok życia. W ramach zadania utworzono infolinię telefoniczną do kontaktu z beneficjentami oraz utworzono punkt rejestracji uczestników. Zarejestrowany uczestnik mógł dwa razy w miesiącu skorzystać z darmowych przejazdów taksówkami. Liczba przejazdów Taxi 75+

w 2021 r. wyniosła 11 160 (w 2020 zrealizowano 13 063 przejazdów, w 2019 roku 15 863 przejazdów). Na realizację zadania w 2021 r. przeznaczono kwotę 480 000 zł. (Józefiak-Materna, 2022a). Uzupełnieniem miejskiej oferty na rzecz osób starszych są działania mające na celu wprowadzenie programu teleopieki. Wrocławski magistrat ogłosił przetarg na wykonawcę tej usługi w kwietniu 2022 r., jednak został on unieważniony, gdyż wszystkie złożone w postępowaniu oferty podległy odrzuceniu (BIP, 2022). Oznacza to, iż wyłonienie wykonawcy, jak i rekrutacja do programu odbędzie się w późniejszym, niż pierwotnie zakładano, terminie. Do programu będą mogły przystąpić osoby starsze, które ukończyły 60. rok życia i posiadają Wrocławską Kartę Seniora. Otrzymają oni specjalne urządzenia mobilne z „przyciskiem życia – SOS” oraz stacjonarne urządzenia głośnomówiące. Przycisk życia umożliwi wezwanie natychmiastowej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Z kolei urządzenie głośnomówiące pozwoli skontaktować się z ratownikiem medycznym. Dodatkowo dla 100 osób przewidziana jest usługa „zdalnego wsparcia psychologicznego – SOS plus”. Projekt teleopieki potrwa łącznie 3 lata i obejmie 500 wrocławskich seniorów<sup>34</sup> (TVP 3 Wrocław, 2022).

MOPS jest jednym z podmiotów realizujących wrocławską politykę senioralną. Jego funkcjonowanie w zakresie działań na rzecz osób starszych prezentowane jest w rocznych sprawozdaniach z Pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych. W tym wypadku podkreślić należy, iż we Wrocławiu podejmowanych jest wiele inicjatyw i działań kierowanych do osób starszym realizowanych przez różne podmioty<sup>35</sup>. MOPS we Wrocławiu realizując swoje zadania współpracuje m.in. z Miejskim Centrum Usług Socjalnych, Wrocławskim Centrum Rozwoju Społecznego, ESO, Parafią Ewangelicko-Augsburską Opatrzności Bożej we Wrocławiu, Fundacją Eudajmonia, Imago. Z informacji uzyskanych podczas wywiadów wynika, iż pracownicy MOPS pełnią rolę informatorów w zakresie przekazywania wiedzy na temat działań, inicjatyw i podmiotów funkcjonujących we

---

<sup>34</sup> Wprowadzenie programu teleopieki jest wynikiem pilotażowego projektu zdalnych usług medycznych w zakresie diabetologii, kardiologii oraz opieki senioralnej przeprowadzonego w 2020r. Projekt realizowały wspólnie następujące podmioty: Biuro SmartCity i Zarządzania Projektami, Wydział Zdrowia, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Wrocławskie Centrum Rozwoju Społecznego i Ekumeniczna Stacja Opieki we współpracy ze spółkami z grupy Neuca – Telemedycyną Polską i Diabdis. Z pilotażu skorzystało 110 osób. Faza testowa trwała 3 miesiące. Pakiet teleopieki senioralnej – przeznaczony był dla podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej na ul. Ciepłej, podopiecznych Ekumenicznej Stacji Opieki oraz Seniorów posiadających Smaragdową Kartę Seniora. Zakres testu teleopieki senioralnej objął 35 osób (65+) (wroclaw.pl, 2020) – przyp. J. K. H.

<sup>35</sup> Szczegółowe informacje na temat podmiotów, działań i usług oferowanych seniorom we Wrocławiu znajdują się w Sprawozdanie z Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych za 2021 rok – przyp. J. K. H.

Wrocławiu, które wspierają osoby starsze, np. o działalności Wrocławskiego Centrum Seniora, czy Karcie Seniora. Obrazuje to poniższy cytat z wypowiedzi jednej z osób:

„jak karta seniora powstała to pracownicy byli zaangażowani. [...] Pracownik socjalny znając środowisko wie, któremu klientowi mógłby zaoferować taką kartę seniora bo ona mu rzeczywiście posłuży, a komu nawet to nie jest wskazane bo to będzie tylko leżało bo jest to osoba całkowicie leżąca i nie przemieszczająca się, np. my prowadziliśmy też akcję koperty życia. Dostarczaliśmy naszym klientom te karty i wypełniliśmy z nimi. Przejazdy taksówkowe to pracownicy też pomagali. Praktycznie na wszelkie tego typu inicjatywy zewnętrzne reagujemy pozytywnie poprzez współpracę i współdziałanie” (PL 1).

Podczas wywiadów wybrzmiała cecha polskiego systemu pomocowego, którą określić można jako programowość. Jedna z osób stwierdziła, że „pomoc wiąże się z programami, są programy, tzn., że są finanse i można je uzyskać poprzez zawnioskowanie o dany program. Nie ma programu to niestety nie ma finansów i nie ma działań” (PL 8.1.). Oznacza to, iż pomoc w Polsce, a na pewno poszczególne działania pomocowe, nie mają charakteru stałego i ciągłego, gdyż uzależnione są od dostępnych programów i okresu ich trwania, np. Program „Senior+” ogłaszany jest raz w roku. Wiąże się to dla instytucji pomocowych z niepewnością w planowaniu działań i potrzebą wnioskowania, rozliczania i monitorowania ogłaszanych programów, a tym samym dodatkowymi zadaniami w zakresie wykonywanych obowiązków na poszczególnych stanowiskach pracy.

Podczas analizy zebranego materiału badawczego pod kątem aktywizacji osób starszych stwierdzić można, iż miasto dysponuje programem, który wspiera różne wymiary aktywności osób starszych i dociera do trzech grup subpopulacji osób starszych<sup>36</sup>. W przypadku aktywizacji podejmowanej przez MOPS wskazać należy działania w ramach projektów socjalnych, czy też wolontariatu towarzyszącego, co obrazuje poniższa wypowiedź:

„Jeżeli chodzi o aktywizację, to myślę sobie, że te osoby, które były konkretnie zgłoszone przez pracowników socjalnych, to ona była w bardzo niewielkim zakresie, jeżeli już była, bo to było jakby zaspokajanie takich, no można powiedzieć podstawowych potrzeb w zakresie właśnie towarzyszenia, bo to były najczęściej osoby, które nie wychodzą, z różnych powodów, czy ze względów ruchowych, czy po prostu nie wychodzą z domu, bo gdzieś tam się pozamykały wewnętrznie, czyli z powodu jakichś tam psychicznych ograniczeń. Więc tutaj odbywało się to na zasadzie, żeby jakaś osoba z zewnątrz przysłała troszkę, no jeżeli można powiedzieć, na takim polu domowym zaktywizowała osobę. Natomiast taka aktywizacja społeczna, to myślę sobie, że bardziej tutaj pracownicy socjalni o to dbają i bardziej tutaj zabiegają o to, żeby aktywizować seniorów.

---

<sup>36</sup> Program obejmuje m.in. działania, takie jak: Akademia Rozwoju Seniora, Wrocławska Karta Seniora, Szkoła Liderów, Radiowy Klub Seniora i Kalejdoskop Seniora, Wrocławska Rada Seniorów, uniwersytety trzeciego wieku, Taxi 75+. Więcej na temat programów w Sprawozdaniu z Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych za 2021 rok (Józefiak-Materna, 2022a) – przyp. J. K. H.

Aczkolwiek, no myślę sobie, że jest to działanie niełatwe, bo też w momencie, kiedy ten wolontariat towarzyszący ruszał, no to muszę powiedzieć, że to nie było tak, że jakby ja miałam nie wiadomo ile telefonów od seniorów, czy od pracowników socjalnych, którzy tych seniorów chcieli zgłosić, bo seniorzy, no niestety obawiają się, obawiają się obcych osób, obawiają się, żeby ktoś do domu przychodził, jakby tutaj nie mają zaufania i tak to też się odbywało niekiedy, że jakby się napracowaliśmy, pracownik socjalny zgłosił i już wolontariusz miał być, ale nagle osoba się rozmyśliła, czy jednak zdecydowała, że będzie z innych form korzystać. Więc nie była to taka, nie mamy takiej otwartości, wydaje mi się, na to, żeby korzystać z tego typu form” (PL 6).

Ponadto jedna z osób zwraca uwagę na to, iż w przypadku aktywizacji to „najbardziej dzienne domy”, gdyż aktywizacja z podopiecznymi DUO „jest trudna, chyba, że w przypadku seniorów bardziej sobie radzących [...]. Pewne czynności są w zakresie obowiązków opiekunki np. zapewnienie kontaktów, spacerów i te czynności opiekunka robi” (PL 1). Natomiast jeśli chodzi o zakres prac domowych i higieny osobistej, opiekunki stosują metodę wykonywania czynności za osobę, a nie asystowania. Wynika to z ograniczeń czasowych związanych z długością trwania wizyty opiekuńczej.

### **3.2.2. Formy pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii**

System pomocy w Anglii przedstawię w oparciu o ośrodek pomocy w Anglii, którego sposób funkcjonowania stanowi egzemplifikację systemu pomocowego. W tej części podrozdziału skoncentruję się na pomocy formalnej świadczonej przez instytucję państwową.

Przeprowadzone badania empiryczne, zarówno metodą wywiadu, jak i analizy danych zastanych uwypuklają znaczenie nowej ustawy o opiece z 2014 roku. Podczas każdego wywiadu poruszane były aspekty dotyczące wprowadzanych zmian w systemie pomocowym na skutek nowego ustawodawstwa. Stwierdzenie, że „wiele się zmieniło od czasu kiedy tu pracowałam”, potwierdza powyższe. Przeprowadzenie wywiadów w Anglii umożliwiło mi głębsze poznanie nowych mechanizmów funkcjonowania systemu, czego nie osiągnęłabym bazując wyłącznie na analizie danych zastanych. Natomiast doświadczenie zdobyte podczas pracy w Anglii i pewna wiedza na temat systemu pomocowego w Anglii stanowiły podstawę do zrozumienia zaistniałych zmian i były pomocne w procesie konstruowania kwestionariusza wywiadu, podczas przeprowadzania wywiadów, a także w części analitycznej i interpretacyjnej wyników badań.

Współczesny system pomocy funkcjonuje w oparciu o ustawodawstwo z 2014 roku, które weszło w życie w 2015 r. i jest najbardziej znaczącą reformą w zakresie opieki od ponad 60 lat. Ustawa zmieniła wiele aspektów organizacji i miała na celu zapewnienie osobom potrzebującym wsparcia, większej kontroli i wpływu na to, jak opieka jest świadczona.

Zasadniczą zmianą było przedstawienie nowych krajowych kryteriów kwalifikowania do pomocy społecznej zarówno dla dorosłych, jak i opiekunów, które zostały ujednoczone dla wszystkich władz lokalnych (ang. *Local Authorities* – LA). Ustawa nadała nowe prawa opiekunom, stawiając ich na równi z osobami, którymi się opiekują. Zgodnie z ustawą wszyscy opiekunowie mają prawo do oceny swoich potrzeb, a ci, którzy spełniają kryteria, mają prawo do otrzymania wsparcia na zaspokojenie potrzeb.

Ustawa o opiece z 2014 r. wprowadziła także:

- Dostęp do informacji i porad, których zarówno dorośli, jak i opiekunowie potrzebują, by dokonywać właściwych wyborów dotyczących opieki i wsparcia;
- Prawo do doradcy urzędowego (ang. *independent advocacy*) w niektórych okolicznościach;
- Budżety osobiste i prawo do wnioskowania o dopłaty bezpośrednie;
- Nowe obowiązki związane z przejściem z usług dla dzieci do opieki społecznej dla dorosłych;
- Nowe obowiązki dotyczące upadłości usługodawców, na przykład w przypadku zamknięcia domu opieki;
- Wsparcie dla osób, które przemieszczają się pomiędzy odmiennymi regionami;
- Ustawa po raz pierwszy wprowadza również limit kwoty, jaką każdy musi zapłacić za koszty opieki;
- Osoba zainteresowana musi brać udział w tworzeniu swojego planu;
- Ustawa nakłada na władze lokalne nowy obowiązek prawny polegający na opracowaniu planu opieki i wsparcia (ang. *care and support plan*) (lub planu wsparcia w przypadku opiekuna). W ramach procesu planowania władze lokalne poinformują daną osobę o jej budżecie osobistym. Jest to kwota pieniędzy, którą władze lokalne oszacowały jako koszt zapewnienia niezbędnej opieki i wsparcia dla danej osoby;
- Nawet jeśli z oceny wynika, że dana osoba nie ma potrzeb, które władze lokalne powinny zaspokoić, władze lokalne muszą doradzić danej osobie, jakie potrzeby ma, oraz jak je zaspokoić lub zapobiec dalszemu rozwojowi tych potrzeb;
- Zakończenie procesu planowania i wprowadzenie ustaleń dotyczących opieki i wsparcia nie oznacza końca obowiązków władz lokalnych. Władze lokalne są prawnie zobowiązane do przeglądu planu, aby upewnić się, że potrzeby i wyniki osoby dorosłej będą nadal zaspokajane. Jeśli cokolwiek się zmieniło, władze lokalne muszą przeprowadzić nową ocenę. Osoba dorosła ma również prawo wnioskować o weryfikację swojego planu opieki i wsparcia, jeśli sobie tego życzy.

Poprzednie fragmentaryczne ustawodawstwo koncentrowało się na tym, jakie usługi powinny być świadczone, a nie na tym, czego dana osoba faktycznie potrzebuje lub chce osiągnąć. Poprzez nową ustawę zmieniono sposób, w jaki dokonywana jest ocena potrzeb (ang. *care assessment*), przenosząc nacisk ze świadczenia usług na osiąganie wyników, celów które są ustalane wspólnie z daną osobą.

Ustawa o opiece z 2014 roku została zaprojektowana jako prostsze, nowoczesne prawo dla opieki i wsparcia w XXI wieku, skupiające się na indywidualnych potrzebach ludzi. Celem było uczynienie prawa bardziej spójnym, usunięcie pewnych anomalii, stworzenie jednej ścieżki uprawnień, która będzie działać dla wszystkich grup osób w każdych okolicznościach. Ustawa miała zatem wyeliminować możliwość dyskryminacji i niesprawiedliwego traktowania przy ocenie potrzeb i świadczeniu opieki.

Nowa ustawa nakłada na władze lokalne siedem ogólnych obowiązków (Department of Health, 2014c):

- promowanie indywidualnego dobrostanu (ang. *promoting individual well-being*);
- zapobieganie potrzebie opieki i wsparcia (ang. *preventing needs for care and support*);
- promowanie integracji opieki i wsparcia ze służbą zdrowia (ang. *promoting integration of care and support with health services etc.*);
- dostarczanie informacji i porad (ang. *providing information and advice*);
- promowanie różnorodności i jakości w świadczeniu usług (ang. *promoting diversity and quality in provision of services*);
- współpraca ogólnie (ang. *co-operating generally*);
- współpraca w konkretnych przypadkach (ang. *co-operating in specific cases*).

W ustawie położono większy nacisk na personalizację, dobre samopoczucie i profilaktykę, ponieważ władze lokalne są zobowiązane pomagać ludziom w prowadzeniu zdrowego trybu życia, zmniejszając tym samym prawdopodobieństwo, że w przyszłości będą potrzebowali opieki. Większą wagę przywiązuje się do współpracy różnych podmiotów, udzielania informacji i porad, aby pomóc obywatelom w dokonywaniu świadomych wyborów w zakresie opieki i wsparcia.

Ustawa z 2014 roku przyczynia się do zwiększenia niezależności i dobrostanu ludzi. Z ustawy tej wynika jasno, że władze lokalne muszą zapewnić lub zorganizować usługi, które pomogą zapobiegać powstawaniu zapotrzebowania na opiekę i wsparcie lub opóźnić pogorszenie się stanu osób, które będą wymagały stałej opieki i wsparcia.

Przyjmując na siebie tę rolę, władze lokalne muszą współpracować ze społecznością lokalną i świadczyć lub organizować usługi, które pomagają ludziom zachować dobre samopoczucie

i niezależność. Powinno to obejmować identyfikację lokalnego wsparcia i zasobów już dostępnych oraz pomoc w dostępie do nich.

Istotnym elementem w kontekście środowiska lokalnego, a w tym koncepcji starzenia się w miejscu zamieszkania, a także aktywnego starzenia się jest odniesienie się w tej ustawie do pojęcia „niezależnego życia”. Pojęcie to, choć nie jest wymienione bezpośrednio lecz w kontekście dobrostanu, stanowi jego istotną część. Rozdział 1. Ustawy z 2014r. obejmuje takie kwestie, jak kontrola jednostki nad jej codziennym życiem, odpowiednie miejsca zamieszkania, wkład w życie społeczne - i co najważniejsze, wymaga od władz lokalnych uwzględnienia poglądów, życzeń, uczuć i przekonań każdej osoby. Zasada dobrostanu ma obejmować kluczowe elementy niezależnego życia, o których mowa w Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (w szczególności w artykule 19 Konwencji) (Department of Health, 2014a). Wspieranie ludzi w jak najbardziej niezależnym życiu, tak długo jak to możliwe, jest naczelną zasadą Ustawy z 2014 r.. Język użyty w ustawie ma być jaśniejszy i koncentrować się na celach, które są określane z klientem i które są dla niego istotne.

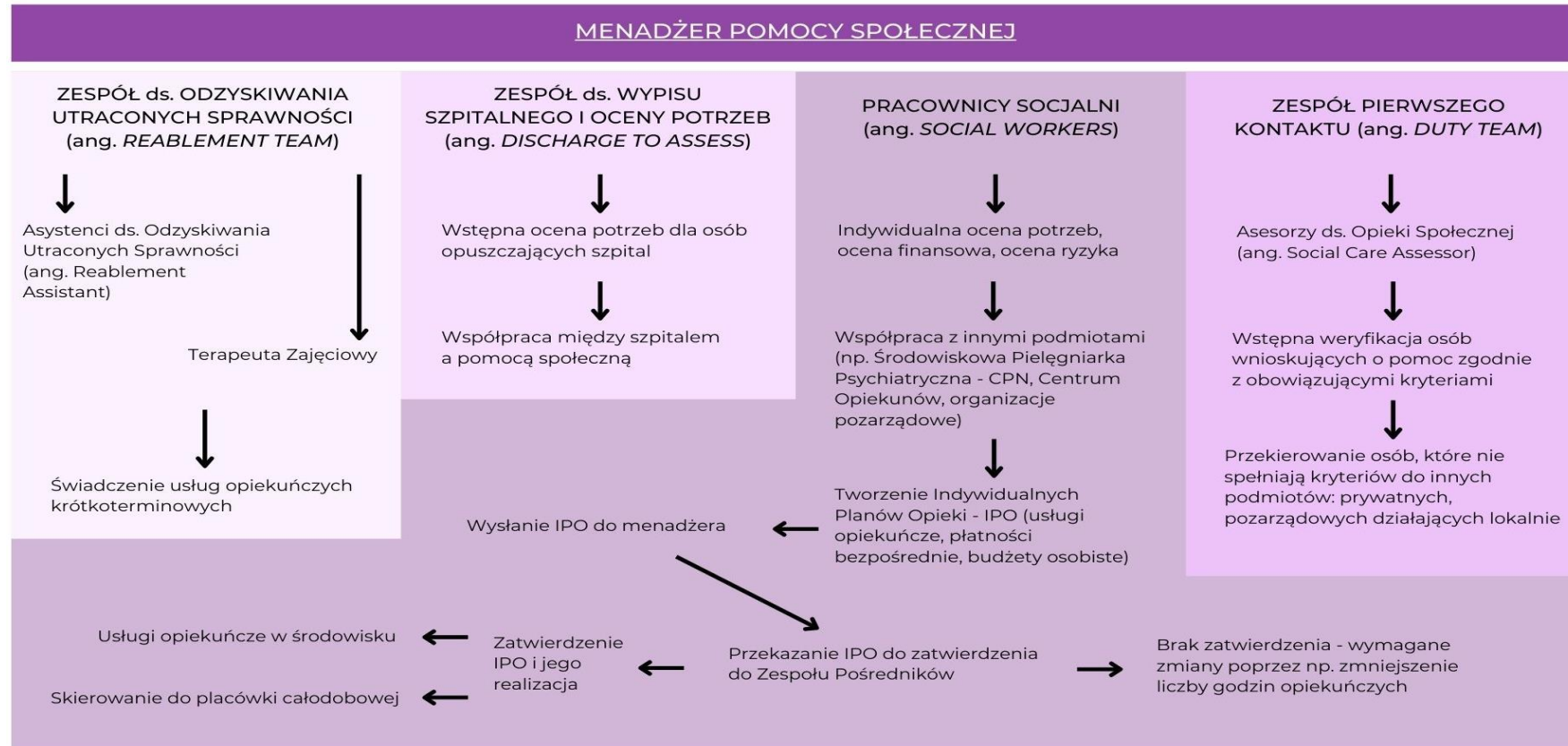
Formy pomocy dostępne dla osób starszych wynikają z nowego ustawodawstwa z 2014 roku i świadczone są w ramach zespołów funkcjonujących w instytucji pomocowej jako usługi opiekuńcze lub/ oraz innego rodzaju pomoc, np. usługa płatności bezpośredniej, osobistego budżetu, indywidualnej oceny potrzeb.

Zanim przejdę do przedstawienia form pomocy zaprezentuję strukturę organizacyjną omawianej instytucji i podejmowane przez nią działania.

W tym samym budynku znajdują się fizjoterapeuci, jednakże przynależą oni do działu opieki zdrowotnej, a nie pomocy społecznej. Ze względu na wspólną lokalizację ułatwiona jest komunikacja między fizjoterapeutami, a pracownikami socjalnymi. Jednak nie wpływa to na usprawnienie procesu przydzielenia osoby starszej do fizjoterapeuty, gdyż usługa fizjoterapeutyczna dostępna jest na wniosek np. pracownika socjalnego do lekarza pierwszego kontaktu, który wystawia skierowanie na taką usługę. Jak wynika z informacji uzyskanych w wywiadzie w strukturach większości ośrodków pomocy społecznej dla osób dorosłych nie jest standardem posiadanie OT. W Burton upon Trent znajduje się OT, gdyż jak ujmuje rozmówczynie w wyniku restrukturyzacji udało się zachować to stanowisko. Jest ono bardzo cenne dla efektów i pracy Zespołu ds. odzyskania utraconych sprawności. Realizowane przez władze lokalne formy pomocy na rzecz osób starszych są zgodne z założeniami polityki senioralnej polegającymi na promowaniu usług wspierających osoby starsze w zachowaniu niezależności i aktywności oraz jak najdłuższego zamieszkiwania w ich własnym środowisku domowym.



Zespół Pośredników (ang. *Brokerage Team*).



Rys. 18. Struktura organizacyjna systemu pomocy dla osób starszych w Burton upon Trent w Anglii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: wywiadów: ENG2, ENG4. oraz <https://www.staffordshire.gov.uk/Advice-support-and-care-for-adults/Adult-Social-Care.aspx>

Przedstawione poniżej działy są przykładem odzwierciedlającym koncepcję *ageing in place* oraz aktywnego starzenia się. Istotną przesłanką wskazującą na promowanie powyższych idei są zmiany w strukturach organizacyjnych pomocy społecznej dla osób dorosłych (ang. *Adult Social Care*) w Anglii na skutek nowego ustawodawstwa. Przed 2014 roku występowało zróżnicowanie w obrębie zespołu świadczącego usługi na rzecz osób starszych. Funkcjonowały trzy działy: Zespół ds. Opieki Długoterminowej (ang. *Domiciliary Care*) – świadczył pomoc długoterminową w miejscu zamieszkania osób, które wymagają stałej opieki; Zespół ds. Osób Cierpiących na Demencję (ang. *EMI – Staying at Home Scheme*) – świadczył pomoc krótkoterminową dla osób cierpiących na demencję oraz Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności (ang. *Reablement Team*), który przedstawię za chwilę. Natomiast z informacji, które uzyskałam podczas wywiadów wynika, iż w wyniku reformy z 2014 roku Zespół ds. Opieki Długoterminowej oraz Zespół ds. Osób Cierpiących na Demencję przestały funkcjonować. Oznacza to w praktyce, że władze lokalne nie zapewniają opieki długoterminowej w formie usług opiekuńczych świadczonych w domu przez zatrudnionych przez siebie opiekunów. Osoby wymagające stałej opieki otrzymują teraz wsparcie poprzez agencje opiekuńcze, którym władze lokalne zlecają pakiety usług opiekuńczych. Urynkowienie usług miało miejsce również przed zmianą regulacji prawnej, jednakże było to formą uzupełniającą do wsparcia zapewnianego przez Zespół ds. Opieki Długoterminowej. Zespół ds. Osób Cierpiących na Demencję natomiast był charakterystyczny i nie występował w każdym hrabstwie. Koszty utrzymania tego serwisu były znaczące, gdyż w pierwszym tygodniu funkcjonowania zapewniał on wsparcie przez całą dobę. Jak też dowiedziałam się podczas wywiadu, było to jedną z głównych przyczyn zamknięcia tego działu. Na skutek wprowadzonych zmian wiele opiekunek straciło pracę lub przeszło do sektora prywatnego znajdując zatrudnienie jako opiekunki w agencjach opiekuńczych. Zatrudnienie straciły też osoby pracujące na stanowisku Pracownika Wspierającego (ang. *Support Worker*), które wchodziły w skład Zespołu ds. Osób Cierpiących na Demencję. W Burton upon Trent, gdzie pracowałam i przeprowadzałam wywiady osoba pracująca jako pracownik wspierający na skutek strukturalnej reorganizacji zmieniła stanowisko pracy. Jest teraz zatrudniona w Zespole ds. Wypisu Szpitalnego i Oceny Potrzeb (ang. *Discharge to Assess – D2A*). Obecnie jedynym działem, który funkcjonuje w środowisku i zatrudnia opiekunki przez władze lokalne jest właśnie Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności (ang. *Reablement*), który zajmuje ważne miejsce w agendzie politycznej. Ustawa o opiece z 2014 r. nałożyła na władze lokalne w Anglii ustawowy obowiązek świadczenia usług, które zapobiegają lub opóźniają potrzebę korzystania z całodobowych usług opieki zdrowotnej

i społecznej, co obejmuje maksymalizację niezależnego życia. Usługa w postaci Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności jest określona w ustawowych wytycznych z 2014 roku jako przykład prewencji (Department of Health, 2016a) i została uznana za jedną z najważniejszych usług prewencyjnych dla starszych dorosłych (Allen, Glasby, 2013).

Odpowiedź na pytanie dlaczego ten zespół pozostał w strukturach władz lokalnych wiąże się z jego specyfiką.

Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności (ang. *Reablement*) jest jedną z form pomocy dla osób starszych. Zespół ten wprowadzany był w Anglii w poszczególnych hrabstwach w sposób stopniowy od początku XXI wieku (Legg i in., 2016). Jego początki wiążą się z programami pilotażowymi i badaniami prowadzonymi w zakresie poszukiwania rozwiązań efektywnych kosztowo dotyczących wspierania osób starszych mieszkających we własnych domach, a tym samym zmniejszania zapotrzebowania na usługi szpitalne i opiekę instytucjonalną.

Jedno z pierwszych badań dotyczyło wpływu pilotażowego Zespołu ds. Odzyskania Utraconych sprawności w Leicestershire (Kent i in., 2000). W momencie rozpoczęcia projektu pilotażowego usługa była bardzo selektywna. Później została rozszerzona i stała się usługą "wstępną" dla wszystkich osób, u których stwierdzono potrzebę opieki domowej. Korzystanie z tego zespołu zostało porównane z grupą użytkowników usług z innej części hrabstwa, w którym w tym czasie nie istniały usługi zespołu ds. utraconych sprawności. Wyniki wskazały, iż początkowo, osoby skierowane do usług Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności miały większe pakiety opieki, mierzone tygodniową liczbą godzin opieki domowej, niż osoby z grupy porównawczej. Jednakże w dłuższej perspektywie to osoby z grupy Zespołu ds. Odzyskania Utraconych sprawności znacznie częściej zaprzestały korzystania z usług opieki domowej niż osoby z grupy porównawczej. Z raportu końcowego projektu pilotażowego realizowanego w Moray w 2009 roku również wynika, iż osoby korzystające z tego zespołu częściej odzyskiwały sprawność i nie wymagały pomocy w postaci usług opiekuńczych (The Moray Council, 2009).

Przegląd międzynarodowych badań na temat skuteczności metod przywracania sprawności sugeruje również, że prawdopodobny jest pozytywny wpływ na stan funkcjonalny użytkowników i późniejsze korzystanie przez nich z usług (Ryburn i in., 2009). Na skuteczność pracy Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności wpływa sposób zapewnienia opieki, pomoc dla osób korzystających z tej usługi w postaci sprzętu i przystosowań domowych. Przekłada się to nie tylko na poprawę stanu funkcjonalnego osoby starszej, ale także przynosi długoterminowe oszczędności pod względem kosztów.

Obecnie na skutek nowego ustawodawstwa usługi opiekuńcze Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności są jedynymi zapewnianymi przez państwo. Usługa ta jako innowacyjne podejście dla osób wymagających opieki i wsparcia, zagrożonych pogorszeniem stanu funkcjonalnego, występuje także w innych krajach, np. Szwecji. W Stanach Zjednoczonych (Tinetti i in., 2002), Nowej Zelandii (King i in., 2011), czy Australii (Ryburn i in., 2009) określana jest jako *Restorative home care service*.

Termin *reablement* pochodzi od słowa *re-able* i oznacza przywracanie umiejętności, czy też nabywanie utraconych umiejętności. W dokumencie Departamentu Zdrowia z 2007<sup>37</sup> roku *Reablement* zostało zdefiniowane jako „usługi dla osób z pogarszającą się kondycją fizyczną lub psychiczną, dzięki którym osoby zyskują możliwość odzyskania utraconych umiejętności niezbędnych w codziennym życiu” (Department of Health, 2007, s. 6). Obecnie serwis zapewniany przez Zespół ds. Utraconych Sprawności opisywany jest jako „stosunkowo nowe podejście do wspierania ludzi w odzyskaniu (lub utrzymaniu) niezależności i wznowieniu czynności, które składają się na ich codzienne życie” (Beresford i in., 2019, s. 2). Zakres czynności dnia codziennego obejmuje np. ubieranie/rozbieranie się, schodzenie z łóżka, korzystanie ze schodów, mycie i pielęgnacja ciała, korzystanie z toalety oraz przyrządzanie posiłków.

Celem tego zespołu jest zachęcenie osób korzystających z usług opieki domowej do samodzielnego życia, zmniejszenie zapotrzebowania na usługi szpitalne i długoterminowe wsparcie, a jednocześnie zaoferowanie użytkownikom usług opieki społecznej dla dorosłych większego wyboru. Usługa świadczona przez Zespół ds. Utraconych Sprawności jest oznaką przejścia od usług opieki domowej świadczonych interwencyjnie do prewencyjnych i proaktywnych modeli świadczenia usług opieki domowej. Przedstawię poniżej specyfikę Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.

Podstawowe zasady funkcjonowania zespołu to:

- maksymalizacja niezależności, wyboru i jakości życia użytkowników oraz zmniejszenie lub zminimalizowanie potrzeby ciągłego wsparcia po okresie usamodzielnienia,
- usługi są ograniczone w czasie (zwykle od 6 do 12 tygodni) i intensywne (częste wizyty domowe, które wraz z trwaniem serwisu i czynionymi postępami przez osobę starszą, mogą

---

<sup>37</sup> Celem dokumentu z 2007 roku było podzielenie się wiedzą i wyłaniającymi się wnioskami opartymi na danych uzyskanych od władz lokalnych, które wdrożyły lub były w trakcie wdrażania usługi *Reablement* od 2003 roku. W 2003 r. usługi świadczone przez pomoc społeczną zostały poddane przeglądowi przez rząd brytyjski. Wówczas to wybrano „Homecare Re-ablement” (od tego czasu nazwaną *reablement*) jako tą, którą wdrażać mają samorządy celem osiągnięcia zamierzonych efektów, tj. umożliwienie dalszego zamieszkiwania w swoim środowisku domowym (Legg i in., 2016) – przyp. J. K. H.

być redukowane, np. w pierwszych dwóch tygodniach trzy wizyty dziennie, a w kolejnych tygodniach 2 wizyty dziennie),

- serwis ten polega na wyznaczeniu i realizacji konkretnych celów uzgodnionych pomiędzy użytkownikiem i zespołem. Rodzaj udzielanego wsparcia jest więc dostosowany do konkretnych celów i potrzeb jednostki,

- serwis ten obejmuje zapewnienie osobom odpowiedniego sprzętu i/lub technologii pomocniczej oraz zrozumienie, jak z nich korzystać,

- zespół działa w oparciu o podejście skoncentrowane na osobie (ang. *Person Centred Approach*) (Cochrane i in., 2013; Rabiee i in., 2009).

Istotnym elementem funkcjonowania tego Zespołu jest fakt, iż opieka świadczona jest w formie nieodpłatnej. Jak wynika z wytycznych Ustawy o opiece władze lokalne mają prawo do pobierania opłat, gdy usługi Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności trwają dłużej niż 6 tygodni. Jednak władze lokalne powinny rozważyć kontynuowanie bezpłatnej opieki po upływie sześciu tygodni ze względu na korzyści dla danej osoby oraz zmniejszone ryzyko hospitalizacji (Department of Health, 2014a).

Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności zgodnie z założeniami koncentruje się na aktywnym udziale osoby starszej w realizacji uzgodnionych założeń, które mają na celu maksymalizację niezależności. Na przykład, cele te mogą obejmować odzyskanie pewności siebie w zakresie czynności związanych z higieną osobistą i poprawę mobilności. Działania podejmowane przez ten zespół polegają więc na stopniowym ćwiczeniu wykonywanych zadań, dostosowaniu otoczenia i sprzętu adaptacyjnego lub umożliwieniu osobie starszej budowania sieci społecznych (Ryburn i in., 2009).

Sposób świadczenia opieki przez Zespół ds. Utraconych Sprawności kontrastuje z opieką świadczoną w tradycyjny sposób, która koncentruje się na wykonywaniu czynności za osoby starsze (ang. *doing things for older people*), a nie na umożliwieniu im wykonywania czynności we własnym zakresie, czy też asystowaniu im w wykonywaniu czynności (ang. *enabling/re-abling older people to do things for themselves*). Tradycyjne modele opieki domowej zwiększają zależność i powodują utratę sprawności (Parsons i in., 2013). Ponadto usługi opiekuńcze świadczone w Zespole ds. Opieki Długoterminowej kierowane są do osób, które wymagają ciągłej opieki. Podczas gdy usługi *Reablement* są ograniczone w czasie, charakteryzują się intensywnym wsparciem w okresie 6 ok tygodni i mają na celu zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę domową w przyszłości. Zatem odbiorcy usług są kolejną różnicą pomiędzy Zespołem ds. Odzyskania Utraconych Sprawności a Zespołem Opieki Długoterminowej. Do Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności kierowane są

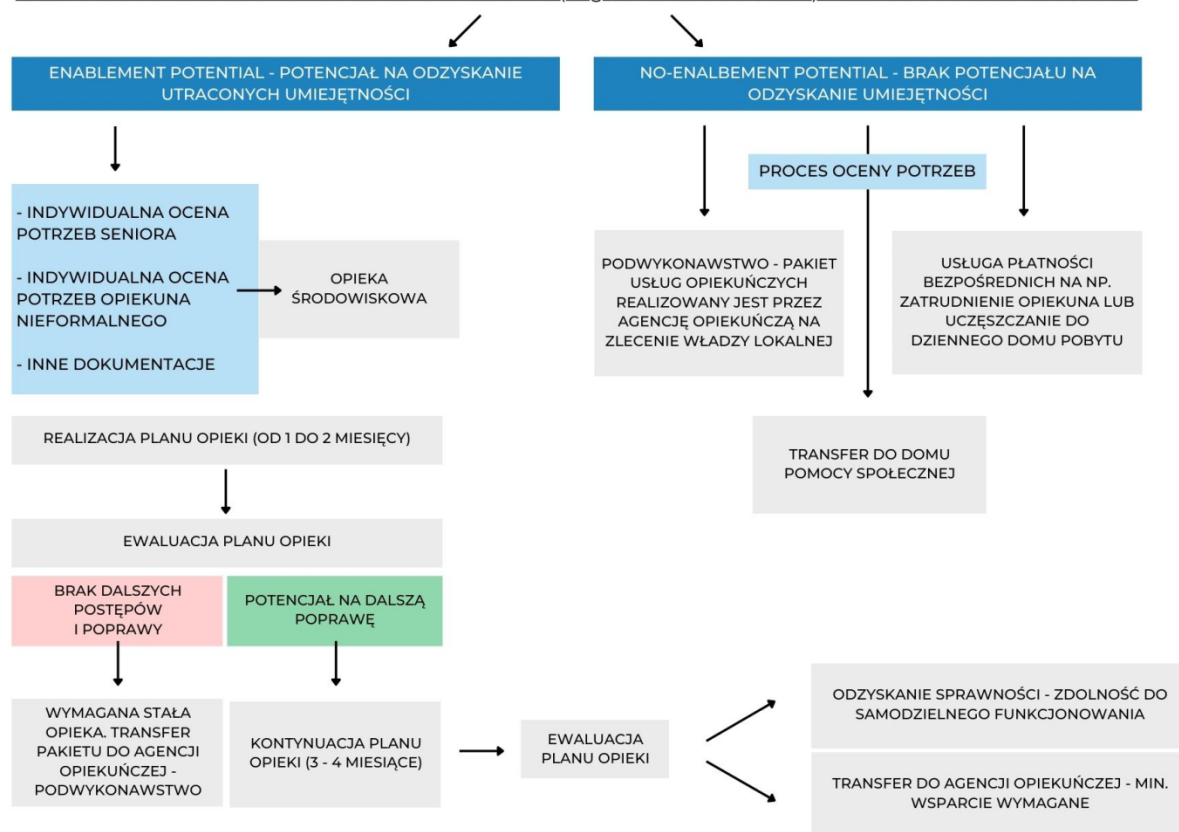
osoby, które wychodząc ze szpitala, są w okresie rekonwalescencji i potrzebują pomocy oraz wsparcia krótkoterminowego, aby odzyskać swoją niezależność. Należy jednak zaznaczyć, iż odbiorcami tego działu są także osoby kierowane do tego działu ze środowiska, np. przez rodzinę, czy sąsiadów. W obu przypadkach skierowanie osoby starszej do Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności poprzedzone jest wstępną oceną potrzeb (ang. *Initial Assessment of Needs*) celem określenia najbardziej odpowiedniej formy pomocy dla danego seniora. W przypadku stwierdzenia u osoby starszej potrzeby korzystania ze stałego wsparcia, zostanie jej przyznana inna pomoc, której forma będzie określona w Indywidualnym Planie Opieki (może to być pakiet usług opiekuńczych świadczonych przez agencję, czy też Usługa *Direct Payment*). Natomiast w momencie ustalenia, iż dana osoba starsza przejawia potencjał do odzyskania częściowej lub całkowitej samodzielności (ang. *enablement potential*) wówczas zostaje skierowana do Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności celem przeprowadzenia Indywidualnej Oceny Potrzeb i stworzenia Planu Opieki, dążącego do stopniowego odzyskiwania samodzielności i sprawności. Prezentowany Zespół stanowi jedną z form pomocy środowiskowej i może nie być odpowiednią dla osób z problemami przewlekłymi lub cierpiącymi na demencję, które mogą wymagać innego modelu usług opiekuńczych i długoterminowych.

Funkcjonowanie tego zespołu wiąże się z Indywidualnym Planem Opieki (ang. *Individual Care Plan*), który jest tworzony na podstawie dokonanej Indywidualnej Oceny Potrzeb (ang. *Individual Care Assessment of Needs*). Opieka udzielana w domach polega na odbywaniu wizyt domowych odpowiednich specjalistów, np. opiekunek, rehabilitantów z częstotliwością i zakresem czynności, które określone są w Planie Opieki (ang. *Care Plan*). W okresie około trzech tygodni, czyli połowy trwania usług opiekuńczych świadczonych przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych sprawności odbywa się ewaluacja w kontekście realizacji ustalonych w Planie Opieki celów. Biorąc pod uwagę sytuację danej osoby i czynione przez nią postępy jest możliwość zredukowania intensywności wizyt opiekunek. W momencie zakończenia usług świadczonych przez ten Zespół odbywa się ewaluacja końcowa na podstawie, której wraz z osobą starszą podejmowane są decyzje dotyczące dalszego funkcjonowania osoby starszej. Na tym etapie istnieje kilka opcji determinowanych kondycją psychofizyczną osoby starszej. Istnieje możliwość wycofania usług opiekuńczych – przy osiągnięciu celu i bezpiecznym dalszym samodzielnym funkcjonowaniu osoby starzej. Drugą możliwością jest wycofanie Zespołu ds. utraconych sprawności, ale pozostawienie usług opiekuńczych świadczonych w mniejszym zakresie niż Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności. Oznacza to przekierowanie osoby do agencji opiekuńczej (Glendinning i in., 2010).

W tym wypadku osoba spełniająca kryteria kwalifikowania poddana będzie ocenie finansowej celem zweryfikowania ewentualnej partycypacji w kosztach dotyczących opieki. Trzecią możliwością jest przyznanie osobie usługi Płatności Bezpośredniej (ang. *Direct Payment*), dzięki której osoba będzie mogła samodzielnie rozdysponować otrzymaną kwotę na uzgodnioną w Planie Opieki formę pomocy, np. zatrudnienie opiekuna na kilka godzin w tygodniu, opłacenie miejsca w Day Care (Dzienny Dom Pobytu). Kolejną możliwością po zakończeniu usług Reablement jest skorzystanie z lokalnych grup wsparcia.

Funkcjonowanie Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności odzwierciedla rysunek poniżej.

ZESPÓŁ ds. ODZYSKANIA UTRACONYCH SPRAWNOŚCI (ang. *REABLEMENT TEAM*) - SCHEMAT FUNKCJONOWANIA



Rys. 19. Schemat funkcjonowania Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Parvaneh, R., Glendinning, C. (2010). *The organisation and content of home care re-ablement services. Research Work* (01), s. 3.

Ważnym elementem w dążeniu do realizacji celów ustalonych przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności wraz z osobą starszą jest interdyscyplinarny charakter tego Zespołu oraz współpraca wewnętrzna i międzysektorowa. W skład zespołu wchodzi: kierownik (ang. *Manager*), przełożony (ang. *Team Leader*), opiekunki (ang. *Reablement Assistant*). Istotną

składową zespołu jest współpraca z pracownikiem socjalnym, fizjoterapeutą oraz terapeutą zajęciowym (ang. *Occupational Therapist* – OT). Grupą najliczniejszą są opiekunki, które pracują w oparciu o Plan Opieki, stosując tym samym metodę asystowania, a nie wykonywania czynności za seniora. Z kolei fizjoterapeuta przygotowuje zestaw ćwiczeń do wykonywania dla seniora w obecności opiekuna z jego asystą. Ważnym członkiem zespołu jest OT, który koncentruje się na codziennych zadaniach i czynnościach wykonywanych przez seniora w jego środowisku domowym. Trudnością w przedstawieniu OT jest to, iż zawód ten ma w Polsce inną specyfikę (więcej na ten temat str. 266). Terapeuta zajęciowy w Anglii analizuje codzienny sposób funkcjonowania osoby starszej w sytuacji przed i po zaistniałym zdarzeniu, które to spowodowało deteriorację ogólnej kondycji. Tym samym poddaje wnikliwej analizie aktualną sytuację osoby starszej celem adaptacji środowiska, w którym przebywa senior do jego obecnych potrzeb i możliwości (Stewart, 1994). Podczas wywiadu jedna z osób, bazując na swoim doświadczeniu we współpracy z terapeutą zajęciowym przedstawiła zadania terapeuty w następujący sposób:

„OT ocenia np. gotowanie lub picie - prosi starszą osobę o przygotowanie gorącego napoju i sprawdza, co dana osoba jest w stanie zrobić - na przykład niektórzy z nich mówią, że dana osoba zrobiła parę herbat, ale z zimną wodą. OT z mojego zespołu ocenia funkcjonowanie osoby w domu. Jeśli osoba mieszka w domu i wychodzi z domu, możemy skontaktować się z OT, a oni mogą zasugerować pewne rzeczy, takie jak umieszczenie czujnika w domu dla osoby, która mieszka w domu, jest czujnik, który powiadamia drugą osobę lub jeśli osoba ma trudności z wejściem i wyjściem z wanny, ocenią to również, aby zobaczyć, co można umieścić w miejscu, czy jest coś, czego można się chwycić. Pracują nad wieloma tego typu rzeczami” (ENG 2).

Terapeuta zajęciowy poszukuje rozwiązań, które usprawnią funkcjonowanie seniora w jego środowisku domowym, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa i zwiększenia niezależności w wykonywaniu codziennych czynności. Rolą OT jest udzielenie wsparcia pracownikowi socjalnemu w przeprowadzeniu oceny potrzeb, w szczególności w odniesieniu do zdolności użytkownika do utrzymania i zwiększenia funkcjonalnej niezależności. OT pomoże zidentyfikować ograniczenia fizyczne, poznawcze, społeczne i środowiskowe, które mogą uniemożliwić osobie starszej wykonywanie zadań oraz wskaże praktyczne rozwiązania wspierające proces odzyskiwania utraconych sprawności (The Moray Council, 2009). Wiąże się to z analizą szerokiego spektrum działań, tj. przygotowywanie posiłków, higiena osobista, czynności związane z ubieraniem się, spędzanie wolnego czasu. Dążenie do celu, czyli do odzyskania częściowej lub całkowitej samodzielności może oznaczać zatem reorganizację przestrzeni domowej, np. w obszarze kuchni, łazienki oraz instalację odpowiedniego sprzętu, który usprawni funkcjonowanie seniora, np. uchwyty w łazience. OT będzie także, w razie



potrzeby, wspierał organizatora wsparcia środowiskowego w wypełnianiu i monitorowaniu planu usług. Działania podejmowane przez terapeutę zajęciowego wpisują się w filozofię odzyskiwania utraconych sprawności, skoncentrowaną na osobie i promowaniu jej niezależności, dlatego też współpraca z OT stanowi ważne ogniwo tego zespołu.

Trudnością w podejmowaniu współpracy zarówno z OT, jak i fizjoterapeutą jest struktura organizacyjna systemu pomocowego. Zespół ds. Odzyskania Utraconych sprawności znajduje się bowiem przy ośrodku pomocy społecznej dla osób starszych (ang. *Adult Social Care – ASC*), natomiast fizjoterapeuta oraz OT przynależą do służby zdrowia (ang. *NHS*). W związku z faktem, iż szybki dostęp do sprzętu i fizjoterapii jest kluczowy w osiągnięciu celów wyznaczonych z początkiem współpracy z osobą starszą, to Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności może wystąpić do służby zdrowia o skierowanie (ang. *fast-track referrals*) danej osoby w trybie przyśpieszonym w sprawie przyznania OT i fizjoterapeuty (Rabiee i Glendinning, 2010). Współpraca Zespołu ds. Utraconych Sprawności z terapeutą zajęciowym i fizjoterapeutą jest przykładem współpracy w obrębie sektora państwowego na linii pomoc społeczna – służba zdrowia. Podobnie jak współpraca Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności z Zespołem ds. Wypisu Szpitalnego i Oceny Potrzeb, oraz ze środowiskową pielęgniarką psychiatryczną (ang. *Community Psychiatric Nurse – CPN*).

Podstawą skutecznego funkcjonowania Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności jest koordynacja działań wielu podmiotów zaangażowanych w opiekę na rzecz seniora, którą zajmuje się dział Reablement. W zależności od potrzeb danego seniora mogą to być podmioty z sektora pozaformalnego, czyli organizacje non-profit oraz podmioty prywatne, tj. serwis *Meals on Wheels – MOW*, *First Call*, czy *KeySafe*. Prawidłowym wnioskiem jest zatem fakt, iż pracownik socjalny wraz z manadżerem pomocy społecznej dla osób starszych zajmują się koordynacją działań w obrębie Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności, a także koordynacją i synchronizacją działań podmiotów zewnętrznych zaangażowanych w opiekę nad osobą starszą. Interdyscyplinarny charakter Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności staje się podstawą do osiągnięcia wspólnych celów.

Usługi opiekuńcze są powszechną formą pomocy oferowaną osobom starszym. Różnią się jednak pod względem podmiotu świadczącego usługi opiekuńcze oraz sposobu świadczenia usług opiekuńczych. Osoby starsze mogą otrzymywać opiekę krótkoterminową przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności, w ramach którego opiekunki zatrudnia państwo. W sytuacji kiedy osoba starsza wymaga opieki długoterminowej, usługi opiekuńcze wykonywane są przez agencję opiekuńczą, która działa na zlecenie państwa. Ponadto osoba

starsza ma możliwość zatrudnienia opiekunki, którą wybierze sama poprzez skorzystanie z usługi - płatności bezpośredniej.

Zespół ds. Wypisu Szpitalnego i Oceny potrzeb

W tym miejscu odwołam się do działu – *Discharge to Assess* (D2A<sup>38</sup>), który ściśle współpracuje z Zespołem ds. Odzyskania Utraconych Sprawności. Dział ten jest przykładem współpracy w obrębie sektora państwowego, a dokładnie między pomocą społeczną a służbą zdrowia. *Discharge to Assess* (D2A) jest bowiem działem opieki społecznej funkcjonującym przy szpitalu, posiadającym swoich pracowników także w poszczególnych ośrodkach pomocowych na danym terenie. Nazwa tego działu Zespół ds. wypisu szpitalnego i oceny potrzeb wskazuje na jego specyfikę. Funkcjonowanie tego działu polega na finansowaniu i wspieraniu osób, które mogą opuścić szpital, jeśli jest to bezpieczne i właściwe, oraz na dokonaniu oceny ich potrzeb poza szpitalem. Przepisy dotyczące wypisywania pacjentów ze szpitala odnoszą się wyłącznie do pacjentów szpitali NHS w Anglii, którzy otrzymują krótkotrwałe leczenie urazu lub epizodu choroby, nagłego stanu chorobowego lub podczas rekonwalescencji po zabiegu chirurgicznym (ang. *acute care*) i którzy zdaniem NHS mogą mieć potrzeby w zakresie opieki i wsparcia po wypisaniu ze szpitala. Nie dotyczy to więc opieki długoterminowej (Department of Health, 2014a).

Funkcjonowanie działu D2A jest rozwiązaniem mającym zapobiegać przetrzymywaniu pacjentów w szpitalu ze względu na fakt, iż czekają na dokonanie oceny potrzeb i przyznanie wsparcia po wypisie ze szpitala. W związku ze wzrostem liczby pacjentów w podeszłym wieku niezwykle ważne jest, aby podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej i społecznej współpracowały ze sobą w celu zminimalizowania czasu, jaki tacy pacjenci spędzają w szpitalu<sup>39</sup>. Będzie to możliwe dzięki połączeniu przyjmowania tylko tych osób starszych, które naprawdę potrzebują leczenia szpitalnego oraz minimalizacji opóźnień w wypisie tych osób ze szpitala. Niepotrzebne opóźnienia w wypisywaniu ze szpitala starszych pacjentów (w wieku 65 lat i starszych) są znanym i od dawna istniejącym problemem. Zwłaszcza w przypadku osób starszych dłuższy pobyt w szpitalu może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i zwiększenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej. Osoby starsze mogą

---

<sup>38</sup> Przepisy dotyczące wypisywania ze szpitala pacjentów wymagających opieki i wsparcia zawarte są w załączniku 3 do Ustawy o opiece z 2014 r. oraz w Przepisach dotyczących opieki i wsparcia (wypisywanie pacjentów szpitalnych) z 2014 r. (ang. *Schedule 3 to the Care Act 2014 and the Care and Support -Discharge of Hospital Patients.Regulations 2014* (Department of Health, 2014a) ) – przyp. J. K. H.

<sup>39</sup> W latach 2014–15 odsetek osób starszych przyjętych do szpitala w wyniku wypadku lub nagłego wypadku wynosił 50% w porównaniu z 16% w przypadku osób w wieku poniżej 65 lat (Department of Health, 2016b) – przyp. J. K. H.

szybko stracić zdolność poruszania się i wykonywania codziennych czynności, takich jak kąpiel czy ubieranie się. Dłuższe niż to konieczne pobyty osób starszych w szpitalach stanowią również dodatkowe i możliwe do uniknięcia obciążenie dla stabilności finansowej Narodowej Służby Zdrowia (NHS) i samorządów lokalnych. Zapewnienie, by starsi pacjenci nie przebywali w szpitalu dłużej niż to konieczne, jest złożonym zagadnieniem, które wymaga skoordynowanych działań ze strony organizacji opieki zdrowotnej i społecznej. Dane NHS pokazują, że liczba opóźnionych przeniesień wzrasta w znacznym tempie, ale nie odzwierciedlają one w pełni liczby osób starszych, które nie powinny przebywać w szpitalu. Mimo że zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym istnieje świadomość potrzeby szybszego wypisywania osób starszych ze szpitala, to obecnie w szpitalach przebywa zbyt dużo osób starszych, które nie powinny tam przebywać, co wiąże się z kosztami dla NHS szacowanymi na ok. 820 mln £. Bez radykalnych działań mających na celu poprawę lokalnych praktyk i usunięcie barier na poziomie krajowym, problem ten będzie się pogłębiał i dodatkowo obciążał stabilność finansową NHS. Z danych raportu dotyczącego wypisów osób starszych ze szpitala (Department of Health, 2016b) wynika, iż instytucje zajmujące się opieką zdrowotną i społeczną nie dzielą się skutecznie informacjami o pacjentach, mimo iż mają obecnie ustawowy obowiązek dzielenia się takimi informacjami. Wyniki raportu wskazały, że dzielenie się informacjami o pacjentach nadal nie jest stale praktykowane. Na przykład tylko niecała jedna czwarta szpitali stwierdziła, że ma wystarczający dostęp do informacji na temat opieki podstawowej, środowiskowej i społecznej dla większości starszych pacjentów.

Biorąc pod uwagę powyższe NHS England przedstawia trzy ustalone ścieżki wypisu:

- Wypis domowy D2A: pacjent wraca do własnego domu, gdzie przeprowadzana jest ocena. Aby zapewnić bezpieczeństwo ocena sytuacji powinna być przeprowadzona niezwłocznie (w ciągu 2 godzin), z szybkim (w danym dniu) dostępem do opieki i wsparcia, jeśli jest ono potrzebne. W tym wariantcie opiekę w większości przypadków zapewnia zespół *Reablement*.
- D2A w łóżku: pacjent przenoszony jest do łóżka dedykowanego zespołowi D2A, które może znajdować się w szpitalu środowiskowym/domu opieki/oddziale opieki prowadzonej przez pielęgniarki, gdzie przeprowadzane są oceny.
- Ścieżka ciągłej opieki: przeniesienie osoby do *care home* (dom pomocy społecznej) lub *nursing care home* (zakładu opiekuńczo–lecniczego) lub hospicjum (Healthwatch Staffordshire, 2019).

Dział D2A funkcjonuje zatem na etapie wypisu pacjenta ze szpitala (ang. *Patient discharge*). Jego ścisła współpraca z Zespołem ds. Utraconych Sprawności wiąże się z tym, że pacjenci,

którzy przejawiają potencjał odzyskania utraconych sprawności wypisywani są ze szpitala do domu lub do miejsca tymczasowego pobytu (na tzw. D2A bed – łóżko zespołu ds. wypisu znajdujące się np. w placówce całodobowej), otrzymują usługi opiekuńcze świadczone przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.

Przeprowadzając wywiad uzyskałam następujące informacje dotyczące działu D2A:

„Zespół ds. wypisu do oceny to zespół, który ściśle współpracuje z Reablement. Zespół szpitalny przeprowadza ocenę każdego, kto przebywa w szpitalu. Jeśli uznają, że potrzebuje czegoś w rodzaju domu opieki, lub coś się dzieje w domu tej osoby, np. przeprowadzane są jakieś prace, potrzebny jest podnośnik, poszerzone drzwi lub sprzęt - więc nie może jeszcze wrócić do domu, ale nie może pozostać w szpitalu, ponieważ zajmuje łóżko to zespół D2A prowadzi taką osobę. Oznacza to, że dana osoba zostaje tymczasowo przeniesiona do domu opieki. Pracownik socjalny lub specjalista ds. opieki społecznej dokona tam oceny, aby upewnić się, że dana osoba ma wszystko, czego potrzebuje, a następnie wróci do domu. Ma to na celu wyłącznie zwolnienie miejsc w szpitalach. Bo oczywiście szpitale są pod ogromną presją w tej kwestii” (ENG 4).

Podczas wizyty w siedzibie ośrodka pomocy społecznej dla osób starszych w Burton upon Trent czekając na rozmówczynię byłam świadkiem rozmowy telefonicznej pracownika – *Social Care Assessor*, który współpracuje z działem D2A. Osoba ta powiedziała mi po zakończeniu rozmowy, że to było spotkanie w formie telefonicznej z D2A, które odbywa się regularnie. Ma na celu wymianę informacji w sprawie dyspozycyjnych miejsc (łóżek) dla D2A w tym rejonie oraz osób w szpitalu, które przechodzą na ścieżkę D2A.

Z przedstawionych powyżej dwóch zespołów jawi się konkluzja, iż jeden z nich jest bezpośrednim dostawcą usług opiekuńczych, a drugi odpowiada za przeprowadzenie oceny potrzeb osoby, która może zostać wypisana ze szpitala.

Poniżej zaprezentuję dwie usługi, które są wyrazem personalizacji systemu pomocowego. Jest to usługa osobistego budżetu (ang. *Personal Budgets* – PB ) i płatności bezpośrednich (ang. *Direct Payments* – DP). O ile usługa płatności bezpośrednich występowała już wcześniej to opcję budżetu osobistego wprowadziła ustawa z 2014 r. W wytycznych ustawy podkreślono, że PB jest istotną częścią dążenia do zapewnienia zindywidualizowanej opieki. Osoby uprawnione do korzystania z usług, w tym opiekunowie, mają prawo do otrzymania PB. Ustawa zawiera podobne zapisy dotyczące płatności bezpośrednich. Czym jest zatem usługa osobistego budżetu i na czym polega? Każda osoba, której potrzeby są zaspokajane przez władze lokalne musi otrzymać budżet osobisty jako część planu opieki i wsparcia lub planu pomocy. Budżet osobisty jest ważnym narzędziem, które daje danej osobie jasne informacje na temat środków finansowych, które zostały przeznaczone na zaspokojenie potrzeb określonych w ocenie i zapisanych w planie. Na początku planowania opieki i wsparcia

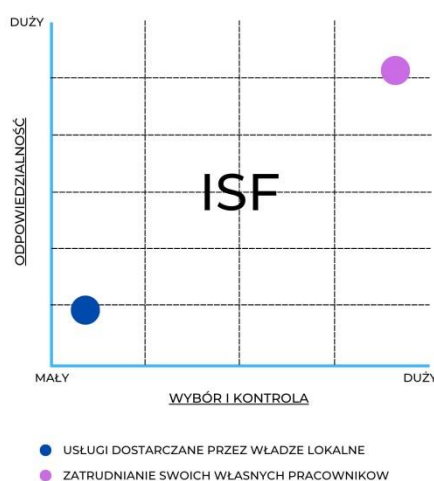
należy podać osobie i wszystkim innym zaangażowanym osobom orientacyjną kwotę, a następnie potwierdzić w tym procesie ostateczną wysokość budżetu osobistego. Szczegóły dotyczące wykorzystania budżetu osobistego są określone w planie opieki i wsparcia (Department of Health, 2014a). Budżet osobisty musi zawsze być kwotą wystarczającą do zaspokojenia potrzeb danej osoby w zakresie opieki i wsparcia oraz musi uwzględniać koszty, jakie władze lokalne ponoszą w związku z zaspokojeniem potrzeb danej osoby, które władze lokalne mają obowiązek zaspokoić lub z których skorzystały. Ten całkowity koszt musi być następnie podzielony na kwotę, którą dana osoba musi zapłacić po dokonaniu oceny finansowej, oraz na pozostałą część budżetu, którą pokryją władze lokalne<sup>40</sup>. W budżecie osobistym mogą być również wyszczególnione inne kwoty z pieniędzy publicznych, które dana osoba otrzymuje, np. środki z indywidualnego budżetu na opiekę zdrowotną. Przepisy określają przypadki, w których koszty zaspokajania potrzeb w zakresie opieki i wsparcia nie muszą być uwzględniane w budżecie osobistym. Zgodnie z Rozporządzeniem z 2014 r. w sprawie budżetu osobistego (ang. *Care and Support (Personal Budget Exclusion of Costs) Regulations* 2014) za świadczenie usług w postaci *Reablement*, władze lokalne nie mogą pobierać opłat, więc muszą być one wyłączone z budżetu osobistego (Department of Health, 2014a). Budżety osobiste dają użytkownikom usług szereg opcji w zakresie zlecenia opieki, przy różnym stopniu zaangażowania użytkowników i opiekunów. Od 2011 r. wszyscy nowi użytkownicy usług opieki domowej w Anglii finansowanych ze środków publicznych otrzymują PB, który mogą wykorzystać na trzy sposoby: – jako pakiet opieki zarządzany przez osobę trzecią w imieniu użytkownika (często nazywany indywidualnym funduszem usług, ang. *Individual Service Funds* - ISF)  
– jako pakiet opieki zarządzany przez władze lokalne  
– jako płatność bezpośrednią (*Direct Payment*) (Department of Health, 2014a).

---

<sup>40</sup> Podczas oceny finansowej (ang. *Financial Assessment*) władze lokalne określają odpłatność za opiekę i wsparcie w oparciu o limity kapitałowe, które na 2022/2023 wynoszą: – Górny limit kapitałowy (ang. *upper capital limit*): 23, 250 £. – Dolny limit kapitałowy (ang. *lower capital limit*): 14, 250 £.

Jeśli dana osoba posiada kapitał przekraczający górny limit to ponosi całkowitą odpłatność za otrzymywaną pomoc. Jeśli jednak osoba posiada kapitał poniżej dolnego limitu to nie partycypuje w kosztach otrzymywanej opieki. Natomiast jeżeli dana osoba posiada majątek w przedziale pomiędzy dolnym a górnym limitem kapitału, władze lokalne muszą zastosować dochód taryfowy (ang. *tariff income*). Co oznacza, że na każde 250 £ kapitału lub jego części dana osoba przeznaczona 1 £ tygodniowo na pokrycie kosztów kwalifikujących się do objęcia opieką. Przykład dochodu taryfowego: Nora ma kapitał w wysokości 18 100 £. Jest to o 3, 850 £ powyżej dolnego limitu kapitałowego wynoszącego 14, 250 £. Dzieląc kwotę 3, 850 £ przez 250 £ otrzymujemy kwotę 15.40 £. Przy obliczaniu dochodu taryfowego kwota jest zawsze zaokrąglana w górę. W związku z tym dochód taryfowy wynosi 16 £ tygodniowo (Department of Health, 2014a) – przyp. J. K. H.

Ponadto osoba może wybrać "pakiet mieszany", który zawiera elementy niektórych lub wszystkich trzech powyższych metod. Władze lokalne muszą dopilnować, by niezależnie od sposobu wykorzystania budżetu osobistego, decyzja została zapisana w planie, a osoba otrzymała możliwie jak największą elastyczność i wybór w zakresie zaspokajania jej potrzeb. Pakiet mieszany może być przydatny dla osób, które po raz pierwszy przechodzą na płatności bezpośrednie. Pozwala to na stopniowe wprowadzanie płatności bezpośrednich, dając osobie czas na dostosowanie się do ustaleń dotyczących płatności bezpośrednich (Department of Health, 2014a). W przypadku opieki zarządzanej przez osobę trzecią występuje określenie posiadacza funduszu usług indywidualnych (ang. *Individual Service Funds holder* – ISF), oznaczający organizację, która posiada indywidualny fundusz usług i wykorzystuje go do organizowania i opłacania usług opieki i wsparcia w imieniu danej osoby. Organizacja posiadająca ISF może również sama świadczyć niektóre usługi na rzecz danej osoby. Usługa ISF daje ludziom wybór i kontrolę nad ich wsparciem, bez konieczności samodzielnego zarządzania pieniędzmi. Jest to opcja pośrednia pomiędzy płatnościami bezpośrednimi – DP, które dają duży wybór i kontrolę, ale oznaczają też dużą odpowiedzialność dla osoby korzystającej z tej usługi, a usługami zarządzanymi przez władze lokalne, które mogą wiązać się z mniejszym wyborem i kontrolą, ale z kolei odpowiedzialność spoczywa na władzach lokalnych (Skills for care, 2020). Poniższy schemat przedstawia usługę ISF w zestawieniu z usługą DP.



Rys. 20. Usługa ISF w zestawieniu z usługą DP oraz zapewnianiem opieki przez władze lokalne w zakresie odpowiedzialności jednostki za organizację opieki oraz możliwości wyboru i kontroli nad opieką.

Źródło: *Supporting and developing the workforce for Individual Service Funds Making self-directed.* (2020). Devon: Skills for care, s. 5.

W tym miejscu przedstawię kolejną formę pomocy w postaci usługi Płatności Bezpośredniej (ang. *Direct Payments* – DP), która oferowana jest w ramach systemu pomocy dla osób potrzebujących wsparcia. DP to najbardziej ekstremalna forma opieki spersonalizowanej. Polegają one na wypłatach pieniężnych dla osób indywidualnych, które mogą je wykorzystać do zaspokojenia części lub całości swoich kwalifikowanych potrzeb w zakresie opieki i wsparcia. DP zostały wprowadzone na mocy ustawy o płatnościach bezpośrednich z 1966 r., która umożliwiła władzom lokalnym dokonywanie płatności na rzecz niepełnosprawnych osób dorosłych w wieku produkcyjnym. W 2000 roku przepis ten został rozszerzony na osoby starsze, a w 2001 roku objęto nim także opiekunów. Od 2003 roku władze lokalne mają prawny obowiązek zapewnienia DP (Jarrett, 2015).

„Płatności bezpośrednie, wraz z budżetem osobistym i indywidualnym planowaniem opieki stanowią platformę, dzięki której można stworzyć nowoczesny system opieki i wsparcia. Ludzie powinni być zachęceni do przejścia odpowiedzialności za planowanie opieki i mieć swobodę wyboru sposobu zaspokajania swoich potrzeb, czy to za pośrednictwem władz lokalnych lub podmiotów zewnętrznych, czy też poprzez płatności bezpośrednie lub kombinację tych trzech metod” (Department of Health, 2014a).

W praktyce korzystanie z DP polega na dokonywaniu przelewu na konto bankowe danej osoby lub też na wykorzystaniu konta z przedpłatą (ang. *prepaid accounts*) jako mechanizmu umożliwiającego dokonywanie płatności bezpośrednich bez konieczności posiadania odrębnego rachunku bankowego.

Rozmówczyni w sprawie konta z przedpłatą stwierdziła, iż:

„Konto z przedpłatą jest nowym rozwiązaniem. Wcześniej, gdy chciałaś otworzyć własne konto, stało się to koszmarem. Teraz *Council* otwiera konta, prowadzi je, a Ty masz kartę prepaid. *Council* może więc w każdej chwili zajrzeć na Twoje konto i sprawdzić, na co wydałaś pieniądze, czy je wpłaciłaś. *Council* może nas o tym powiadomić i powiedzieć: "Wiecie co, pani Jones nie wpłaca pieniędzy od trzech tygodni, a pieniądze wyciąga za granicą. Musicie to uporządkować. I oni to robią. Bardzo szybko dostajemy sygnały, że coś jest nie w porządku” (ENG 4).

W przypadku Płatności Bezpośrednich władze lokalne odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu, by ludzie otrzymali odpowiednie i aktualne informacje na temat płatności bezpośrednich, tak by mogli podjąć decyzję, czy wystąpić o płatność, a jeśli tak, by otrzymali wsparcie w zakresie właściwego korzystania z płatności i zarządzania nią. Aby otrzymać płatności bezpośrednie, dana osoba musi sama o nie wystąpić, ale władze lokalne powinny wspierać daną osobę do złożenia takiego wniosku, udzielając jej informacji i porad w tym zakresie.

Kroki, które należy podjąć po otrzymaniu wniosku o płatność bezpośrednią, zależą od tego, czy dana osoba została oceniona jako zdolna do podjęcia decyzji o płatnościach bezpośrednich, czy też nie, co powinno mieć miejsce podczas oceny potrzeb. W sytuacji kiedy jest to osoba, która nie posiada zdolności do czynności prawnych, zgodnie z Ustawą o Zdolności Psychiczej z 2005 roku (ang. *Mental Capacity Act 2005*) to osoba upoważniona zarządza płatnościami bezpośrednimi na rzecz danej osoby.

Władze lokalne muszą być przekonane, że płatność bezpośrednia jest wykorzystywana w celu zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki i wsparcia określonych w planie, dlatego też powinny posiadać systemy monitorowania wykorzystania płatności bezpośrednich w celu zapewnienia efektywnego wykorzystania środków publicznych. Przepisy *Care and Support (Direct Payments) Regulations 2014* określają, że władze lokalne muszą przeprowadzać przegląd dokonywania płatności bezpośrednich początkowo w ciągu sześciu miesięcy, a następnie co 12 miesięcy, i nie mogą wymagać przekazywania informacji częściej i bardziej szczegółowo niż jest to racjonalnie wymagane w celu umożliwienia władzom zorientowania się, że dokonywanie płatności bezpośrednich jest nadal odpowiednim sposobem zaspokajania potrzeb oraz że warunki, na jakich są one dokonywane, są spełnione. Władze lokalne nie powinny tworzyć systemów, które nakładają na jednostkę nieproporcjonalnie duże obciążenie sprawozdawcze. System sprawozdawczości nie powinien być sprzeczny z założeniami polityki płatności bezpośrednich, która zachęca do większej autonomii, elastyczności i innowacyjności.

Płatności Bezpośrednie mogą być wykorzystane na różne aktywności, np. korzystanie z dziennego ośrodka wsparcia, uczęszczanie do koła zainteresowań, czy też na zatrudnienie osobistego opiekuna (ang. *Personal Assistant – PA*). W przypadku opcji PA należy wziąć pod uwagę, czy wystąpią koszty, takie jak koszty rekrutacji, składki na ubezpieczenie społeczne zatrudnionej osoby oraz wszelkie inne koszty wynikające ze sposobu, w jaki potrzeby osoby dorosłej będą zaspokajane za pomocą płatności bezpośrednich. Jeśli koszty te zostaną poniesione, ich wysokość musi zostać uwzględniona w budżecie osobistym (a tym samym w płatności bezpośredniej). Władze często zlecają usługi pomocnicze, takie jak pośrednictwo, płace i doradztwo w zakresie zatrudnienia, w ramach ogólnej oferty płatności bezpośrednich.

Osoby decydując się na korzystanie z DP powinny mieć konkretne informacje o wymogach posiadania planów dotyczących płatności z tytułu zwolnień z pracy w związku z takimi okolicznościami, jak przeprowadzka, zmiana potrzeb w zakresie opieki i wsparcia lub śmierć posiadacza płatności bezpośrednich. Jeśli dana osoba zaspokaja potrzeby poprzez bezpośrednie zatrudnienie kogoś, będzie ona odpowiedzialna za wszystkie koszty



zatrudnienia, w tym odprawy z tytułu zwolnienia z pracy i należy to wyjaśnić ludziom w ramach procesu informacyjno-doradczego przed podjęciem decyzji o złożeniu wniosku o płatności bezpośrednie. Władze lokalne muszą zapewnić, że płatności bezpośrednie wystarczą na pokrycie tych kosztów, jeśli osoba dorosła może zaspokoić swoje potrzeby, zatrudniając kogoś.

W przypadku śmierci danej osoby władze lokalne i dorośli mają swobodę w opracowaniu własnych ustaleń dotyczących tej kwestii. Może to obejmować wykorzystanie niewydatnych płatności bezpośrednich do pokrycia kosztów zwolnienia, posiadanie ubezpieczenia obejmującego zwolnienie z pracy lub zgodę władz lokalnych na pokrycie kosztów zwolnienia z kwoty płatności bezpośrednich. Niezależnie od przyjętych ustaleń ważne jest, aby zarówno władze lokalne, jak i beneficjent płatności bezpośrednich mieli jasność co do swoich obowiązków w tym zakresie, aby uniknąć sporów w tym trudnym dla rodziny i opiekunów okresie. Podjęte decyzje powinny być zapisane w planach opieki.

Usługę DP tak opisała jedna z rozmówczyń:

„Płatności bezpośrednie przechodzą przez ten sam proces oceny. Osoba stwierdza, że potrzebuje płatności bezpośrednich, ponieważ chce mieć bardzo konkretnego dostawcę. Czasami, jak już wspomniałam, w wyniku procedury pośrednictwa (brokerage), nie ma możliwości wyboru, kto będzie świadczył opiekę bo różni dostawcy mogą ubiegać się o realizację danego pakietu. W przypadku płatności bezpośrednich możesz mieć sąsiada, przyjaciela lub firmę - możesz wybrać jedno i drugie. Jeśli więc powiesz, że chcesz wybrać firmę, możesz powiedzieć, że właściwie to nie chcę brać udziału w tym systemie przetargowym - wtedy zaproponowalibyśmy płatności bezpośrednie. I tak byśmy to wprowadzili. Albo gdyby osoba powiedziała: "Cóż, moja szwagierka, która mieszka niedaleko, mogłaby mi pomóc" - to samo. Jeśli więc przyjdiesz do nas z pomysłem na to, czego chcesz, płatności bezpośrednie będą idealnym rozwiązaniem. Przechodzimy przez ten sam proces wypełniania formularza, zawierania umowy. Wprowadzamy świadczenie usług. Mamy ustalone stawki, więc myślę, że dla usługodawców, jeśli zatrudniasz firmę, jest to 16,40 £. Jeśli płacisz członkowi rodziny lub przyjacielowi, to około 10,70 £, mniej więcej. Jest to więc o wiele mniej, jeśli płacisz osobie. Bo oczywiście nie trzeba brać pod uwagę wszystkich kosztów ogólnych i innych. *Council* otwiera konto, daje kartę prepaid. Wpłacają na nie pieniądze, całą sumę. Ty wpłacasz na to konto swój wkład, ile masz do zapłacenia. A potem płacisz tą kartą, komu chcesz zapłacić. Możesz wydać tylko tyle, ile zostało ci przydzielone. Jeśli więc wyznaczyłam 10 godzin na opiekę, nie możesz dać sąsiadowi pieniędzy za 12 godzin. Trzeba bardzo dokładnie określić, na co się je wydaje. Daje to jednak pewną elastyczność. Powiedzmy, że osoba ma je na godziny społeczne. Ktoś wychodzi dwa razy w tygodniu. W jednym tygodniu może nie chcieć wyjść, ale w następnym chce pójść na mecz piłki nożnej, a to trwa dłużej - daje im to elastyczność, dzięki której mogą powiedzieć: "Cóż, zaoszczędzę trzy tygodnie godzin społecznych, bo chcę spędzić cały dzień poza domem". W ten sposób zyskuje się elastyczność” (ENG 4).

W tym miejscu poświęcę uwagę wsparciu dla osób cierpiących na demencję. Wcześniej wspominałam o tym, że w wyniku restrukturyzacji ośrodków pomocowych dział przeznaczony do pracy z osobami cierpiącymi na demencję został zlikwidowany. Jednakże osoby, czy ich rodziny mogą wnioskować o pomoc np. w formie usług opiekuńczych świadczonych przez pomoc społeczną lub o umieszczenie danej osoby w placówce całodobowej. W przypadku usług opiekuńczych w obecnie funkcjonującym systemie, będą one zapewniane głównie przez agencje opiekuńcze. Elementem, na który zwrócę uwagę jest funkcja Środowiskowej Pielęgniarki Psychiatrycznej (ang. *Community Psychiatric Nurse – CPN*) znajdującej się w strukturach służby zdrowia, pracującej w Burton upon Trent w Zespole ds. Pamięci i Otepienia (ang. *Memory and Dementia Team*). W wyniku przeprowadzonego wywiadu uzyskałam informację, że Zespół ds. Pamięci i Otepienia składa się z kilku podzespołów: zespół 3 – opiekunki (ang. *Care Assistant*); zespół 4 przeznaczony do pracy socjalnej, stanowiony przez pracowników wspierających (ang. *support workers*); zespół 5 – pielęgniarki (ang. *Qualified Nurse*) oraz zespół 6 – pielęgniarki wyspecjalizowane (ang. *Nursing Specialist or Senior Nurse*). Struktura niniejszego zespołu jest wynikiem przepisów regulujących pracę pielęgniarek i różnicujących je na kilka kategorii (ang. *NHS Nurse Grades and Bands*) (iD Medical, 2020). Funkcjonowanie Zespołu ds. Pamięci i Demencji wiąże się z podejmowaniem przez Anglię działań na rzecz osób cierpiących na demencję. W tym miejscu wskażę trzy ważne dokumenty dotyczące tego zagadnienia: – Krajowa strategia na rzecz demencji z 2009 roku (ang. *England National Dementia Strategy*), – Wyzwania dotyczące demencji z 2015 r. (ang. *Prime Minister’s Challenge on Dementia*) oraz Wyzwania dotyczące demencji z 2020 r.

Praca CPN w Burton upon Trent polega na monitorowaniu sytuacji osób cierpiących na demencję, przydzielonych danej pielęgniarce, które odwiedza osoby co sześć tygodni, a także na przeprowadzaniu oceny pielęgniarskiej i kontaktach z innymi podmiotami. CPN pełni rolę koordynatora opieki danej osoby.

„Ludzie, których mam pod opieką, albo żyją we własnych domach i nadal sobie radzą, ale kiedy zaczyna się im pogarszać, wtedy składam wniosek o skierowanie do pracownika socjalnego. Moja część pracy polega na tym, że zazwyczaj zwracają się do mnie z prośbą o ocenę pielęgniarską, co oznacza, że muszę ocenić zdolność poznawczą i stronę psychiczną, a pracownicy socjalni dokonają oceny ze swojej strony. [...]. Ocena pielęgniarska nazywa się SAP 3 i zawiera podstawowe pytania, takie jak: diagnoza, opieka osobista, jakie jest ryzyko, a jeśli jedna z tych osób nie ma zdolności do czynności prawnych (ang. *capacity assessment*), to mówię, że ta osoba nie ma zdolności” (ENG 2).

Z informacji uzyskanych podczas wywiadu z CPN wynika, iż ważnym elementem jej pracy jest kontakt i współpraca z rodziną, pracownikiem socjalnym, OT oraz lekarzem pierwszego

kontakty. Podczas wywiadu ustalonym zostało także, iż problemem jest powierzchowna wiedza na temat pracy pracownika socjalnego, co wpływać może na dezinformację klienta i spowolnienie procedowania poszczególnych spraw.

„Nie bardzo rozumiemy pracę pomocy społecznej i pracowników socjalnych, co jest prawdziwym problemem. Z ich strony prawdopodobnie jest to samo. Oni nie do końca znają nasze procedury. [...] No... wiesz, kiedy ludzie zaczynają mnie pytać czy jestem uprawniony do tego, czy innego, nie jestem pewna, co im mówić. Więc mówię, że dostaniesz informacje od pracownika socjalnego, do którego zostaniesz przydzielony” (ENG 2).

Powyżej zaprezentowałam formy pomocy oferowane przez sektor państwowy. W tej części pracy przedstawię formy pomocy wspierające funkcjonowanie osoby starszej w środowisku, które realizowane mogą być nie tylko przez państwo, ale też organizacje pozarządowe lub sektor prywatny.

Pierwsza forma pomocy to ośrodki dziennego pobytu (ang. *Community Day Centre*), których pracownicy zapewniają opiekę i różne formy aktywności adekwatne do potrzeb i możliwości osoby starszej. W okresie zatrudnienia w Anglii pamiętam, iż pobyt w ośrodku dziennego pobytu był częstą praktyką i stanowił ważny element w pakiecie usług opiekuńczych, który konstruowany był w taki sposób, że w dniach uczęszczania osoby do ośrodka dziennego pobytu liczba wizyt domowych zredukowana była do minimum. Z czasem jednak dzienne ośrodki wsparcia zaczęły odgrywać mniejszą rolę. W latach 2010-2018 liczba ośrodków dziennego pobytu dla dorosłych - uznawanych za niezbędną deskę ratunku dla osób starszych i bezbronnych, które w przeciwnym razie byłyby odizolowane w domu - spadła w całej Anglii o 41%, podczas gdy fundusze przeznaczone na te usługi zmniejszyły się w tym samym okresie o 30% (Robertson, 2018).

Decyzje o zamykaniu państwowych dziennych ośrodków pobytu budziły niezadowolenie i sprzeciw wśród Anglików z wielu powodów. Skutki tego typu działań mogą mieć realny wpływ na doświadczenia życiowe poszczególnych osób i mogą zadecydować o tym, czy będą one widywać się ze swoimi przyjaciółmi, czy też nie. Ponadto podnoszono kwestię dotyczącą większego obciążenia rodziny opieką nad swoim bliskim w wyniku zamykania *Community Day Centres* (Needham, 2012).

Głosy sprzeciwu płynęły zarówno ze strony pracowników ośrodków, podopiecznych, jak i opiekunów nieformalnych. W wielu hrabstwach zgłaszano petycje wyrażające sprzeciw wobec podejmowanych działań, np. w Nottingham, które jednak nie wpłynęły na decyzję o zamknięciu ośrodka (Nottingham City Council, 2021). Zamknięcie dziennego ośrodka

przynosi roczne oszczędności w wysokości ok 350 000 funtów (dane pochodzą z ośrodków zamykanych w Nottingham i Staffordshire) (Express News, 2014; My Nottingham News, 2021). Według danych szacunkowych wynika, iż w okresie od 2010 do 2018 roku zamknięto 428 dziennych ośrodków wsparcia (Robertson, 2018).

Na terenie gdzie mieszkałam z 5 ośrodków dziennego wsparcia pozostały 2. Na temat zamykanych ośrodków wsparcia dziennego jeden z rozmówców wypowiedział się następująco: „Zamykają Ośrodki Dienne z powodu braku funduszy, a rodzina potrzebuje tego rodzaju wsparcia. Jeśli rodzina nie otrzyma tego rodzaju pomocy, będzie w kryzysie” (ENG 3).

Efektom wprowadzanych zmian jest fakt, iż w miejsce ośrodków dziennego pobytu dostępne są obecnie bardziej zindywidualizowane usługi, w tym oparte na społeczności lokalnej. Osoby starsze otrzymują zatem wskazówki dotyczące zajęć, czy grup społecznych odbywających się w środowisku lokalnym. Natomiast ośrodki, które pozostały zmieniają swoje funkcjonowanie w zakresie procedur kwalifikowania oraz odpłatności. Oznacza to trudniejszy dostęp do państwowych dziennych ośrodków wsparcia. Co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia tego typu usług w sektorze pozarządowym i prywatnym, gdzie osoby starsze będą miały możliwość odpłatnego pobytu w ciągu dnia poprzez skorzystanie z opcji *Direct Payments* (Needham, 2012).

Podnoszone argumenty przeciwko zamykaniu dziennych ośrodków pobytu odpierane były w ten sposób, że potrzeba zmiany sposobu świadczenia usług wynikała częściowo z wymogów zmian legislacyjnych wprowadzonych przez nową Ustawę o opiece z 2014 r. i zmniejszaniu finansowania. Ogólna zmiana w podejściu do świadczenia usług została opisana jako taka, w której większy nacisk kładzie się na promowanie niezależności, godności i wyboru - z przesunięciem opieki i wsparcia od opieki instytucjonalnej w kierunku pomocy środowiskowej i domowej. Oznacza to zmniejszenie zapotrzebowania na usługi świadczone w tradycyjnych instytucjach opieki, takich jak ośrodki dzienne i domy opieki oraz mniejszą liczbę usług świadczonych bezpośrednio przez władze samorządowe, przy jednoczesnym wzroście zlecenia usług sektorowi non-profit. Wskazywano także, że wiele osób preferuje pomoc środowiskową lub domową, ponieważ pozwala im to na dłuższe zachowanie niezależności, gdyż wsparcie tego typu może być lepiej dostosowane do potrzeb poszczególnych osób/opiekunów. Ponadto podkreślano, że nacisk na profilaktykę i wczesną interwencję w społeczności lokalnej jest bardziej opłacalne, ponieważ zmniejsza zapotrzebowanie na droższe formy leczenia. Stwierdzono również, że wzrasta świadomość, iż opieka społeczna dla dorosłych powinna w większym stopniu wspierać ludzi, aby zapobiegać

eskalacji potrzeb. Obecny model opieki społecznej dla dorosłych nie zapewnia wystarczającego wsparcia, dlatego konieczne są zmiany. Alternatywą do zamykanych dziennych ośrodków wsparcia jest zwiększenie usług świadczonych przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności oraz korzystanie w większym stopniu z usług oferowanych przez społeczności lokalne (Adults and Health Scrutiny Panel, 2019). Zgodnie z nowymi założeniami ośrodki dzienne zostają zastąpione nowymi formami usług środowiskowych. Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że w obecnej sytuacji finansowej funkcjonujące placówki dziennego pobytu zostaną zamknięte. Natomiast bez odpowiednich inwestycji w ich miejsce nie powstaną alternatywne rozwiązania. W takim scenariuszu opieka będzie oparta na indywidualizmie, stawiając użytkownikom nowe wymagania, by sami zarządzali swoją opieką.

Drugą formą wsparcia dla osób starszych są mieszkania wspomagane (ang. *Supported Housing*).

Dla osób nie będących w stanie mieszkać w swoim domu ze względu na występujące w nim bariery architektoniczne istnieje możliwość przeniesienia się do placówki zapewniającej całodobowe zakwaterowanie w warunkach zbliżonych do domowych (ang. *sheltered housing*). Zazwyczaj są to niezależne mieszkania zgrupowane razem w celu zapewnienia usług wspomagających, koniecznych dla zaspokojenia podstawowych potrzeb osób o naruszonej sprawności funkcjonalnej, przewlekle chorych, starych pozbawionych opieki społecznej, nie wymagających jednak standardowej opieki pielęgniarskiej. Ta forma wspólnego zamieszkania pozwala na prowadzenie stosunkowo niezależnego życia, przy czym posiłki grupowe, które mogą być pozostawione do wyboru, są zwykle cechą wyróżniającą (Zych, 2003). Jedną z trudności związanych z odniesieniem się do mieszkań wspomaganych w Anglii jest różnorodna terminologia i kategoryzacja systemów w zakresie mieszkań wspomaganych. Terminy takie jak: 'sheltered housing', 'enhanced sheltered housing', 'supported housing', 'integrated care', 'extra care', 'ExtraCare', 'close care', 'flexi-care', 'assisted living', 'retirement village', 'retirement community' oraz 'continuing care retirement community' używane są w odniesieniu do grupowych programów mieszkaniowych dla osób starszych. Różnorodność w terminologii wiąże się z tym, iż poszczególne organizacje kładą różny nacisk na element mieszkaniowy lub opiekuńczy, w zależności od tego, czy promują swoje programy jako alternatywę dla opieki domowej, przebudowują istniejącą ofertę, czy też promują coś, co ich zdaniem różni się koncepcyjnie od tego, co było wcześniej (Croucher i in., 2006). W związku z tym, iż w Anglii większość mieszkań wspomaganych dla osób

starszych to mieszkania określane jako *Sheltered Housing*, czyli mieszkania socjalne, wynajmowane przez osoby starsze (Pannell i Blood, 2012), to uwagę skoncentruję na tym rodzaju mieszkalnictwa. Mieszkania socjalne w Wielkiej Brytanii są postrzegane jako mieszkania przeznaczone dla osób o „specjalnych potrzebach” (ang. *housing options for adults with special needs*) (Hanson, 2001). Osoby starsze stanowią najliczniejszą grupę w tej klasyfikacji. Mieszkania dla osób starszych, które nie mogą lub nie chcą mieszkać w zwykłych mieszkaniach, są zatem traktowane jako kategoria "specjalnych potrzeb", obok wielu innych w ramach opieki społecznej. Jest to jeden z najwcześniejszych, największych i najbardziej rozwiniętych sektorów mieszkalnictwa specjalnego w Wielkiej Brytanii. Mieszkania dla osób starszych są więc mocno osadzone w mikrośrodowiskowym podejściu do projektowania. Jest to widoczne w klasyfikacji kategorii 1, 2, 2.5 i 3 mieszkań wspomaganych, stosowanej przez władze lokalne. Mieszkania chronione są obecnie najbardziej rozpowszechnioną formą specjalistycznego budownictwa mieszkaniowego dla osób starszych w Wielkiej Brytanii. Mieszkania chronione kategorii 1 i 2 lub *warden-assisted accommodation* są oferowane na wynajem przez władze lokalne od połowy lat 60-tych XX wieku. Wiele spółdzielni mieszkaniowych i zarejestrowanych właścicieli lokali socjalnych oferuje podobne mieszkania na wynajem w sektorze prywatnym (Hanson, 2001). W mieszkaniach chronionych kategorii 1 obiekty komunalne i strażnik są opcjonalne, a zakwaterowanie odbywa się w specjalnie wybudowanych domkach parterowych (ang. *bungalows*) lub mieszkaniach, zazwyczaj bez windy. Jedynym ustępstwem w stosunku do wieku mieszkańca jest to, że dom będzie wyposażony w domofon lub alarm, który może być użyty do wezwania pomocy w nagłym wypadku. Zakwaterowanie kategorii 2 odbywa się w samodzielnych mieszkaniach pod jednym dachem, wyposażonych w alarm, wspólne udogodnienia, takie jak salonik dla mieszkańców lub pralnia, strażnik lokalny lub mobilny oraz windy obsługujące mieszkania znajdujące się na wyższych poziomach. Jest to rozwiązanie przeznaczone dla osób starszych, które są bardziej niesamodzielne. W latach 80. niektóre władze lokalne w Wielkiej Brytanii zaczęły budować "mieszkania chronione", znane też jako mieszkania kategorii 2.5 lub mieszkania z dodatkową opieką (ang. *Extra care housing*), dla osób starszych o słabej kondycji i wymagających stałej opieki. Najczęściej spotykany typ mieszkania to mieszkanie z jedną sypialnią w dwu- lub trzypiętrowym bloku składającym się z około 40-60 mieszkań, które zostały zaprojektowane specjalnie dla osób starszych mających problemy z poruszaniem się. Samo mieszkanie może być przystosowane dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy balkonika, a części wspólne będą szerokie, dobrze oświetlone i łatwe do pokonania. Mieszkania powyżej parteru

są dostępne za pomocą windy. Wspólne udogodnienia są z reguły bardziej rozbudowane niż w zwykłych mieszkaniach chronionych, może też istnieć ośrodek dziennego pobytu, z którego korzystają także osoby starsze mieszkające w okolicy. W jadalni dla mieszkańców może być zapewniony posiłek w ciągu dnia, a także pokój wypoczynkowy dla mieszkańców. Na miejscu jest zazwyczaj dostęp do usług takich jak fryzjer. Zazwyczaj na miejscu jest kierownik ds. mieszkańców, który jest odpowiedzialny za zarządzanie blokiem mieszkalnym, organizowanie zajęć społecznych i spotkań dla mieszkańców oraz koordynację usług opiekuńczych. Personel opiekuńczy może być dostępny pod telefonem przez 24 godziny na dobę. Ogólnie uważa się, że mieszkania chronione są droższe niż usługi domowe, ale mniej kosztowne niż dom opieki (Tinker, 1997), który jest kategorią trzecią w tradycyjnej klasyfikacji mieszkań chronionych. Większość mieszkań chronionych projektuje się przy założeniu, że ich mieszkańcy są nadal w miarę sprawni i aktywni.

Mieszkania chronione są obecnie uzupełniane przez rosnący rynek sektora prywatnego oferujący „mieszkania dla emerytów” (ang. *private retirement flat*) na sprzedaż lub wynajem. Może to być atrakcyjna propozycja dla starszych właścicieli domów, którzy chcą się przenieść do mniejszego mieszkania, uwalniając w ten sposób kapitał własny zgromadzony w posiadanej nieruchomości (Hanson, 2001). Mieszkania chronione są alternatywą do opieki instytucjonalnej. Osoby starsze przebywające w mieszkaniach chronionych mogą bowiem korzystać z wsparcia w postaci usług opiekuńczych, co jest zgodne z założeniami polityki senioralnej w kwestii procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju środowiskowych form pomocy. Ponadto jak wskazują wyniki wcześniejszych badań przeprowadzonych wśród mieszkańców domów opieki, część osób starszych nie powinna tam przebywać. Oznacza to, że osoby te mogłyby żyć bardziej niezależnie, gdyby otrzymały wsparcie w postaci pakietu usług opiekuńczych w miejscu ich wcześniejszego zamieszkania (Peace i in., 1997). W tego typu sytuacjach oprócz kosztów osobistych ponoszonych przez ofiary tych "pomyłek", ponoszone są także koszty finansowe i społeczne. Rozwój infrastruktury środowiskowej, a także szczegółowa ocena potrzeb danej osoby i podejście skoncentrowane na osobie mają być sposobem aby właściwie odpowiadać na potrzeby osób starszych i zapobiegać tego typu sytuacjom. Mieszkania wspomagane, które są dostępne cenowo i zapewniają określone usługi wspierające powinny być integralną częścią polityki senioralnej (van Bilsen i in., 2008).

Trzecią formą pomocy jest usługa określana jako „posiłki na kółkach” (ang. *Meals-on-Wheels* – MOW). Z usługi tej mogą skorzystać osoby, które nie są w stanie samodzielnie przyrządzić obiadu. Usługa ta polega na zapewnieniu gorących, pożywnych oraz dostosowanych pod względem odżywczym posiłków, w tym także dietetycznych, dostarczanych regularnie do

domu osobie niepełnosprawnej lub starszej. Mogą to być także posiłki mrożone dostarczane cyklicznie (Icare, 2020). Usługa ta dostępna jest odpłatnie w 100% dla osób, które w wyniku oceny finansowej nie kwalifikują się do subsydiowania. Zakupując posiłki w sposób komercyjny osoba starsza ma możliwość wyboru dostawcy spośród tych dostępnych na rynku, np. *Icare, Oakhouse Foods, Wiltshire Farm Foods*. W tej sytuacji czynnikiem różnicującym jest cena, menu, czy dostępność w danym rejonie. Natomiast uzyskując dofinansowanie na usługę MOW osoba starsza korzysta z konkretnego dostawcy zakontraktowanego przez władzę lokalną. Wraz z nowym ustawodawstwem z 2014 roku część władz lokalnych przestało oferować usługę MOW, tak dotychczas popularną w Anglii. Redukcja tej usługi wynika z drastycznego zmniejszenia budżetów na pomoc społeczną dla osób dorosłych (ang. *Adult Social Care*), szacowanych przez Związek Lokalnych Samorządów (ang. *Local Government Association*) na ponad 2 miliardy funtów (National Association of Care Catering, 2018). Władze lokalne argumentują swoje decyzje powołując się na nową ustawę, twierdząc, że rada powinna skupić się przede wszystkim na umożliwieniu osobom potrzebującym dodatkowego wsparcia w dostępie do gorącego posiłku, a nie na finansowaniu samego posiłku<sup>41</sup>. Takie podejście wspiera szerszy cel władz lokalnych, jakim jest promowanie niezależności ludzi w ich lokalnej społeczności. W konsekwencji władze lokalne odwołują się to tego, iż jest wiele możliwości dla osób potrzebujących wsparcia w dostępie do posiłku, np. usługa dostarczania mrożonek, usługa dostarczania posiłków do Centrum Społeczności Lokalnej (ang. *Community Centre*), dostawa gorących posiłków bez dotacji, czy też posiłki oferowane w klubach obiadowych. W powstałych inicjatywach na rzecz kontynuacji usługi MOW pojawiały się stwierdzenia, że „MOW to nie tylko dostarczenie posiłku. Usługodawcy regularnie sprawdzają, czy osoby starsze i wrażliwe są odżywione i nawodnione oraz czy ich stan zdrowia nie ulega pogorszeniu. Dla wielu osób starszych i znajdujących się w trudnej sytuacji dostawa MOW może być jedyną przyjazną twarzą, którą widzą w ciągu dnia” (National Association of Care Catering, 2018). „Posiłki na kółkach są dla wielu osób starszych jedyną opcją na regularne posiłki i dodatkowo zapewniają kontakt społeczny tym, którzy mogą być odizolowani lub żyć samotnie - to niezwykle cenna korzyść [...]. Jednak usługa ta została ograniczona, ponieważ władze lokalne zmagają się z ogromnymi cięciami w budżetach na opiekę społeczną” (Southwark Carers, 2022).

---

<sup>41</sup> Dotacja na usługę *meals on wheels* kosztuje radę ponad 140 000 £ każdego roku i coraz trudniej jest radzie pokryć ten koszt, gdy istnieją alternatywne rozwiązania, które zaspokajają potrzebę użytkowników usług w zakresie dostępu do posiłku (Services for residents, 2022) – przyp. J. K. H.



W związku ze zmianami poszukiwane są nowe rozwiązania w zakresie dostarczania usługi MOW. Przykładem może być projekt prowadzony przez Narodowy Fundusz Środowiskowy (ang. *National Lottery Community Fund*). Fundusze zgromadzone w ramach tego projektu wykorzystane są do wsparcia kontynuacji usług związanych z posiłkami na kółkach.

Czwartą formą pomocy jest usługa teleopieki (ang. *First Call / Telecare*), polegająca na monitoringu osób starszych przez urządzenia specjalistyczne. Systemy Teleopieki należy do prężnie rozwijającej się technologii informacyjnej i komunikacyjnej (*Information and Communication Technology – ICT*) (Blok i in., 2020). Tego typu usługi teleopiekuńcze monitorują pozostające samotnie w domu osoby chore, starsze czy niepełnosprawne. W podstawowej wersji osoba wyposażona jest w terminal telefoniczny (telefon) oraz brelok, wisiorek lub bransoletkę z przyciskiem SOS, powodującym (po naciśnięciu) automatyczne uruchomienie przez terminal w trybie głośnomówiącym połączenia z centrum monitoringu, gdzie operator może zarządzić stosowny rodzaj pomocy dla pacjenta. Oprócz przycisku SOS możliwe jest ulokowanie w domu pacjenta dodatkowych czujników reagujących na różne zagrożenia, na przykład czujników gazu, dymu, zalania, ruchu, temperatury, upadku, automatycznego dyspensera leków, czujnika nacisku (może informować czy pacjent leży na łóżku) (Miskelly, 2001). Każdy z czujników w razie potrzeby może wywołać połączenie alarmowe z centralą. Zdaniem Marty Muszalik oraz Moniki Biercewicz (2010) korzystanie z technologii ICT zakłada między innymi: wydłużenie czasu zamieszkania ludzi starszych we własnym środowisku wraz z rozwojem ich niezależności, samoopieki i mobilności; wspieranie utrzymania zdrowia i sprawności funkcjonalnej starszych osób; poprawę bezpieczeństwa, profilaktykę izolacji społecznej oraz wspieranie wielofunkcyjnej sieci wokół poszczególnych osób; wspieranie opieki oraz rodzin i organizacji opiekuńczych.

Usługa teleopieki może zatem złagodzić niepokój i zwiększyć pewność siebie osób mieszkających samotnie. W ramach tego serwisu stworzono infrastrukturę komunikacyjną, bazy danych, centra kontroli i sieci reagowania, która są dobrze rozwinięte w Wielkiej Brytanii i które zyskały zaufanie zarówno osób starszych, jak i profesjonalistów (Miskelly, 2001).

W miejscowości, w której mieszkałam usługa ta dostępna jest w *Trent & Dove*, czyli organizacji non-profit, która poza oferowaniem przystępnych cenowo domów na wynajem i współwłasność, wspiera społeczność lokalną poprzez świadczenie usług, takich właśnie jak *Telecare*. W tym względzie *Trent & Dove* współpracuje bezpośrednio z dostawcą usługi *Telecare*. Jest to usługa odpłatna, której kwota uwarunkowana jest ilością urządzeń, z których osoba korzysta (Trent and Dove, 2021).

W przypadku korzystania z teleopieki należy mieć na względzie, iż jest to element wspierający funkcjonowanie w domu, nie może natomiast stanowić alternatywy do kontaktu z drugim człowiekiem. Na co zwraca uwagę jeden z respondentów, stwierdzając: „Telecare może wspierać samodzielne funkcjonowanie. Jest jednak ryzyko, że samotność może wzrosnąć, jeśli osoby te nie będą miały żadnego innego kontaktu” (ENG 5).

Piątą formą pomocy jest usługa bezpieczny klucz (ang. *KeySafe*). Jest to usługa związana z umożliwieniem osobom upoważnionym, w tym opiekunom, wejścia do domu podopiecznego, który nie jest w stanie samodzielnie otworzyć drzwi. W związku z powyższym, małe urządzenie do przetrzymywania klucza do domu, operowane kodem cyfrowym, montowane jest w odpowiednim miejscu. W przypadku mieszkania w bloku jest to przy drzwiach. Natomiast w przypadku domu wolnostojącego, jest to na elewacji budynku, najczęściej przy drzwiach i poza zasięgiem wzroku lub przy wejściu tylnym, od ogrodu. Takie rozwiązanie stosowane jest bardzo często, gdyż umożliwia opiekunom i innym upoważnionym stronom, np. MOW, *Physio* wejście do podopiecznego i udzielenie mu wsparcia (TeleCare24, 2022). Jest to usługa dostępna odpłatnie.

Przedstawione powyżej formy pomocy umożliwiają osobom starszym zamieszkiwanie w środowisku lokalnym i realizowane są przez podmiot państwowy, pozarządowy oraz prywatny. Występowanie tych usług jest ważnym elementem w zapewnianiu skutecznego wsparcia dla osoby starszej. W sytuacji realizacji usług opiekuńczych przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności istnieje możliwość uruchomienia zaprezentowanych usług na rzecz danego seniora. Wówczas pracownik socjalny przekazuje informacje o występowaniu usług, w tym o ponoszeniu za nie odpłatności i za zgodą seniora może podjąć działania w kierunku wdrożenia danego serwisu u podopiecznego. Jest to przykład funkcji koordynacji działań przez podmiot państwowy oraz współpracy międzysektorowej.

Ostatni element, który przedstawię w tej części pracy to ocena indywidualnych potrzeb (ang. *Individual Care Assessment of Needs*). Jest to ważne narzędzie pracy, gdyż to na podstawie oceny potrzeb ustalany jest plan opieki dla danej osoby. Wg ustawy o opiece z 2014 roku proces oceny potrzeb i kwalifikowania do pomocy jest jednym z najważniejszych elementów systemu opieki i wsparcia. Ocena potrzeb stanowi kluczową interakcję pomiędzy władzami lokalnymi a osobą dorosłą wymagającą opieki lub jej opiekunem. Proces ten musi być przeprowadzony w oparciu o podejście skoncentrowane na osobie (ang. *Person Centered Approach*), co oznacza angażowanie osoby oraz dawanie jej możliwości wyboru i kontroli. Proces oceny rozpoczyna się w momencie, gdy władze lokalne zaczynają zbierać informacje o danej osobie, i będzie integralną częścią jej podróży przez system opieki i wsparcia,

w miarę jak zmieniają się jej potrzeby. Powinien być postrzegany jako interwencja, która może pomóc ludziom zrozumieć ich sytuację i potrzeby, zmniejszyć lub opóźnić pojawienie się większych potrzeb oraz umożliwić dostęp do wsparcia, gdy tego potrzebują. Ocena potrzeb może także pomóc osobie w zrozumieniu jej mocnych stron i możliwości oraz wsparcia dostępnego dla niej w społeczności oraz poprzez inne sieci i usługi.

Ocena może przybrać różną formę i może być przeprowadzona na różne sposoby, w tym m.in.:

– Ocena bezpośrednia (ang. a *face-to-face assessment*) pomiędzy daną osobą a osobą przeprowadzającą ocenę, której rola zawodowa i kwalifikacje mogą się różnić w zależności od okoliczności, ale która zawsze musi być odpowiednio przeszkolona oraz posiadać właściwe umiejętności i wiedzę.

– Wspierana samoocena (ang. a *supported self-assessment*), w której wykorzystuje się te same materiały do oceny, co w przypadku oceny bezpośredniej, ale w której osoba sama wypełnia ocenę, a władze lokalne upewniają się, że jest ona dokładnym odzwierciedleniem potrzeb danej osoby (np. poprzez konsultacje z innymi odpowiednimi specjalistami i osobami, które znają daną osobę, za jej zgodą).

– Ocena online lub telefoniczna (ang. *an online or phone assessment*), która może być przeprowadzana w sytuacji, np. gdy potrzeby danej osoby są mniej złożone lub gdy dana osoba jest już znana władzom lokalnym, a władze przeprowadzają ocenę w związku ze zmianą jej potrzeb lub okoliczności.

– Wspólna ocena (ang. a *joint assessment*), gdy odpowiednie agencje współpracują ze sobą, aby uniknąć wielokrotnego oceniania danej osoby (w tym ocena w zakładzie karnym, gdzie władze lokalne muszą położyć szczególny nacisk na współpracę międzyagencyjną i dzielenie się wiedzą specjalistyczną).

– Ocena łączona (ang. a *combined assessment*), w której ocena osoby dorosłej jest połączona z oceną opiekuna i/lub oceną dziecka, tak aby wzajemnie powiązane potrzeby zostały odpowiednio uchwycone, a proces był jak najbardziej efektywny.

Celem oceny jest określenie, jakie potrzeby może mieć dana osoba i jakie wyniki chce osiągnąć, aby utrzymać lub poprawić swoje samopoczucie. Ocena ma na celu przedstawienie pełnego obrazu potrzeb danej osoby, tak by władze lokalne mogły w odpowiednim czasie zareagować w odpowiedzi na owe potrzeby. Może to być zarówno poprzez zaoferowanie wskazówek i informacji, jak i zorganizowanie usług, które zaspokoją te potrzeby. Zapobieganie i wczesna interwencja stanowią centralny element systemu opieki i wsparcia. Nawet jeśli dana osoba ma potrzeby, które w danym momencie nie kwalifikują się do objęcia

pomocą, władze lokalne muszą rozważyć udzielenie informacji i porad lub innych usług zapobiegawczych.

Przeprowadzając kompleksową ocenę potrzeb wskazuje się na szeroki zakres potrzeb, zagrożeń i mocnych stron, co może wymagać skoordynowanej reakcji ze strony różnych podmiotów. W związku z powyższym kompleksowa ocena potrzeb przeprowadzana jest przez osoby odpowiednio przeszkolone, tj. zarejestrowani pracownicy socjalni i Occupational Therapists (OT), czy też fizjoterapeuci. W wyniku przeprowadzonej oceny potrzeb możliwym jest określenie, czy potrzeby danej osoby kwalifikują ją do opieki i wsparcia ze strony władz lokalnych, a także zrozumienie, w jaki sposób zapewnienie opieki i wsparcia może pomóc osobie dorosłej w osiągnięciu pożądaných wyników. Proces oceny umożliwia władzom lokalnym całościowe spojrzenie na potrzeby danej osoby w kontekście jej szerszej sieci wsparcia. Władze lokalne muszą rozważyć, w jaki sposób osoba dorosła, jej sieć wsparcia oraz szersza społeczność mogą przyczynić się do osiągnięcia pożądaných przez nią rezultatów.

Po ustaleniu, czy osoba kwalifikuje się do pomocy należy przeprowadzić Ocenę Finansową (ang. *Financial Assessment*) celem określenia partycypacji w kosztach opieki ze strony osoby, która otrzymuje wsparcie. Ocena finansowa może w praktyce przebiegać równolegle z oceną potrzeb, ale nigdy nie może wpływać na ocenę potrzeb. Władze lokalne muszą poinformować osoby, że ocena finansowa zadecyduje o tym, czy będą one płacić za opiekę i wsparcie, ale nie może to mieć wpływu na sam proces oceny.

W przypadku osób, które mogą nie mieć zdolności do czynności prawnych, obowiązują wymogi Ustawy o Zdolności Psychiczej (ang. *Mental Capacity Act*) oraz dostęp do niezależnego doradcy (ang. *independent advocacy*).

Istotnym walorem Ustawy o opiece z 2014 r. jest fakt, iż daje władzom lokalnym uprawnienia do zaspokajania pilnych potrzeb (ang. *urgent need*), jeśli nie dokonały one oceny potrzeb. Gdy osoba o pilnych potrzebach zgłasza się do władz lokalnych lub zostaje do nich skierowana, władze lokalne powinny natychmiast zareagować i zaspokoić potrzeby w zakresie opieki i wsparcia. W takim przypadku należy poinformować daną osobę, że w najbliższym czasie zostanie przeprowadzona bardziej szczegółowa ocena potrzeb oraz dalsze procedury.

Niezwykle ważne jest, by ocena była przeprowadzona na najwyższym poziomie. Ocena musi: określać potrzeby danej osoby, wyniki i ich wpływ na jej dobrostan; uwzględniać mocne strony i możliwości danej osoby; rozważać, jakie usługi powszechne mogą pomóc danej osobie w poprawie jej dobrostanu. Władze lokalne muszą zadbać o to, by ich pracownicy

posiadali wymagane umiejętności, wiedzę i kompetencje do przeprowadzania oceny oraz by te umiejętności i kompetencje były utrzymywane. Dotyczy to wszystkich sposobów przeprowadzania oceny, w tym pierwszego kontaktu, oceny przez telefon lub internet, a także samooceny, w przypadku której osoba przeprowadzająca ocenę musi przejść odpowiednie szkolenie. Władze lokalne muszą zadbać o to, by osoby oceniające były odpowiednio przeszkolone i kompetentne za każdym razem, gdy przeprowadzają ocenę. Oznacza to, że asesorzy muszą przechodzić regularne, aktualne szkolenia.

Proces oceny wiąże się w sposób znaczący z zaspokajaniem potrzeb. Jest to istotny koncept nowej ustawy, w której odchodzi się od dotychczasowej terminologii świadczenia usług (ang. *providing services*) na rzecz zaspokajania potrzeb (ang. *meeting needs*). Koncepcja zaspokajania potrzeb ma być szersza niż obowiązek zapewnienia lub zorganizowania konkretnej usługi, tak jak to było wcześniej. Potrzeby danej osoby są specyficzne dla niej samej, istnieje wiele sposobów, w jaki można je zaspokoić. Intencją ustawodawstwa jest wspieranie tej różnorodności, a nie wskazywanie na usługi lub rozwiązania, które mogą nie być ani najlepsze, ani pożądane przez daną osobę. Celem procesu planowania opieki i wsparcia jest uzgodnienie, w jaki sposób potrzeby danej osoby powinny być zaspokajane, a tym samym, w jaki sposób władze lokalne będą wywiązywać się ze swoich obowiązków lub uprawnień w tym zakresie.

W przypadku, gdy władze lokalne zapewniają lub organizują opiekę i wsparcie, rodzaj wsparcia może przybierać różne formy. Mogą one obejmować bardziej tradycyjne opcje "usługowe", takie jak domy opieki lub opieka domowa, ale mogą też obejmować inne rodzaje wsparcia, takie jak technologia wspomagająca w domu lub sprzęt/adaptacje. Potrzeby danej osoby można również zaspokoić, na przykład poprzez skontaktowanie danej osoby z lokalną grupą społeczną lub wolontariatem, czy poprzez stosowanie płatności bezpośrednich.

Plan opieki (ang. *Care Plan*), który powstaje w wyniku przeprowadzonej Oceny Potrzeb musi zawierać szczegółowe informacje o potrzebach, które mają być zaspokojone, oraz o tym, w jaki sposób potrzeby te zostaną zaspokojone, a także odnosić się do wyników, które osoba dorosła chce osiągnąć w życiu codziennym, określonych w procesie oceny, oraz do zasady dobrostanu określonej w ustawie. Powinno to odzwierciedlać życzenia osoby, jej potrzeby i aspiracje, a także to, co jest dla niej ważne, jeśli jest to uzasadnione. Proces ten jest istotny dla zapewnienia opieki skoncentrowanej na osobie, która daje ludziom wybór i kontrolę nad tym, jak zaspokoić ich potrzeby. Władze lokalne powinny zachęcać do kreatywności w planowaniu sposobów zaspokajania potrzeb i powstrzymywać się od oceniania nietypowych decyzji, o ile są one podejmowane w celu zaspokojenia potrzeb w rozsądny

sposób. Wymaga to od władz lokalnych zapewnienia, by informacje były dostępne w sposób zrozumiały dla danej osoby oraz by miała ona wsparcie i czas na rozważenie swoich opcji. W ramach planowania opieki i wsparcia samorząd lokalny może wprowadzić jeden plan opieki dla danej osoby obejmujący zdrowie, opiekę i mieszkanie, który jest własnością tej osoby i jest przez nią zarządzany.

Ocena Indywidualnych Potrzeb jest podstawowym elementem do określenia potrzeb osoby starszej lub innej ubiegającej się o pomoc. Stanowi też narzędzie na podstawie, którego ustala się, czy dana osoba w odwołaniu do ustawowych kryteriów kwalifikuje się do otrzymania pomocy. *Care Assessment of Needs* jest więc punktem wyjścia w konstruowaniu Planu Opieki (ang. *Care Plan*), którego powstanie uwarunkowane jest spełnieniem kryteriów. W sytuacji niezakwalifikowania się do pomocy, osoba otrzymuje wsparcie w postaci ukierunkowania jej gdzie, w jaki sposób mogłaby zaspokoić swoje obecne potrzeby.

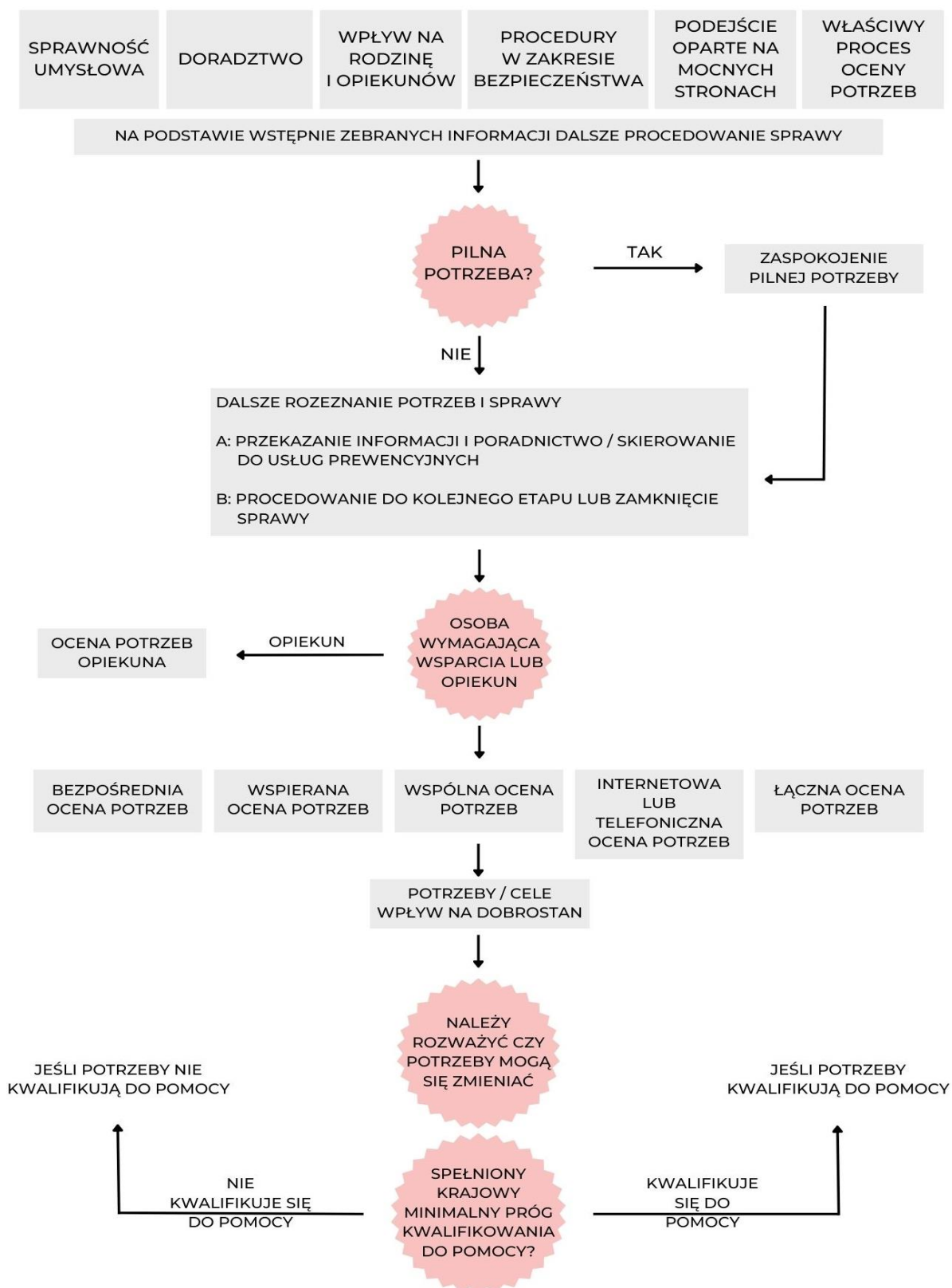
W wytycznych nowego ustawodawstwa dotyczących oceny potrzeb i kwalifikowania zaznaczono, że ocena musi być skoncentrowana na osobie, z udziałem danej osoby i jej opiekunów, jednak ostateczna decyzja o potrzebie danej osoby i uznania jej za kwalifikowalną pozostaje w gestii rady. Pojawiły się obawy, że pomimo wprowadzenia nowych kryteriów krajowych, w obecnej sytuacji finansowej lokalnych władz ostateczne decyzje dotyczące potrzeb danej osoby będą prawdopodobnie zależały od zasobów finansowych dostępnych w samorządach lokalnych w celu zaspokojenia kwalifikowanych potrzeb oraz od dostępnych organizacji non-profit (Slasberg, Beresford, 2014).

Powyższe obawy wyraża jedna z osób podczas wywiadu, stwierdzając:

„Nie ma już tak wielu organizacji charytatywnych, nie ma tak wielu organizacji trzeciego sektora. Bo nie ma na to pieniędzy. Wiele z usług zniknęło bo nie jest już dofinansowywanych przez władze lokalne. Jest więc problem z bezpłatnymi usługami. Wiele z nich wiąże się teraz z kosztami, więc niemal przechodzimy od jednego kosztu do innego. Mamy duże wsparcie ze strony Banków Żywności (ang. *Safe Soup Kitchen*). Bardzo często z nich korzystamy zanim jeszcze prześlemy ocenę do *Brokerage Team*. Sprzątanie, nie mamy żadnych kontaktów do nikogo, kto za darmo pomaga w zakresie sprzątania. Kiedyś mieliśmy wiele serwisów zaprzyjaźnionych (ang. *befriending services*), ale obecnie jest ich mniej i są przepełnione. To smutne” (ENG 4).

„Problem z sektorem wolontariatu polega na tym, że opierał się on na dotacjach od władz lokalnych. Ale nie ma już tylu dotacji od władz lokalnych. Wiele organizacji charytatywnych przestało więc istnieć, bo po prostu nie ma na nie funduszy. A to właśnie organizacje charytatywne prowadziły działalność prewencyjną. Pamiętam, że jako pracownicy socjalni myśleliśmy, że... naprawdę nie chcemy świadczyć ludziom usług, bo staną się od tego zależni. Spróbujmy jednak najpierw tej drogi, którą powinien być sektor wolontariatu, i zobaczmy, czy to się sprawdzi w ich przypadku. Miejmy nadzieję, że to pozwoli im zachować niezależność nieco dłużej. Nie ma już tej usługi. Zniknęła” (ENG 5).

NA KAŻDYM ETAPIE NALEŻY ROZWAŻAĆ SZEŚĆ ZAGADNIENÍ



Rys. 21. Schemat procesu oceny potrzeb i kwalifikowania do uzyskania pomocy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Care and Support Statutory Guidance. Issued under the Care Act 2014.* (2014a). London: Department of Health, s. 78.

Warto też zwrócić uwagę, że chociaż zasada dobrostanu i podejścia skoncentrowanego na osobie stawia osoby starsze na silnej pozycji w procesie oceny potrzeb, wytyczne nie wyjaśniają, w jaki sposób władze lokalne będą przechodzić od opinii i preferencji jednostek do ich własnych opinii w decyzjach dotyczących kwalifikowalności. Brak jasności w odniesieniu do koncepcji dobrostanu, może więc skutkować różnym postrzeganiem, a tym samym interpretacją dobrostanu i potrzeb.

W konsekwencji powyższego mimo iż pracownik socjalny podczas przeprowadzania wywiadu uzna za słuszne, biorąc pod uwagę preferencje osoby, w kontekście zaspokajania potrzeb i osiągnięcia założonego rezultatu, że osoba starsza powinna mieć stałą opiekę w postaci usług opiekuńczych trzy razy dziennie po 30 minut, to nie ma gwarancji, że taki pakiet usług otrzyma. Jak bowiem wynika z informacji uzyskanych podczas wywiadu z pracownikiem ośrodka w Anglii, skonstruowany plan opieki zostaje wysłany do Zespołu Pośredników (ang. *Brokerage Team*), który go zatwierdza lub odsyła ponownie do pracownika socjalnego z uwagami i propozycjami zmian do rozważenia. Zmiany te z reguły dotyczą zmniejszenia pakietu usług. Pracownik socjalny ma wówczas za zadanie rozważenie, czy dana osoba może funkcjonować przy wsparciu w postaci dwóch wizyt dziennie, a formą zastępczą do trzeciej wizyty, mogłoby być skierowanie tej osoby do np. lokalnych grup wsparcia. Po przeanalizowaniu planu opieki, trafia on ponownie do Zespołu Pośredników, gdzie po jego zatwierdzeniu zostaje on umieszczony na platformie internetowej. Jest on wówczas dostępny dla zakontraktowanych agencji opiekuńczych, które mając wolne miejsca na realizację tego planu opieki, mogą wystosować swoją ofertę. Rozmówczyni tak określiła ten rodzaj interakcji i współpracy w kontekście tworzenia i zatwierdzania pakietu usług opiekuńczych:

„Jeśli Zespół Pośredników zgadza się z treścią oceny potrzeb i planu opieki umieszcza ją w systemie internetowym dedykowanym usługom. Jest to w zasadzie system, który służy do zbierania pieniędzy i ustanawiania opieki - oto czym to jest. Plan Opieki umieszczany jest więc w sieci. Jest to dynamiczny system zakupów. To coś w rodzaju aukcji. Nazywamy to więc eBay dla Opieki. Umieszczają plan wsparcia na *eBay for Care* i wszyscy dostawcy w tym systemie licytują się o ten pakiet opieki. Dostawcy przeglądając ten system analizują, czy mogą podjąć się realizacji tego rodzaju pakietu usług i jeśli tak, to licytują się o niego. Więc tak naprawdę osoba nie ma zbyt dużego wyboru, co do dostawcy pakietu” (ENG 4).

Ustawa o opiece z 2014 r. podkreśla znaczenie jednostki i jej potrzeb poprzez odnoszenie się do dobrostanu oraz Podejścia Skoncentrowanego na Osobie. Chociaż zawarte w ustawie zobowiązanie do wspierania perspektywy użytkowników usług jest istotną zmianą, pojawiają się wątpliwości, czy można to osiągnąć w sposób tak kompleksowy, jak opisano



w przepisach. Już samo wprowadzenie terminologii dobrostanu (ang. *well-being*) budzi wiele kontrowersji, ze względu na szeroki zakres tego pojęcia. Brak wyraźnych standardów w kontekście interpretowania dobrostanu jednostki, sprawia, że wymienione obszary dotyczące dobrostanu uznawane są za zbyt niejasne i ogólne. Jedna z osób określiła dobrostan w następujący sposób:

„Jest to termin szeroki i dość płynny.(...) To jest podchwytliwe, ponieważ w ramach Ustawy o Opiece oczywiście istniałaby kwalifikowalność, a więc jej potrzeby. Ale często... Najpierw patrzymy, czy to jedyne kryterium, bo jeśli ktoś nie radzi sobie z czystością w swoim domu, to jak poradzi sobie ze wszystkim innym? Więc czasami nie jest to takie oczywiste. Jeśli ktoś ma problemy z dostępem do społeczności, jak radzi sobie z zakupami? Jak radzi sobie z codziennym ubieraniem się i tym podobnymi rzeczami? I często kiedy ktoś z rodziny wkracza i tylko dlatego, że ktoś ma zaspokojoną potrzebę przez członka rodziny, to nadal będzie to kwalifikowana potrzeba w ramach Care Act, nawet jeśli nie będziemy jej zaspokajać, 'ponieważ jest niedaleko ciocia Jeani, która przychodzi'. Ale z takimi rzeczami jak pomoc domowa to nie realizujemy ich, ponieważ nie mamy budżetu, aby płacić ludziom za sprzątanie w ich domach” (ENG 4).

Powyższa wypowiedź wskazuje na fakt identyfikowania potrzeb danej osoby i uznawania określonych potrzeb za kwalifikowalne także w sytuacji, gdy dana potrzeba jest zaspokajana nie poprzez sektor formalny. Można więc uznać, że szerokie obszary związane z dobrostanem odzwierciedlają aspekty wykraczające poza podstawowe czynności życia codziennego i dają możliwość bardziej holistycznego myślenia o tym, co wpływa na dobrostan jednostki.

Podkreślanie znaczenia koncentrowania uwagi na osobie w systemie pomocowym wiąże się także z dążeniem do jakościowego świadczenia usług i wsparcia. Wątpliwości jednak pojawiają się w sferze mikro, przy bezpośrednim kontakcie: pracownik socjalny – osoba starsza w sytuacji faktycznego uwzględnienia preferencji jednostki przy ustalaniu Planu Opieki, biorąc pod uwagę ograniczenia finansowe ośrodka i procedurę przyznawania pakietu usług opiekuńczych. Wątpliwości te odzwierciedlone są w przytoczonych fragmentach wywiadów:

„Powiedzmy, że jestem pracownikiem socjalnym, byłam u pani Jones. Miała upadek, nie radzi sobie. Zmaga się z problemami. (...). Na podstawie oceny czuję, że prawdopodobnie potrzebuje ona trzy wizyty dziennie. Potrzebuje kogoś, kto przyjdzie pomóc jej się umyć i ubrać, w porze lunchu, wieczorem. Dokonuję więc oceny. Więc ta osoba będzie miała osobisty budżet. Trzy wizyty dziennie - jej budżet może wynosić 120 funtów tygodniowo. Ta ocena jest następnie wysyłana do brokerów. Oni się z nią zapoznają, ale mogą się z nią nie zgodzić. Mogą pomyśleć, w porządku, tak, jej potrzeby... ona ma potrzeby opieki i wsparcia, które musimy zaspokoić. Jednak prawdopodobnie nie muszą być one zaspokajane przez władze lokalne. W porze lunchu, czy jest tam grupa wsparcia, czy jest tam sektor wolontariatu, czy jest tam kościół. Czyli, czy są usługi, które mogą zapewnić wsparcie w porze lunchu” (ENG 1).

„Zespół Pośredników otrzymuje naszą ocenę, czytają ją i sprawdzają, czy zgadzają się z jej treścią – co jest śmieszne, ponieważ wszystko zostało sprawdzone i przeczytane przez naszych kierowników. I zdecydują, czy uzasadniliśmy, dlaczego prosimy o to, o co prosimy, czy też nie. Jeśli więc przejrzą i powiedzą: "Właściwie to prosisz mnie o godzinę rano na mycie - dlaczego ona potrzebuje tej godziny? I musimy to szczegółowo uzasadnić” (ENG 4).

„Dobrostan – jest to bardzo, bardzo szerokie pojęcie. Uważam, że pracownik ma obowiązek argumentować lub uzasadniać, dlaczego coś jest potrzebne, aby osiągnąć dobrostan danej osoby. Może być bardzo trudno podjąć to wyzwanie z dysponentami budżetu, ponieważ ostatecznie myślą oni raczej o tym, ile to będzie kosztować, niż o tym, czy jest to rzeczywiście potrzebne do zaspokojenia potrzeb danej osoby” (ENG 3).



Rys. 22. Schemat ścieżki kwalifikowania do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych w Anglii

Źródło: opracowanie własne

W tego typu postępowaniu administracyjnym nasuwają się wątpliwości dotyczące jakościowej opieki opartej na Podejściu Skoncentrowanym na Osobie w obrębie kontaktu bezpośredniego na linii: opiekun – osoba starsza. Podejście Skoncentrowane na Osobie wiążące się z zasadą, iż opiekun w miarę możliwości asystuje osobie starszej w wykonywaniu czynności, a nie ją wyręcza (ang. *doing things with a person rather than for a person*). Dotyczy to czynności takich jak, np. ubieranie się, higiena osobista, przygotowywanie posiłków, ale także branie pod uwagę preferencji osoby starszej w kwestii ubioru, posiłku,

czy też niepospieszanie osoby w wykonywaniu czynności, wysłuchanie, co ma do powiedzenia. Stosowanie tego typu podejścia podczas wizyty opiekuna jest dużym wyzwaniem pod względem czasowym (długość wizyty np. 30 min.) oraz liczby zadań do wykonania podczas wizyty. Biorąc pod uwagę fakt, iż prywatne agencje opiekuńcze nastawione są na zysk, a w przypadku procedury przetargowej i zlecenia usług opiekuńczych przez państwowych zlecniodawców, prywatni wykonawcy są pod presją obniżania cen, stosowanie podejścia skoncentrowanego na osobie w powszechnej praktyce budzi duże wątpliwości. Ponadto stosowanie owego podejścia wiąże się z odpowiednim szkoleniem. Odnosząc szkolenia do nowych przepisów to według wytycznych władze lokalne powinny rozważyć potrzeby szkoleniowe pracowników, a w szczególności tych, którzy przeprowadzają odpowiednie oceny, aby zapewnić wystarczające zrozumienie nowego systemu. W wyniku przeprowadzanych wywiadów w zakresie treningów uzyskałam informacje, iż członkowie Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności przechodzą przez szkolenia typu: pierwsza pomoc, podnoszenie i pomoc w przemieszczaniu się, ryzyka infekcji. Natomiast na pytanie czy zapewniane szkolenia obejmują także podejście skoncentrowane na osobie (ang. *Person Centred Approach*) uzyskałam następującą odpowiedź:

„Nie. Uwierzyłybyś, że nikt z nas tego nie dostaje? Niedawno... po raz pierwszy od 13. lat, o czym wiem, zorganizowali szkolenie na temat wyników skoncentrowanych na osobie i stosowania oceny skoncentrowanej na osobie. Ale i tak oczekuje się od nas, że będziemy to robić. Przypuszczam, że po prostu znamy to z uniwersytetu. Uczy się o tym” (ENG 4).

Wypowiedź ta była dla mnie zaskoczeniem, gdyż przed wprowadzeniem ustawy z 2014 roku, czyli w okresie mojego zatrudnienia w pomocy społecznej w Anglii odbyłam kursy propagujące koncepcję podejścia skoncentrowanego na osobie, takie jak: podejście skoncentrowane na opiece, myśleniu, ewaluacji i planowaniu. Wiedza zdobyta podczas tych kursów stanowiła ważny element rozwoju w wykonywanej przeze mnie pracy. Szkolenia te kierowane były głównie do pracowników socjalnych, menadżerów pomocy społecznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz asesorów pomocy społecznej. Próby wdrożenia podejścia skoncentrowanego na osobie dotyczyły pracy w Zespole ds. Odzyskania Utraconych Sprawności i Zespole ds. Osób Cierpiących na Otepienie, który to przestał funkcjonować. Podczas stosowania podejścia skoncentrowanego na osobie zrezygnowały z pracy dwie opiekunki, przenosząc się do agencji opiekuńczej, gdyż one przychodziły wykonać czynności za osoby starsze, a nie asystować im w ich wykonywaniu. Osoby te nie były w stanie zastosować w praktyce koncepcji podejścia skoncentrowanego na osobie.

Doświadczenie to wskazuje na zasadność prowadzenia szkoleń. Z zebranych materiałów wynika, iż ograniczenie przeprowadzanych szkoleń wiąże się z niewystarczającymi środkami finansowymi.

Jeśli chodzi o treningi dla pracowników agencji rozmówczynie udzieliła następującej odpowiedzi:

„Opiekunowie zatrudnieni przez agencję mają treningi przeprowadzane przez agencje. Muszą odbyć szkolenia, takie jak szkolenie z podnoszenia i pomocy w przemieszczaniu się podopiecznemu, szkolenie z obsługi podnośnika - wszystko to zapewnia agencja, w której są zatrudnieni. Agencje te mają też własne przepisy dotyczące tego, czego oczekują od opiekunów. Zatrudniani bezpośrednio przez osobę asystenci nie muszą posiadać żadnych specjalnych umiejętności. Jeśli jednak, powiedzmy, że opiekują się kimś kto musi być podnoszony, OT umożliwi im przeprowadzenie szkolenia pomocniczego w zakresie bezpiecznego używania dźwigu” (ENG 4).

Analizując formy pomocy środowiskowej dla osób starszych realizowane przez sektor państwowy stwierdzić należy, iż uległy one zmianie wraz z nową ustawą z 2014 roku. Zmiany w ustawodawstwie miały z jednej strony służyć integracji systemu społecznego ze zdrowotnym, a z drugiej podkreślić indywidualne podejście do klienta i ujednoczyć procedurę kwalifikowania, aby uniknąć rozbieżności w poszczególnych hrabstwach. Jednak analizując materiał badawczy zebrany w wyniku wywiadów, jak i dane zastane, jawi się konkluzja, iż nowe rozwiązania legislacyjne powodują różne trudności w praktyce, na szczeblu lokalnym. Zmiany związane z redukcją państwowych ośrodków dziennego pobytu, czy likwidacją Zespołów ds. osób cierpiących na demencję, redukcją zatrudnienia pracowników pomocy społecznej (w większości dotyczy to opiekunek), brak dofinansowania do serwisu posiłki na kółkach (ang. *meals on wheels*), czy teleopieka (ang. *Telecare*) prowadzą do refleksji, iż czynnik ekonomiczny jest w dużej mierze powodem przekształceń w pomocy społecznej. Nowe rozwiązania systemu pomocy społecznej promują aktywność środowiska lokalnego i eksponują zasadę subsydiarności, o czym jest mowa w jednym z wywiadów:

„Tak więc zwrócenie się do państwa, do władz lokalnych powinno być ostatecznością. Powinna to być ostateczność, gdy po wyczerpaniu wszystkich możliwości nikt nie jest w stanie zapewnić wsparcia, nie ma odpowiednich usług dostępnych w środowisku, a więc trzeba zwrócić się do władz lokalnych” (ENG 1).

Na podstawie informacji uzyskanych w wywiadach, których fragmenty przytoczyłam w niniejszej pracy, wnioskować można, iż działalność Zespołu Pośredników poza oficjalną funkcją, tj. głównie wyszukiwanie usługodawców, udzielanie informacji o usługodawcach, pełni też rolę strażnika wydatkowania funduszy państwowych. Nowe ustawodawstwo ukierunkowuje więc działania jednostek na korzystanie z usług sektora prywatnego i pozarządowego, co będę przedstawiać w kolejnej części niniejszej pracy badawczej.

Następną konkluzją nasuwającą się jest fakt, iż nowe rozwiązana promują takie formy pomocy, które wspierają niezależność, aktywność i pozostawanie we własnym środowisku domowym, a przy tym mają zapobiegać/opóźniać pobyty w szpitalu, czy skierowania do placówek całodobowych. Przykładem tego rodzaju zmian jest rozwój serwisu Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności. W tym przypadku mam osobiste refleksje, gdyż jest to zespół, w którym pracowałam podczas pobytu w Anglii. Na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, iż niejednokrotnie byłam pozytywnie zaskoczona efektami osiąganymi w wyniku interdyscyplinarnej pracy tego zespołu. Osoba kończyła współpracę i nie wymagała dalszego wsparcia lub wsparcie to było potrzebne, ale w mniejszym wymiarze i wówczas przechodziła do innego zespołu, czy też do agencji opiekuńczej.

Będąc na tym etapie pracy przywołam historię osoby starszej korzystającej z usług opiekuńczych Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Zdolności, która obrazuje sposób funkcjonowania tego działu oraz jego szeroką sieć współpracy. Przedstawiłam poniżej fragment z życia mężczyzny, którego miałam przyjemność spotkać kilkakrotnie w całym swoim okresie pracy w opiece społecznej w Anglii. Z pełnym przekonaniem mogę powiedzieć, iż jego los był siłą napędową moich myśli i refleksji. Jest to osoba, która w roku 2006 roku trafiła do systemu opieki społecznej i pozostała w nim, korzystając z różnych form pomocy, do chwili śmierci, tj. roku 2011. Robert<sup>42</sup> w wieku sześćdziesięciu kilku lat miał udar mózgu. Będąc w szpitalu przeprowadzoną miał początkową ocenę potrzeb (ang. *Initial Assessment of Needs*), na podstawie której został skierowany do Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności. Wychodząc ze szpitala nie poszedł do swojego domu, lecz przez kilka tygodni przebywał w mieszkaniu wspomaganym. Wynikało to z tego, że w jego domu należało wykonać kilka zmian, które usprawnić miały funkcjonowanie Roberta na co dzień (instalacja *KeySafe*, instalacja podjazdu do drzwi wejściowych, przearanżowanie przestrzeni, przystosowanie łazienki).

Podczas mojej pierwszej wizyty u Robert odniosłam wrażenie, że spotkałam człowieka bardzo poważnego i załamanego, któremu będzie bardzo ciężko przystosować się do nowej sytuacji. Wyglądał na człowieka, używając słownictwa angielskiego, bardzo *fit and healthy*, co w tłumaczeniu na język polski brzmi wysportowany i zdrowy. Podczas dalszej znajomości dowiedziałam się, że uwielbiał jeździć na rowerze. Jednak, jego dotychczasowe życie zmieniło się radykalnie w wyniku doznania udaru. Na skutek niego Robert miał uszkodzony

---

<sup>42</sup> Pozwalam sobie na stosowanie formy bezpośredniej, a nie grzecznościowej – Pan Robert, z tego względu, iż w j. angielskim formy Mr, Mrs są rzadko stosowane. Wszystkie dane osobowe, w tym imię, zostały zanonimizowane ze względu na ochronę danych osobowych – przyp. J. K. H.

aparat mowy, niedowład lewej ręki i tuż po udarze nie chodził. Jedna wizyta opiekuna wyznaczona była tylko na 30 min. W tak krótkim czasie nawiązanie kontaktu opartego na zaufaniu z człowiekiem po takim przejściu uważam za niemożliwie. Jednakże fakt, iż Robert po wyjściu ze szpitala przyznane miał 4 wizyty dziennie, sprawił, że moje wizyty u Roberta były krótkie, ale częste. Będąc w mieszkaniu wspomaganym Robert miał zapewnione następujące wsparcie: 4 razy dziennie wizyty opiekunek z działu *Reablement, First Call, KeySafe, MOW*, sprzęt niezbędny w funkcjonowaniu, rehabilitację, ćwiczenie aparatu mowy oraz przystosowanie domu Roberta do jego nowych potrzeb. Z czasem sprawność fizyczna i psychiczna Roberta uległa poprawie. Fakt, że robił postępy w komunikowaniu było dla niego niezmiernie ważne. W momencie jego powrotu do domu, wsparcie poszerzyło się o uczestnictwo dwa razy w tygodniu w *Day Center*. Pod koniec współpracy Roberta z zespołem przeprowadzony był kolejny *Assessment of Needs*. Robert ze względu na ograniczenia ruchowe nadal wymagał wsparcia opiekunek. W związku z czym zaoferowano mu usługi agencji opiekuńczej. Pamiętam swoją ostatnią wizytę u Roberta, kiedy to serdecznie życzył mi powodzenia w realizacji moich planów, dziękując też za cierpliwość i wyrozumiałość. Oboje wymieniliśmy sobie miłe podziękowania, również za możliwość wzajemnego poznania się. Tego dnia nie wiedziałam jeszcze, że spotkam się z Robertem jeszcze dwukrotnie. Drugi raz spotkałam Roberta, kiedy doświadczył drugiego udaru. Wówczas po wyjściu ze szpitala ponownie został objęty pomocą Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.

Po drugim wyjściu ze szpitala Robert miał podobnie zorganizowaną opiekę, jak w przypadku pierwszego wyjścia. Po kilku tygodniach współpracy z zespołem, Robertowi ponownie zaproponowano pomoc agencji. Mój trzeci kontakt z Robertem miał miejsce kiedy pracowałam jako Asesor ds. Opieki Społecznej, a nie jako opiekunka Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności. Niestety nie był to kontakt bezpośredni. Dostałam informację, że dostawca posiłków na kółkach nie może wejść do domu Roberta, bo brakuje klucza w skrytce *KeySafe*. Po krótkim dochodzeniu ustaliłam, że Robert jest u sąsiadki, która zabierając Roberta do siebie, nie odłożyła klucza do skrytki *KeySafe*. Poprosiłam ją, aby w takich sytuacjach w przyszłości skontaktowała się z agencją bądź bezpośrednio z dostawcą posiłków i odwołała posiłek danego dnia. Zapobiegnie tym sposobem sytuacji zaniepokojenia, jaka właśnie miała miejsce. Jakiś czas później dostałam informację o śmierci Roberta.

Historia Roberta, może być dla niektórych osób jedną z wielu. Pokazuje bowiem zmagania jednostki z finalną fazą życia, jaką jest starość. Odwołując się do Charlotte Bühler (1999),

zgadzam się z jej spostrzeżeniami w kontekście starości, iż jest to etap *zamysłu nad przeszłością i przyszłością*. Z moich obserwacji czynionych w kontakcie z Robertem, tak właśnie przebiegał jego ostatni etap życia. Niejednokrotnie w rozmowach z Robertem czynił on dygresje odnośnie przyszłości, jak i odwołania do przeszłości. Jego wypowiedzi często miały charakter analityczny oraz przyjmowały tryb zdań przypuszczających, typu: gdybym był o 20 lat młodszy to pojechałbym do Australii, gdyż zawsze marzyłem by się tam udać. W kontakcie z Robertem miałam wrażenie, że on docenił pewne rzeczy, dopiero teraz, czyli w momencie kiedy stracił niezależność i samodzielność. Był człowiekiem bardzo dumnym i fakt bycia zależnym od innych, nie był dla niego łatwym do zaakceptowania. Robert nie miał rodziny i mógł liczyć „tylko” lub „aż” na pomoc sąsiadów oraz opieki społecznej. Był to stan trudny do zaakceptowania dla Roberta. Jednak, po pewnym czasie odnalazł się w nowej rzeczywistości. Poczul bowiem, że pewne rzeczy są nadal w jego rękach, potrafił żartować i uśmiechać się. Mając na uwadze całokształt jego sytuacji życiowej, zastanowiłam się nad jego życiem. Skutkowało to wyłonieniem się obrazu osoby walczącej o swoje, takiej, która nie poddaje się, żyje sama, ale nie jest samotna, ma poczucie humoru i dystans do siebie i życia. Myślę, że w sytuacji Roberta, kiedy z osoby sprawnej fizycznie i zdrowej, stał się nagle osobą zależną od innych, ograniczoną ruchowo, ciężko jest mówić o aktywności rozumianej w sensie podejmowania różnych działań i inicjatyw, tzw. bycia aktywnym społecznie. Aktywność w tego typu przypadkach określiłabym w wymiarze podejmowania wyzwań związanych z wykonywaniem czynności dnia codziennego, zmagania z zaistniałymi trudnościami psychofizycznymi, czego odzwierciedleniem było uczestnictwo w ośrodku dziennego pobytu. Aktywność wiąże się tu z walką o samego siebie i o to by pozostać u siebie. Myślę, że w takim ujęciu aktywności, mogę z całym przekonaniem stwierdzić, że Robert był człowiekiem aktywnym, gdyż przy wsparciu ze strony opieki, był w stanie funkcjonować w swoim domu, co było dla niego bardzo ważne. Odwołując się do faz starości A. Kamińskiego (1975) stwierdzić można, iż Robert po udarach wszedł w fazę ograniczonej sprawności.

Wspominając obecnie tamten okres, pojawia się refleksja, iż zintegrowany system opieki oraz współpraca różnych podmiotów zaangażowanych w pomoc Robertowi spełniły swoje zadanie. Tak zorganizowana opieka społeczna, oparta na podejściu indywidualnym do człowieka, a także współpracy i integracji działań, jest rozwojowym kierunkiem w pomocy na rzecz seniorów. Pamiętam, że przypadek Roberta oraz jeszcze kilku osób, które spotkałam na swojej drodze pracując w Anglii, skłoniły mnie do refleksji na temat osób będących w podobnej sytuacji w Polsce. Zastanawiałam się jak wygląda ich życie i oferowane

im formalne wsparcie, dlatego zespół ds. utraconych sprawności nie mógłby funkcjonować w naszym kraju.

Moje doświadczenie w zakresie zintegrowanej współpracy instytucjonalnej sprawiło, iż przyjąłam stanowisko, że jest to model współpracy trudny do osiągnięcia i koordynowania jego działań. Jednak, mimo trudności organizacyjnych, sądzę, że jest to model w stronę którego powinno się zmierzać. Trudności, które mam na myśli mają głównie charakter organizacyjny. Wynikają bowiem z angażowania się wielu podmiotów w jedną sytuację, co często może powodować utrudnienia w przepływie informacji, dużą ilość formalności, czy choćby konflikty interpersonalne. Jednak, korzyści płynące z jego stosowania wydają się być oczywiste. Wiążą się przede wszystkim z podejściem podmiotowym do każdej osoby i skierowaniem na rozwiązanie zaistniałego problemu. Oznacza to, że integracja działań pomocowych na rzecz rozwiązania konkretnego problemu przyczynia się do zwiększenia skuteczności pomocy.

Kiedy pracowałam w Anglii w skład zespołu wchodził fizjoterapeuta i OT, co zostało zmienione na skutek restrukturyzacji pomocy społecznej. Jak wynika z rozmów jest to dużym utrudnieniem w skutecznym udzielaniu wsparcia, gdyż procedura wnioskowania o usługę fizjoterapeuty i OT opóźnia proces jej zastosowania. Ma to bezpośredni wpływ na skuteczność pomocy oferowanej osobie starszej i osiągnięcia zamierzonego efektu. Jak już wcześniej wspomniałam w skład zespołu w Burton upon Trent wchodzi OT, ale stanowi to wyjątek, a nie regułę. Innym problemem mającym wpływ na efektywność pomocy społecznej dla osób starszych jest niewystarczająca kadra. Brakuje zarówno pracowników socjalnych, jak i opiekunek. Z przeprowadzonych rozmów wynika, iż ma to związek z niedużym zainteresowaniem tymi zawodami, ze względu na niewysokie dochody oraz specyfikę pracy.

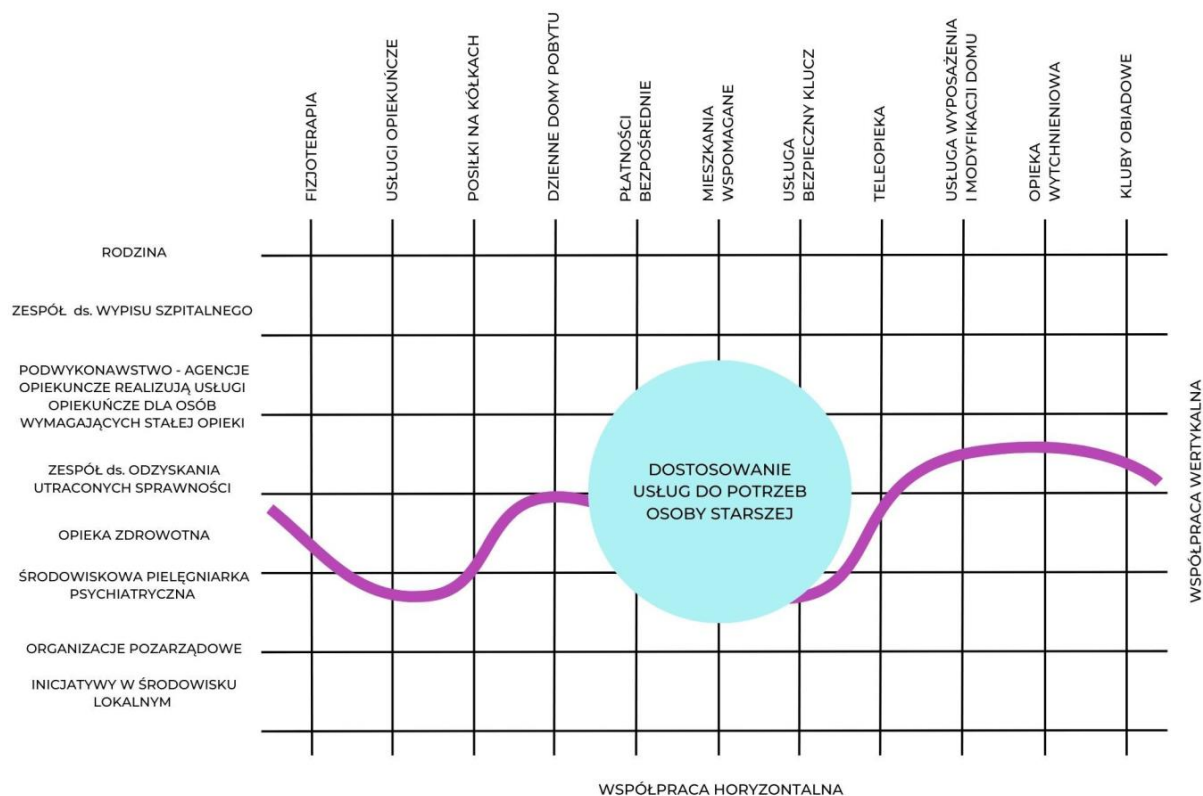
Kolejnym aspektem uwypuklonym poprzez nowe ustawodawstwo jest promowanie niezależności i personalizacja pomocy. Płatności bezpośrednie oraz indywidualny budżet są formami pomocy, które wspierają tę ideę. W tym wypadku podkreślić należy, iż ten rodzaj wsparcia kierowany jest do osób, które są w stanie samodzielnie lub przy pewnej pomocy zarządzać tego typu usługą. Ta forma pomocy nie będzie więc adekwatna dla osób starszych o ograniczonej sprawności poznawczej. Analizując upodmiotowienie pomocy i ukierunkowanie jej na osobę moją uwagę zwróciła wypowiedź mieszkanki Burton upon Trent, z którą spotkałam się podczas mojego pobytu badawczego. Była to Angielka, którą poznałam wcześniej mieszkając w Anglii, i która nie pracowała w systemie pomocowym. Podczas naszej rozmowy podkreśliła ona fakt, iż „siedziba pomocy społecznej zmieniła swoją lokalizację i teraz jest jeszcze bardziej niedostępna dla zwykłych mieszkańców”. Znajduje się



w obszarze przemysłowym miasta, tj. na jego obrzeżach, gdzie dojście na piechotę jest bardzo utrudnione. Samo wejście do budynku jest udostępnione tylko osobom upoważnionym. Osoby z zewnątrz, aby wejść muszą wcześniej umówić spotkanie. Ta procedura dotyczyła także mojej osoby. Podczas moich wizyt w ośrodku umówiona byłam na konkretną godzinę i z konkretną osobą. Wcześniej siedziba ośrodka znajdowała się w dużo bardziej dogodnym miejscu, niedaleko centrum miasta. Podczas jednego z wywiadów uzyskałam informację, że zawsze pierwszą formą kontaktu z pomocą społeczną jest kontakt telefoniczny, chyba, że osoba przebywa w szpitalu. Służy to temu, aby przekierować osoby niekwalifikujące się do pomocy społecznej do innych podmiotów, które zaspokoją ich potrzeby, za co odpowiada Zespół Pierwszego Kontakt z klientem. Rodzi to jednak pytanie czy stworzone bariery w bezpośrednim kontakcie osoby w potrzebie z pomocą społeczną są zgodne z głoszoną ideą personalizacji i upodmiotowienia usług? W Polsce tego typu rozwiązanie, szczególnie w mniejszych gminach miejskich, czy miejsko-wiejskich jest trudne do wyobrażenia. Uwidoczniła to sytuacja z pandemią, kiedy to chwilowe zamknięcie ośrodków ukazało jak istotnym elementem jest kontakt bezpośredni i możliwość przyjscia do ośrodka pomocowego.

Z przedstawionej powyżej analizy państwowych form pomocy dla osób starszych, takich jak: Zespół ds. Utraconych Sprawności, budżet osobisty, płatności bezpośrednie, wnioskować można, iż obranym kierunkiem w pomocy społecznej jest rozwój środowiskowych form pomocy, przy współpracy z sektorem prywatnym i pozarządowym. Jednocześnie nowe ustawodawstwo podkreśla wagę przepływu i przekazu informacji dla klientów na temat możliwości zaspokojenia ich potrzeb w środowisku lokalnym. Istotną rolę odgrywa w tym miejscu Zespół Pierwszego Kontakt z klientem (ang. *Duty Team*), który przez telefon rozeznaje sytuację osoby i odsyła ją do środowiska lokalnego – kiedy uzna, że nie spełnia kryteriów lub przekierowuje ją do odpowiedniego zespołu celem przeprowadzenia indywidualnej oceny potrzeb. Jest to widoczny przekaz dla społeczeństwa, iż to także na jednostce spoczywa odpowiedzialność za zaspokajanie własnych potrzeb bytowych, w tym opiekuńczych. Jednostka powinna więc czynnie uczestniczyć w procesie zaspokajania własnych potrzeb poprzez korzystanie z dostępnych form pomocy w środowisku lokalnym. Natomiast korzystanie z państwowych form pomocy powinno przejawiać się aktywnym uczestnictwem w tworzeniu własnego planu opieki czy też ponoszeniem odpłatności (całkowitej lub częściowej) za korzystanie z usług oferowanych przez państwo (służy temu narzędzie w postaci oceny finansowej (ang. *Financial Assessment*)).

Poniżej przedstawiłam schemat podmiotów świadczących różne formy pomocy środowiskowej, których współpraca składa się na wsparcie i usługi dostosowane do potrzeb osoby starszej.



Rys. 23. Schemat współpracy podmiotów świadczących różnicowane formy pomocy środowiskowej na rzecz osoby starszej

Źródło: Opracowanie własne

Zaangażowanie sektora pozarządowego i prywatnego w system pomocy dla osób starszych w Anglii sprawia, iż sieć współpracy obejmuje nie tylko podmioty publiczne, ale także inne podmioty działające w środowisku lokalnym oraz rodzinę. Współpracę pomiędzy podmiotami działającymi na rzecz osób starszych określiłam jako horyzontalną. Funkcjonowanie podmiotów jest bowiem podstawą do świadczenia zróżnicowanych form pomocy środowiskowej dla osób starszych, a łączenie tych form w ramach indywidualnego planu opieki składa się na współpracę wertykalną. W obrębie struktury horyzontalnej wyodrębnić można współpracę wewnętrzną – w ramach podmiotów publicznych oraz współpracę zewnętrzną – w ramach podmiotów publicznych, sektora pozarządowego, prywatnego i rodziny. Współpraca wewnętrzna obejmuje zintegrowane działania podejmowane zarówno

przez pomoc społeczną, jak i służbę zdrowia, a także niezależne działania między poszczególnymi działaniami w ramach tych dwóch podmiotów publicznych. Interdyscyplinarny charakter pomocy środowiskowej oznacza współpracę różnorodnych podmiotów zaangażowanych w świadczenie zróżnicowanych usług dostosowanych do zmieniających się potrzeb osoby starszej, np. usługi teleopieki, posiłki na kółkach, bezpieczny klucz, dzienny dom pobytu, płatności bezpośrednie. W tego typu przypadku osoba starsza otrzymuje od podmiotu publicznego usługę płatności bezpośrednich. Pozostałe usługi świadczone są przez podmioty pozarządowe lub prywatne. Usługi te może uruchomić osoba starsza samodzielnie lub wyraziwszy zgodę, w jej imieniu, może to uczynić podmiot publiczny, kontaktując się z konkretnym podmiotem i przekazując informacje o potrzebie uruchomienia usługi u danej osoby – współpraca horyzontalna. Wdrożenie różnorodnych usług jest natomiast odzwierciedleniem współpracy wertykalnej.

Formy pomocy dla osób starszych występujące w Polsce i w Anglii oraz podejmowane w tym zakresie reformy są odpowiedzią na zmiany demograficzne i związane z nimi wyzwania. Dostępne formy pomocy są efektem systemów politycznych badanych krajów, ich historii oraz sytuacji ekonomicznej. Szerszy zakres form pomocowych w Anglii może być inspiracją dla rozwoju polskiego systemu pomocowego. Pewnego rodzaju rozwiązania są obecnie w Polsce wdrażane, tj. dzienne domy opieki, czy opieka wytchnieniowa. Podczas gdy w Anglii obserwujemy zamykanie pewnych usług w sferze sektora państwowego, które funkcjonowały od lat – dzienne domy. Elementem wspólnym obu systemów jest rozwój opieki środowiskowej, który wiąże się z przyjętym kierunkiem zmian w systemie, czyli deinstytucjonalizacją. W tej części pracy skoncentrowałam się na formalnym systemie pomocowym, w następnym podrozdziale odniosę się do kolejnych dwóch elementów systemu pomocowego.

### **3.3. Pozaformalny wymiar systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii**

Przywołując brylant opieki wskazać należy, iż państwo, reprezentując formalny sektor pomocy, pełni w systemie pomocowym istotną rolę, choć w Polsce i w Anglii z różną intensywnością. W Anglii to państwo obejmuje selektywne usługi na rzecz osób starszych. Usługi te działają jednak w ramach gospodarki rynkowej, za które państwo bierze odpowiedzialność. W Polsce natomiast państwo jest organizatorem i regulatorem węższego zakresu form pomocy. Wynika to z czynnika finansowego, ale także z tradycji, w której to rodzina jest głównym dostawcą usług pomocowych dla swoich starszych członków rodzin. Podejście to ulega stopniowej zmianie w związku z sytuacją demograficzną, rozpadem rodzin

wielopokoleniowych, czy też migracją osób w wieku produkcyjnym. Czego efektem jest rosnąca liczba gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby starsze. W odpowiedzi na powyższe wyzwania powstają w Polsce nowe formy pomocy, jednak ich głównym wykonawcą pozostają nadal podmioty państwowe. Proces urynkwienia usług w Polsce jest dopiero na początku swojej drogi. Jakie jest więc znaczenie sektora pozaformalnego, tj. pozarządowego i prywatnego w brylancie opieki i jego korelacja z sektorem państwowym? W tej części niniejszej pracy odpowiem na powyższe pytanie.

### **3.3.1. Znaczenie sektora pozarządowego i prywatnego w systemie pomocy dla osób starszych w Polsce**

Ze względu na doświadczenia XX wieku pozycja sektora pozarządowego oraz prywatnego w polskim systemie pomocowym nie jest tak znacząca jak w przypadku Anglii. Organizacje pozarządowe w Polsce miały możliwość wzrostu wraz z rozwojem rynku i demokracji, czyli dopiero po upadku systemu komunistycznego. Obraz funkcjonowania organizacji pozarządowych można ukazać jako relatywnie stabilny, chociaż zróżnicowany zbiór aktywnych stowarzyszeń, fundacji, czy klubów i sieci (Golinowska, 2018). Organizacje najczęściej zajmują się sportem, turystyką, rekreacją i hobby. Natomiast działalnością z zakresu polityki społecznej zajmuje się 30% całego zbioru. Jak stwierdza Stanisława Golinowska (2018, s. 132) „Organizacje te amortyzują liczne niedostatki i zmniejszają deficyty w rozwoju państwa opiekuńczego, ale punktowo. Możliwości koordynowania ich działalności są ograniczone ze względu na model regulacyjno-finansowy.” Organizacje pozarządowe w sektorach społecznych w Polsce współdziałają z państwem, w tym ze strukturami samorządu terytorialnego. Są zleceniobiorcami licznych funkcji społecznych i realizują różne zadania w drodze ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Przykładem tego jest zlecenie zadań w zakresie opieki przez MOPS we Wrocławiu różnym organizacjom, np. opiekę wytchnieniową realizuje kilka podmiotów pozarządowych, niektóre dzienne domy prowadzone są przez organizacje pozarządowe. Ten rodzaj współpracy sektora pozarządowego z państwowym wiąże się z określonymi programami, tym samym z wnioskowaniem o granty, sprawozdaniami, finansowaniem. Oznacza to, że organizacje pozarządowe nie mając odpowiedniego zaplecza finansowego są uzależnione od środków publicznych, przyznawanych w trybie konkursowym. „Może to prowadzić do cyklicznych kryzysów i ograniczania działalności pomiędzy poszczególnymi przyznanymi grantami, a nawet upadku organizacji w przypadku braku przedłużenia finansowania” (Kubicki, Łuczak, 2020, s. 38). Potwierdzeniem tego typu sytuacji jest

stwierdzenie, które padło podczas jednego z wywiadów, iż „pomoc w Polsce ma charakter programowy. Jest program, jest możliwość finansowania więc jest działanie, gdy programów nie ma, nasze działania są ograniczone” (PL 8). Należy zaznaczyć, iż organizacje pozarządowe nie ograniczają i nie zastępują państwa, ale realizują jego cele innymi sposobami. W Polskim systemie ważną rolę odgrywają stowarzyszenia działające na rzecz osób cierpiących na demencję, o czym pisałam już wcześniej, jak również Uniwersytety Trzeciego Wieku w zakresie aktywizacji seniorów<sup>43</sup>. Organizacje pozarządowe mogą również wspierać sektor państwowy w sposób pośredni, nie polegający na świadczeniu usług, ale np. prowadząc i organizując centra wolontariatu, szkoląc i dostarczając wiedzę o danym schorzeniu, czy też tworząc grupy wsparcia dla opiekunów (Kubicki, Łuczak, 2020, s. 38). Sektor prywatny w świadczeniu usług środowiskowych na rzecz osób starszych wiąże się z funkcjonowaniem, podobnie jak w systemie angielskim, agencji opiekuńczych, które zapewniają odpłatne wizyty domowe oraz inne usługi wspomagające funkcjonowanie w domu. Do sektora komercyjnego zaliczają się także usługi związane z Teleopieką. W przeciwieństwie do systemu angielskiego, w Polsce nie ma krajowych standardów dotyczących świadczenia usług opiekuńczych przez sektor prywatny, więc możliwości nadzorowania jakości usług świadczonych przez sektor prywatny są ograniczone. „Opieka prywatna (komercyjna) świadczona w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych wydaje się być poza zainteresowaniem organów państwa, ponieważ jej zakresu oraz warunków wykonywania nie regulują żadne przepisy prawa. W związku z tym brakuje rzetelnych informacji o rzeczywistej liczbie podmiotów i osób świadczących usługi opiekuńcze komercyjnie oraz liczbie osób niesamodzielnych, objętych tymi usługami” (Czub, Szpyrka, Zaręba, 2017, s. 19).

Współpraca państwa z sektorem pozaformalnym wiąże się z możliwością zlecenia usług podmiotom zewnętrznym. Tego typu praktyki stosowane są na mniejszą skalę niż w Anglii. Zarządzanie menadżerskie w systemie pomocowym dzięki zleceniu usług wiąże się z jednej strony z nowymi możliwościami w zakresie świadczenia usług, redukcją kosztów, a z drugiej z ryzykiem obniżenia jakości świadczonych usług. Przykładem może być odżywianie dostosowane do wieku, dostarczane nie przez kuchnię przygotowującą posiłki na miejscu,

---

<sup>43</sup> UTW proponują swoim słuchaczom m.in., kursy, wykłady, seminaria, lektoraty języków obcych, pracę w różnych sekcjach i kołach zainteresowań (Zych, 2001). UTW są placówkami o profilu edukacyjnym, są przeznaczone przede wszystkim dla osób starszych (nie ma granicy wieku formalno-prawnym występują trzy rodzaje działalności: - organizacje pozarządowe, - organizacje działające w strukturach uczelni, - organizacje działające w strukturach jednostek organizacyjnych samorządu lokalnego, centrach kultury, ośrodkach pomocy społecznej. Więcej na temat UTW w: Uniwersytety Trzeciego Wieku jako forma edukacji ustawicznej (Welskop i Tanaś, 2014) – przyp. J. K. H.

lecz przez usługi cateringowe, których główną zaletą jest cena. Innym rodzajem współpracy jest wspólne uczestnictwo sektora państwowego z pozaformalnym w projektach socjalnych, czy programach przy realizacji określonych wydarzeń okolicznościowych. W przypadku relacji państwo – organizacje pozarządowe, stwierdzić należy, iż organizacje pozarządowe poprawiają działanie państwa, wypełniając luki, ale są też w znacznej mierze od niego zależne.

### **3.3.2. Znaczenie sektora pozarządowego i prywatnego w systemie pomocy dla osób starszych w Anglii**

Znaczenie sektora stowarzyszeń i organizacji pozarządowych w świadczeniu usług na rzecz osób starszych w Anglii jest wielowymiarowe. W ramach sektora pozarządowego działają różne podmioty, które nie są nastawione na zysk i charakteryzują się dobrowolnością członkostwa. Podmioty te nie tylko dostarczają usługi dla osób starszych i ich opiekunów, czy też aktywizują seniorów poprzez wolontariat, ale także pełnią rolę wspierającą, upowszechniają wiedzę w danym obszarze, np. demencji oraz zbierają fundusze na rzecz rozwoju badań naukowych. Lokalna sieć wsparcia jest istotna z punktu widzenia usług zapewnianych przez państwo. W procesie kwalifikowania do pomocy społecznej pracownicy w pierwszej kolejności weryfikują, czy potrzeby danej osoby mogą zostać zaspokojone w środowisku lokalnym, np. poprzez kluby obiadowe (ang. *Lunch Club*). Oznacza to, że oferta kierowana do osób starszych przez sektor pozaformalny, w tym także prywatny, obejmuje szerszy zakres pomocy niż oferta państwowa, która zapewnia opiekę środowiskową w postaci działu Reablement (z wykluczeniem czynności dotyczących sprzątanía). Natomiast sektor pozaformalny świadczy nie tylko usługi opiekuńcze w domu, ale także zajmuje się szeroko pojętą pomocą domową (zakupy, sprzątanía, pranie) czy też wyprowadzaniem psa, opłatami rachunków, dotrzymaniem towarzystwa, aktywizacją w środowisku. Rozbudowana jest także forma usług opiekuńczych, na przykład przez usługę nocnego czuwania przy seniorze (ang. *night sitting service*). Przykładem największej organizacji charytatywnej na rzecz osób starszych jest Age UK, która poza świadczeniem szeregu usług środowiskowych<sup>44</sup>, dostarcza także osobom starszym i ich opiekunom informacje i poradnictwo w zakresie opieki

---

<sup>44</sup> Usługi środowiskowe świadczone przez Age UK: pomoc domowa (*home help*), usługi dotyczące stóp (*foot care*), usługi w zakresie drobnych prac domowych (*handyperson services*), ćwiczenia (*exercise classes*), trening komputerowy (*IT Training*), usługi transportowe (*door-to-door services*), wsparcie dla osób cierpiących na demencję (*dementia support*), zakupy (*shopping services*), społeczne aktywności (*social activities*). W zakres społecznych aktywności wchodzi m.in.: wsparcie towarzyszące (*Befriending services*), Kluby obiadowe znajdujące się przy restauracji, czy kawiarni prowadzonej w ramach Age UK (*Lunch Clubs*), dzienne domy opieki (*Day Care*). Usługi te są zróżnicowane w poszczególnych hrabstwach (Age UK, 2022a) – przyp. J. K. H.

poprzez publikacje, informatory oraz linię telefoniczną (Age UK, 2022a). Organizacja ta angażuje się także w badania, raporty dotyczące zagadnień starzejącego się społeczeństwa (*Age UK Reports and publications*). Przedstawiając zagadnienie organizacji pozarządowych i stowarzyszeń podkreślić należy znaczenie wolontariatu w Anglii, jako działalności, która angażuje i aktywizuje osoby starsze w różnych obszarach, np.: wolontariat towarzyszący, wolontariat przy szpitalu, wolontariat przy sklepach charytatywnych z używaną odzieżą (ang. *Charity Shops*). Funkcjonowanie sklepów charytatywnych jest powszechną formą aktywności lokalnej społeczności. Pracownikami tych sklepów są głównie wolontariusze, choć niektóre organizacje zatrudniają odpłatnie managera takiego sklepu. Zdecydowaną większość wolontariuszy stanowią właśnie ludzie starsi. Obsługując klientów robią to z przyjemnością i satysfakcją (Charity Retail Association, 2022). Ideą przyświecającą funkcjonowaniu takich sklepów jest zbieranie funduszy na konkretny cel. *Age UK* zbiera fundusze na działania związane ze starością i starzejącym się społeczeństwem (Age UK, 2022b). Drugim przykładem aktywności na rynku lokalnym jest wolontariat przy szpitalach. Przyczynia się on do sprawnego funkcjonowania szpitala, poprzez aktywnie działających wolontariuszy, głównie emerytów (pomoc przy opuszczaniu szpitala, punkt informacyjny w szpitalu, prowadzenie kawiarenki szpitalnej) (Formosa, 2019).

W początkowym okresie mojego pobytu w Anglii doświadczyłam sposobu funkcjonowania wolontariatu przyszpitalnego, gdyż zgłosiłam się tam jako wolontariuszka. Poznałam koordynatora wolontariatu, przeszłam procedurę kwalifikacyjną, która poza zaświadczeniem o niekaralności (ang. *Criminal Records Bureau*) obejmowała weryfikację moich szczepień (karta szczepień). Początkowo zostałam oddelegowana do pomocy osobom opuszczającym szpital. Pracowałam więc raz w tygodniu w poczekalni dla osób oczekujących na wyjście ze szpitala (ang. *discharge lounge*). Później, kiedy już zostałam zatrudniona w pomocy społecznej, przeniesiono mnie do działu pomocy społecznej przy szpitalu. Tutaj nie pomagałam bezpośrednio pacjentom lecz zaangażowana byłam w pracę przy dokumentach. Będąc wolontariuszem przez 1,5 roku miałam możliwość obserwacji tego, jak osoby starsze będąc wolontariuszami angażują się w swoje działania. Ich pomoc niesiona pacjentom, często zdezorientowanym po wejściu do szpitala, była życzliwa i konkretna. Udzielali informacji dokąd osoba ma się udać i jak ma tam dotrzeć. W okresie odbywania wolontariatu uczestniczyłam też w dwóch spotkaniach integracyjnych dla wolontariuszy, organizowanych przy okazji świąt. Moją refleksją ze zdobytego wówczas doświadczenia było to, że osoby starsze jako wolontariusze łagodzą nieprzyjemne odczucia związane z wizytą w szpitalu, a przy tym czują się potrzebne i ważne w tym, co robią. Zastanawiałam się wówczas, czy taka

forma wolontariatu byłaby możliwa w Polsce. W Anglii osoby starsze angażują się w różne formy wolontariatu, w zależności od swoich preferencji oraz tego jaki rodzaj wolontariatu występuje lokalnie. Często mamy do czynienia z wolontariatem międzypolokeniowym, w który zaangażowane są osoby starsze, ale także osoby w średnim wieku, czy też młode pokolenie. Przykładem tego typu wolontariatu są właśnie sklepy charytatywne oraz wolontariat przyszpitalny. Wolontariat jest więc ważną formą aktywizacji seniorów nastawioną na niesienie pomocy innym, którą można określić jako aktywność „od siebie”. W tej formie aktywizacji osoba starsza pomagając innym, pomaga także sobie. Idąc tym tokiem myślenia, można wyodrębnić drugą formę aktywizacji, która przejawia się aktywnością „dla siebie”. Wówczas osoba starsza jest beneficjentem danego działania. Uczestnicząc w określonym działaniu, np. chodząc do klubu obiadowego, osoba starsza zaspokaja swoje potrzeby, np. kontaktu z innymi osobami. W Anglii funkcjonują także uniwersytety trzeciego wieku (ang. *Universities of The Third Age*), wg danych z 2017 r. było to ponad 1000 placówek z liczbą 400 tys. członków (Formosa, 2019).

Odnosząc się do organizacji pozarządowych należy wskazać te działające w obszarze demencji, tj. *Alzheimer's Society*, *Dementia Adventure*<sup>45</sup>, czy *Dementia UK*<sup>46</sup>. Ich cele to upowszechnianie wiedzy na temat demencji, zwłaszcza choroby Alzheimera, organizacja różnych form pomocy dla chorych i ich rodzin, wymiana informacji i kształcenie osób opiekujących się chorymi (Durda, 2010) oraz zbieranie funduszy na rzecz rozwoju badań naukowych dotyczących demencji, w tym choroby Alzheimera. *Alzheimer's Society* jest największą z tych organizacji, która prowadzi programy dotyczące problematyki choroby Alzheimera. Przykładowym programem jest „Głos Demencji” (ang. *Dementia Voice*), polegający na tym, że osoby posiadające doświadczenie w sprawowaniu opieki nad osobą cierpiącą na demencję, dzielą się nim z innymi. Drugim przykładem programu jest „Trening i Doradztwo” (ang. *Training and Consultancy*), oferujący profesjonalne szkolenia dotyczące demencji, których odbiorcami mogą być zarówno organizacje, jak i osoby indywidualne (Alzheimer's Society, 2022).

Znaczenie sektora prywatnego/rynkowego, tworzonego przez podmioty działające na zasadach komercyjnych, wiąże się, podobnie jak w przypadku organizacji pozarządowych, z dostarczaniem szerszego wachlarza usług środowiskowych. Różnica polega na tym, iż

---

<sup>45</sup> *Dementia Adventure* – zapewnia zajęcia przygodowe i wakacje dla osób żyjących z demencją oraz ich przyjaciół i rodziny. Oferuje również szkolenia dla opiekunów nieformalnych i może skierować ludzi do miejsc na wakacje, które są przyjazne osobom z demencją (Dementia Adventure, 2022) – przyp. J. K. H.

<sup>46</sup> *Dementia UK* – działa na rzecz poprawy jakości życia osób z demencją, upowszechnia informacje na temat diagnozy, dostarcza opiekę specjalistycznej pielęgniarce (Dementia UK, 2022) – przyp. J. K. H.



w sektorze prywatnym usługi są odpłatne. Drugim elementem różnicującym jest fakt, że sektor prywatny nie pełni funkcji, w takim stopniu jak sektor organizacji pozarządowych, edukacyjnej, czy propagującej wiedzę w określonych obszarach dotyczących starości i starzenia się. Usługi świadczone przez sektor prywatny poza usługami opiekuńczymi i związanymi z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego, obejmują np. dzienne domy opieki, usługę teleopieki, czy też sejf na klucze. Wszystkie podmioty, także niepaństwowe, świadczące usługi muszą spełniać krajowe standardy minimum, aby mogły zostać zarejestrowane<sup>47</sup>. Komisja ds. Jakości Opieki (ang. *Care Quality Commission*) weryfikuje stosowanie standardów, które służą do monitorowania i oceny usług.

Współpraca sektora pozaformalnego (podmioty prywatne i organizacje pozarządowe) z sektorem państwowym wiąże się głównie z urynkowaniem usług opieki społecznej i polega na procesie zlecania usług środowiskowych (tzw. pakietów opieki) a także pobytów w placówkach całodobowych, podmiotom prywatnym i pozarządowym. W praktyce odbywa się to poprzez platformę internetową, w wywiadach określaną jako „ebay for care”, na której Zespół Pośredników (ang. *Brokerage Team*) umieszcza pakiety usług opiekuńczych dla poszczególnych osób. Wówczas uprawnione podmioty mogą, jeśli mają w danym momencie miejsce na realizację określonego pakietu, ten pakiet licytować. Głównym kryterium przy wyborze oferty jest cena, co rodzi pytania dotyczące jakości sprawowanej opieki. Drugim elementem współpracy, który przytoczę jest usługa płatności bezpośrednich, o której pisałam wcześniej. Przyznając określoną kwotę osobie na konkretną usługę, np. pobyt w dziennym domu, czy opiekunkę, osoba starsza ma możliwość skorzystania z oferty organizacji pozarządowych, czy komercyjnej. W tej sytuacji bezpośrednim dostawcą usług jest np. agencja opiekuńcza, a odpłatność za daną usługę ponoszona jest w całości przez sektor państwowy lub częściowo przez osobę starszą i sektor państwowy. Ze względu na stosowanie w Anglii mieszanej gospodarki w zakresie opieki (*mixed economy of care*) sektor pozaformalny jest ważnym elementem w świadczeniu usług środowiskowych na rzecz osób starszych i pełni funkcję partnera w realizacji zadań z tego zakresu.

---

<sup>47</sup> Krajowe standardy minimum określone są w ustawie Standardy Opieki (ang. *Care Standards Act*) z 2000 roku (Commission for Social Care Inspection, 2000) – przyp. J. K. H.

### **3.4. Nieformalny wymiar systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii**

W Polskim systemie pomocowym występuje prymat obowiązków rodzinnych wobec obowiązków państwa oraz samorządu terytorialnego. W związku z powyższym pomoc w sytuacji, gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć życiowych trudności, powinna najpierw pochodzić od rodziny, następnie od społeczności lokalnej, a na samym końcu od państwa (Sierpowska, 2012). Jednak potencjał opiekuńczy rodzin maleje ze względu na rozpad tradycyjnego modelu rodziny wielopokoleniowej, procesy migracyjne, a także zmiany proporcji liczebnych między osobami wymagającymi opieki a tymi, którzy mogliby ją sprawować oraz przemiany w aspiracjach społeczno-zawodowych kobiet.

Rodzina nie jest w stanie sprostać wyzwaniom związanym z zapewnieniem opieki nad starszą osobą bez wsparcia ze strony państwa. Zmiana w zakresie większego zaangażowania państwa wiąże się nie tylko z wprowadzaniem nowych rozwiązań, form opieki dla osób starszych, ale także ze wsparciem kierowanym do opiekunów nieformalnych. Zapewnienie opieki jest dla rodziny wyzwaniem pod wieloma względami (organizacyjnym, finansowym, społecznym), a tym samym dużym obciążeniem, gdyż wiąże się z rezygnacją z dotychczas pełnionych ról, np. wycofanie z życia zawodowego. Układ opiekuńczy ma charakter niesymetryczny, podopieczny zajmuje w nim pozycję podrzędną, gdyż zaspokojenie jego potrzeb zależy od dyspozycji opiekuńczych opiekuna (Nowicka, 2008). Opiekun nieformalny powinien więc otrzymywać wsparcie adekwatne do potrzeb opiekuna, w tym możliwości kontynuacji zatrudnienia. Takie podejście umożliwi opiekunowi dalsze zapewnianie opieki nad swoim członkiem rodziny i minimalizuje ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia opiekuna. Opiekunowie powinni wiedzieć na jaki rodzaj pomocy mogą liczyć i kiedy. Obecnie bywa tak, że opiekunowie zwracają się o pomoc, wówczas kiedy sami znajdują się w kryzysie. W Polskim systemie pomocowym nie ma rozwiązań legislacyjnych dotyczących oceny potrzeb opiekunów nieformalnych. Rozwiązania w sprawie opiekunów nieformalnych pozostają więc w gestii ośrodków pomocy społecznej. Podczas wywiadów przeprowadzanych we Wrocławiu ustaliłam, że nie ma odrębnej dokumentacji dotyczącej opiekuna nieformalnego. Pracownicy bazują na wywiadzie środowiskowym, gdyż „wywiad środowiskowy, obejmuje wszystkich członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym bądź nie. I tu są te wszystkie stany na te środowisko zawarte. W związku z tym, nie ma żadnej dodatkowej dokumentacji tylko to jest podstawowy dokument, który ma w konkluzji ująć wszystkie aspekty sytuacji” (PL 1).

Rozważając sprawowanie opieki nad osobą starszą przez opiekunów nieformalnych, którymi najczęściej są najbliżsi członkowie rodzin, wyłaniają się dwie sytuacje. Pierwsza to taka, w której rodzina współpracuje i wówczas usługi opiekuńcze wspierają rodzinę w pełnieniu roli opiekuna. Wówczas zakres pomocy ustalony jest z rodziną. Przykładem takiego scenariusza jest wypowiedź jednej z osób, z którą przeprowadzałam wywiad: „W sytuacji kiedy jest ta rodzina, oni wspólnie zamieszkują, albo zamieszkują niedaleko i są czynni, aktywni, ograniczam się do tej pomocy pielęgnacyjnej i ewentualnie rzeczy gospodarcze (wyjście do lekarza, zapewnienie kontaktu z otoczeniem). To tego typu rzeczy czy nawet wyjście na spacer na wózku wyprowadzenie, to tak, ale sprzątnie, gotowanie pozostawiamy rodzinie.” (PL 1).

Ciekawe spostrzeżenie przekazała jedna z osób, stwierdzając, że:

„rodzina lub opiekunowie mieszkają we Wrocławiu, czasami dosłownie bramę obok, albo niedaleko lub w powiecie to w tym przypadku zakres pomocy owszem jak najbardziej jest na tak, ale nie powinien obejmować takich działań jak np. sprzątania, prania, robienia zakupów, bo ja uważam, że to przeciw działa podtrzymywaniu więzi międzyludzkich, jeśli ja mam rodziców czy mamę, czy tatę czy rodziców, którzy nie są w stanie zadbać o mieszkanie i o porządek w swoim mieszkaniu, ja mieszkam w tym samym mieście jako córka i teraz ktoś z instytucji zewnętrznej opiekunka będzie sprzątać u moich rodziców robić zakupy, układać w szafach, odkurzać, prać to ja w tym momencie jako córka, mogę zupełnie się odsunąć i nie mam jakby powodu albo tego tej mobilizacji wewnętrznej, której oczekują zazwyczaj starsi ludzie zostawieni sami sobie, bo przecież często się zdarza, że dzieci dorosłe dzieci jeśli rodzice mieszkają osobno, to przecież nie biegają do tych rodziców, często się starsi ludzie skarżą na to, że zostają samotni, że dzieci to nie mają dla nich czasu no to jeśli nie mam czasu to jak przyjdę raz na 2 tygodnie to chociaż wtedy kiedy ten porządek robię nie wiem robię pranie, czy tam gdzieś sprzątam to jest ta okazja, która powoduje, że ja jednak z tą mamą i z tym ojcem moim i mamą rozmawiam, a oni mogą rozmawiać ze mną, bo tak na prawdę w wielu środowiskach jeśli za mnie będzie to robić opiekunka to ja już nie mam powodu żeby do tych rodziców przychodzić i wcale nie mała grupa by się tak ustawiła i my na przykład jesteśmy, doszliśmy do wspólnego przekonania do takiego wniosku, że to nie może tak być, że piętro niżej mieszka córka, albo mieszkają w obok w bramie, a usługi opiekuńcze dla rodzica obejmują cały zakres. One mogą owszem objąć ten pielęgnacyjno-higieniczny biorą pod uwagę, że ktoś mieszka sam, albo, że nawet rodzina jest w pracy przez osiem godzin, ale w momencie kiedy jest rodzina w tym samym mieście to proszę przyjechać raz na dwa tygodnie podkurzać, posprzątać, wytrzeć kurze, poukładać w szafach czy zrobić to pranie, bo to jest ten pretekst do utrzymania relacji w rodzinnych, a do tego uważam, że to jest wyręczanie ludzi, którzy mają pewnego rodzaju obowiązek” (PL 2).

Druga sytuacja wiąże się z brakiem współpracy ze strony rodziny i postawą roszczeniową bez względu na to, czy rodzina mieszka w pobliżu osoby starszej, czy daleko „czasami jest tak, że rodzina jest bardzo chętna do tego żeby krytykować, pisać, roszczeniowo ingerować, ale broń boże żeby się nie zaangażować bo oni nie chcą” (PL 1).

Po wejściu Polski do UE możliwości związane z zarobkowaniem zagranicą przekładają się na sytuację osób starszych, których dzieci przebywają poza granicami kraju, co odzwierciedla zdanie poniżej: „Odzywają się do Nas osoby prywatne z zagranicy mające tutaj swoich starszych bliskich na terenie Wrocławia. Oni mają różne pomysły, roszczenia, prośby. Odwołując się oczywiście do wzorców tamtejszych i oczekując od Nas tego samego. Przy czym z pełną świadomością tego, że jak nie zadeklarują dobrowolnie jakiejś tam pomocy dla tych osób, to są zwolnienie z wszystkiego bo my nie mamy możliwości egzekwowania tego gdzieś w Anglii, Stanach, czy w Niemczech” (PL 1).

W Polskim systemie zaczęły pojawiać się praktyczne formy pomocy dla opiekunów nieformalnych, tj. szkolenia, czy opieka wytechnieniowa. „Szkolenia dla opiekunów nieformalnych odbywają się w Dziennym Domu na Ciepłej, z których korzysta dość spora grupa” (PL 1). Opiekę wytechnieniową prowadzi Dział Osób Niepełnosprawnych w MOPS we Wrocławiu, natomiast zapewniają ją organizacje pozarządowe. Z tym, że większość beneficjentów opieki wytechnieniowej to opiekunowie dzieci. Program „Opieka wytechnieniowa” pochodzi z wprowadzonego w 2018 roku Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Jednakże konkursowy charakter programu, który ograniczona skłonność gmin do partycypacji w programie oraz brak trwałego umocowania prawnego skłaniają do wniosku, iż program ten nie jest systemowym rozwiązaniem problemu, gwarantującym wprowadzenie tej formy opieki na terenie każdej gminy.

Choć opieka nieformalna świadczona przez członków rodziny wciąż stanowi fundament polskiego systemu opieki to należy wprowadzać mechanizmy wzmacniające rolę opiekunów, w tym opiekunów osób cierpiących na choroby otępienne. Mechanizmy te dotyczą obszarów tj.: rozwiązania legislacyjne dotyczące opiekunów nieformalnych, finansowanie opieki nieformalnej, diagnoza potrzeb opiekunów, usługi wsparcia dziennego, opieki wytechnieniowej, a także obszar dotyczący wsparcia psychologicznego, doradztwa, czy szkoleń.

Dominujący w polskiej polityce społecznej familiaryzm sprawia, że koordynatorem i swego rodzaju menadżerem organizującym i porządkującym różne obszary opieki jest najczęściej członek rodziny. W przypadku posiadania odpowiednich zasobów finansowych może on zakupić usługi opiekuńcze komercyjnie, czy to w postaci - często zatrudnianych „na czarno” - opiekunek, czy profesjonalnych usług opiekuńczych świadczonych przez firmy komercyjne bądź w niepublicznym domu opieki. W przypadku ich braku usługi te, w ograniczonym

wymiarze godzinowym świadczą opiekunki z pomocy społecznej oraz dzienne placówki opiekuńcze (Błądowski, 2020).

Najbardziej istotny jest jednak fakt, że koordynacja i współpraca różnych aktorów rzadko kiedy ma charakter systemowy, a kolejne osoby „wchodzące” do systemu opieki mogą liczyć na podobne potraktowanie i procedury. Natomiast koordynacja działań np. między placówkami służby zdrowia wypisującymi pacjenta po intensywnej terapii, a pomocą społeczną odpowiedzialną za organizację pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania i rodziną odpowiadającą za codzienną opiekę domową opiera się na rozwiązaniach lokalnych, gdyż nie ma systemowych umocowań prawnych w tym zakresie.

W Anglii znaczenie opiekuna nieformalnego na gruncie legislacyjnym zostało podkreślone w akcie prawnym z 1995r., który jako pierwszy dedykowany był w całości opiekunom nieformalnym – Ustawa Opiekunów (ang. *Carers Act*). Nakłada ona na władze lokalne prawny wymóg przeprowadzania oceny potrzeb opiekunów, niezależnie od potrzeb osoby, którą się opiekują (ang. *Carers Assessment*). Ważne implikacje dla opiekunów nieformalnych wnosi także nowa ustawa o opiece z 2014 r. Przed wprowadzeniem Ustawy opiekunowie mieli prawo wnioskować o ocenę tylko wtedy, gdy regularnie świadczyli znaczną ilość opieki i gdy władze lokalne przeprowadzały ocenę osoby, którą się opiekowali. Kryteria oceny opiekuna nie tylko zostały rozszerzone, ale ustawa nałożyła na władze lokalne nowy obowiązek prawny, aby zapewnić wsparcie w celu zaspokojenia potrzeb opiekuna, nawet jeśli osoba, którą się opiekuje, nie kwalifikuje się do otrzymania usług. Oznacza to, że opiekunowie nieformalni po raz pierwszy będą mieli taką samą pozycję prawną jak osoby, którymi się opiekują. Kryteria kwalifikowania dla opiekunów nieformalnych znajdują się w Aneksie, zał. nr 3, s. 331. We wskazówkach dotyczących wdrażania nowych rozwiązań podano przykłady interwencji, które mogą wspierać opiekunów, np. technologie wspomagające, dostęp do informacji i porad, rozwijanie wiedzy i umiejętności skutecznego sprawowania opieki oraz szkolenia pozwalające na wykonywanie podstawowych zadań związanych z opieką. Zgodnie z nowym ustawodawstwem lokalne działania prewencyjne powinny być zaplanowane tak, by pomóc opiekunom "mieć własne życie obok opieki", mieć przerwy w opiece, rozwijać mechanizmy radzenia sobie ze stresem związanym z opieką i być świadomym własnych potrzeb (Carers Trust, 2015).

Podobnie jak w innych dziedzinach, ustawa o opiece może wywołać oczekiwanie, że samorzady rozwiną szerszy i bardziej wszechstronny system wsparcia dla opiekunów, przynajmniej w dłuższej perspektywie, gdy będą dysponować większymi środkami

finansowymi na zaspokojenie potrzeb opiekunów. Do tej pory organizacje wolontariackie odgrywały dużą rolę w zapewnianiu opiekunom wsparcia. Natomiast działania władz lokalnych często ograniczały się do przeprowadzenia oceny potrzeb opiekuna. Potwierdzają to wyniki badań *Carers UK*<sup>48</sup>, którzy przebadali ponad 7000 opiekunów w Anglii w 2017 roku, 68% opiekunów zgłosiło, że miało ocenę w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale tylko 35% czuło, że ocena właściwie uwzględniła ich potrzebę wsparcia w dbaniu o własne zdrowie fizyczne i psychiczne (Thorlby i in., 2018).

W wyniku nowej ustawy o opiece nastąpiły zmiany w organizowaniu pomocy dla opiekunów. Dotychczas ocenę potrzeb przeprowadzał pracownik socjalny Działu dla Osób Dorosłych, po 2014 roku sprawy dotyczące opiekunów prowadzą Centra Opiekunów (ang. *Carers Hub*), tworzone w każdym hrabstwie. W Centrum Opiekunów zapewniane są bezpłatne usługi, takie jak: porady, wskazówki, kursy a także oceny potrzeb opiekuna. Funkcjonowanie Centrum Opiekunów jest wynikiem partnerstwa organizacji charytatywnych oraz władz lokalnych w celu stworzenia punktu centralnego dla opiekunów, którzy zyskują niezbędne wsparcie. W sytuacji dokonywania oceny potrzeb osoby starszej, pracownik socjalny oddelegowuje opiekuna nieformalnego tejże osoby do Centrum Opiekunów, gdzie przeprowadzana jest ocena potrzeb opiekuna, co stwierdza jedna z osób w przeprowadzonym wywiadzie: „Nie przeprowadzamy oceny opiekunów. Przekierowujemy sprawę do Centrum opiekunów, który znajduje się w Stafford. Musimy uzyskać zgodę od podopiecznego lub opiekuna, aby to zrobić. Oni przeprowadzają ocenę opiekuna” (ENG 4). Centrum Opiekunów zajmuje się potrzebami dotyczącymi bezpośrednio opiekunów, korzystając z własnych budżetów. Przykładem może być sfinansowanie lekcji jazdy dla opiekuna, jak wskazuje jedna z rozmówczyń (ENG 4).

Poza wsparciem finansowym dla opiekunów - zasiłek dla opiekuna (ang. *carer's allowance*)<sup>49</sup> powszechnym rozwiązaniem jest opieka wytchnieniowa dla opiekuna (ang. *respite care*). Opieka wytchnieniowa jest tradycyjnie definiowana jako zapewnienie tymczasowej przerwy w czynnościach opiekuńczych dla opiekuna nieformalnego w celu zmniejszenia jego stresu i promowania dobrego samopoczucia (Hanson i in., 1999). Opieka ta może być świadczona na wiele różnych sposobów. Należą do nich umieszczenie osoby w domu opieki lub hospicjum, zwykle przez jeden lub dwa tygodnie; opieka dzienna w placówkach dziennego pobytu; opieka w domu lub usługi siedzące. Dostępne są również usługi nocnej opieki.

---

<sup>48</sup> Carers UK – jest to największa organizacja charytatywna dla opiekunów w Wielkiej Brytanii. Carers UK to sieć wsparcia oraz ruch na rzecz zmian. Zob. <https://www.carersuk.org/> – przyp. J. K. H.

<sup>49</sup> Więcej na temat zasiłku dla opiekuna w Anglii oraz kryteriów kwalifikowalności na stronie internetowej rządu: <https://www.gov.uk/carers-allowance/eligibility> – przyp. J. K. H.

Opieka może być świadczona przez różne instytucje, w tym wolontariuszy, pomoc społeczną lub służbę zdrowia (Shaw i in., 2009).

Opieka wytchnieniowa adresowana jest do opiekunów nieformalnych, jednak jej finansowanie nie pochodzi z Centrum Opiekunów, lecz z Działu Opieki dla Osób Dorosłych. Wynika to z tego, jak stwierdza jedna z badanych osób, że: „Często, jeśli opiekun potrzebuje wytchnienia, dzieje się tak z powodu opieki nad osobą starszą. Robimy to w oparciu o potrzeby osoby starszej” (ENG 4).

W sytuacji wnioskowania o opiekę wytchnieniową wykonywana jest ocena potrzeb osoby starszej oraz ocena potrzeb opiekuna. Wraz z oceną potrzeb przeprowadzana jest ocena finansowa opiekuna i osoby wymagającej opieki, aby ustalić, czy opieka wytchnieniowa będzie refundowana przez samorząd w całości, części lub wcale. W sytuacji kwalifikowania się do uzyskania dofinansowania, można skorzystać z opcji płatności bezpośredniej.

Znaczenie opiekuna nieformalnego w Anglii podkreślone jest w ustawodawstwie. Mimo dużego zapotrzebowania na wsparcie dla opiekunów nieformalnych ze strony państwa, dużą rolę w tym zakresie odgrywa sektor pozarządowy.

## **IV Różnice i podobieństwa w systemie pomocy w Polsce i w Anglii**

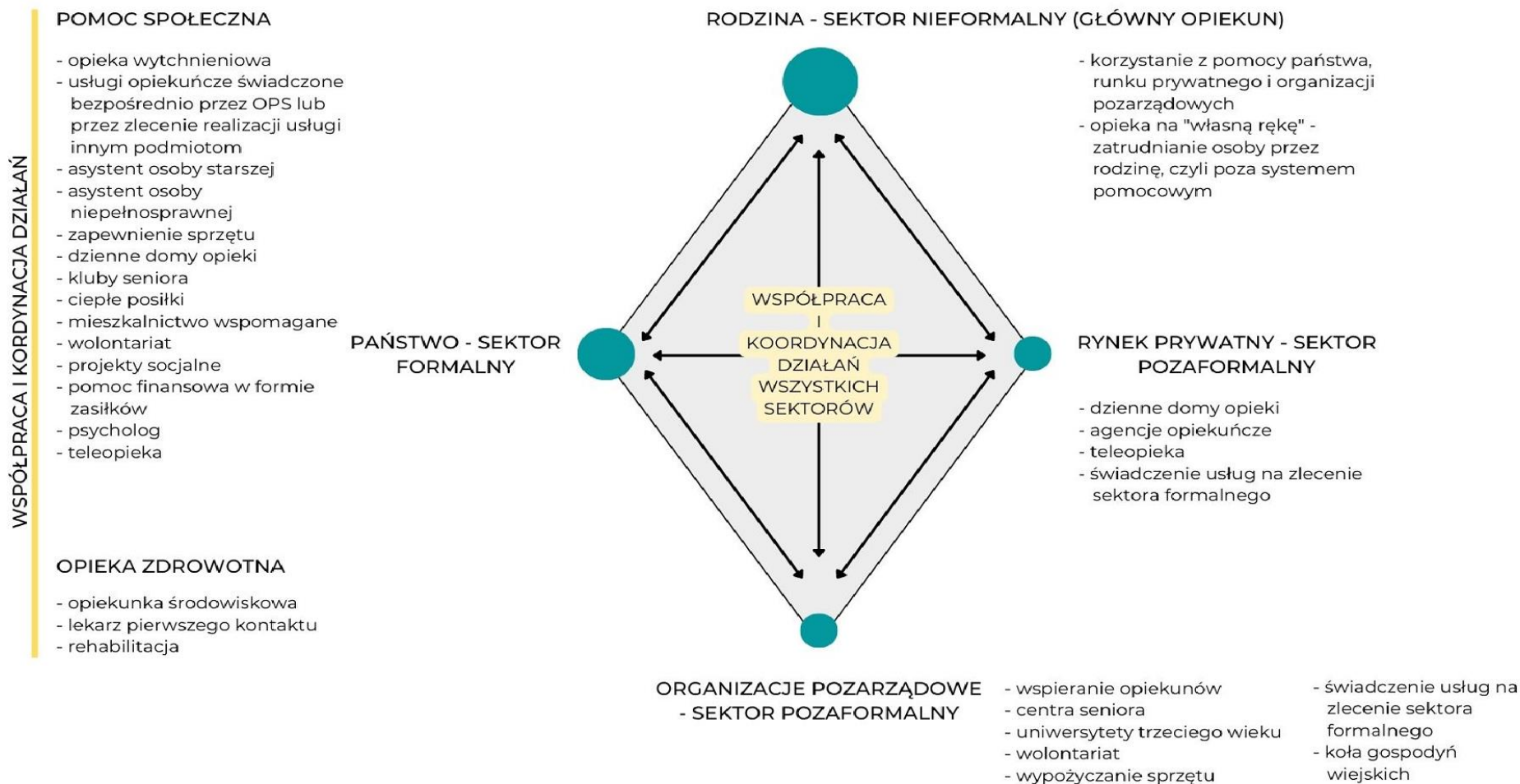
### **4.1. Interpretacja wyników badań w odniesieniu do obszarów porównawczych**

Przeprowadzając badania empiryczne koncentrowałam się na wyodrębnionych obszarach badawczych, które przedstawię w tym rozdziale w odniesieniu do zidentyfikowanych w procesie badawczym, różnic i podobieństw między Anglią i Polską.

Pierwszy obszar badawczy to dostępne formy pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce i w Anglii. Obszar ten został przedstawiony w szczególowy sposób w rozdziale trzecim. W tym miejscu zobrazuję formy pomocy poprzez odniesienie się do trzech scenariuszy seniorów celem zidentyfikowania różnic i podobieństw występujących w obu krajach. Opracowane scenariusze seniorów wraz z formami pomocy przedstawione są w Aneksie, zał. nr 1, s. 313 i zał. nr 2, s. 322.

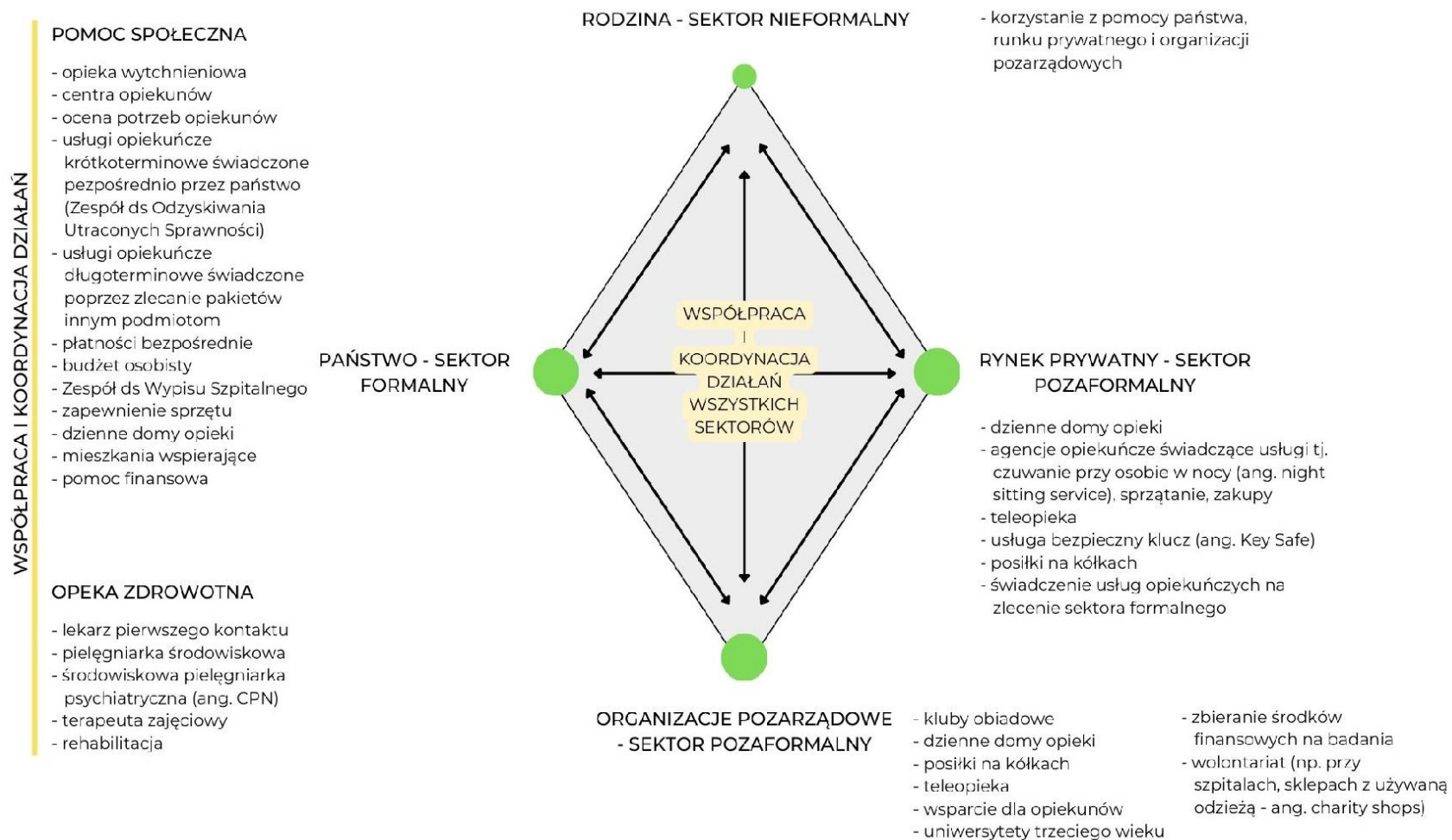
Odwołując się do przytoczonych scenariuszy przedstawię poniżej diament opieki w Polsce i w Anglii z uwzględnieniem form pomocy, które dostępne są w poszczególnych sektorach.





Rys. 24. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce wraz z dostępnymi formami pomocy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, s. 72. Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, s. 86.



Rys. 25. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii wraz z dostępnymi formami pomocy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, s. 72. Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, s. 86.

Obszary badawcze przedstawiłam poniżej w zestawieniu tabelarycznym

Tab. 9. Porównawcze obszary badawcze

OBSZAR PORÓWNA - WCZY	POLSKA		ANGLIA	
	RÓŻNICE	PODOBIENSTWA	RÓŻNICE	
<b>CHARAKTERYSTYKA POMOCY ŚRODODOWISKOWEJ I JEJ FORM POMOCY</b>	Usługi opiekuńcze świadczone są bezpośrednio przez Ośrodki Pomocy Społecznej lub przez podmioty zewnętrzne w drodze procedury przetargowej.		Państwo zapewnia bezpłatne usługi opiekuńcze (Dział ds. Odzyskania Utraconych Sprawności), które realizowane są krótkoterminowo bezpośrednio przez lokalne ośrodki pomocowe. Pozostałe usługi opiekuńcze zapewniane są w drodze zlecenia przez podmioty zewnętrzne. Jest kilka dostawców usług, którzy licytują dany pakiet usług opiekuńczych (e-bay dla usług opiekuńczych).	
	Państwo zapewnia usługi opiekuńcze, których płatność uzależniona jest od dochodu.		Płatność za uzyskane formy pomocy uzależniona jest od dochodu. Nie dotyczy to usług Działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności	
	W zakres czynności opiekuńczych realizowanych przez państwo wchodzi sprzątanie.		Usługi opiekuńcze zlecane przez państwo nie uwzględniają sprzątania.	
	Węższy zakres form pomocy, gdyż rodzina jest głównym opiekunem. Dostępne formy pomocy świadczone są przez państwo, przy współpracy z sektorem organizacji pozarządowych.		Szeroki wachlarz form pomocy świadczony przez państwo, organizacje pozarządowe i rynek prywatny.	
	Wolontariat prowadzony w ramach OPS oraz organizacji pozarządowych		Wolontariat prowadzony przez sektor organizacji pozarządowych	

Brak promocji stosowania Podejścia Skoncentrowanego na Osobie.  Realizacja projektów socjalnych przez OPS.	Usługi opiekuńcze promują stosowanie Podejścia Skoncentrowanego na Osobie i świadczenie usług opartych na zasadzie: asystowania w wykonywaniu czynności, a nie wykonywanie czynności za osobę.
Brak narodowej strategii.	Występowanie Strategii dla osób cierpiących na demencję.  Funkcjonowanie Środowiskowej Pielęgniarki Psychiatrycznej wspierającej osoby cierpiące na demencję.
Ograniczenia czasowe przyznane w pakiecie usług na odbycie danej wizyty w domu podopiecznego stanowią problem w świadczeniu jakościowej opieki. Opiekunka wykonuje czynności zadaniowo, często nie angażując w nie osoby starszej z obawy o limit czasowy przeznaczony na daną wizytę.	
Programowy charakter form pomocy, co uzależnia dostępność usługi od ogłoszonego programu i uzyskania dofinansowania na realizację danej usługi.	Stały charakter form pomocy.
Rozwój teleopieki w Polsce – w niektórych gminach tego rodzaju usługa jest już dostępna (program Korpus Wsparcia Seniorów przyczynia się do wdrażania teleopieki). Różnica występuję w jego finansowaniu: współfinansowanie przez gminę i rząd, współfinansowanie przez samorząd lub usługa dostępna jest odpłatnie.	Powszechnie dostępny system Teleopieki poprzez sektor pozarządowy/prywatny.
Posiłki gorące dostępne poprzez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	Rozbudowana usługa posiłków na kółkach – po reformie 2014 dostępna prywatnie lub poprzez sektor pozarządowy
Niskie płace w sektorze pomocy społecznej wraz ze sepcyfiką pracy przyczyniają się do braku wykwalifikowanej kadry zarówno wśród pracowników socjalnych, jak i opiekunek. Występuje szara sfera zatrudnienia w przypadku opieki nad osobą starszą. Rodziny zatrudniają do opieki osoby ze środowiska lokalnego z tzw. polecenia lub cudzoziemców.	
Migracje zarobkowe opiekunek do Niemiec	Po wyjściu Anglii z UE odpływ opiekunek z rynku pracy
Brak standardów opieki w ustawodawstwie i brak organu nadzorującego stosowanie standardów.	Podmioty, także prywatne, świadczące usługi muszą spełniać krajowe standardy minimum

	Standardy mają charakter fakultatywny.	określone w ustawie Standardy Opieki z 2000 r., aby mogły zostać zarejestrowane. Komisja ds. Jakości Opieki weryfikuje stosowanie standardów, które służą do monitorowania i oceny usług.
<b>KRYTERIA KWALIFIKOWANIA DO POMOCY</b>	Pomoc przyznawana na wniosek i za zgodą osoby starszej, a w sytuacji osoby ubezwłasnowolnionej na wniosek opiekuna prawnego	
	Brak w ustawie o pomocy społecznej konkretnych kryteriów określających kwalifikowanie do uzyskania pomocy społecznej.	Obecne kryteria kwalifikowania do uzyskania pomocy określone zostały nową Ustawą o Opiece z 2014 r.
<b>FORMY POMOCY DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH</b>	Brak ustawodawstwa w zakresie opiekunów nieformalnych, ich praw.  Wsparcie udzielane jest poprzez organizacje pozarządowe oraz organizowanie grup wsparcia dla opiekunów, np. w Dziennym Domu na Ciepłej we Wrocławiu	Rozwiązania legislacyjne w obszarze opiekunów nieformalnych: Ustawa o Opiekunach z 1995r. oraz Ustawa o Opiece z 2014r. rozszerzająca prawa opiekunów o fakt, iż władza lokalna ma obowiązek dostarczania porad, informacji opiekunom nieformalnym.  Przeprowadzanie oceny potrzeb opiekunów nieformalnych  Funkcjonowanie Centrów Opiekunów
	<b>Opieka Wytchnieniowa</b>	
	Charakter programowy. Program Opieka Wytchnieniowa dostępny jest poprzez Solidarnościowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych, który wszedł w życie 1 stycznia 2019r. (Dz. U. 2019, poz. 646).  Program OW skierowany jest głównie do: - członków rodzin lub opiekunów, którzy bezpośrednio opiekują się dziećmi niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności - członków rodzin lub opiekunów, którzy bezpośrednio opiekują się osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (mogą to być również osoby starsze)	Stała forma pomocy dostępna w różnych konfiguracjach (opieka w domu, w placówce całodobowej) poprzez sektor państwowy, pozarządowy i prywatny

<b>WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA I WEWNĄTRZSEKTOROWA</b>	<p>Współpraca wewnętrzna w ramach działów MOPS. Współpraca MOPS z MCUS oraz z innymi podmiotami (UM, DUW).</p> <p>Współpraca pomiędzy pomocą społeczną a służbą zdrowia</p>	<p>Współpraca wewnętrzna w ramach Działu ds. Osób Dorosłych i Centrum Opiekuna</p> <p>Współpraca pomiędzy opieką społeczną a służbą zdrowia (D2A, CPN, DN, GP, Physio, OT)</p>
	<p>Trudności w obrębie współpracy i koordynacji działań sektora pomocowego i służby zdrowia.</p>	
	<p>Współpraca MOPS z organizacjami pozarządowymi w zakresie realizowania usług opiekuńczych, programu Senior+, czy programu Opieka Wytchnieniowa i Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Nie zidentyfikowano szerszej współpracy z sektorem prywatnym (jest przekaz informacji o agencjach opiekuńczych, jeśli osoba wnosi takie zapytanie).</p>	<p>Współpraca z podmiotami zewnętrznymi: zlecenie pakietu usług opiekuńczych, realizacja Płatności Bezpośrednich Przekierowywanie osoby do usług świadczonych w lokalnym środowisku Inicjowanie usług środowiskowych, np. Klucza Bezpieczeństwa, Teleopieki Współpraca z rodziną.</p>
<b>AKTYWIZACJA</b>	<p>Projekty socjalne realizowane przez pracowników MOPS na rzecz osób starszych Wolontariat organizowany przez MOPS UTW Dzienne Domy Pobytu Uczestnictwo w wydarzeniach organizowanych przez lokalne podmioty i organizacje pozarządowe: Dni Seniora Działalność Wrocławskiego Klubu Seniora i Wrocławskiej Rady Seniorów</p>	<p>Praca działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności w oparciu o zasadę asystowania, a nie wyręczania Budżet Osobisty Płatności Bezpośrednie Dzienne Domy Pobytu Wolontariat Uczestnictwo w lokalnych klubach obiadowych i innych formach aktywności UTW</p>

EDUKACJA DO STAROŚCI	EDUKACJA W STAROŚCI	EDUKACJA PRZEZ STAROŚĆ	EDUKACJA DLA STAROŚCI
<p>Propagowanie aktywnego trybu życia już od dzieciństwa.</p>	<p>UTW, Kluby Seniora, Koła Gospodyń Wiejskich, zajęcia aktywizujące dla osób starszych</p>	<p>Wolontariat organizowany przez MOPS i inne podmioty, projekty socjalne</p>	<p>Szkolenia pracowników do pracy z osobami starszymi, wdrażanie nowych programów na rzecz osób starszych. Potrzeba kształcenia kadr pomocy społecznej, terapeutów zajęciowych, asystentów osób starszych oraz lekarzy geriatrów.</p>
		<p>Wolontariat międzypokoleniowy</p>	<p>Szkolenia kadry w zakresie tematów związanych z opieką poprzez treningi, tj.: Podejście Skoncentrowane na Osobie, Obsługa sprzętu i bezpieczne udzielanie wsparcia (ang. <i>Moving &amp; Handling Training</i>), Trening odzyskiwania utraconych sprawności (ang. <i>Reablement Training</i>), Trening w sprawie przeprowadzania oceny potrzeb (ang. <i>Care Assessment Training</i>)</p>
		<p>Różne formy wolontariatu (przy szpitalu, w sklepach prowadzonych przez stowarzyszenia), UTW, Kluby Obiadowe, podróże</p>	
		<p>Aktywność osób dorosłych w życiu społeczności lokalnej, wolontariat, spędzanie czasu wolnego poza domem, np. posiłki z rodziną/przyjaciółmi w pubach.</p>	

## Zakończenie – wnioski i rekomendacje

Czynniki demograficzno-społeczne są przyczyną podejmowania zmian w systemie pomocowym w Polsce i w Anglii. Wprowadzanie zmian w systemie pomocowym jest procesem długotrwałym, gdyż złożoność zagadnienia determinowana jest w obu krajach m.in. przez demografię, system opiekuńczy kraju, infrastrukturę środowiskową i opiekuńczą samorządu, finansowanie i organizację systemu pomocowego, jak również przez powiązanie systemu pomocowego z systemem opieki zdrowotnej. Należy także uwzględnić doświadczenia historyczne obu krajów, które warunkują rodzaj oferowanej pomocy osobom starszym. Elementem wspólnym dla obu krajów jest fakt, iż to stan zdrowia wpływa na samodzielność osób starszych w zakresie wykonywania czynności niezbędnych w codziennej egzystencji. „Osoby w młodszych grupach »wieku starszego« – »młodzi starzy« – to osoby stosunkowo zdrowe i niepotrzebujące asysty przy wykonywaniu prac domowych” (Błądowski i in., 2012, s. 30). Są to osoby starsze, które często zachowują aktywność zawodową lub wybierają inne formy aktywności, np. poprzez uczestnictwo w UTW, wolontariacie, i/lub lokalnych działaniach społecznych. Prawdopodobieństwo korzystania z pomocy jest zatem ściśle powiązane z procesem starzenia się, pogarszającym się stanem zdrowia oraz ograniczeniem lub utratą sprawności i samodzielności. W Polsce podstawą systemu pomocowego jest rodzina, która otrzymuje niewystarczające wsparcie w zakresie świadczenia opieki nad swoim bliskim. Polityka senioralna jest w zasadzie nowym zagadnieniem w polityce społecznej i można stwierdzić, że jest w trakcie tworzenia. Przyjmowane założenia i rozwiązania w ostatniej dekadzie mają odzwierciedlenie w postaci powstawania dziennych ośrodków wsparcia lub też wprowadzenia opieki wytchnieniowej i teleopieki. Są to rozwiązania zmierzające w kierunku rozwoju opieki środowiskowej, stosowane od dawna w Anglii. W tym miejscu należy podkreślić dodatkowy problem, którym są wyraźne dysproporcje terytorialne w rozmieszczeniu instytucji pomocowych na terenie kraju i świadczeniu pomocy środowiskowej. Różnorodne formy pomocy i aktywizacji środowiskowej występują głównie w dużych aglomeracjach oraz w miastach na prawach powiatu, natomiast mniejsze ośrodki oraz obszary wiejskie doświadczają braku różnorodności form wsparcia środowiskowego. Fakt, iż polityka senioralna jest stosunkowo nową dziedziną, a polski model opieki nadal wspiera się na rodzinie skłania do konkluzji, iż w sytuacji rosnącej liczby osób starszych oraz rozpadu rodzin wielopokoleniowych i singularyzacji gospodarstw domowych wśród osób starszych stworzenie jakościowego systemu pomocy,



w którym godność osoby starszej jest wartością nadrzędną, staje się jednocześnie koniecznością i wyzwaniem w obliczu ostatnich doświadczeń w postaci pandemii koronowirusa, inwazji Rosji na Ukrainę, rosnącej inflacji, wzrostu cen energii i kosztów utrzymania.

Obecnie funkcjonujące polskie rozwiązania zostały wprowadzone na podstawie mechanizmów stosowanych w krajach zachodnich, w tym Anglii. Należy jednak pamiętać, że system pomocowy w Anglii został zreformowany w 2014 roku, co wprowadziło zmiany w jego funkcjonowaniu. Podejmując się nowych działań w systemie pomocowym w Polsce warto jest poddać analizie przyczynę i zakres zmian wprowadzonych w Anglii. Stanowić to może podstawę do wyciągnięcia wniosków z analizy systemu angielskiego i wyznaczenia kierunków dla polskiej polityki senioralnej. Wnioski wynikające z reformy systemu pomocowego w Anglii wiążą się z następującymi działaniami:

- Zmiany w sposobie świadczenia usług opiekuńczych. Usługi świadczone przez system pomocy, tj. długoterminowe usługi opiekuńcze (ang. *Home Care*) przestały być bezpośrednio realizowane przez państwo na rzecz wykonywania tych usług przez podmioty zewnętrzne w formie przetargu. Oznacza to rozwój systemu zlecieniowego w zapewnianiu usług opiekuńczych. Usługi w postaci dziennych ośrodków wsparcia zostały zredukowane, podobnie jak usługa posiłki na kółkach. Usługi te zostały przekierowane na podmioty działające w środowisku lokalnym. Tego typu zmiany wiązały się z redukcją pracowników zatrudnianych przez lokalne władze (głównie opiekunek i pracowników wspierających).
- Rozwój w kierunku wspierania usług środowiskowych umożliwiających dalsze zamieszkiwanie we własnym gospodarstwie domowym i promujących działania w zakresie pracy nad odzyskaniem utraconych umiejętności. Usługa odzyskania utraconych umiejętności jest jedyną formą usług opiekuńczych zapewnianych intensywnie, krótkoterminowo, na określonych zasadach i bezpośrednio przez państwo, a nie w trybie zlecieniowym.
- Rozwój usługi budżetu osobistego i płatności bezpośrednio.
- Zmiany kryteriów kwalifikowania do pomocy. Na podstawie nowych kryteriów dostęp do usług powinny uzyskiwać osoby, które naprawdę ich potrzebują. Kryteria te pomagają pracownikowi socjalnemu wskazać osobie starszej, która nie spełnia kryteriów, inne usługi dostępne w środowisku lokalnym świadczone np. przez sektor pozarządowy.
- Tworzenie Centrum Opiekunów (ang. *Carers Hub*) w każdym hrabstwie, który zajmuje się udzielaniem wsparcia opiekunom nieformalnym.
- Zaciślenie współpracy między pomocą społeczną a służbą zdrowia m.in. poprzez zmianę działu pomocy społecznej funkcjonującego przy szpitalu zajmującego się osobami

wypisywanymi ze szpitala (ang. *Hospital Discharge*) w dział odpowiadający za przeprowadzenie oceny potrzeb poza szpitalem (ang. *Discharge to Assess*).

— Nowa struktura organizacyjna systemu pomocy, stworzenie Zespołu Pośredników (ang. *Brokerage Team*) opiniujących przyznanie pakietu usług opiekuńczych lub innej formy pomocy.

— Podejmowane działania w wyniku reformy promują ideę uczynienia ludzi bardziej odpowiedzialnymi za ich własną opiekę, czyli przesunięcia odpowiedzialności za opiekę z rządu na jednostkę. Podejście to jest w ścisłym związku z zasadą wykorzystania lokalnych zasobów środowiskowych a priori w stosunku do pomocy przyznawanej w ramach państwowego systemu pomocy. Wiąże się to także z ponoszeniem odpłatności za usługi wcześniej subsydiowane przez państwo, np. posiłki na kółkach.

— Nowe ustawodawstwo podkreśla znaczenie tworzenia opieki skoncentrowanej na osobie i projektowanej na miarę potrzeb danej jednostki, co umożliwi jej osiągnięcie celów ustalanych przy tworzeniu planu opieki.

— Analizując system pomocy dla osób starszych w Anglii należy dodać, że skuteczne funkcjonowanie systemu pomocowego warunkowane jest trzema paradygmatami: – podejściem skoncentrowanym na osobie; – indywidualną oceną potrzeb; – koordynacją i współpracą międzysektorową.

Polityka senioralna w Anglii zmierza w kierunku dalszego rozwoju usług środowiskowych świadczonych w społecznościach lokalnych w obrębie trzech sektorów: państwowy, pozarządowy i komercyjny, z których państwowy pełni funkcję regulacyjną. Założeniem podstawowym jest wspieranie niezależności osób starszych przez cały okres starości oraz zapewnianie opieki, której potrzebują, aby żyć we własnym środowisku domowym i lokalnym. Instrumenty polityki społecznej w Anglii opierają się na dychotomii rozróżniającej system wsparcia dla osób niesamodzielnych na przelewy pieniężne i usługi społeczne. Kategoria przelewów pieniężnych i usług jest szeroka i zawiera w sobie wiele różnych instrumentów, które realizować mogą różne cele. Przelewy pieniężne odnosić się mogą zarówno do zasiłków, jak i płatności bezpośrednich. Natomiast usługi społeczne dostarczane osobom niesamodzielnym mogą odnosić się do pielęgnacji, ale także do rehabilitacji czy pomocy w obowiązkach domowych bądź dostarczaniu posiłków do domu (Łuczak, Bakalarczyk, 2020, s. 22). Reforma systemu z 2014 roku zmieniła układ panujący w dychotomii, przesuując na plan pierwszy przelewy pieniężne, głównie płatności bezpośrednie (ang. *Direct Payments*), ograniczając tym samym usługi sektora państwowego

(posiłki na kółkach, dzienne ośrodki wsparcia, usługi opiekuńcze o charakterze trwałym zapewnianie przez państwo) na rzecz rozwoju usług w sektorze pozarządowym i prywatnym. Publiczne finansowanie usług jest kosztowne, stąd zmiana w kierunku ograniczenia usług państwowych do tych ukierunkowanych na odzyskiwanie sprawności, przy jednoczesnym wzmacnianiu transferów pieniężnych. Oznacza to, iż zmiany wprowadzone reformą systemu z 2014 roku wskazują na intensyfikację w zakresie wdrażania do polityki społecznej mechanizmów gospodarki rynkowej. Przejawem tego jest zmniejszenie bezpośredniego dostarczania usług przez sektor publiczny, a zwiększenie jego zaangażowania w organizowanie systemu pomocowego. Oznacza to szerszą współpracę z sektorem prywatnym i pozarządowym według ram instytucjonalno-prawnych systemu. Funkcjonowanie systemu quasi-rynkowego jak stwierdzają Paweł Kubicki, Paweł Łuczak i Łukasz Jurek (2020, s. 36) „przynajmniej teoretycznie – wzmacnia pozycję osób z ograniczoną samodzielnością jako klientów (konsumentów) usług opiekuńczych. W założeniu sprzyja to także decentralizacji działań, wdrażaniu pluralizmu w dostawie usług, zwiększaniu konkurencyjności między podmiotami opiekuńczymi i – w ślad za tym – podnoszeniu jakości usług i zwiększaniu efektywności kosztowej”.

Starzejące się społeczeństwo wiąże się z rosnącym popytem na usługi opiekuńcze, a także z wysokimi nakładami na system opieki, co było jedną z przyczyn reformy z 2014 roku. Anglia zawężając usługi świadczone przez sektor państwowy, redukując państwowe dzienne ośrodki wsparcia i przekierowując usługi na środowisko lokalne odchodzi od rozwiązań, których wdrażanie jest w Polsce obecnie promowane. Jesteśmy bowiem na etapie rozwoju dzinnych domów i klubów seniora finansowanych przez państwo i generujących wysokie koszty utrzymania dla budżetu państwa i samorządu lokalnego. Podczas, gdy brakuje oddolnego wsparcia dla tworzenia lokalnych inicjatyw, np. sąsiedzkie kluby samopomocy, a funkcjonowanie sektora organizacji pozarządowych uzależnione jest od programów państwowych i zróżnicowane pod względem zasięgu – w małych miastach i wsiach występuje deficyt w zakresie działalności trzeciego sektora.

Przeprowadzone badania empiryczne o charakterze porównawczym w zakresie systemów pomocowych w Polsce i w Anglii umożliwiły wyciągnięcie wniosków oraz wypracowanie rekomendacji pobadawczych. Celem przedstawionych rekomendacji jest rozważenie możliwości aplikowania określonych praktyk stosowanych w Anglii do zmiany systemu pomocowego w Polsce. Ostatnią część pracy intencjonalnie rozpoczęłam inaczej, tj. od wniosków dotyczących systemu angielskiego, aby następnie przejść do wniosków i rekomendacji polskiego systemu pomocowego w Polsce.

## Wnioski

Polski system, w którym rodzina pozostaje głównym filarem opieki nad osobami starszymi cechuje się niskim poziomem nakładów publicznych na opiekę i ogólnie słabo rozwiniętym sektorem formalnym przy niewystarczającym wsparciu rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczych. Obecnie funkcjonujące przepisy nie wspierają opiekunów nieformalnych w zakresie łączenia sprawowania opieki z kontynuacją zatrudnienia. Ponadto, mimo iż występują różne formy wspierające funkcjonowanie osób starszych w warunkach domowych, to nie każda z nich ma rzeczywiste przełożenie w praktyce. Przykładem marginalnie świadczonych usług są mieszkania chronione, występujące głównie w większych miastach, czy też rodzinne domy pomocy. Wśród usług środowiskowych świadczonych przez samorządy lokalne na rzecz osób starszych, możemy wyróżnić ponadto: pracę socjalną, interwencję kryzysową, usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne świadczone w miejscu zamieszkania, poradnictwo, terapię indywidualną i rodzinną, czy też usługi aktywizujące. Terapia indywidualna i rodzinna oraz interwencja kryzysowa są usługami nastawionymi na rozwiązywanie konkretnych problemów społecznych. Bariery w realizacji powyższych usług tkwią nie tylko w finansach, ale także w niedostatku wykwalifikowanej kadry w ośrodkach pomocy społecznej, niewystarczającej infrastruktury oraz braku kompleksowej diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich opiekunów nieformalnych. Niedobór kadr dotyczy nie tylko opiekunów, ale także pracowników socjalnych. Jak stwierdza Anna Józefiak-Materna (2022, s. 71) „Trudnością jest uzupełnienie kadr, ponieważ zawód pracownika socjalnego nie jest zawodem pożądanym przez absolwentów szkół średnich (...) brak na rynku pracy osób z kwalifikacjami spełniającymi kryteria zgodne z ustawą o pomocy społecznej w zawodzie pracownik socjalny powoduje konieczność dzielenia zadań pomiędzy już zatrudnionych pracowników socjalnych. Nadmiar obowiązków wywołuje zbyt duże obciążenia pracą i może mieć wpływ na jakość jej wykonania. Istnieje zagrożenie realizacji statutowych zadań Ośrodka”. Pobudzanie aktywności osób starszych realizowane jest w dziennych domach pomocy, klubach seniora, w ramach realizacji projektów socjalnych, a także poprzez inicjatywy sektora pozarządowego. Najczęściej świadczonymi przez samorządy usługami są praca socjalna oraz usługi opiekuńcze. Zakres działań podejmowanych w ramach pracy socjalnej jest szeroki, gdyż jest to usługa wynikająca z działalności zawodowej nakierowanej na rozwiązywanie problemów i jest ona najczęściej realizowaną usługą przez OPS (Necel, Zaręba, 2016, s. 113). Natomiast usługi opiekuńcze obejmują wszelkie czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego oraz pomoc w higienie osobistej. Brak

standaryzacji usług oraz określonych kryteriów kwalifikowania do tej usługi powoduje zróżnicowanie w sposobie ich świadczenia przez ośrodki pomocy społecznej. Dotyczy to zasad ich udzielania, np. zakresu godzin pracy opiekunek, pracy w weekendy i święta; prac wykonywanych przez opiekunki, prowadzenia monitoringu czy ewaluacji. Problemem w obecnym systemie pomocowym jest brak kompleksowości w świadczeniu opieki na rzecz osoby starszej w zakresie np. rehabilitacji, leków, poradnictwa, organizacji czasu wolnego, wsparcia emocjonalnego i psychologicznego, czasu przeznaczanego na opiekę. Wynika to z faktu, iż usługi te świadczone są w sposób niezależny przez system opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Mamy zatem do czynienia z sytuacją występowania braku ustrukturyzowanej koordynacji działań nie tylko w obszarze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz w obrębie samych instytucji pomocowych, ale także w obszarze współpracy pomocy społecznej z sektorem organizacji pozarządowych i prywatnym.

Skutkiem tego jest niekonkretny przekaz w zakresie występujących form pomocy oraz zawilość procedur dla osób starszych i/lub ich opiekunów zwracających się o wsparcie. Jak stwierdza Piotr Błędowski koordynacja ma podstawowe znaczenie dla opieki środowiskowej, co wynika z kilku przesłanek: wzrastającej liczby osób niesamodzielnych, zmieniającej się struktury potrzeb osób niesamodzielnych, oczekiwana postępująca specjalizacją usługodawców, zwiększające się zapotrzebowanie na profesjonalne świadczenia w opiece środowiskowej (np. odżywianie pozajelitowe, mechaniczna wentylacja), ograniczone środki nie zawsze pozwalające na sfinansowanie wszystkich potrzebnych świadczeń (Błędowski, 2020, s. 35).

Kolejnym problemem w zakresie braku standardów opieki jest fakt, iż taki stan rzeczy ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie prywatnych podmiotów opiekuńczych, np. agencji opiekuńczych i ich współpracę z sektorem formalnym. Obecnie, jak wynika z przeprowadzonych badań ośrodki pomocy społecznej oraz szpitale przekazują informację o funkcjonowaniu na rynku prywatnej agencji opiekuńczej w większości przypadków wówczas, gdy osoba zainteresowana zada takie pytanie. Przeważnie w takiej sytuacji pracownicy dodają komentarz, że jest to podmiot prywatny i instytucja nie odpowiada za realizowane przez niego usługi. Nasuwa się wniosek, że już na etapie przekazywania informacji o funkcjonowaniu podmiotu komercyjnego, do którego można się zwrócić w celu uzyskania pomocy w formie usług opiekuńczych – szczególnie w sytuacji, gdy osoba jest gotowa ponieść koszty, występują trudności. Pracownik bowiem nie ma możliwości odnieść się do standardów, jakie ta agencja powinna spełniać i wskazać organ nadzorujący jej funkcjonowanie. Taka sytuacja występuje w przypadku prywatnych placówek całodobowych.

Działalność gospodarcza w tym zakresie może być prowadzona po uzyskaniu zezwolenia wojewody, który w ramach sprawowanego nadzoru ma prawo do kontroli placówek. Natomiast w przypadku funkcjonowania agencji opiekuńczej nie jest wymagane zezwolenie wojewody, tym samym nie ma organu nadzorującego ową działalność. Problemem w zakresie środowiskowego systemu pomocowego jest także jego terytorialne zróżnicowanie. Osoby starsze i ich opiekunowie mieszkający w dużych miastach mają dostęp do szerszego zakresu usług świadczonych przez OPS i organizacje pozarządowe, które inicjują także wydarzenia okolicznościowe, aktywizujące seniorów lub też są aktywne w obszarze poradnictwa. W dużych aglomeracjach funkcjonują także podmioty komercyjne. Natomiast w małych miejscowościach i na obszarach wiejskich to OPS jest głównym dostawcą usług środowiskowych, który realizuje zadania wykraczające daleko poza dystrybucję środków finansowych i świadczenia pracy socjalnej.

Polski system pomocy charakteryzuje brak koordynacji działań i synergii w zakresie opieki i wsparcia środowiskowego świadczonego w ramach różnych sektorów. Przyjęte rozwiązania dotyczące np. opieki wytchnieniowej, asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej utrudniają współpracę sektora publicznego z pozarządowym (nieprecyzyjność przepisów) oraz zachowanie ciągłości świadczonej pomocy ze względu na charakter programowy usług. Zmiana relacji międzysektorowych staje się koniecznością.

W polskim systemie pomocowym występuje niewystarczające wsparcie i opieka dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera, są także problemy z wczesną diagnostyką tej choroby – tylko 20% chorych ma postawioną właściwą diagnozę (Wierzyński, 2020, s. 31). Późne rozpoznanie choroby uniemożliwia podjęcie leczenia najbardziej skutecznego we wczesnych etapach choroby. Pomimo tego iż z inicjatywy Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich w 2011 r. dla Polski opracowany został projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego to nadal nie został on przyjęty (NIK, 2017b). Wpływa to bezpośrednio na to, iż w Polsce brakuje wypracowanego modelu leczenia i opieki nad osobami z chorobą Alzheimera, a zwłaszcza rozwiązań organizacyjnych, wczesnej kompleksowej diagnozy, przygotowania kadr medycznych i opiekuńczych, wsparcia opiekunów nieformalnych (warsztatów, szkoleń, poradnictwa, wsparcia psychologicznego). Oznacza to, że opieka nad chorymi pozostawiona jest w gestii rodziny. Aktywnie wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów działają jedynie organizacje pozarządowe. Jak stwierdza NIK (NIK, 2017a, s. 14) „w ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi dla skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin. Osoby te objęte są powszechnym systemem opieki

społecznej, w ramach którego korzystano z narzędzi i zasobów standardowo stosowanych wobec ogółu osób starszych, nieuwzględniających w pełni specyficznych potrzeb tego środowiska”.

### **Rekomendacje ogólne**

Zmiany w systemie pomocy, a ściślej w systemie opieki są zadaniem priorytetowym w polskiej polityce publicznej. Planowanie, wdrażanie, a następnie ewaluowanie nowych rozwiązań powinno być wynikiem prac grup ekspertów w tej dziedzinie oraz efektem zdobytej wiedzy i doświadczenia także z innych krajów. Rozwój systemu pomocowego będzie przebiegał stopniowo podążając za dominującym obecnie nurtem deinstytucjonalizacji, którego głównym celem jest zapewnienie opieki z poszanowaniem godności osoby starszej oraz wsparciem opiekunów nieformalnych, w sytuacji, gdy jest taka potrzeba. Oznacza to, że filarem działań podejmowanych w procesie zmian przez sektor publiczny powinno być wspieranie osób starszych w miejscu zamieszkania (w projekcie starzenia się w miejscu zamieszkania). Wiąże się to zatem z rozwojem sieci wsparcia, usług środowiskowych tak, aby zapewnić ich ciągłość oraz poprzez ich różnorodność dostosować opiekę do potrzeb osoby starszej, a także z wewnątrzsektorową i międzysektorową koordynacją działań. Rozwój sieci wsparcia środowiskowego powinno spełniać funkcję nie tylko zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, ale także profilaktyczną i prewencyjną. Chodzi w tym przypadku o sytuację, w której utrata sprawności będzie przebiegała wolniej. Działania o charakterze profilaktycznym i prewencyjnym powinny być podejmowane w różnych fazach życia i wobec osób o różnej kondycji zdrowotnej. W nawiązaniu do powyższego przedstawione przeze mnie rekomendacje wypracowane zostały na podstawie analizy materiału empirycznego i własnych doświadczeń zdobytych podczas pracy w sektorach pomocy społecznej w Anglii i w Polsce. Przedstawiane rekomendacje mają charakter ogólny i wyodrębniłam je w dwóch obszarach: usług środowiskowych oraz obszarze organizacyjnym i legislacyjnym.

### **Rekomendacje szczegółowe – obszar usług środowiskowych**

– **Implementacja usługi opiekuńczej Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.** Wdrożenie tego typu rozwiązania jest odpowiedzią na różnorodność subpopulacji osób starszych oraz ich zróżnicowaną kondycję zdrowotną. Funkcjonowanie takiej usługi środowiskowej umożliwi osobom starszym poprawę ich stanu zdrowia, a tym samym dalsze

samodzielne przebywanie w ich środowisku domowym. Usługa ta charakteryzuje się konkretnym profilem, jej specyfikę przedstawiłam w rozdziale trzecim. Uściślając, jej wdrożenie wymaga spełnienia określonych wcześniej warunków, takich jak:

- odpowiedni dobór osób, korzystających z usługi, z tzw. potencjałem na poprawę kondycji zdrowotnej, głównymi odbiorcami usług są osoby wychodzące ze szpitala (osoby wyrażają zgodę na uczestnictwo w tego rodzaju usłudze i uzyskują informacje na czym ona polega oraz, że wiąże się z zaangażowaniem z ich strony w współpracę z zespołem, aby osiągnąć założony cel),
- usługa ograniczona czasowo i regulowana pod względem intensyfikacji wizyt domowych, np. świadczona do dwóch miesięcy, po pierwszych trzech tygodniach wizyt odbywających się trzy razy dziennie przez sześć dni w tygodniu, następuje redukcja wizyt do trzech dziennie przez cztery dni,
- ostatnim etapem usługi jest ewaluacja, na podstawie której podejmowana jest decyzja dotycząca klienta. Determinowana jest ona kondycją osoby starszej. Ozacza to, że może ona pozostać bez opieki – jeżeli jej stan uległ poprawie, może zostać objęta tradycyjnymi usługami opiekuńczymi lub/i zostać objęta innymi formami opieki,
- usługa świadczona przez zespół: opiekunka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny,
- realizacja powyższej usługi wymaga współpracy pionu medycznego z pomocowym w zakresie m.in. zidentyfikowania osoby, wypisania osoby ze szpitala ze wstępnie określonymi potrzebami opiekuńczymi, wdrożenia fizjoterapeuty i wizyty terapeuty zajęciowego. Wizyta terapeuty w środowisku domowym pozwoli zoobserwować, w jaki sposób osoba funkcjonuje w swoim otoczeniu i jakie są ewentualne zagrożenia oraz możliwości poprawy jej funkcjonowania (np. usunięcie chodnika, przeorganizowanie urządzeń kuchennych tak by były bardziej dostępne, zaleci zamontowanie uchwytu w toalecie i wstawienie krzeselka pod prysznic),
- usługa spersonalizowana – świadczona, co bardzo istotne, zgodnie z podejściem skoncentrowanym na osobie i w oparciu o zasadę asystowania, a nie wyręczenia,
- usługa monitorowana podczas świadczenia,
- wdrożenie usługi umożliwi wypis ze szpitala osoby, która rekonwalescencję odbywa w domu lub jeśli warunki domowe nie są odpowiednie, to w tymczasowym miejscu pobytu, np. mieszkaniu chronionym lub w domu pomocy społecznej z miejscami przeznaczonymi dla Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.



W związku z faktem, iż nie ma uniwersalnego systemu opiekuńczego, należy zastanowić się w jaki sposób wdrożyć ideę zespołu ds. odzyskiwania utraconych wartości do polskiego systemu pomocowego i, co ewentualnie zmodyfikować, tak aby zapewnić jej efektywność. W odpowiedzi na powyższe rekomenduję wprowadzenie tej usługi w formie pilotażowej, co umożliwi dokonanie modyfikacji jeszcze na etapie jej testowania. Pilotaż można by było przeprowadzić w kilku miejscowościach. W przypadku rozpowszechniania tej usługi i jej wdrażania warto rozważyć stworzenie instruktażu w formie broszurowej, online i/lub warsztatowej. Wprowadzenie tej usługi wiąże się z następującymi działaniami:

- wyłonieniem zespołu wdrożeniowego i jego koordynatora,
- stworzeniem planu i kosztorysu wdrożeniowego usługi oraz pozyskanie środków,
- doborem beneficjentów usługi (współpraca personelu szpitalnego z pracownikami MOPS,
- w przypadku przeprowadzania pilotażu we Wrocławiu rozmowa z pracownikami Działu Usług Opiekuńczych MOPS oraz Ekumenicznej Stacji Opiekuńczej nt. m.in. sposobu pracy z beneficjentami, tworzenia planów opieki, sprecyzowania celów i ustalenia zakresu czynności opiekuńczych oraz czasu trwania wizyt i pilotażu.
- pozyskanie fizjoterapeuty oraz terapeuty zajęciowego do zespołu,
- monitoring i ewaluacja pilotażu,

Ważnym aspektem działań tej usługi jest współpraca szpitala z OPS. W Anglii funkcjonuje zespół odpowiadający za przeprowadzenie oceny potrzeb poza szpitalem (ang. *Discharge to Assess*) w skład którego wchodzi pracownicy szpitala i OPS. W Polsce w szpitalach zatrudnieni są pracownicy socjalni, którzy kontaktują się z OPS-em w sytuacjach kiedy wypisywany jest pacjent wymagający opieki w postaci usług opiekuńczych po opuszczeniu szpitala. Z zebranego przeze mnie materiału badawczego wynika, iż współpraca ta stanowi wyzwanie ze względu na niewysytarczającą liczbę pracowników socjalnych zarówno w szpitalu, jak i ośrodkach pomocy, brak ustrukturyzowanych zasad współpracy pomiędzy szpitalem a ośrodkiem pomocy społecznej. Celem usprawnienia współpracy wartym rozważenia jest wprowadzenia regulacji w tym obszarze, ustalenie osób wykonujących te zadania i zakresu ich obowiązków. Wprowadzenie regulacji w tym zakresie byłoby pożyteczne nie tylko dla Zespołu ds. Utraconych Sprawności, ale w ujęciu ogólnym dla kontaktów między szpitalem a OPS. W konsekwencji natomiast przyczynioby się to do podniesienia jakości świadczonej usługi dla jednostki, gdyż zapobiegać mogłoby sytuacji tzw. przedwczesnych wypisów kiedy stan pacjenta nie jest jeszcze stabilny lub – z drugiej strony – przetrzymywania osoby starszej w szpitalu, gdyż ze względu na nieodpowiednie warunki w domu, nie może zostać wypiana. W drugim przypadku ważne jest stworzenie infrastruktury

dla Zespołu ds. Utraconych Sprawności w postaci miejsc krótkoterminowego pobytu np. w mieszkaniach wspomaganych dla osób starszych lub/i placówkach całodobowych. Korzystanie z tego typu zasobów umożliwia wypisanie pacjenta ze szpitala na tzw. miejsca zespołu ds. utraconych sprawności, gdzie dokonana zostaje ocena potrzeb i wdrożona usługa opiekuńcza. W czasie krótkoterminowego miejsca pobytu podejmowane są czynności, które umożliwią osobie powrót do jej środowiska domowego, np. przeorganizowanie przestrzeni – przeniesienie sypialni na parter domu, uporządkowanie wnętrza mieszkania, dostarczenie odpowiedniego sprzętu. Obecnie podejmowane prace nad strategią deinstytucjonalizacji, w które zaangażowani są przedstawiciele polityki społecznej, resortu zdrowia i organizacji pozarządowych są odpowiednią przestrzenią do rozważenia wprowadzenia mechanizmów dotyczących współpracy między szpitalami a ośrodkami pomocy społecznej.

– **Zakres czynności podejmowany przez terapeutę zajęciowego w Polsce** w porównaniu do terapeuty zajęciowego (ang. *occupational therapist* – OT) w Anglii oraz większości krajów europejskich jest kolejnym elementem, który podkreślę w przypadku przedstawianych rekomendacji. Wynika to z faktu, że w krajach tych terapia zajęciowa identyfikowana jest bezpośrednio z ergoterapią lub stanowi jego synonim (terapia przez pracę/zajęcie), a w Polsce ergoterapia definiowana jest jako jeden z rodzajów terapii zajęciowej, obok socjoterapii oraz arteterapii (Baum, 2009, s. 22). Terapia zajęciowa w dużej mierze skupia się w Polsce na aranżowaniu zajęć, aby stwarzać możliwości wykonywania konkretnych działań, które mają wymiar terapeutyczny (np. ceramika, biblioterapia, rysunek i malarstwo, decoupage, etc.) (Szyszka, 2015, s. 357). Natomiast w Anglii terapeuta zajęciowy pracując z osobą koncentruje się na zwykłych zajęciach, czyli obejmujących typowe czynności dnia codziennego, czynności samoobsługowe lub też realizację zainteresowań. Umożliwienie wykonywania przez osobę starszą codziennych aktywności poprzez dążenie do osiągnięcia maksymalnego poziomu sprawności i niezależności jest zatem jednym z głównych celów takiej formy terapii. Cele te osiągnąć są poprzez dostosowywanie narzędzi, modyfikowanie zajęć i środowiska zamieszkania (Szyszka, 2015). Elementem różnicującym terapię zajęciową jest fakt, iż w krajach Europy Zachodniej występuje ona jako kierunek medyczny lub interdyscyplinarny. Natomiast w Polsce terapia zajęciowa umiejscowiona jest zgodnie z opisem kierunku i ramowych efektów kształcenia interdyscyplinarnie, tj. w obszarze nauk medycznych oraz społecznych. Możliwość spajania obu obszarów jest rozwiązaniem perspektywicznym biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na tego typu działania. Dwa różne ujęcia terapii zajęciowej prowadzą do wyodrębnienia *terapii przez zajęcia* oraz *terapii do zajęcia*. *Terapia przez zajęcia* polega na prowadzeniu różnorodnych zajęć, przy

wykorzystaniu różnych metod, np. arteterapia, metoda projekcyjna, których wykonywanie poprawi lub utrzyma określone sprawności (Szyszka, 2015). *Terapia do zajęcia* polega na wykorzystywaniu różnorodnych technik, zaplanowanych, koordynowanych czynności i ich sekwencji wykonywanych krok po kroku w celu osiągnięcia konkretnego, zaplanowanego wcześniej i ustalonego wraz z terapeutą celu (Szyszka, 2015). Cele w tym przypadku mogą być różne, np. dążenie do samodzielnego poruszania się, samodzielnego przygotowania posiłku. W Polsce mimo tego iż terapia zajęciowa występuje w ujęciu interdyscyplinarnym to jej podstawowy nurt działań polega na stosowaniu *terapii przez zajęcia*. Realizowany jest on w warsztatach terapii zajęciowej, domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, czy też powstających dziennych ośrodkach wsparcia. W związku z powyższym działania zachodnie polegające na *terapii do zajęcia* występują w Polsce rzadko, mimo tego, że są takie możliwości (Szyszka, 2015). Teamtykę terapeuty zajęciowego przedstawiam w rekomendacjach, gdyż pracując w Anglii w Zespole ds. Odzyskania Utraconych Sprawności miałam sposobność obserwować sposób pracy terapeuty zajęciowego w ujęciu *terapii do zajęcia* i jej efekty. Był on ważnym ogniwem w zespole i przyczyniał się do osiągnięcia celu. Terapeuta zajęciowy podczas świadczenia usługi zespołu ds. utraconych sprawności przychodził do domu osoby starszej dwa lub trzy razy – w zależności od potrzeb. Obserwował funkcjonowanie osoby starszej w jej otoczeniu (jak się porusza, jak siada i wstaje np. z fotela, łóżka, czy toalety, jak się ubiera, jak korzysta z urządzeń w kuchni, łazience) oraz samo otoczenie (jakie są potencjalne zagrożenia i utrudnienia). Następnie wprowadzał zalecenia, które miały usprawnić dalsze funkcjonowanie osoby w domu i zminimalizować ryzyko upadku. Zalecenia te dotyczyło nie tylko potrzeby wdrożenia sprzętu, np. uchwytu do łazienki, wózka toaletowego, instalacji teleopieki i/lub klucza bezpieczeństwa, ale także rearanżacji wnętrza domu, np. usunięcia chodnika, odwrócenia łóżka, stosowania sztuców ergonomicznych. Terapeuta zajęciowy po dokonanej obserwacji często zostawiał instruktaż, lub wskazówki, np. w formie pisanej i ilustracji dla danej osoby, jej rodziny i opiekunek świadczących usługi opiekuńcze. Terapeuci zajęciowi w Anglii pracują także w szpitalach, gdzie już tam poprzez obserwację danej osoby podejmują z nią pracę, zanim zostanie wypisana ze szpitala. Mając doświadczenia z pracy w Anglii uważam, iż wartym rozważenia jest upowszechnienie stosowania w Polsce terapii zajęciowej w nurcie zachodnim, tj. *terapii do zajęcia* jako praktycznego i efektywnego sposobu pracy z osobą starszą, który przyczynia się do utrzymania niezależności jednostki. Ta forma terapii zajęciowej pozostaje w ścisłym związku z podejściem skoncentrowanym na osobie, a tym samym jest ważną sferą uppełnomocnienia/samostanowienia/wzmocnienia (ang.

*empowerment*). Pracujący obecnie terapeuci zajęciowi, np. w domach pomocy społecznej lub dziennych ośrodkach pobytu mogliby, jako zatrudnieni w instytucjach pomocowych, stanowić duże wsparcie dla opieki zapewnianej osobom starszym w formie usług opiekuńczych. Terapeuci zajęciowi w ramach dodatkowych obowiązków – pełnionych odpłatnie – mogliby współpracować z OPS i odbywać wizyty u osób starszych przebywających w swoich miejscach zamieszkania celem obserwowania ich sposobu funkcjonowania i sformułowania ewentualnych zaleceń. Ważnym aspektem tego typu pracy terapeuty zajęciowego byłaby także współpraca z rodziną, lokalnym środowiskiem, czy też z fizjoterapeutą, pielęgniarką, pracownikiem socjalnym.

– Ugruntowanie prawne usługi Zespołu ds. odzyskania utraconych sprawności byłoby możliwe poprzez ustawę o pomocy społecznej, tj. wydanie decyzji administracyjnej przyznającej usługi opiekuńcze. Specyfika tych usług określona byłaby w zakresie czynności opiekuńczych oraz dodatkowej dokumentacji, tj. Plan Opieki. W tym wypadku trudnością byłoby po pierwsze szybkie przeprowadzenie wywiadu środowiskowego oraz wydanie decyzji. Czas ma zasadnicze znaczenie zgodnie z prawidłowością: im szybciej udzielona pomoc po opuszczeniu szpitala, tym jest bardziej efektywna. W takiej sytuacji warto jest rozważyć przeprowadzenie wywiadu środowiskowego jeszcze podczas pobytu w szpitalu, choć biorąc pod uwagę niewystarczającą liczbę pracowników socjalnych w szpitalach, opcja ta wydaje się nierealna. Drugą możliwością jest stworzenie ścieżki szybkiego dostępu (ang. *fast track*) do wdrażanej usługi. Oznaczałoby to skrócenie czasu na przeprowadzenie wywiadu i wydanie decyzji administracyjnej.

– Kolejnym elementem do rozważenia jest odpłatność za usługi, która regulowana jest uchwałą Rady Miasta. W związku z powyższym, iż usługi ds. odzyskania utraconych sprawności świadczone są intensywnie i krótkoterminowo, wizyty odbywają się częściej, szczególnie w początkowym etapie świadczenia usługi, niż w przypadku tradycyjnych usług opiekuńczych. Może to generować wysoką odpłatność dla klienta. Z tego powodu usługi te są dla beneficjentów w Anglii bezpłatne. Jednak w przypadku stosowania przepisów ustawy o pomocy społecznej nie jest możliwym zwolnienie klienta z ponoszenia odpłatności, chyba, że dochody danej osoby nie przekraczają ustawowego kryterium dochodowego. W sytuacji wdrażania tej usługi nieodpłatnie dla klientów sytuacją umożliwiającą jej rozpowszechnianie byłoby stworzenie formuły programowej dla zespołu ds. utraconych sprawności.

– W Polsce, inaczej niż w Anglii, realizatorem publicznych usług opiekuńczych jest z reguły jeden podmiot. Oznacza to, że usługi opiekuńcze w tradycyjnym rozumieniu oraz usługi odzyskania utraconych sprawności mogłyby być świadczone przez ten sam podmiot. Warsztaty

z zakresu opieki nad osobą starszą zakwalifikowaną do usługi odzyskania utraconych sprawności mogłyby być przeprowadzone z wszystkimi opiekunkami zatrudnianymi przez podmiot lub częścią z nich.

#### – Aplikacja usługi Budżetu Osobistego i Płatności Bezpośredniej

Budżet Osobisty jest istotny z punktu widzenia klienta oraz organizatora usługi bowiem określa jej całkowity koszt, uwzględniający kwotę, którą musi zapłacić klient oraz pozostałą część, która pokryta zostanie ze środków publicznych. Budżet osobisty jest ważnym narzędziem, które daje danej osobie jasne informacje na temat środków finansowych, które zostały przeznaczone na zaspokojenie potrzeb danej osoby. Budżet osobisty zwiększa poczucie sprawstwa osoby starszej umożliwiając wybór preferowanego sposobu zaspokajania potrzeb, gdyż dana usługa mogłaby być zarządzana przez OPS, organizacje pozarządowe, czy bezpośrednio przed jednostkę, czyli w formie Płatności Bezpośredniej, sprzyjającej upodmiotowieniu osoby niesamodzielnej. Płatność Bezpośrednia mogłaby przyjąć postać bonu (Bakalarczyk, 2021, s. 79) lub czeku opiekuńczego (Błędowski, 2020, s. 50), który służyłby do finansowania zakupu usług. Regulacje dotyczące płatności bezpośrednich w Anglii zakładają różne możliwości wykorzystania tych środków. Oznacza to, że mogą być przeznaczane nie tylko na zakup usługi opiekuńczej, ale także na inne aktywności służące zaspokojeniu potrzeb danej osoby, np. uczestnictwo w dziennym domu, zajęciach pływania, czy opłaty za teleopiekę. W tym przypadku należałoby się zastanowić nad zakresem czynności, które ta usługa obejmowałaby w Polsce. Kolejnym zagadnieniem do rozważenia jest ustalenie zróżnicowanej wysokości płatności bezpośredniej w zależności od wyboru określonej formy wsparcia (w przypadku przeznaczenia płatności bezpośredniej na różne czynności) i/lub w zależności od stopnia niesamodzielności<sup>50</sup> osoby starszej oraz dochodu danej osoby. Narzędzie w postaci płatności bezpośredniej wiąże się z urynkowaniem usług i odciążeniem sektora formalnego, gdyż umożliwia zakup usługi od profesjonalnych podmiotów komercyjnych lub też innych organizacji. Należy podkreślić, iż forma płatności bezpośredniej może być także przekazana członkom rodziny lub innym osobom sprawującym opiekę nad daną osobą. Możliwość wykorzystania płatności bezpośredniej zwiększa popyt na

---

<sup>50</sup> W polskim systemie orzecznictwa brakuje definicji niesamodzielności oraz jej stopni. Jak stwierdza Błędowski (2020, s. 35) „orzekanie o niesamodzielności i zdefiniowanie jej stopni jest zagadnieniem strategicznym dla spójności przyszłego systemu opieki długoterminowej. Kwalifikacja taka decyduje w konsekwencji o zapotrzebowaniu na kadry opieki długoterminowej oraz o kosztach. Od kilkunastu lat podnoszona jest konieczność ujednolicenia polskiego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i uzupełnienia go o orzekanie o niesamodzielności” — przyp. J. K. H.

usługi sektora prywatnego i pozarządowego, co sprzyja rozwojowi tych sektorów. Jest także czynnikiem wskazującym na potrzebę nadzoru sektora państwowego w tym zakresie. Należałoby stworzyć określone warunki dla świadczeniodawców usług, tj. wymóg rejestracji, spełnienie utworzonych standardów a także ich weryfikacja. Realizacja usługi odbywałaby się poprzez zawarcie umowy bezpośrednio pomiędzy klientem a świadczeniodawcą lub pośrednio pomiędzy podmiotem publicznym a świadczeniodawcą. W tym względzie ważne jest zagwarantowanie ciągłości świadczonej usługi, co wiąże się z terminowością w zakresie dokonywania płatności świadczeniodawcy przez instytucję publiczną.

#### – **Rozwój mieszkań wspieranych**

W tym zakresie wskazuję na potrzebę tworzenia mieszkań wspieranych dla osób starszych, w których osoby mogłyby korzystać z innych form wsparcia środowiskowego, np. teleopieki, usług opiekuńczych. W przypadku mieszkań wspieranych podkreślę znaczenie integracji ze środowiskiem lokalnym i działań aktywizujących osoby starsze, w postaci np. wolontariatu, oragnizowania projektów, wydarzeń okolicznościowych przez dzieci, młodzież lub młodsze osoby starsze. Tego typu działania wymagają zaangażowania we współpracę instytucji lokalnych, np. szkół, ośrodków pomocy społecznej lub też organizacji poarządowych i lokalnych społeczników. Wartym rozważenia jest wskazywanie organizatorom mieszkań wspieranych na wpisywanie działań integracyjnych i aktywizujących do statutów lub regulaminów tych mieszkań oraz propagowanie takiej działalności w lokalnych mediach. Rozpowszechnianie tego typu działań współgra z koncepcją edukacji do starości oraz aktywizacją seniorów w każdym wieku. Akcentuję istotę otwartego typu działalności mieszkań wspieranych, gdyż funkcjonowanie mieszkalnictwa wspieranego w Anglii przyczynia się do tworzenia enklaw dla osób starszych. Osoby starsze przebywające w mieszkaniach wspieranych w Anglii mają zapewnioną opiekę lecz udając się do nich miałam nieodparte wrażenie, że funkcjonują w odosobnieniu do pozosałej części społeczności lokalnej. W tym względzie podkreślę znaczenie tworzenia nie tylko mieszkań wspieranych, ale także osiedli międzypokoleniowych, przykładem jest osiedle zrównoważone – Nowe Żerniki we Wrocławiu.

#### – **Teleopieka**

Rozwój systemu teleopieki w Polsce jako usługi świadczonej w miejscu zamieszkania. Obecnie jest ona dostępna w niektórych gminach, jednak korzystanie z niej jest zróżnicowane w zakresie finansowania. Usługa ta jest także dostępna na rynku komercyjnym, jednak jej dostępność jest ograniczona ze względu na wysokie koszty. Rekomendacje obejmują kontynuację programu „Korpus Wsparcia” – umożliwiającego uzyskanie dofinansowania na

realizację tejże usługi, a także w przyszłości rozważenie wykorzystania płatności bezpośredniej na instalację tej usługi lub jej rozbudowę o nabycie kolejnego urządzenia/czujnika bezpieczeństwa.

– **Rozważenie wprowadzenia usługi jednorazowego lub krótkoterminowego wsparcia dla osoby starszej**

Potrzeba tego rodzaju usługi wynika z zebranego przeze mnie materiału badawczego. Osoby starsze w określonych sytuacjach dzwonią z zapytaniem o jednorazową pomocą wynikłą z np. chwilowej niedyspozycji zdrowotnej lub też potrzeby udania się do lekarza (wymagana asysta). Odpowiedzią na tego typu zapotrzebowanie może być rozwój usług sąsiedzkich i/lub kontynuacja programu wprowadzonego w okresie koronawirusa, tj. Wspieraj Seniora, funkcjonującego na bazie zgłaszanych i rejestrowanych w programie wolontariuszy.

– **Rozwój usług wspierających opiekunów nieformalnych**

W tym względzie pierwszą rekomendacją jest rozwój opieki wytchnieniowej, tak aby była ona świadczona w każdej gminie. Realizacja tej usługi powinna być wspierana finansowo na poziomie centralnym. W zakresie opieki wytchnieniowej ważne jest przejście z charakteru programowego tej usługi na wymiar prawny. Zapewni to ciągłość w świadczeniu tej usługi oraz jej płynność finansową. Powszechność tego świadczenia wiąże się także z propagowaniem tej idei wśród opiekunów nieformalnych, przekazem informacji na ten temat. Jest to usługa nowa, która może powodować obawy opiekunów jako tych dotychczas samodzielnie sprawujących opiekę nad bliską osobą. Zasady dotyczące warunków oraz zasad świadczenia opieki wytchnieniowej powinny uwzględniać wariant domowy, półstacjonarny i stacjonarny. Jeśli chodzi o okres świadczenia tej usługi to mógłby on obejmować obligatoryjnie dwa tygodnie bezpłatnego wypoczynku dla opiekuna. Natomiast pozostaje do rozważenia możliwość przyznania dodatkowych dni i ustalenia ich liczby w okolicznościach nieprzewidzianych i nadzwyczajnych.

Drugą rekomendacją w zakresie opiekunów nieformalnych jest wprowadzenie udogodnień i rozwiązań systemowych dla opiekunów nieformalnych, umożliwiających godzenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą. W Polsce wsparcie pomocowe dla opiekunów wiąże się z rezygnacją z pracy. Należy więc zastanowić się nad wprowadzeniem zmian w przepisach Ustawy o świadczeniach rodzinnych, które warunkują otrzymanie wsparcia od rezygnacji z pracy<sup>51</sup>. Wartym rozważenia jest także wprowadzenie dodatkowych urlopów dla

---

<sup>51</sup> Podstawowym świadczeniem finansowym, jakie mogą otrzymać opiekunowie nieformalni osób znacznie niepełnosprawnych, których niepełnosprawność powstała w dorosłym życiu, czyli także opiekunowie osób starszych – jest tzw. specjalny zasiłek opiekuńczy (SZO). Przysługuje on osobom, które zgodnie z art. 16a

opiekunów nieformalnych. W zakresie godzenia pracy z opieką nad osobą starszą ważne jest wielopłaszczyznowe podejmowanie działań, które angażuje także pracodawców. W tym względzie lokalny samorząd mógłby oddziaływać na pracodawców w formie promowania, czy też symbolicznego nagradzania pracodawców stwarzających dogodne warunki dla opiekunów nieformalnych (Bakalarczyk, 2021, s. 82).

Trzecią rekomendacją dotyczącą opiekunów nieformalnych jest rozwój poradnictwa, systemu pomocy psychologicznej i sieci wsparcia dla opiekunów, np. stworzenie poradnika, czy repozytorium oraz organizowanie szkoleń, spotkań nieformalnych, a także stworzenie punktów wymiany sprzętu. W dużych miastach znane są pewne praktyki wspierające opiekunów – Dom na Ciepłej organizuje spotkania, Telefon Wsparcia dla opiekuna w Sopocie, prowadzony przez OPS<sup>52</sup>. Jednak nadal nie są to przedsięwzięcia zaspakajające potrzeby w tym zakresie, zwłaszcza w mniejszych gminach. Analiza lokalnych dobrych praktyk mogłaby stać się inspiracją do stworzenia poradnika zawierającego lokalne inicjatywy na rzecz opiekunów, którego dystrybucja przyczyniłaby się do wprowadzania proponowanych usług w innych środowiskach lokalnych. Takie działania wydają się koniecznością, gdyż obecnie brakuje usług świadczonych dla opiekunów nieformalnych w ustawodawstwie krajowym. Szczególnej uwagi wymaga sytuacja opiekunów osób z chorobami otępiennymi, dla których „wsparcie powinno uwzględniać dynamikę rozwoju chorób prowadzących do niesamodzielności oraz idące z nimi w parze zmiany w charakterze opieki, wobec których opiekunowie muszą się adaptować, ale też w obliczu których wymagają zewnętrznego, nierzadko profesjonalnego wsparcia” (Bakalarczyk, 2021, s. 83).

Czwarta rekomendacja odnosząca się do opiekunów nieformalnych wiąże się z propagowaniem idei pracy socjalnej z opiekunem nieformalnym, a w konsekwencji wprowadzeniem narzędzia w postaci arkusza oceny potrzeb opiekuna (Aneks, zał. nr 4, s. 332), który byłby podstawą do stworzenia bazy danych opiekunów nieformalnych w systemie pomocy społecznej, tj. w przypadku osób starszych, a tym samym umożliwiłby przeprowadzenie diagnozy potrzeb i oszacowanie jej skali dla opiekunów w środowisku lokalnym. Stanowić by to mogło punkt wyjścia do opracowania zakresu usług świadczonych dla opiekunów. Obecnie informacje o opiekunie nieformalnym pojawiają się w sytuacji przeprowadzanego wywiadu środowiskowego dotyczącego osoby ubiegającej się o pomoc

---

Ustawy o świadczeniach rodzinnych w okresie sprawowania opieki nie podejmują zatrudnienia lub rezygnują z zatrudnienia (Dz. U. 2022, nr 228, poz. 615) – przyp. J. K. H.

<sup>52</sup> W ramach telefonu wsparcia dyżuruje psycholog, u którego opiekun może uzyskać pomoc, porozmawiać na ważne dla niego tematy i zyskać informacje o dostępnych formach wsparcia (Bakalarczyk, 2021, s. 47) – przyp. J. K. H.



oraz tzw. wywiadu alimentacyjnego (dotyczy członka rodziny osoby ubiegającej się o pomoc). Na potrzeby niniejszej pracy badawczej opracowałam arkusz oceny potrzeb opiekuna, który stanowić może przykład narzędzia stosowanego do pracy z opiekunem nieformalnym w praktyce. W tym zakresie wartym rozważenia jest wprowadzenie rozwiązania ustawowego dotyczącego opiekunów nieformalnych, które umożliwiłoby dokonywanie oceny ich potrzeb na gruncie prawnym.

– Stworzenie systemu informacji i dystrybuowania informacji o usługach świadczonych w środowisku, funkcjonowaniu podmiotów (publicznych, prywatnych, organizacji pozarządowych) oraz o możliwym wsparciu dla osób starszych i dla ich opiekunów nieformalnych szczególnie na szczeblu lokalnym. System ten powinien zapewniać ciągłości informacji i jej aktualny przekaz oraz dotyczyć także obszarów szkoleniowych, warsztatowych, grup wsparcia – jest to istotnym elementem szczególnie dla opiekunów nieformalnych.

### **Rekomendacje szczegółowe – obszar organizacyjny i legislacyjny**

#### **– Standardy**

Wprowadzenie standardów pracy z osobami starszymi w zakresie świadczenia pracy socjalnej oraz usług opiekuńczych wynika z dwóch podstawowych powodów. Pierwszym jest występowanie różnic w sposobie ich świadczenia w poszczególnych miastach. Drugi wiąże się z podążaniem w kierunku urynkowania usług i wykonywania ich także przez podmioty komercyjne oraz organizacje pozarządowe. Celem opracowania i wdrożenia standardów umocowanych prawnie jest ujednoczenie sposobu ich realizacji zarówno w sektorze publicznym, jak i komercyjnym oraz organizacji pozarządowych, a także zapewnienie odpowiedniej jakości usług (wymóg rejestracji podmiotów, opracowanie minimum krajowych standardów, warunki realizacji usług, wymogi dotyczące kwalifikacji osób je świadczących oraz tych, które są odpowiedzialne za ich koordynację, a także zasady oraz sposoby monitorowania i ewaluacji usług). Standardy w zakresie pracy z osobami starszymi oraz świadczenia usług opiekuńczych są w sposób szczegółowy przedstawione w pracy „Standardy usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania” (Balon i in., 2011). W zakresie standardów pracy socjalnej i świadczeniu usług opiekuńczych z osobą starszą pragnę zwrócić uwagę na rozróżnienie zakresu czynności opiekuńczych podejmowanych przez opiekuna, które ustalane są indywidualnie na podstawie opracowanego przez dany ośrodek ogólnego katalogu/arkusza/zakresu owych czynności oraz

indywidualnego planu opieki osoby starszej. Indywidualny Plan Opieki (IPO) (Aneks, zał. nr 5, s. 336) jest kategorią szerszą znaczeniowo. Zawiera w sobie wybrany, na podstawie określonych potrzeb jednostki, zakres czynności opiekuńczych, ale także inne istotne informacje o danej osobie, np. preferowany sposób zwracania się do osoby, jej zainteresowania, czy podejmowane przez nią aktywności. IPO jest praktycznym narzędziem do umiejscowienia różnorodnych usług, z różnych sektorów, z których osoba korzysta lub będzie korzystać w jednym dokumencie. Oznacza to, iż w IPO pracownik socjalny dokumentuje, że dana osoba korzysta np. trzy razy w tygodniu z usług opiekuńczych, raz w tygodniu przychodzi na wizytę pielęgniarka środowiskowa, jeden raz w tygodniu uczęszcza do dziennego ośrodka wsparcia i zgłasza chęć skorzystania z usługi tekepieki lub potrzebę uzyskania pomocy celem złożenia wniosku do powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności. W IPO umieszcza się także informacje na temat opieki udzielanej przez rodzinę bądź sąsiadów, określając jej wymiar, czas i okres. IPO jest dokumentem, który powinien podlegać ewaluacji ze względu na zmieniające się potrzeby osób starszych i wyznaczane w nim cele, np. chęć skorzystania z wolontariatu towarzyszącego. IPO jest ważnym narzędziem pracy zespołu ds. odzyskania utraconych wartości. Dokument ten powinien być sporządzony wraz z osobą starszą w dwóch egzemplarzach i podpisany przez pracownika socjalnego oraz osobę starszą. IPO jest narzędziem tworzonym na podstawie indywidualnych potrzeb i oczekiwań osoby starszej oraz odzwierciedlającym koordynację udzielanego wsparcia.

#### – **Podejście skoncentrowane na osobie**

Podążając w stronę deinstytucjonalizacji oraz jakościowej opieki nad osobą starszą kolejnym elementem do rozważenia jest wprowadzenie stosowania w pracy z osobą starszą podejścia skoncentrowanego na osobie. W podejściu tym osoba starsza jest centralnym punktem odniesienia w każdym z podejmowanych działań. Jest to podejście niedyrektywne, czyli nie polegające na wywieraniu presji, czy nacisku na osobę (Kirschenbaum, Jourdan, 2005). Podejście to opiera się na wartościach i założeniach, które chronią osoby starsze przed stereotypowym traktowaniem, etykietowaniem, postrzeganiem osób starszych wyłącznie przez pryzmat ich stanu zdrowia. Sprzyja to zachowaniu przez osoby starsze poczucia samostanowienia oraz akceptowaniu nowych działań, np. w zakresie opieki. Podejście skoncentrowane na osobie to także uznanie indywidualnej filozofii życiowej, szacunek dla odmiennych przekonań, zrozumienie potrzeb rozwojowych i celów osób starszych. W przypadku wdrażania standardów możliwym by było umieszczenie podejścia skoncentrowanego na osobie jako standard nie minimalny, czyli obowiązkowy, ale

optymalny, czyli pożądany. Stosowanie tego podejścia wiąże się z przeprowadzeniem szkoleń wśród pracowników, a w praktycznych działaniach często przekłada się na wydłużenie czasu wizyt domowych, a także zatrudnienie dodatkowych osób.

#### – **Kryteria kwalifikowania do pomocy**

Kolejna rekomendacja dotyczy wprowadzenia określonych kryteriów kwalifikowania (Aneks, zał. nr 6, s. 338) do uzyskania pomocy w formie świadczonych usług. W tym wypadku prezentuję dwa rozwiązania. Pierwsze z nich oznaczałoby powiązanie kryteriów ze stopniami niesamodzielności – w sytuacji kiedy zostałyby już ustanowione na gruncie prawnym. Drugie wiąże się z opracowaniem odrębnych kryteriów przyznawania usług na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Odrębne kryteria usystematyzowane byłyby w czterech kategoriach, które odnosiłyby się do stanu, w jakim znajduje się dana osoba:

- 1 – kryterium kryzysowe – osoba nie jest w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności, występuje ryzyko utraty życia
- 2 – kryterium zagrożenia – osoba ma duże trudności w podejmowaniu czynności dnia codziennego i występuje duże ryzyko wyrządzenia sobie krzywdy
- 3 – kryterium ograniczeń – osoba jest w stanie funkcjonować w swoim środowisku domowym z małymi trudnościami
- 4 – kryterium statyczne – osoba funkcjonuje samodzielnie w swoim środowisku domowym przy odczuwaniu pewnych trudności związanych z wiekiem, ale nie ma w tym momencie ryzyka utraty zdrowia i niezależności.

Istotym w tym wypadku byłoby określenie minimalnego progu kwalifikowania do uzyskania pomocy, którym byłaby kategoria trzecia. Umożliwiłoby to jednakową interpretację kryteriów w całym kraju oraz ich przejrzystość. Warunkiem koniecznym byłoby uszczegółowienie czterech kategorii, polegające na opisie każdej z tych kategorii – co dana kategoria zawiera, jakich czynności osoba nie jest w stanie wykonać i jakie to może powodować zagrożenia. W przypadku niespełnienia kryteriów, tj. w wyniku przeprowadzonej oceny potrzeb osoba przynależałaby do czwartej kategorii, osoba uzyskałaby informacje na temat istniejących możliwościach w środowisku lokalnym, czyli organizacji, prywatnych inicjatyw, z których mogłaby skorzystać. Ważne jest, aby w tego rodzaju przekazie zawrzeć informację, że osoba ma prawo zwrócić się pownownie do ośrodka pomocy wówczas, gdy zmianie ulegnie jej sytuacja oraz jej potrzeby. W przypadku opracowania kryteriów kwalifikowania do pomocy istotne jest także narzędzie, które umożliwi pracownikowi ocenę sytuacji osoby starszej, a tym samym określenie, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy. Kierując się powyższym opracowałam formularz kwalifikowania do pomocy (Aneks, zał. nr 7, s. 341).

## – Współpraca i koordynacja działań

Przy rosnącym popycie na usługi i malejącym potencjale opiekuńczym rodzin podejmowane rozwiązania w sferze usług środowiskowych wymagają skontruowania przejrzystych warunków dla podmiotów publicznych, prywatnych oraz sektora organizacji pozarządowych. Zagadnienie to łączy się w sposób bezpośredni z regulacją rynku usług opieki środowiskowej i pełnieniem przez sektor publiczny funkcji regulującej poprzez wprowadzenie po pierwsze określonych mechanizmów współpracy międzysektorowej oraz po drugie standardów, które musi spełniać dany podmiot wnioskujący o świadczenie określonej usługi/usług. Określenie jasnych zasad funkcjonowania dla podmiotów z różnych sektorów przyczyni się do wzrostu podaży świadczonych usług oraz umożliwi współpracę między nimi. W tym względzie ważnym aspektem jest umożliwienie podmiotom skierowania danej osoby do innego świadczeniodawcy, w sytuacji tego wymagającej, np. braku miejsc, nieświadczenia usługi interesującej klienta. Oczywiście działania takie mogą być podejmowane za zgodą jednostki. W tego typu sytuacji praktycznym i użytecznym dla klienta byłoby rozwiązanie w postaci formalnego zapytania (drogą telefoniczną lub elektroniczną) złożonego do właściwego usługodawcy przez podmiot, do którego udała się jednostka. Wartym rozważenia jest zatem unormowanie tego rodzaju współpracy zarówno międzysektorowej, jak i wewnątrzsektorowej dotyczącej sfery publicznej poprzez wytyczne w postaci standardów w zakresie współpracy lub też innych regulacji.

Współpraca ma ścisły związek z zagadnieniem koordynacji działań podejmowanych przez różne podmioty na rzecz danej jednostki. Obecnie w wielu sytuacjach rolę koordynatora przyjmuje, w ramach pracy socjalnej, pracownik socjalny z racji pełnienia funkcji przez ośrodki pomocy społecznej, szczególnie w mniejszych miejscowościach, lokalnych centrów usług. Jednakże ze względu na m.in. niewystarczającą liczbę pracowników socjalnych (NIK, 2019), którzy pracą socjalną obejmują nie tylko osoby starsze, ale także rodziny z dziećmi, bezdomnych, pełnienie roli koordynatora osoby starszej jest dużym wyzwaniem. Pracownicy socjalni mogą mieć trudność w adekwatnym adresowaniu potrzeb osoby starszej i koordynowaniu jej wsparcia, szczególnie jeśli wiąże się ono z współpracą międzysektorową. Wyzwanie takie stoi przed pracownikami socjalnymi w dużych miejscowościach, gdzie funkcjonują różne podmioty działające na rzecz osób starszych oraz mają miejsce różne wydarzenia kierowane do tej grupy osób. Wychodząc naprzeciw wyzwaniom zgadzam się z postulatem istniejącym już w dyspucie publicznej dotyczącym wprowadzenia koordynatora opieki długoterminowej (Bakalarczyk, 2021; Błędowski, 2020), którego zadaniem byłoby

„możliwie najlepsze zaspokojenie potrzeb osoby niesamodzielnej przy równoczesnym udzieleniu wsparcia jej opiekunom nieformalnym” (Błądowski, 2020, s. 35).

W sytuacji funkcjonowania koordynatora opieki działania na rzecz osoby starszej mogłyby być podejmowane przy współpracy z pracownikiem socjalnym. Wspólnym narzędziem w tym wypadku przy tworzeniu skoordynowanego wsparcia dla jednostki byłby Indywidualny Plan Opieki, który przedstawiłam wcześniej. Idea koordynacji i integracji działań realizowana w oparciu o współpracę stanowi podstawę wielosektorowości i jest nieodłącznym elementem w diamencie opieki. Obecnie współpraca międzysektorowa i wewnątrzsektorowa opiera się w większości na zasadzie dobrej woli podmiotów, co nadaje działaniom z zakresu integracji i koordynacji charakter raczej sytuacyjny i sporadyczny niż stały. Przyjęcie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2003, nr 96, poz. 873 ze zm.) było milowym krokiem w stronę współpracy z organizacjami pozarządowymi. W tym zakresie jest jednak jeszcze wiele przestrzeni do zmian. Współpracę z organizacjami pozarządowymi, stowarzyszeniami i innymi podmiotami działającymi lokalnie należy rozwijać poprzez tworzenie odpowiednich warunków, promowanie działań wolontariackich, organizowanie wspólnych inicjatyw. Dążąc do integracji i koordynacji działań pomocowych władze lokalne mogą rozważać różne mechanizmy promujące:

- a) planowanie — wykorzystując wiedzę na temat zasobów środowiska lokalnego oraz danych z zakresu opieki i wsparcia dla osób starszych, a także służby zdrowia stworzenie profilu subpopulacji osób starszych i ich opiekunów na danym terenie. Umożliwi to poznanie ich potrzeb oraz zaplanowanie działań w kierunku rozwoju infrastruktury środowiskowej dla osób starszych. Ważnym jest, aby w planowanie zaangażowane były wszystkie cztery elementy diamentu opiekuńczego.
- b) zlecenie usług i rozwój usług sąsiedzkich — w oparciu o zdiagnozowane potrzeby osób starszych w danym środowisku lokalnym włączenie organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego w ich zaspokajanie.
- c) informacje i doradztwo — stworzenie lokalnego programu w zakresie informacji na rzecz osób starszych dotyczącego nie tylko usług oraz inicjatyw kierowanych do osób starszych i ich opiekunów, ale także uwzględniającego ideę edukacji do starości. Program ten powinien zatem odnosić się do wszystkich grup wiekowych i zawierać elementy integracji międzypokoleniowej. W programie powinny być zawarte informacje o charakterze praktycznym (formy pomocy, instytucje, podmioty działające na danym terenie, inicjatywy) i teoretycznym (problematyka starości i starzenia się, demencja). Program realizowany może być poprzez

materiały promocyjne (ulotki), przekazywanie informacji drogą werbalną, np. podczas wywiadów środowiskowych lub innych kontaktów bezpośrednich z osobą starszą oraz poprzez organizowanie wydarzeń lub inicjatyw tematycznych. W przypadku informacji i doradztwa, które uwzględniać powinny wszystkie cztery elementy *diamentu opieki*, ważne jest, aby powstała baza, która z kolei powinna być regularnie aktualizowana. Powstała baza uwzględniająca informacje z czterech podmiotów *diamentu opieki* powinna być dostępna dla sektora publicznego, organizacji pozarządowych, podmiotów prywatnych i osób zainteresowanych.

- d) Zapewnianie opieki i wsparcia — obejmuje działania podejmowane przez różne podmioty na rzecz osoby starszej. W praktyce oznacza to możliwość skontaktowania się pracownika socjalnego z organizacją pozarządową lub usługą sąsiedzką celem zorganizowania dla danej osoby pomocy, np. w formie wsparcia towarzyszącego lub udania się na wizytę lekarską.

Szeroko rozumiana współpraca to podstawowy filar systemu pomocowego, umożliwiający powstanie stabilnej konstrukcji w postaci IPO. Ma na celu zaangażowanie we współpracę z osobą starszą podmioty z różnych dziedzin, w ściśle określonym czasie, tak aby osiągnąć zamierzony efekt. Zintegrowana sieć współpracy powinna obejmować różne podmioty zaangażowane w opiekę na rzecz osoby starszej, takie jak: opieka społeczna, służba zdrowia, organizacje pozarządowe, wolontariat, agencje opiekuńcze, lokalne usługi sąsiedzkie oraz opiekun nieformalny.

#### – Wprowadzenie Narodowego Planu Alzheimerowskiego

Pomimo opracowania z inicjatywy Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich w 2011 r. projektu Narodowego Planu Alzheimerowskiego do dziś nie został on przyjęty (NIK, 2017b, s. 10). „Dwadzieścia krajów europejskich opracowało i wdrożyło narodowe polityki alzheimerowskie, obejmujące od jednego do ośmiu obszarów aktywności: wczesna diagnoza, ośrodki specjalistyczne, placówki dziennego pobytu, oferta dla opiekunów, edukacja i profilaktyka, przepisy i standardy, szkolenie kadr, badania naukowe. Wszystkie osiem elementów wdrożyły Francja i Wielka Brytania, pozostałe kraje wdrożyły od jednego do sześciu elementów. Także polskie organizacje pozarządowe wykazywały inicjatywę w tym zakresie, jednak nie doprowadziło to do przyjęcia rozwiązań krajowych” (NIK, 2017a). Wprowadzenie PPA jest koniecznością w zapewnieniu kompleksowej opieki i leczenia choroby oraz udzielaniu wsparcia osobie chorej oraz jej rodzinie. Obecnie funkcjonuje Krajowa Rada ds. Neurologii powołana w lutym 2022r. (Dz. U. 2022, poz. 19), której zadaniem będzie m.in. opracowanie i przedstawienie ministrowi

zdrowia propozycji działań w zakresie organizacji opieki nad chorymi z zaburzeniami w tym z chorobą otępienną. W zarządzeniu powołującym Krajową Radę ds. Neurologii jest co prawda mowa „o opracowaniu, we współpracy ze stowarzyszeniami będącymi towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, standardów postępowania medycznego w zakresie chorób neurologicznych i ich upowszechnianie” – § 4 pkt 2 – ( Dz. U. 2022, poz. 19), lecz nie ma informacji dotyczącej wprowadzenia Polskiego Planu Alzheimerowskiego. Przyjęcie owego planu jest ważne także z punktu widzenia propagowania informacji i wiedzy dotyczącej choroby Alzheimera wśród społeczeństwa. W Polsce bowiem problemem jest nie tylko zbyt późna diagnostyka, czy też niewystarczająca liczba lekarzy geriatrów, ale także niska świadomość społeczna w zakresie chorób otępiennych. Powodować to może lekceważenie symptomów zaburzeń otępiennych. Należy więc podjąć działania w kierunku uwrażliwienia społeczeństwa i podniesienia poziomu wiedzy w zakresie samej choroby oraz postępowania wobec osoby chorej i wsparcia jej opiekuna.

– **Działania na rzecz zwiększenia zatrudnienia w pomocy społecznej**

Dofinansowanie sektora pomocowego wiąże się także z obszarem pomocy społecznej i zatrudnianą w niej kadrą. Niewystarczająca liczba pracowników pomocy społecznej, a szczególnie pracowników socjalnych, co wielokrotnie wybrzmiało podczas przeprowadzanych badań, może być realnym problemem w podejmowaniu przez nich nowych działań na rzecz osób starszych i opiekunów nieformalnych. Rekomendacje w tym zakresie wiążą się z propagowaniem zawodu pracownika socjalnego wśród młodzieży, m.in. poprzez realizację projektów socjalnych z udziałem wolontariuszy bądź organizowanie wydarzeń okolicznościowych z okazji dnia pracownika socjalnego, ale także ze wzrostem wynagrodzeń.

– **Rozwój lokalnych inicjatyw na rzecz osób starszych i ich opiekunów nieformalnych oraz wspieranie rozwoju organizacji pozarządowych**

Rekomendacja ta odnosi się do wspierania oddolnych inicjatyw, tworzenia sieci wsparcia, miejsc spotkań seniorów, promowania podejmowanych działań np. wolontariatu, organizowania projektów, wydarzeń okolicznościowych. Tego typu działania sprzyjają kreowaniu pozytywnego wizerunku starości, są zgodnie z koncepcją edukacji do starości, w starości i przez starość, a także ideą aktywizacji osób starszych obejmującą nie tylko osoby starsze samodzielne, ale – odnosząc się do koncepcji A. Kamińskiego (1975) — wszystkie trzy fazy okresu starości, tj. zadawalającej sprawności, sprawności ograniczonej i fazy niesprawnej. Wartym podkreślenia jest fakt, iż w przypadku podejmowania różnego rodzaju aktywności należy wykorzystywać zasoby osób starszych i dążyć do tworzenia działań, które określiłam w niniejszej pracy, jako „aktywność od siebie”. Jest to istotne, gdyż obecnie

występuje dość szeroki wachlarz usług – w zależności od wielkości miasta – „aktywności dla siebie”, tj. UTW, kluby seniora, dzienne ośrodki wsparcia, koła gospodyń wiejskich, zajęcia taneczne, sportowe, chóry dla seniorów, etc. W „aktywności dla siebie” osoby starsze rozwijają swoje pasje, nabywają nowe umiejętności, trenują pamięć, zwiedzają, generalizując – dbają o swój dobrostan. Z doświadczeń zdobytych w Anglii oraz w wyniku analizy badań empirycznych wynika, iż „aktywność od siebie”, tj. ukierunkowana na podejmowanie działań pomocowych przez osoby starsze względem innych osób, występuje w większym stopniu w Anglii, niż w Polsce. Przyjmuje formę wolontariatu, np. w szpitalach, sklepach charytatywnych, klubach obiadowych. W związku z powyższym w Polsce występuje przestrzeń do tworzenia działań o charakterze „aktywności od siebie”. W tym względzie ważne jest propagowanie idei „aktywności od siebie” wśród osób prowadzących kluby seniora, dzienne ośrodki wsparcia, organizacje pozarządowe, czy też lokalnych działaczy poprzez pokazywanie dobrych praktyk w tym obszarze. Działania aktywizujące, zarówno „od siebie”, jak i „dla siebie” powinny być realizowane dwutorowo, tj. w obszarze wewnątrzpokoleniowym oraz międzypokoleniowym. Podczas gdy obszar wewnątrzpokoleniowy dotyczy działań stricte na rzecz osób starszych, to obszar międzypokoleniowy wiąże się z integracją różnych pokoleń, a tym samym zaangażowaniem różnego typu instytucji, tj. szkoły, przedszkola, domy dziecka, domy samotnych matek, szpitale, etc. Obszar międzypokoleniowy w zakresie aktywizacji osób starszych stwarza szerokie spectrum możliwości w postaci organizowania projektów, wydarzeń jednorazowych, cyklicznych. Atutem aktywizacji w obszarze międzypokoleniowym jest zatem integracja międzypokoleniowa, a także realizacja idei edukacji przez starość. W dobie cyfryzacji, przenikania wśród młodzieży świata wirtualnego z rzeczywistym, zaburzeń w komunikacji z drugim człowiekiem, a także w wyniku doświadczeń pandemii koronawirusa, która przyczyniła się do eskalacji owych problemów, propagowanie aktywizacji międzypokoleniowej i inicjatyw oddolnych bazujących na kontakcie z drugim człowiekiem, jest tym bardziej zasadne.

Nieodłącznym elementem działań aktywizujących w środowisku lokalnym, którego znaczenie należy podkreślić, jest współpraca wewnątrzsektorowa i międzysektorowa oraz koordynacja owych działań. W tym wypadku wartym rozważenia jest propozycja zorganizowania spotkań w gminach z udziałem podmiotów z różnych sektorów celem rozpowszechnienia idei aktywizacji seniorów w obszarze wewnątrzpokoleniowym i międzypokoleniowym, a także zwiększenia świadomości wśród lokalnych podmiotów na potrzeby osób starszych. Takie spotkanie mogłoby zostać zorganizowane w np. domu seniora, gdzie goście mogliby



zapoznać się z prezentowaną ideą nie tylko w formie prezentacji i przekazywanych informacji, ale także poprzez obserwację środowiska, w którym osoby starsze spędzają czas. Celem takiego spotkania byłoby przedstawienie idei aktywizacji seniorów oraz stworzenie lokalnego planu aktywizacji seniorów. Podejmowanie działań aktywizujących jest ważne dla każdego pokolenia, o czym pisał już A. Kamiński prezentując obszary aktywności skierowane do wszystkich generacji: obszar pracy użytecznej i cenionej, budzenia i utrwalania życiowych zainteresowań pozasobistych oraz obszar nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych w wyniku całożyciowego kształtowania umiejętności współżycia z ludźmi poprzez bycie uczynnym i życzliwym. Ponadczasowy wymiar obszarów aktywności Kamińskiego sprawia, iż w dobie XXI wieku są one nadal aktualne i mogą stanowić inspirację do realizacji idei aktywizacji współcześnie.

Wspieranie rozwoju lokalnych inicjatyw sprzyja wraz z propagowaniem aktywizacji także tworzeniu lokalnych struktur senioralnych, w postaci np. klubów, stowarzyszeń, pomocy sąsiedzkiej, które stanowić mogą alternatywę do powstających obecnie Dziennych Domów Senior+, generujących duże koszty.

Powstanie niniejszej rozprawy doktorskiej jest kontynuacją moich działań w zakresie pomocy środowiskowej na rzecz osób starszych, odzwierciedlających zgłębianą wiedzę oraz praktykę i doświadczenie zawodowe. Nie bez powodu w swojej pracy „Wsparcie kierowane do seniorów na przykładzie wybranych działów opieki społecznej w Anglii” posłużyłam się mottem Duccio Demetrio (2000, s. 12) „W życiu każdego z nas nadchodzi taki moment, w którym rodzi się przemożna chęć opowiadania o swoim życiu w inny niż zazwyczaj sposób”. Moje działania podejmowane na rzecz osób starszych w Polsce zarówno te w sferze naukowej, jak i praktycznej, są wynikiem moich doświadczeń zdobytych w pracy zawodowej w Anglii. W związku z powyższym prace mojego autorstwa, które powstały po powrocie do Polski w pewnym sensie nawiązują do fragmentu mojego życia z okresu pracy w pomocy społecznej w Anglii i były dla mnie innym sposobem opowiedzenia o swoim życiu – w zakresie stricte doświadczeń zawodowych w pomocy społecznej w Anglii. Z tym, że opowiadanie rozumiem w tym sensie jako pokazanie pewnej rzeczywistości, odnoszącej się do osób starszych, a konkretnie form pomocy, z których mogą one skorzystać. Rozprawa doktorska jest w pewnym sensie dalszym etapem opowiadania o moim życiu. Jednakże w tym wypadku odniosłam się do systemu pomocowego w obu krajach. Ponadto celem niniejszej rozprawy było nie tylko pokazanie rzeczywistości pomocowej obu krajów, ale także jej analiza, interpretacja oraz wskazanie wniosków i stworzenie rekomendacji dla systemu

pomocowego w Polsce, aby usprawnić środowisko pomocowe, które jest nablżej osoby starszej. Kierując się powyższym za motto rozprawy doktorskiej przyjąłm wypowiedź A. Kamińskiego (1974, s. 303), iż „ulepszenie środowiska życia pozwala najpełniej rozwinąć opiekę i pomoc, do czego wsprzęgane są wszystkie siły danej społeczności”. W twierdzeniu tym zawarte są trzy zagadnienia ważne dla pedagogiki społecznej oraz podejmowanej w tej rozprawy doktorskiej tematyki: środowiska, opieki i pomocy oraz społeczności. Odnosząc pedagogikę społeczną, która bada środowiskowe uwarunkowania życia człowieka, w tym także osoby starszej do niniejszej rozprawy doktorskiej wskazać należy, iż to właśnie tematyka środowiska, a konkretnie systemu pomocy środowiskowej była przedmiotem przeprowadzonych badań empirycznych. Funkcjonujące w lokalnej społeczności instytucje składają się na środowisko życia osób i realizują określone funkcje, (np. opiekuńcze, kontaktów społecznych oraz integracyjne). Instytucje te z jednej strony w realizacji swych działań są odzwierciedleniem regulacji prawnych, a z drugiej specyfiki wynikającej z lokalnych uwarunkowań. Dążąc zatem do ulepszania środowiska pomocowego dla osób starszych należy podejmować działania zarówno w obszarze polityki społecznej oraz w wymiarze mezzo i micro, promując inicjatywy lokalne. Należy przy tym odwoływać się do dobrych praktyk krajów, które mają doświadczenie w tym zakresie. Przykładem tego jest właśnie niniejsza rozprawa doktorska odwołująca się do systemu pomocowego w Anglii i wskazująca na elementy, których wdrożenie do polskiego systemu pomocy środowiskowej mogłoby stanowić przesłankę do jego ulepszenia. Specyfika systemu pomocowego w Anglii opartego na wolnym rynku i znaczącej roli organizacji pozarządowych sprawia, iż nie jest możliwym wdrożenie rozwiązań funkcjonujących w Anglii do systemu polskiego bez uprzedniego dokonania modyfikacji i dostosowania ich do uwarunkowań panujących w Polsce. Ważnym natomiast jest dogłębne poznanie i zrozumienie rozwiązań angielskich, w tym zasad ich funkcjonowania przed wdrożeniem ich do systemu w Polsce. Jest to szczególnie istotne w sytuacji uchwalenia nowej Ustawy o opiece z 2014 r., gdyż jej przyjęcie z jednej strony podkreśliło znaczenie różnorodnych form pomocy w środowisku lokalnym oferowanym przez sektor pozarządowy i prywatny, promując ideę personalizacji usług, a z drugiej akcentowało odpowiedzialność jednostki za działania w zakresie pomocowym i prowadzenie niezależnego życia, co przejawiało się zmniejszeniem usług oferowanych bezpośrednio przez sektor państwowy. Ustawa o opiece z 2014 roku jako akt prawny wprowadziła szereg zmian w wielu obszarach funkcjonowania pomocy społecznej i władz lokalnych i jest odpowiedzią na wyzwania związane z demograficznym starzeniem się, ale jej przyjęcie nie rozwiązuje występujących trudności np. w obszarze współpracy systemu

pomocy z opieką zdrowotną. Warty uwagi jest fakt – z punktu widzenia zmian w polskim systemie pomocowym –, iż oprócz uproszczenia dotychczasowego ustawodawstwa, jednym z celów tej Ustawy było zapewnienie, aby przepisy prawne dotyczące systemu opieki dla osób dorosłych (ang. *adult social care*) propagowały i rozpowszechniały idee w zakresie zdrowia i opieki. Idee te określić można jako trzy paradygmaty skutecznego funkcjonowania pomocy społecznej na rzecz dorosłych, w tym osób starszych: 1. Podejście skoncentrowane na osobie; 2. Ocena indywidualnych potrzeb; 3. Integracja i koordynacja działań różnych podmiotów. Paradygmaty te przedstawiłam w rozprawie doktorskiej w różnych jej częściach wraz z uwzględnieniem wyzwań związanych z ich stosowaniem w praktyce. Retoryka personalizacji i możliwości wyboru zajmuje zatem znaczące miejsce w nowym ustawodawstwie w Anglii. Podstawową zasadą personalizacji jest to, że opieka i wsparcie powinny być zindywidualizowane i dostosowane do konkretnych potrzeb danej osoby, aby tym samym dawać jej większą niezależność, wybór i kontrolę nad własnym życiem (Glasby, 2012). Chociaż podkreślanie znaczenia personalizacji nie jest nowe, to koncepcja ta zyskała po raz pierwszy rangę ustawową. Przejawem czego jest wprowadzenie budżetu osobistego, który zgodnie z wytycznymi stanowi istotną część dążenia do zapewnienia zindywidualizowanej opieki, m.in. poprzez możliwość skorzystania z usługi w postaci płatności bezpośredniej. Niezbędna w realizacji trzech paradygmatów funkcjonowania systemu pomocowego jest triada koncepcyjna, stanowiąca podłoże teoretycznej współczesnej polityki senioralnej: teoria aktywnego starzenia się, starzenie się w środowisku zamieszkania oraz edukacja do starości.

Wprowadzając zmiany w polskiej polityce społecznej opartej na przedstawionej w niniejszych badaniach triadzie koncepcyjnej oraz dążąc do wprowadzenia mechanizmów umożliwiających stosowanie trzech paradygmatów skutecznego funkcjonowania systemu pomocy należy brać pod uwagę różnorodne działania wszystkich czterech podmiotów diamentu opieki. Celem owych działań pomocowych powinna być organizacja takich form wsparcia, które zaspokajają potrzeby szerokie, wychodzące poza zakres ograniczeń fizycznych a umożliwią korzystanie z zasobów środowiska lokalnego. Adresatami działań powinna być zatem cała subpopulacja osób starszych. Oznacza to wprowadzanie – dla tych zdrowych i chętnych do kontynuowania aktywności zawodowej – usług oraz udogodnień w postaci elastycznych godziny pracy i możliwości pracy w warunkach sprzyjających seniorom, – dla lokalnych działaczy – możliwości podejmowania aktywności, inicjatyw w środowisku i różnego rodzaju wolontariatu, pomocy sąsiedzkiej, uczestnictwa w organizacjach senioralnych – dla osób zależnych – różnorodnych form wsparcia

usługowego. Propagując ideę aktywnego starzenia się należy także pamiętać o prawie wyboru osób starszych, gdyż niektóre z nich będą chciały ograniczać własną aktywność zewnętrzną. Współczesny system pomocy w Polsce zmagając się z wieloma wyzwaniami, które przedstawiłam w pracy wymaga przekształcenia w zakresie zapewniania nie tylko odpowiedniego bytu i usług opiekuńczych, ale także integracji, zachowania samodzielności i podejmowania aktywności w różnych wymiarach oraz wsparcia opiekunów nieformalnych, a także współpracy wewnątrz i międzysektorowej. Rozwój zróżnicowanych form pomocy środowiskowej, w tym w obszarze usług opiekuńczych w Polsce – zaproponowanych w iniejszej rozprawie na podstawie doświadczeń angielskich, np. wprowadzenie Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności, podejścia skoncentrowanego na osobie, oceny potrzeb opiekunów nieformalnych – stanowi wyzwanie pod względem legislacyjnym, orgnaizacyjnym, finansowym, ale także kadrowym. Należy także pamiętać, iż ważnym elementem wsparcia niezależności i starzenia się w środowisku zamieszkania jest umożliwienie korzystania z nowych technologii, takich jak teleopieka. Z zastrzeżeniem, że jest to usługa wspomagająca i oferowana wraz z innymi formami wsparcia, a nie substyt w stosunku do kontaktów z drugim człowiekiem.

Cechą współczesną polityki senioralnej jest więc zaangażowanie różnorodnych podmiotów w realizację zadań społecznych opartych o założenia triady koncepcyjnej. Tworzenie warunków do szeroko pojętej współpracy w sektorze pomocowym sprzyjać będzie rozwojowi środowiskowych form pomocy, a także wzrostowi świadomości wśród społeczeństwa w zakresie zagadnień starości i starzenia się. W tym względnie ważną rolę odgrywają inicjatywy propagujące ideę edukacji do starości, na co także zwróciłam uwagę w podjętej tematyce pracy badawczej.

Przeprowadzone w tej pracy badania empiryczne miały charakter deskryptywno-interpretacyjny. Ich podstawowym celem było przedstawienie sposobu funkcjonowania środowiskowego systemu pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii, składającego się z punkty widzenia pedagogiki społecznej na środowisko życia osób starzych. Poznanie obu systemów stanowiło przesłankę do ich porównania w sześciu obszarach, a następnie wyciągnięcia wniosków i stworzenia rekomendacji dla możliwości aplikacyjnych angielskich dobrych praktyk do polskiego systemu pomocowego. Przedstawiony w rozprawie doktorskiej materiał, który zebrany został w toku przeprowadzonych badań własnych jest obszerny zakresowo (uwzględnia: oś przekrojową – czas, oś wertykalną – poziom międzynarodowy, makro, mezzi i micro, oś horyzontalną – wielosektorowość). Nie obrazuje jednak wszystkich zagadnień związanych z funkcjonowaniem systemu pomocy środowiskowej. Intencjonalnie

bowiem skoncentrowałam się na pomocy społecznej, przedstawiając jej środowiskową specyfikę, odnosząc się przede wszystkim do sposobu jej funkcjonowania i form pomocy dla osób starszych oraz ich opiekunów nieformalnych. Inne zagadnienia związane z tym obszarem, np. opieka zdrowotna, świadczenia pieniężne, praca socjalna z osobami starszymi i opiekunami nieformalnymi zostały zasygnalizowane w niniejszej pracy, ale stanowią punkt wyjścia do kolejnych badań empirycznych. Zaprezentowane badania mogą być postrzegane jako uzupełnienie do innych badań porównawczych w zakresie systemu pomocowego. Podjęte badania stały się pewnego rodzaju formą działania na rzecz propagowania i promowania, w systemie pomocowym dla osób starszych, idei personalizacji i wielowymiarowej aktywności obejmującej całą subpopulację osób starszych, a tym samym edukacji do starości, co jest jednym z zadań geragogiki.

## Bibliografia

- Abramski, O. (2017). Osoby starsze w kontekście systemu wartości – wybrane zagadnienia. W: G. Libor (red.), *Starość nie jedną ma twarz – badania interdyscyplinarne nad starością* (s. 23-57). Będzin: Wydawnictwo internetowe e-bookowo.
- Adams, W. C. (2015). Conducting Semi-Structured Interviews. W: K. E. Newcomer, H. P. Hatry, J. S. Wholey (ed.), *Handbook of Practical program evaluation* (pp. 492–505). San Francisco: Jossey-Bass.
- Allen, K., Glasby, J. (2013). „The Billion Dollar Question”: Embedding Prevention in Older People’s Services-Ten „High-Impact” Changes. *British Journal of Social Work*, 43 (5), 904–924. DOI: doi.org/10.1093/bjsw/bcs024
- Auleytner, J. (2002). *Polityka społeczna czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Babbie, E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: PWN.
- Babbie, E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- Bakalarczyk, R. (2011). Tworzenie się systemu opieki długoterminowej w Polsce – między służbą zdrowia a pomocą społeczną. W: M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej* (s. 42–50). Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Bakalarczyk, R. (2021). *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Kraków-Warszawa: Wydawnictwo Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej.
- Balon, K., i in. (2011). *Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania*. Warszawa: Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych.
- Baranowska, A. (2017). Starzenie się społeczeństwa europejskiego jako wyzwanie XXI wieku. *Casus Polski. Opuscula Sociologica*, 55–66.  
<https://doi.org/10.18276/os.2017.4-04>
- Barr, N. (1993). *Ekonomika polityki społecznej*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Bartlett, L., Vavrus, F. K. (2017). *Rethinking case study research: A comparative approach*. Routledge, Taylor, Francis Group.
- Baum, E. (2009). *Terapia zajęciowa*. Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o.
- Bauman, T. (1998). O możliwości zastosowania metod jakościowych w badaniach pedagogicznych. W: T. Plich (red.), *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wyd. Żak.
- Bauman, T. (2010). Poznawczy status danych jakościowych. W: J. Piekarski, D. Urbaniak-Zajęc, J. K. Szmida (red.), *Metodologiczne problemy tworzenia wiedzy w pedagogice*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bednarowska, Z. (2015). Desk research – Wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych. *Marketing i rynek*, 7, 18–26.
- Beresford, B., at al. (2019). Reablement services for people at risk of needing social care: The MoRe mixed-methods evaluation. *Health Services and Delivery Research*, 7 (16), 1–218. <https://doi.org/10.3310/hsdr07160>
- Berezowski, J., Guzak, B. (2016). *Realizacja prawa do opieki długoterminowej*. Racibórz: Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej
- Bernard, M., Phillips, J. (2000). The challenge of ageing in tomorrow’s Britain. *Ageing and Society*, 20, 33–54.

- Białyżył, K. (2019). Wybrane obszary aktywności polskich seniorów w świetle europejskich raportów Indeksu Aktywnego Starzenia. *Niepelnosprawność*, 34, 114–130. <https://doi.org/10.4467/25439561.NP.19.021.11851>
- Bień, B. (1997). Starzenie się pomyślne versus zwyczajne. *Gerontologia Polska*, 4, 40–44.
- Bień, B. (2001). Nie wolno ignorować starości. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 1 (43), 10–11.
- Bień, B. (2017). *Pomyślne starzenie się*. W: A. A. Zych (red.) *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 3, s. 65–68). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Bień, B., Doroszkiewicz, H. (2006). Opieka długoterminowa w geriatrici: Dom czy zakład opieki? *Przewodnik Lekarza*, 10, 48–57.
- Bleijlevens, M., et al. (2015). Changes in caregiver burden and health-related quality of life of informal caregivers of older people with Dementia: Evidence from the European RightTimePlaceCare prospective cohort study. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (6), 1378–1391.
- Blok, M., et al. (2020). The use of information and communication technologies by older people with cognitive impairments: From barriers to benefits. *Computers in Human Behavior*, 104, 106–173. DOI: 10.1016/j.chb.2019.106173
- Błachnio, J. R. (2015). Starość człowieka w myśli filozoficzno-społecznej. *Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 9 (1), 75–88.
- Błądowski, P. (1999). Polityka społeczna wobec osób starszych w Unii Europejskiej i w Polsce. W: K. Głąbicka (red.), *Społeczne skutki integracji Polski z Unią Europejską*. Warszawa: Wydawnictwo WSP TWP.
- Błądowski, P. (2002). *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
- Błądowski, P. (2012). Polityka wobec osób starych – cele i zasady. *Studia BAS*, 2 (30), 201–216.
- Błądowski, P., i in. (2006). *Supporting family carers of older people in Europe—The National Background Report for Poland*. Hamburg: LIT VERLAG.
- Błądowski, P., i in. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Błądowski, P. (red.). (2020). *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro. Raport*. Warszawa: Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”.
- Bojanowska, A., Łęgowik, K. (2017). Historia starości, czyli status seniora na przestrzeni dziejów. W: A. Bojanowska, J. Przywojska (red.), *Polityka społeczna wobec wyzwań demograficznych* (s. 8–25). Łódź: Instytut Diagnoz i Analiz Społecznych Stowarzyszenie IDAS.
- Booth, F. W., Roberts, C. K., Laye, M. J. (2012). Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology*, 2 (2), 1143–1211.
- Borowiak, E., Kostka, T. (2010). Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgniacyjnych. *Gerontologia Polska*, 18, 207–214.
- Brammer, A. (1994). The Registered Homes Act 1984: Safeguarding the elderly? *Journal of Social Welfare and Family Law*, 16 (4), 423–437.
- Brand, D., Green, L., Statham, D. (2010). *Facts about FACS 2010: A guide to Fair Access to Care Services*. London: Social Care Institute for Excellence (SCIE).
- Bromley, D. B. (1969). *Psychologia starzenia się*. Warszawa: PWN.
- Brownlie, I., Goodwin-Gill, G. S. (ed.). (2010). *Brownlie's documents on human rights* (6th ed). Oxford-New York: Oxford University Press.

- Brzezińska, M. (2011). *Proaktywna starość: Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*. Warszawa: Difin.
- Bugajska, B. (2005). *Tożsamość człowieka w starości: Studium socjopedagogiczne*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Bühler, Ch. (1999). *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Chabior, A. (1995). Rozumienie starości i jej akceptacja: Stan badań. *Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne*, 10, 123–133.
- Chabior, A., Wawrzyniak, J. K., Fabiś, A. (2017). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cochrane, A., et al. (2013). Home-care „re-ablement” services for maintaining and improving older adults’ functional independence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 (1-11). DOI: 10.1002/14651858.CD010825.
- Coni, N., Davison, W., Webster, S. (1994). *Starzenie się*. Warszawa: PWN.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Crews, D. E. (2005). Artificial Environments and an Aging Population: Designing for Age-Related Functional Losses. *Journal of PHYSIOLOGICAL ANTHROPOLOGY and Applied Human Science*, 24(1), 103–109.
- Croucher, K., Hicks, L., Jackson, K. (2006). *Housing with care for later life: A literature review*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Cumming, E., Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Arno Press.
- Cutchin, M. (2004). Using Deweyan philosophy to rename and reframe adaptation-to environment. *American Journal of Occupational Therapy*, 3(58), 303–312.
- Czekanowski, P. (2013). Proces starzenia się społeczeństw a sytuacja rodzinna ludzi starych. *Przegląd Socjologiczny*, 2 (62), 55–78.
- Czermiński, A., Grzybowski, M., Ficoń, K. (2001). *Podstawy organizacji i zarządzania*. Gdynia: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu.
- Czerniawska, O. (2000). Edukacja osób „trzeciego wieku”. W: *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii: Szkice i rozprawy*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Czerniawska, O. (2007). *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii: Szkice i rozprawy*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Czub, K., Szpyrka, S., Zaręba, M. (2017). *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Poznań: Wydawnictwo Obserwatorium Integracji Społecznej.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage and the Life Course. *Journal of Gerontology*, 58b, 327–337.
- Davey, J., Ganesh, N., Virginia, de J., Arcus, M. (2004). *Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand*. Wellington: Institute for Research on Ageing/Business and Economic Research Ltd, for Centre for Housing Research Aotearoa.
- Demetrio, D. (2000). *Autobiografia: Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Denscombe, M. (2006). *The good research guide*. Maidenhead: Open University Press.
- Denzin, K. N., Lincoln, S. Y. (2009). *Metody badań jakościowych* (t. 1) Warszawa: PWN.
- Denzin, N. K. (2009). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New Brunswick, London: Aldine Transaction.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (ed.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research* (4th ed). Thousand Oaks: Sage.



- Department of Health. (2007). *Homecare Re-ablement. Efficiency delivery: Supporting sustainable transformation*. London: Department of Health.
- Derejczyk, J. (2020). Platforma internetowa – narzędzie do przeprowadzenia badań przesiewowych. W: *Diagnoza, leczenie, opieka i dobre praktyki w chorobach otępiennych – ustalenia konferencji Rzecznika Praw Obywatelskich i organizacji alzheimerowskich* (s. 24–31). Warszawa: Wydawnictwo Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Dubel, L. (2005). *Historia doktryn politycznych i prawnych do schyłku XX wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
- Durda, M. (2010). Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się. *Gerontologia Polska*, 18 (2), 76–85.
- Dyck, I., et al. (2005). The home as a site for long-term care: Meanings and management of bodies and spaces. *Health and Place*, 173–185, 11.
- Dziewięcka-Bokun, L. (2003). Rola państwa w realizacji polityki społecznej w okresie transformacji ustrojowej w Polsce. W: K. Zamorska, L. Dziewięcka-Bokun (red.), *Polityka społeczna-teksty źródłowe* (s. 40–57). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: University Press.
- Esping-Andersen, G. (2010). *Spoleczne podstawy gospodarki postindustrialnej*. Warszawa: WSP TWP.
- Fala, A. M. (red.). (2016). *Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Aluna.
- Fidecki, W., i in. (2018). Wybrane elementy oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych. *Geriatrics*, 12, 69–73.
- Filanowski, B. (2021). Studium przypadku jako metoda badania procesów zachodzących w komunikacji społecznej. W: A. Barańska-Szmitko (red.), *Metody badania komunikacji i mediów. Perspektywa teoretyczna i analityczna*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <https://doi.org/10.18778/8220-429-2.16>
- Flick, U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa: PWN.
- Formosa, M. (2019). Universities of the Third Age. W: D. Gu, M. E. Dupre (ed.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp. 1–6). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2\\_412-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_412-1)
- Fox, K. (2014). *Przejrzeć Anglików: Ukryte zasady angielskiego zachowania*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza.
- Fusch, P., Fusch, G. E., Ness, L. R. (2018). Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. *Journal of Social Change*, 10 (1). <https://doi.org/10.5590/JOSC.2018.10.1.02>
- Geerts, J., Willemé, P., Mot, E. S. (ed.). (2012). *Long-term care use and supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland*. Brussels: ENEPRI.
- Genet, N., et al. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, 1–14.
- Geremek, B. (1989). *Litość i szubienica: Dzieje nędzy i miłosierdzia*. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
- Gibbs, G. (2015). *Analizowanie danych jakościowych*. Warszawa: PWN.
- Giddens, A. (2005). *Socjologia*. Warszawa: PWN.
- Gilleard, C., Hyde, M., Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place and attachment to place on the well being of the over 50s in England. *Research on Aging*, 6 (29), 590–605.
- Glasby, J. (ed.). (2012). *Commissioning for Health and Well-being*. Bristol: Policy Press.

- Glendinning, C., i in. (2010). *Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. York: University of York.
- Goffman, E. (2006). Charakterystyka instytucji totalnych. W: A. L. Jasińska-Kania, L. M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Golinowska, S. (2018). *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.
- Green, L. C., Clarke, K. (2016). *Social policy for social work: Placing social work in its wider context*. Cambridge: Polity Press.
- Grewiński, M. (2009). *Wielosektorowa polityka społeczna: O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Grewiński, M. (2011). Od systemu opieki przez politykę pomocy do aktywizacji i integracji społecznej w Polsce. W: M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Grewiński, M. (2013). *Założenia modelu "Social services mix state" na potrzeby międzynarodowego projektu badawczego Norface z udziałem partnerów zagranicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Grewiński, M. (2014). Social services mix state jako nowatorski i przyszłościowy model polityki społecznej. W: E. Trafiałek (red.), *Innowacje w polityce społecznej XXI wieku* (s. 90–115). Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Grewiński, M., Karwacki, A. (red.). (2010). *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Grewiński, M., Zasada-Chorab, A. (2012). *System pomocy społecznej w Polsce—Wyzwania i kierunki*. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu.
- Gutowska, A. (2015). (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 8, 9-33. <https://doi.org/10.14746/ikps.2015.8.01>
- Halicki, J. (2006). Społeczne teorie starzenia się. W: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi: Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej* (s. 255-276). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Hall, A., Midgley, J. (2004). *Social Policy for Development*. London: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446219973>
- Hammersley, M., Atkinson, P. (2000). *Metody badań terenowych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Hanson, J., Tetley, J., Clarke, A. (1999). Respite care for frail older people and their family carers: Concept analysis and user focus group findings of a pan-European nursing research project. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6), 1396–1407. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01215.x>
- Hanson, J. (2001). From Sheltered Housing to Lifetime Homes: An inclusive approach to housing. In: S. Winters (ed.), *Lifetime Housing in Europe* (pp. 35–57). Leuven: Katholieke Unversiteit Leuven.
- Harper, G., Crews, D. (2000). Aging, senescence, and human variation. In: *Human Biology: An Evolutionary and Biocultural Perspective* (pp. 465–505). Wiley-Liss.
- Higgs, P. (1995). Citizenship and old age: The end of the road? *Ageing and Society*, 15 (4), 535–550.
- Hill, M. (2010). *Polityka społeczna we współczesnym świecie: Analiza porównawcza*. Warszawa: Difin.

- HM Government. (2012). *Caring for our Future: Reforming Care and Support*. The Stationary Office. London.
- Houben, P. P. J. (2001). Changing Housing for Elderly People and Co-ordination Issue in Europe. *Housing Studies*, 5 (16), 652–673.
- Jackson, E., Abraham. (2018). Challenges of research methodology in practices and the epistemic notion of mixed methods in the Academia. *International Journal of Interdisciplinary Research Methods*, 1 (5), 19–31.
- Jarrett, T. (2015). *Social Care: Direct Payments from a Local Authority (England) in Briefing Paper*. London: House of Commons Library.
- Jensen, J. (2015). Social Innovation: Redesigning the Welfare Diamond. In: A. Nicholls, J. Simon, M. Gabriel (ed.), *New Frontiers in Social Innovation Research* (pp. 89–106). Hampshire: Palgrave Macmillan UK.
- Józefiak-Materna, A. (2021). *Sprawozdanie z pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej za 2020 rok*. Wrocław: MOPS.
- Józefiak-Materna, A. (2022a). *Sprawozdanie z Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych za 2021 rok*. Wrocław: MOPS Wrocław.
- Józefiak-Materna, A. (2022b). *Sprawozdanie z pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej za 2021 rok*. Wrocław: MOPS.
- Jurek, Ł. (2007). Sektor opieki długoterminowej-analiza kosztów. *Gerontologia Polska*, 15(4), s. 111-115.
- Jurek, Ł. (2009). *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Jurek, Ł. (2012). Aktywne starzenie się jako paradygmat w polityce społecznej. *Polityka Społeczna*, 3, 8–12.
- Jurek, Ł. (2015). Indeks Aktywnego Starzenia Się jako narzędzie ewaluacji polityki senioralnej. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica, Różnorodność spojrzenia na starość i starzenie się ludności* 4 (315), 43–53.
- Jurek, Ł. (2020). Regulacja rynku opieki długoterminowej. W: P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Dziś i jutro*. Warszawa: Koalicja na pomoc niesamodzielnym.
- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kamiński, A. (1965). *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*. Wrocław-Warszawa-Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Kamiński, A. (1974). *Funkcje pedagogiki społecznej: Praca socjalna i kulturalna* (2. wyd.). Warszawa: PWN.
- Kamiński, A. (1975). Pedagogika w służbie gerontologii społecznej. *Człowiek w Pracy i w Osiedlu*, 4, 7–26.
- Kamiński, A. (1978). *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa: PWN.
- Kamiński, A. (1986). Pedagogika w służbie starości. W: *Encyklopedia seniora* (s. 115–117). Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kamiński, R. (2010). Geneza i ewolucja polityki społecznej w Wielkiej Brytanii. Historyczne determinanty brytyjskiego modelu państwa opiekuńczego. *Civitas Hominibus: rocznik filozoficzno-społeczny*, 5, 27–48.
- Kandel, I. (1933). *Comparative education*. London: Houghton Mifflin.
- Karczewska, B., Bień, B. (2012). Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce—Czynniki ryzyka obciążenia opieką. *Gerontologia Polska*, 20 (2), 59–67.

- Kargul, J. (2005). *Obszary pozaformalnej i nieformalnej edukacji dorosłych: Przesłanki do budowy teorii edukacji całościowej*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP.
- Kawula, S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Pedagogika Opiekuńczo-Wychowawcza*, 1.
- Kawula, S. (2004). Wychowanie może być „filtrem” pomiędzy konsonansem a dysonansem społecznym. *Pedagogika Społeczna*, 2 (4).
- Kawula, S. (2012). *Pedagogika społeczna dzisiaj i jutro*. Toruń: Wyd. Edukacyjne Akapit.
- Kaye, H. S., LaPlante, M. P., Harrington, C. (2009). Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? *Health Affairs*, 1 (28), 62–72.
- Kent, J., at al. (2000). *External Evaluation of the Home Care Re-ablement Pilot Project*. Leicester: De Montfort University.
- Kilian, M. (2016). Otoczenie przyjazne osobom w starszym wieku w świetle koncepcji Aging-in-Place. W M. Herudzińska, R. Błaszczak (red.), *Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku* (s. 216–228). Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Kilian, M., Czech. (2012). Rodzinne Domy Pomocy alternatywną formą instytucjonalnej opieki dla osób w starszym wieku. *Praca Socjalna*, 4, 39–56.
- King, A., Parsons, M., Robinsosn, E., Jørgensen, D. (2011). Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: A cluster randomised trial. *Health and Social Care in the Community*, 20 (1), 70–79.
- Kirkwood, T. (2005). *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*. Kielce: Wyd. Charaktery.
- Kirschenbaum, H., Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37–51.
- Klimczuk, A. (2014). Wybrane koncepcje polityki społecznej związane ze starzeniem się ludności. W: K. Sztop-Rutkowska (red.), *Seniorzy Partycypują* (s. 15–26). Białystok: Fundacja Laboratorium Badań i Działań Społecznych „Soclab”.
- Klimczuk, A. (2015). Model wielosektorowej polityki społecznej wobec ludzi starcy i starości w kontekście zmiany technologicznej. *Zarządzanie Publiczne*, 2 (32), 41–53.
- Klimczuk, A. (2018). Dyskusja redakcyjna. Polityka senioralna w Polsce. *Studia z Polityki Publicznej*, 4 (20), 97–143.
- Klonowicz, S. (1979). *Oblicza starości*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Knapp, M. R. J. (1977). The Activity Theory of Aging An Examination in the English Context. *The Gerontologist*, 17 (6), 553–559. <https://doi.org/10.1093/geront/17.6.553>
- Kocemba, J. (2007). Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Instytut Geriatrii.
- Kokoszkiwicz, A. (2015). *Opieka społeczna jako zadanie państwa: Studium teoretycznoprawne*. Lublin: Wydawnictwo Europejskiej Fundacji Przedsiębiorczości.
- Komp, K. (2011). The Political Economy of the Third Age. In: D. C. Carr, K. Komp (ed.), *Gerontology in the Era of the Third Age. Implications and Next Steps*. New York: Springer Publishing.
- Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Konkluzje Rady, nr 2012/C. 396/02, Unia Europejska (2012).
- Kotlarska-Michalska, A. (2000). Starość w aspekcie socjologicznym. *Roczniki Socjologii Rodziny*, XII, 147–159.

- Kowalik, P. (2012). Zasada subsydiarności a przypisanie wydatków i podatków w federacjach – ujęcie teoretyczne. *Nauki Społeczne Social Sciences*, 1 (5), 103–115.
- Krajewski, M. (2020). *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego*. Płock: Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica WN NOVUM.
- Kraus, M. et al. (ed.). (2011). *A typology of long-term care systems in Europe*. Brussels: ENEPRI.
- Krupa, B. (2012). Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna. *Nowiny Lekarskie*, 1.
- Kryńska, E., Szukalski, P. (red.). (2013). *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej: Raport końcowy*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krzyszczkowski, J. (2013). Pomoc społeczna wobec starzenia się społeczeństwa polskiego. *Przegląd Socjologiczny*, 62/2, 9–31.
- Krzyszczkowski, J. (2018). Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy polityki społecznej*, 42, 37-52.
- Krzysztofiak, D. (2017). Starość w środowisku lokalnym. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (T. 3, s. 454–456). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Krzyżanowski, J. (2004). *Psychogeriatrya*. Warszawa: Medyk.
- Książkowski, M. (1998). Modele polityki społecznej. W: A. Rajkiewicz, J. Supińska, & M. Książkowski (red.), *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Kubicki, P., Łuczak, P. (2020). Organizacje pozarządowe w systemie opieki długoterminowej. W: P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i Jutro*. Warszawa: Koalicja na pomoc niesamodzielnym.
- Kubicki, P., Łuczak, P., Jurek, Ł. (2020). Podmioty publiczne i komercyjne w systemie opieki długoterminowej. W: *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*. Warszawa: Koalicja na pomoc niesamodzielnym.
- Kubinowski, D. (2011). *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia-Metodyka-Ewaluacja*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kubinowski, D. (2016). Istota jakościowych badań pedagogicznych. W: *Jakościowe Badania Pedagogiczne* (T. 1, s. 5–15). Czsopismo Naukowe On-Line.
- Kujawska, J. (2015). Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2015 (74/1), 709–722. doi.org/10.18276/frfu.2015.74/1-62
- Labus, A. M. (2017). Aktywne starzenie się. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 1, s. 71). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Lawton, M. P. (1985). The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behaviour*, 4 (17).
- Lecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Society*, 1 (20), 21–33.
- Legg, L., et al. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30 (8), 741–749. doi.org/10.1177/0269215515603220
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511–523.
- Leoński, Z. (2004). *Zarys prawa administracyjnego*. Warszawa: PWN.

- Leszczyńska-Rejchert, A. (2005). *Człowiek starszy i jego wspomaganie — W stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2019). *Wbrew stereotypom - pomyślna starość „wyjątkowych” seniorów: Studium z pedagogiki społecznej*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leś, A. (2002). *Pomoc społeczna. Od klientyzmu do partycypacji*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Łotocki, Ł. (2012). Barwy jesieni życia. O społeczno-kulturowym obrazie starości. *Problemy Polityki Społecznej*, 17, 131–145.
- Łuczak, P., Bakalarczyk, R. (2020). Charakterystyka rozwiązań zagranicznych. W: P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro* (s. 21–33). Warszawa: Koalicja na pomoc niesamodzielnym.
- Mackenzie Basil William Sholto. (2017). W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 205). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Majgaard, K., Mingat, A. (2012). *Education in Sub-Saharan Africa: A Comparative Analysis*. Washington: World Bank Publications.
- Makowska, M. (2013). *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Marczak, J. (2017). The Care Act 2014 in England. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(3). <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.17.023.7803>
- Maszke, A. (2004). *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Maxwell, J. A. (2016). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Mayntz, R., Hubner, P., Holm, K. (1985). *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*. Warszawa: PWN.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- Means, R., Smith, R. (1985). *The Development of Welfare Services for the Elderly*. London: Croom Helm.
- Mendel, M. (2017). *Pedagogika miejsca wspólnego: Miasto i szkoła*. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Katedra.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education* (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Midwinter, E. (1994). *The Development of Social Welfare in Britain*. Buckingham: Open University Press.
- Mielczarek, A. (2014). Wykluczenie społeczne ludzi starszych – źródła, przejawy, konsekwencje. W: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*. Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.
- Milczarek, D. (red.). (1996). *Subsydiarność*. Warszawa: Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego.
- Mirewska, E. (2017). Pomoc społeczna. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (T. 3, s. 63). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Miruć, A. (2006). O istocie pomocy społecznej. *Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka*, 4 (5), 20–42.
- Miskelly, F. G. (2001). Assistive technology in elderly care. *Age and Ageing*, 30, 455–458.

- Mizerek, H. (2017). Studium przypadku w badaniach nad edukacją. Istota i paleta zastosowań. *Przegląd Pedagogiczny*, 1 (21), 9–22.
- Młodziak, I. (2016). O zmienności pojęć: Społeczna historia starości. *Konteksty Społeczne*, 4(2(8)), 50–64.
- Moroń, D. (2013). Trzeci sektor w teorii wielosektorowej polityki społecznej. *Wrocławskie Studia Politologiczne*, 15, 7–17.
- Musiewicz, P. (2019). Krytyka nowego prawa o ubogich w ujęciu ruchu oksfordzkiego 1833-1845). *Politeja*, 15(55), 57–75. <https://doi.org/10.12797/Politeja.15.2018.55.04>
- Muszalik, M., Biercewicz, M. (2010). Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. W K. Kędziora Kornatowska, M. Muszalik, E. Skolmowska (red.), *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Muszalski, W. (2010). *Prawo socjalne*. Warszawa: PWN.
- Muszyński, M. (2020). Analiza recepcji teorii starzenia się w Polsce na przykładzie teorii aktywności i teorii wycofania. *Rocznik Andragogiczny*, 26, 171. <https://doi.org/10.12775/RA.2019.010>
- National Association of Care Catering. (2018). *Meals on Wheels Survey*. National Association of Care Catering.
- Necel, R., Zaręba, M. (2016). Usługi społeczne dla seniorów – stan obecny i potencjał rozwoju. Perspektywa regionalna. W: A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz (red.), *Polityka społeczna wobec wyzwań demograficznych i przemian społecznych* (s. 105–120). Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Needham, C. (2012). *What is happening to the Day Centre Services?* Birmingham: University of Birmingham.
- NIK. (2017a). *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- NIK. (2019). *Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- NIK. (2016). *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Nitecki, S. (2008). *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. Z o.o.
- Nowak, S. (2012). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- Nowakowska-Siuta, R. (2014). *Pedagogika porównawcza: problemy, stan badań i perspektywy rozwoju*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”
- Nowicka, A., Bąbka, Jarosław (red.). (2008). *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- OECD. (red.). (1998). *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris: OECD.
- Okoń, W. (2004). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pachociński, R. (2007). *Pedagogika porównawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Palka, S. (2006). *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Palka, S. (2011). Triangulacja w badaniach procesu dydaktyczno-wychowawczego. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 119–123.
- Parnowski, T. (2009). Psychologiczne starzenie się człowieka. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy istu-dentów*. Gdańsk: Via Medica.
- Parsons, J. G. M., et al. (2013). A randomised controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1015–1022.

- Pastalan, L. (red.). (1990). *Aging in place: The role of housing and social supports*. New York: Haworth Press.
- Pawlak, J. (2022). *Deinstytucjonalizacja usług społecznych – dobre praktyki*. Wrocław: Dolnośląski Urząd Wojewódzki.
- Peace, S., Kellaher, L., Willcocks, D. (1997). *Re-evaluating long term residential care*. Buckingham: Open University Press.
- Perek-Białas, J., i in. (2013). *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacja i praktyka badawcza*. Warszawa: PWN.
- Pędich, W. (1999). Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku. *Ethos*, 3, 129–137.
- Pieter, J. (1960). *Poznanie środowiska wychowawczego*. Wrocław-Kraków: PAN.
- Pilch, T. (1995). Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany. W: T. Pilch, I. Lipalczyk (red.), *Pedagogika społeczna* (s. 155–173). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pommer, E., Woittiez, I., Stevens, J. (2009). *Comparing care: The care for elderly in ten EU-countries*. Amsterdam: Aksant Acad. Publ.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2022). *Program „Korpus Wsparcia Seniorów”*, Warszawa: MRiPS.
- Rabiee, P., at al. (2009). *Investigating the Longer Term Impact of Home Care Re-ablement Services*. Social Policy Research Unit.
- Rachel, W., i in. (2014). Wpływ sprawowania długotrwałej opieki na stan zdrowia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Przegląd Lekarski*, 71 (12), 703–706.
- Radlińska, H. (1935). *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego: Szkice z pedagogiki społecznej*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Radlińska, H. (1961). *Pedagogika społeczna*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Radziewicz-Winnicki, A. (2008). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Randel, J., German, T., Ewing, D. (red.). (1999). *The ageing and development report: Poverty, independence, and the world's older people*. London: Earthscan Publications.
- Rodrigues, A. M., Ferreira, P. L., Ferré-Grau, C. (2016). Providing informal home care for pressure ulcer patients: How it affects carers' quality of life and burden. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 3026–3035. <https://doi.org/10.1111/jocn.13356>
- Rosset, E. (1959). *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*. Warszawa: PWG.
- Rosset, E. (1967). *Ludzie starzy. Studium demograficzne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Rowe, J., Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., Cosco, T. D. (2016). Successful Aging. W: V. L. Bengston, R. Settersten (red.), *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 4 (37), 433–440.
- Rubacha, K. (2011). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Rudnik, A. (2016). Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 28, 201–219. <https://doi.org/10.15290/pss.2016.28.11>
- Rune, E., Tord Skogedal, L. (red.). (2013). *The making of ageing policy: Theory and practice in Europe*. Northampton: Edward Elgar Pub.
- Rutherford, T. (2012). *Population ageing: Statistics* (SN/SG/3228). House of Commons Library.



- Ryburn, B., Wells, Y., Foreman, P. (2009). Enabling independence: Restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17 (3), 225–234.
- Rysz-Kowalczyk, B. (1995). *Pokolenie w fazie późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*. Warszawa: IPS UW.
- Rysz-Kowalczyk, B. (red.). (2002). *Leksykon polityki społecznej*. Warszawa: Oficyna wydawnicza ASPRA-JR.
- Rysz-Kowalczyk, B., Szatur-Jaworska, B. (2004). Polityka społeczna cyklu życia. Faza starości. W: T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sadler, M. (1900). How far can we learn anything of practical value from the study of foreign systems of education. *Comparative Education Review*, 7(1). pp. 307-314.
- São José, J. M. de, et al. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*, 40, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.001>
- Schofield, V., et al. (2006). Ageing in place. In: J. Boston, J. Davey (ed.), *Implications of population Ageing: Opportunities and Risks*. Wellington: Institute of Policy Studies.
- Schulz, R., Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Shaw, C., et al. (2009). Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technology Assessment*, 13(20). <https://doi.org/10.3310/hta13200>.
- Sieciński, W. (2016). Tradycje i współczesność pomocy społecznej w Polsce. *Studia Administracyjne*, 8, 61–78. <https://doi.org/10.18276/sa.2016.8-05>
- Sierpowska, I. (2011). *Prawo pomocy społecznej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Sierpowska, I. (2012). *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Simons, H. (2009). *Case Study Research in Practice*. London and New York: Sage Publications, Inc.
- Sixsmith, A., Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 3 (32), 219–235.
- Slasberg, C., Beresford, B. (2014). Government guidance for the Care Act: Undermining ambitions for change? *Disability and Society*, 29 (10), 1677–1682.
- Sowa, A. (2016). Europejska koncepcja polityki aktywnego starzenia się i znaczenia stanu zdrowia w starszej populacji. *Polityka społeczna wobec starzenia się i starości w Polsce w latach 2015–2035*, 1, 14–16.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Stake, R. E. (2003). Case studies. In: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (ed.), *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed.) (pp. 134–164). Thousand Oaks: Sage.
- Stake, R. E. (2014). Jakościowe studium przypadku. W: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*.: T. I (s. 623–654) Warszawa: PWN.
- Staręga-Piasek, J. (1998). O roli prawa i wartościach w pomocy społecznej. *Polityka Społeczna*, 7.
- Stec, K., i in. (2014). Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania. W: *Standardy usług pomocy społecznej* (s. 50–64). Warszawa: WRZOS.
- Studen, S. (1990). Psychologiczne problemy okresu starzenia się i starości. W: *Wykłady z psychologii w KUL* (T. 4). Lublin: RW KUL.
- Studen, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
- Stopka, K. (2009). *Zasada subsydiarności w prawie pomocy społecznej*. Warszawa: Difin.

- Straś-Romanowska, M. (2004). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: *Psychologia rozwoju człowieka: Charakterystyka okresów życia człowieka* T. 2 (s. 263–292). Warszawa: PWN.
- Strojna, A. (2015). Teoria i geneza polityki społecznej. W: *Samorządowa polityka społeczna: Wyzwania i działania* (s. 17–27). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Strumińska-Kutra, M., Koładkiewicz, I. (2012). Studium przypadku. W: D. Jemielińska (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia* (s. 1–40). Warszawa: PWN.
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychologia starzenia się* (I). Poznań: Zysk i S-ka.
- Sulek, A. (2002). *Ogród metodologii socjologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Suzman, R., Riley, M. W. (1985). Introducing the „oldest old”. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 63(2), 177–186.
- Symonds, A., Kelly, A. (red.). (1998). *The social construction of community care*. Basingstoke, Hampshire: Macmillan.
- Synak, B. (1999). Ludzie starzy. W: *Encyklopedia socjologii*: T. 2. Warszawa: Wyd. Oficyna Naukowa.
- Szałtys, D. (2022). *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021. Raport z wstępnych wyników*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Szarfenberg, R. (2009). Modele polityki społecznej w teorii i praktyce. *Problemy Polityki Społecznej*, 12, 15–55.
- Szarfenberg, R. (2010). *Standaryzacja usług społecznych*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Szarota, Z. (1998). *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota, Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*. Kraków: Wyd. Uniw. Pedagogicznego.
- Szarota, Z. (2014). Era trzeciego wieku – implikacje edukacyjne. *Edukacja ustawiczna dorosłych*, 1 (84), 7–18.
- Szarota, Z. (2015). Uczenie się starości. *Edukacja dorosłych*, 1 (72), 23–37.
- Szarota, Z., Kijak, R. J. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Oficyna Wadawn. Aspra-Jr.
- Szatur-Jaworska, B. (2012a). Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa w debacie międzynarodowej. *Problemy Polityki Społecznej*, 17, 15–28.
- Szatur-Jaworska, B. (2012b). Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach. W: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szatur-Jaworska, B. (2016a). *Polska polityka społeczna wobec starzenia się ludności w latach 1971-2013*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Szatur-Jaworska, B. (2016b). Polityka społeczna wobec starzenia się ludności—Propozycja konceptualizacji pojęcia. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 4(9), 7–27.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P. (red.). (2016). *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania: Przegląd sytuacji, propozycja modelu : praca zbiorowa*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr.
- Szluz, B. (2007). Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej. *Roczniki Teologiczne*, LIV (10).

- Sztumski, J. (2005). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Szukalski, P. (2011). Starzenie się ludności—Wyzwanie XXI wieku. W: *Elementy gerontologii społecznej, Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*. Łódź: Wyd. Biblioteka.
- Szukalski, P. (2013). Ludzie bardzo starzy we współczesnej Polsce. *Przegląd Socjologiczny*, 62 (2), 33–54.
- Szukalski, P. (2014). Ludzie bardzo starzy – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej? *Studia Demograficzne*, 2(166), 57–78. <https://doi.org/10.33119/SD.2014.2.3>
- Szweda-Lewandowska, Z. (2008). Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: J. Kleer (red.), *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Komitet Prognoz PAN.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2011). Polityka społeczna wobec starości i osób starszych. W: Z. Szweda-Lewandowska, P. Błędowski (red.), *Elementy gerontologii społecznej, Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*. Łódź: Wyd. Biblioteka.
- Szweda-Lewandowska i in. (2012). Starzenie się i starość. Ogólna charakterystyka. W: *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Szyska, M. (2015). Doradztwo, poradnictwo i wsparcie jako role i zadania terapeuty zajęciowego. Terapia zorientowana na poszerzenie obszarów partycypacji i współpracę w środowisku klienta. W: B. Płonka-Syroka, M. Dąsal, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*. Warszawa: DiG.
- Tarkowska, E. (1997). Ludzie w instytucji totalnej. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Tarricone, R., Tsouros, A. D. (red.). (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Europe.
- The Moray Council. (2009). *Education and Social care Services. Reablement Policy and Procedure*. The Moray Council.
- Thorlby, R., at al. (2018). *What's the problem with social care, and why do we need to do better?* London: The Health Foundation.
- Tinetti, M. E., et al. (2002). Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA*, 287 (16), 2098–2105.
- Tinker, A. (1997). *Older people in modern society* (4th ed). New York: Addison Wesley.
- Townsend, P. (1963). *The Family Life of Old People*. Harmondsworth: Penguin.
- Trafiałek, E. (2003). *Polska starość w dobie przemian*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Trafiałek, E. (2014). Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się. W: P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska (red.), *Aktywne starzenie się—Przeciwdziałanie barierom*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku: Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Trent and Dove. (2021). Firstcall 24/7 Transfer to Doro. *Trent and Dove*. <https://www.trentanddove.org/latest-news/news/customer-news/firstcall-247-transfer-to-doro/>
- Trompenaars, A., Hampden-Turner, C., Nawrot, Bogumila. (2002). *Siedem wymiarów kultury: Znaczenie różnic kulturowych w działalności gospodarczej*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.

- TVP 3 Wrocław. (2022, kwiecień 25). Wrocław: Magistrat ogłosił przetarg na realizację miejskiego programu teleopieki. *TVP 3 Wrocław*.
- Tymowski, A. (1987). Polityka starości. *Człowiek i Światopogląd*, 9.
- Uzar-Szcześniak, K., Białożył, K. (2017). Wychowanie do starości. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 4, s. 190–192). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- van Bilsen, P. M. A., et al. (2008). Sheltered housing compared to independent housing in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 265–274. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00529.x>
- Wacker, R. R., Roberto, K. A. (2011). *Aging social policies: An international perspective*. Thousand Oaks: SAGE.
- Waligórska, M., i in. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Walker, A. (1993). Community care policy: From consensus to conflict. In: J. Pereira, C. Pilgrim, D. Williams (red.), *Community Care: A Reader*. London: Macmillan.
- Walker, A. (2006). Re-examining the Political Economy of Ageing. In: J. Baars, D. Dannefer, Ch. Phillipson, A. Walker (red.), *Ageing, Globalisation and Inequality* (s. 59–80).
- Walker, A. (2009). The Emergence and Application of Active Ageing in Europe'. *Journal of Ageing and Social Policy*, 21, 75–93.
- Walker, A. (2018). Why the UK Needs a Social Policy on Ageing. *Journal of Social Policy*, 2 (47), 1–21.
- Walker, A., Maltby, T. (2012). Active Ageing: A Strategic Policy Solution to Demographic Ageing in the EU. *International Journal of Social Welfare*, 21, 5117–5130.
- Walmsley, J., Northedge, A., Warner, J. (2005). Caring: A family Affair? W *Who Cares?* (s. 7–72). Faculty of Health and Social Care, Keynes: The Open University.
- Walmsley, J., Warner, J. (2005). *Community Care: Policy into practice*. Keynes: Faculty of Health and Social Care, The Open University.
- Weissbrot-Koziarska, A. (2014). Poradnictwo dla seniorów – zaniedbany obszar działań pomocowych. W: K. Łangowska-Marcinowska, Z. Markiewicz (red.), *Rozumienie w starości* (s. 69–83). Opole: WSZiA.
- Welskop, W., Tanaś, V. (2014). *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako forma edukacji ustawicznej*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3006.4725>
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.
- WHO:QOL (1995). The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Social Science and Medicine*, 41: 1403–1409
- Wieczorek, T. (2014). Triangulacja metod w badaniach społecznych. *Zagadnienia Społeczne*, 1 (1), 15–34.
- Wiles, J. L., et al. (2011). The Meaning of “Aging in Place” to Older People. *The Gerontologist*, 3 (52), 357–366.
- Wilson, S., Gudmundsdottir, S. (1987). What is this a case of? Exploring some conceptual issues in case study research. *Education and Urban Society*, 42–54.
- Winiarski, M. (2015). Dylemat relacji pojęć „wsparcie” i „pomoc” w przestrzeni działań prorodzinnych – wewnętrznych i zewnętrznych. *Pedagogika Rodziny*, 3(5), 7–22.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (red.). (1982). *Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Warszawa: PZWL.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1994). *Nowe życie po sześćdziesiątce*. Wrocław: TUM.

- Woźniak, Z. (2016). *Starość: Bilans - zadanie - wyzwanie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Wyszkowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Yeandle, S., Fry, G. (2010). *The Potential of ICT in supporting Domiciliary Care in England*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Yin, R. K. (1981). The case study crisis: Some answers. *Administrative Science Quarterly*, 26, 58–66.
- Yin, R. K. (2015). *Studium przypadku w badaniach naukowych: Projektowanie i metody*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zaczyński, W. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. Warszawa: WSiP.
- Zalega, T. (2016). *Segment osób w wieku 65+ w Polsce: Jakość życia, konsumpcja, zachowania konsumenckie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Zalewski, D. (2005). *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Warsaw University Press. <https://doi.org/10.31338/uw.9788323528029>
- Zamorska, K., Makuch, M. (2018). *Starzenie się społeczeństwa: Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Zapędowska-Kling, K. (2013). Polityka społeczna wobec osób starszych w krajach skandynawskich—Przykłady dobrych praktyk. *Starzenie się ludności - między demografią a polityką społeczną*, 33–44.
- Zarzewny, J. (2001). *Teoretyczne podstawy a praktyka funkcjonowania sektora socjalnego w Polsce. Zarys problematyki*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Zieliński, P. (2004). System emerytalny w Wielkiej Brytanii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H: Oeconomia*, 38, 149–159.
- Zielona Księga. (2005). *Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Zielona Księga: Wobec zmian demograficznych: Nowa solidarność między pokoleniami*. Komisja Europejska.
- Ziębińska, B. (2017a). Międzynarodowe dokumenty wskazujące na problemy opieki rodzinnej. W: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 398–399). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Ziębińska, B. (2017b). Polityka wspierania opiekunów rodzinnych. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 397–398). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Zimny, M. (1996). *System a zbiór*. Częstochowa: WSP.
- Zybała, A. (2012). *Polityki publiczne*. Warszawa: Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
- Zych, A. A. (1999). *Człowiek wobec starości: Szkice z gerontologii społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Zych, A. A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Zych, A. A. (2003). Formy opieki i pomocy dla ludzi starszych w Polsce i w innych krajach. W: *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*. Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.
- Zych, A. A. (2011). Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się. *Wspólne tematy*, 1.
- Zych, A. A. (2017 a). *Leksykon gerontologii* (3. wyd.). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Zych, A. A. (2017 b). Mackenzie Basil William Sholto. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 205). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Zych, A. A. (2017 c). Polityka senioralna. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 5, s. 161–162). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Zych, A. A. (2017d). Starzenie się. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 3, s. 466–468). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Zych, A. A. (2017e). Wsparcie. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 4, s. 180–182). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Zych, A. A. (2019). *Leksykon gerontologii* (4. wyd.). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Zych, A. A., Żuraw, H. (2017). Polityka społeczna. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 3, s. 52). Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.

## Netografia

- Adults and Health Scrutiny Panel. (2019). *Scrutiny Review – Day Opportunities and Community Centre*. Haringey Council. Pobrano 10 grudnia 2022 z <https://www.minutes.haringey.gov.uk/documents/s109138/Day%20ops%20report%20-%20final2.pdf>
- AGE Platform Europe. (2010). *Europejska karta praw i obowiązków osób starszych potrzebujących opieki długoterminowej*. Pobrano 15 marca 2020 z [http://www.epi.cm-uj.krakow.pl/eupace\\_pl/wp-content/uploads/dokumenty/Age-platformCharter\\_na\\_WWW.pdf](http://www.epi.cm-uj.krakow.pl/eupace_pl/wp-content/uploads/dokumenty/Age-platformCharter_na_WWW.pdf)
- Age UK. (2022b). *Helping the older people who need us the most. A pandemic year – rising to the challenge. Age UK Report of Trustees and Annual Accounts 2020/21*. Pobrano 20 lutego 2023 z <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/annual-reports-and-reviews/age-uk-annual-report-2021.pdf>
- Age UK. (2022a). *Information and Advice*. Pobrano 03 stycznia 2023 z <https://www.ageuk.org.uk/services/>
- Augustyn, M. (red.). (2010). *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. Przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskie*. Pobrano 24 maja 2019 z <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf>
- Alzheimer's Society. (2022). *Our Dementia Programmes*. Pobrano 10 stycznia 2023 z <https://www.alzheimers.org.uk/about-us/our-dementia-programmes>
- Balducci, C., et al. (2008). Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers. *The Gerontologist*, 48 (3), 276–286. Pobrano 13 stycznia 2019 z <https://academic.oup.com/gerontologist/article/48/3/276/553805>
- Bank Światowy. (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*. Pobrano 26 marca 2019 z [https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka\\_dlugoterminowa.pdf](https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf)

- Biuletyn Informacji Publicznej. (2022). *Teleopieka dla mieszkańców Wrocławia*. BIP Urzędu Miejskiego Wrocławia. Pobrano 16 stycznia 2023 z <https://bip.um.wroc.pl/przetarg/59496/zp-tpus-28-2022-wpm>
- Carers Trust. (2015). *Prevent, Reduce, Delay: Are Councils Meeting their New Duties to Support Unpaid Carers?* Carers Trust. Pobrano 16 listopada 2022 z <file:///C:/Users/Justyna/Downloads/prevent2c%20reduce2c%20delay%20are%20councils%20meeting%20their%20new%20duties%20to%20support%20unpaid%20carers.pdf>
- Charity Retail Association. (2022). *How charity shops work?* Pobrano 10 stycznia 2023 z <https://www.charityretail.org.uk/how-charity-shops-work/#>,
- Commission for Social Care Inspection. (2000). *Care Standards Act 2000*. Pobrano 22 marca 2022 z <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2000/14/content>
- Commission for Social Care Inspection. (2008). *Cutting the cake fairly CSCI review of eligibility criteria for social care*. Pobrano 16 kwietnia 2022 z [http://www.cpa.org.uk/cpa/cutting\\_the\\_cake\\_fairly.pdf](http://www.cpa.org.uk/cpa/cutting_the_cake_fairly.pdf)
- Commission for Social Care Inspection. (2009). *The State of Social Care in England 2007-08 Executive Summary*. Pobrano 10 kwietnia 2022 z [https://www.housinglin.org.uk/\\_assets/Resources/Housing/Support\\_materials/Other\\_reports\\_and\\_guidance/The\\_state\\_of\\_social\\_care\\_in\\_England\\_2007-08.pdf](https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/The_state_of_social_care_in_England_2007-08.pdf)
- Council of the European Union. (2017). *The proclamation of the European Pillar of Social Rights on 17 November 2017*. Council of the European Union, Brussels. Pobrano 18 czerwca 2022 z <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2017/11/17/european-pillar-of-social-rights-proclamation-and-signing/>
- Derbyshire County Council. (2015). *Review of Adult Care Eligibility Threshold Changes*. Derbyshire County Council. Pobrano 29 września 2021 z <https://www.derbyshire.gov.uk/site-elements/documents/pdf/council/council-works/improvement-scrutiny/completed-improvement-scrutiny-reviews/2015-review-of-adult-care-eligibility-threshold-changes.pdf>
- Dementia Adventure. (2022). *Dementia adventure*. Pobrano 13 grudnia 2022 z <https://dementiaadventure.org/>
- Dementia UK. (2022). *Dementia UK*. <https://www.dementiauk.org/>, dostęp: 13.12.2022.
- Department for Constitutional Affairs. (2007). *Mental Capacity Act 2005. Code of Practice*. London: Department for Constitutional Affairs. Pobrano 29 września 2021 z [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/921428/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/921428/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf)
- Department of Health. (2014b). *Care Bill becomes Care Act 2014*. London: Department of Health. Pobrano 19 kwietnia 2019 z <https://www.gov.uk/government/speeches/care-bill-becomes-care-act-2014>
- Department of Health. (2014a). *Care and Support Statutory Guidance. Issued under the Care Act 2014*. London: Department of Health. Pobrano 26 marca 2019 z <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>
- Department of Health. (2009). *Living well with dementia: A National Dementia Strategy*. London: Department of Health. Pobrano 21 października 2020 z [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/168220/dh\\_094051.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf)
- Department of Health. (2013). *Ordinary Residence: Guidance on the identification of the ordinary residence of people in need of community care services*. London: Department of Health. Pobrano 14 grudnia 2019 z

- [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/252864/OR\\_Guidance\\_2013-10-01\\_Revised\\_\\_with\\_new\\_contact\\_details\\_New\\_DH\\_template.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252864/OR_Guidance_2013-10-01_Revised__with_new_contact_details_New_DH_template.pdf)
- Department of Health. (2006). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. London: Department of Health. Pobrano 19 listopada 2018 z [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/272238/6737.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272238/6737.pdf)
- Department of Health. (2016a). *Statutory guidance to support local authorities implement the Care Act 2014*. London: Department of Health and Social Care. Pobrano 10 marca 2019 z <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>,
- Department of Health. (2016b). *The National Audit Office: Discharging older patients from hospital*. National Audit Office. London: Department of Health and Social Care. Pobrano 11 kwietnia 2019 z <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Discharging-older-patients-from-hospital.pdf>
- Department of Health and Social Care. (1999). *National strategy for carers: Caring about carers*. Department of Health and Social Care. Pobrano 18 października 2021 z <https://www.gov.uk/government/news/a-national-strategy-for-carers>
- Economic Affairs Committee. (2019). *Social care funding: Time to end a national scandal* (7th Report of Session 2017–19). London: Authority of the House of Lords. Pobrano 17 października 2019 z <https://publications.parliament.uk/pa/ld201719/ldselect/ldconaf/392/392.pdf>
- English Oxford Living Dictionaries*. (2019). Pobrano 05 marca 2019 z <https://en.oxforddictionaries.com/definition/care>
- European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2011). *Your social security rights in the United Kingdom*. Brussels: Social Europe. Pobrano 21 grudnia 2020 z [https://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%0rights%20in%20United%20Kingdom\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%0rights%20in%20United%20Kingdom_en.pdf)
- European Commission, The Social Protection Committee (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Pobrano 05 października 2019 z <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>
- European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies*. Publications Office. Pobrano 09 października 2019 z <https://data.europa.eu/doi/10.2767/84573>
- Express News. (2014). *Care centres face closure in £102m savings plan*. *Express News*. Pobrano 23 kwietnia 2022 z <https://www.expressandstar.com/news/health/2014/05/13/care-centres-face-closure-in-102m-savings-plan/>
- Fox, A., Sparrow, N. (2010). *Carers and the NHS*. *British Journal of General Practice*, 60(575), 462–463. Pobrano 09 maja 2021 z <https://doi.org/10.3399/bjgp10X509757>
- Government policy. *The new State Pension*. gov.uk. Pobrano 05 stycznia 2022 z <https://www.gov.uk/new-state-pension>
- Healthwatch Staffordshire. (2019). *Report on Discharge to Assess (D2A) at Staffordshire Hospitals*. Healthwatch Staffordshire. Pobrano 24 września 2022 z <https://healthwatchstaffordshire.co.uk/wp-content/uploads/2020/01/Discharge-to-Assess-D2A-Healthwatch-Staffordshire-report-October-2019.pdf>



- House of Commons (1990). *National Health Service and Community Care Act 1990*, Pobrano 12 listopada 2021 z <https://navigator.health.org.uk/theme/national-health-service-and-community-care-act-1990>
- Icare. (2020). *Community Assistants*.  
Pobrano 22 kwietnia 2022 z <https://www.icarecuisine.co.uk/assistants/>
- iD Medical. (2020). *Understanding the NHS Nursing Banding System*. Pobrano 25 września 2022 z <https://www.id-medical.com/nhs-nursing-banding-system/>
- Kent County Council. (2008). *Kent County Council's response to shaping the future together—The Green Paper on Care and Support*. Kent County Council.  
Pobrano 12 marca 2022 z <https://democracy.kent.gov.uk/documents/s7928/FINAL%20draft%20Green%20Paper%20Response%20I.pdf?txtonly=1>
- Kröger, T. (2001). *Comparative research on social care. The state of the art*. European Commission. Pobrano 28 maja 2018 z <http://www.cekoia.eu/IMG/pdf/report1pdf-66ed6.pdf>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2018). *Program „Opieka 75+”*. Warszawa: MRiPS. Pobrano 05 grudnia 2019 z <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-edycja-2018>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2022). *Program „Opieka Wytchnieniowa”*  
Pobrano 21 czerwca 2022 z <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-wytchnieniowa---edycja-2022>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2020). *Program „Wspieraj Seniora”*. Warszawa: MRiPS. Pobrano 10 grudnia 2019 z <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/wspieraj-seniora>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2021). *Program rozwoju rodzinnych domów pomocy*. Warszawa: MRPiPS. Pobrano 10 sierpnia 2021 z <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-rozwoju-rodzinnych-domow-pomocy>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej. (2021). *Zestawienie. Polska ogółem i według województw. Sprawozdanie MRPiPS-03-R za I-XII 2020 r. Sprawozdanie roczne z udzielanych świadczeń pomocy społecznej—Pieniężnych, w naturze i usługach*. Warszawa: MRPiPS, DPiIS. Pobrano 07 listopada 2022 z <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2020>
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej. (2020). *Zestawienie według województw. Polska ogółem i według województw. Sprawozdanie MRPiPS-03-R za I-XII 2019 r.* Warszawa: MRPiPS. Pobrano 09 listopada 2022 z <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2019>
- Ministerstwo Zdrowia. (2016). *Program „Leki75+”*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrano 10 września 2019 z <https://75plus.mz.gov.pl/>
- Ministerstw Zdrowia. (2021). *Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.* Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrano 18 marca 2021 z <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat#:~:text=Dokument%20E2%80%9EZdrowa%20przysz%C5%82o%C5%9B%C4%87.,jako%20warunek%20wydatkowania%20C5%9Brod%C3%B3w%20europejskich>
- Muzioł-Weclawowicz, A. (2020, lipiec 20). Wybrane przykłady innowacji w sferze usług mieszkaniowych. *Obserwatorium polityki miejskiej*. Pobrano 04 listopada 2021 z <https://obserwatorium.miasta.pl/wybrane-przyklady-innowacji-w-sferze-uslug-mieszkaniowych/>

- My Nottingham News. (2021). Same level of service will follow Day Centre closure. *My Nottingham News*.  
Pobrano 10 marca 2022 z <https://www.mynottinghamnews.co.uk/same-level-of-service-will-follow-day-centre-closure-%EF%BB%BF/>
- NIK. (2017b). *NIK o opiece nad chorymi na Alzheimera*. Pobrano 27 października 2022 z <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-nad-chorymi-na-alzheimera.html>
- Nottingham City Council. (2021). *Save Nottingham's Adult Day Centres From Closure*. Nottingham City Council. Pobrano 12 lutego 2022 z <https://committee.nottinghamcity.gov.uk/mgEPetitionDisplay.aspx?id=110>
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. *W sprawie mapy potrzeb zdrowotnych Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2021 r., poz. 69*, (2021b). Pobrano 10 kwietnia 2022 z [http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)
- ONZ (1991) Zasady ONZ dotyczące osób starszych. Rezolucja nr 46/91 Zgromadzenia Ogólnego ONZ. Pobrane 10 maja 2020 z <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>
- ONZ (2006). *Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych*. Pobrano 04 sierpnia 2020 z <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konwencja-onz-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>
- Pannell, J., Blood, I. (2012). *Supported Housing for older people in The UK an evidence review*. Joseph Rowntree Foundation. Pobrano 22 października 2021 z <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/sheltered-retirement-housing-full.pdf>
- Rabiee, P., Glendinning, C. (2010). *The organisation and content of home care re-ablement services*. Research Works, Social Policy Research Unit, University of York. Pobrano 04 lipca 2021 z <http://www.bccare.ca/wp-content/uploads/England.pdf>
- Roberton, J. (2018, wrzesień 25). Government accused of fuelling loneliness crisis as day centres disappear. *itvNEWS*. Pobrano 08 marca 2021 z <https://www.itv.com/news/2018-09-25/government-accused-of-fuelling-loneliness-crisis-as-day-centres-disappear>
- Services for residents. (2022). *Meals on Wheels Consultation*. Pobrano 17 listopada 2022 z <https://www.haringey.gov.uk/social-care-and-health/social-care-policy-and-practice/adult-social-care-closed-consultations/meals-wheels-consultation>
- Skills for care. (2020). *Supporting and developing the workforce for Individual Service Funds. Making self-directed support work*. Skillsforcare. Pobrano 10 czerwca 2021 z <https://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Leadership-and-management/ISFguide/Individual-Service-Funds-guide-Aug2020.pdf>
- Słownik języka polskiego. (sjp.pwn.pl). W: W. Doroszewski (red.), *Słownik języka polskiego*. PWN. Pobrano 08 października 2019 z <https://sjp.pwn.pl/slowniki/senior.html>
- Southwark Carers. (2022). Meals on wheels under threat as more councils drop service due to cuts. *Southwark Carers*.  
Pobrano 02 stycznia 2023 z <https://www.southwarkcarers.org.uk/meals-wheels-threat-councils-drop-service-due-cuts/>
- Stewart, A. (1994). Empowerment and Enablement: Occupational Therapy 2001. *British Journal of Occupational Therapy*, 7(57). Pobrano 16 marca 2021 z <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/030802269405700702>
- Suwiński, E. (2018). Współczesny wymiar starzenia się i starości. *21st Century Pedagogy*, 2(1), 49–66. Pobrano 05 października 2019 z <https://sciendo.com/article/10.2478/ped21-2018-0015>
- TeleCare24. (2022). *5 Reasons to Have a Key Safe in 2022*. Pobrano 16 lutego 2023 z <https://www.telecare24.co.uk/blog/reasons-to-have-a-key-safe-in-2022/>

- The House of Lords and House of Commons. (2013). *Draft Care and Support Bill*. House of Lords and House of Commons. Pobrano 20 listopada 2021 z <https://publications.parliament.uk/pa/jt201213/jtselect/jtcare/143/143.pdf>
- The Health Foundation. (2022). *National Health Service and Community Care Act 1990*. Pobrano 11 października 2020 z <https://navigator.health.org.uk/theme/national-health-service-and-community-care-act-1990>
- Tracz-Dral, J. (2019). *Aktywność osób starszych*. Kancelaria Senatu. Pobrano 21 marca 2020 z <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/170/plik/ot-672.pdf>
- UE. (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*. Pobrano 09 grudnia 2020 z [https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie\\_wytyczne\\_deinstytucjonalizacja.pdf](https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie_wytyczne_deinstytucjonalizacja.pdf)
- UE. (2016) Karta praw podstawowych Unii Europejskiej. Pobrano 10 grudnia 2020 z <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=DE>,
- UE. (2018) Zalecenia polityczne Europejskiego Komitetu Regionów Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Deinstytucjonalizacja systemów opieki na szczeblu lokalnym i regionalnym. Pobrano 15 grudnia 2020 z <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2018:164:FULL&from=EN>, dostęp: 15.12.2020.
- UE. (2021) Strategia na rzecz praw osób niepełnosprawnych na lata 2021–2030. Pobrano 12 listopada 2020 z <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1202&furtherNews=yes&newsId=9938>
- WHO. (2007). *Global age-friendly cities project*. World Health Organization. Pobrano 19 czerwca 2020 z [who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_network](http://who.int/ageing/age_friendly_cities_network)
- Wierzyński, Z. (2020). Korzyści z prowadzenia badań przesiewowych na podstawie doświadczeń europejskich. W: *Diagnoza, leczenie, opieka i dobre praktyki w chorobach otępiennych: Ustalenia konferencji Rzecznika Praw Obywatelskich i organizacji alzheimerowskich* (s. 31–35). Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich. Pobrano 07 grudnia 2021 z [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Diagnoza\\_leczenie\\_opieka\\_i\\_dobre\\_praktyki\\_w\\_chorobach\\_otepiennych\\_0.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Diagnoza_leczenie_opieka_i_dobre_praktyki_w_chorobach_otepiennych_0.pdf)
- wroclaw.pl. (2020, lipiec 23). Telemedycyna – trwają zapisy do pilotażowego projektu miasta. Pobrano 22 września 2021 z *wroclaw.pl*. <https://www.wroclaw.pl/dla-mieszkanca/teleopieka-i-telemedycyna-pilotazowy-projekt-we-wroclawiu>
- Zaidi, A., et al. (2012). *Active Ageing Index. Concept, Methodology and Final Results* (ECE/GC/2012/003). UNECE. Pobrano 19 czerwca 2022 z [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/methodology-paper-as-of-10th\\_m.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/methodology-paper-as-of-10th_m.pdf)

## Wykaz aktów prawnych

- Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. *W sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020* (Dz. U. 2013, nr 237, poz. 52).
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. *W sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020* (Dz. U. 2013, nr 238, poz. 118).
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. *W sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020*, (Dz. U. 2016, nr 34, poz. 341).
- Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-Wigor” na lata 2015–2020 (Dz. U. 2015, nr 34, poz. 341).
- Uchwała Rady Ministrów z dn. 26 października 2018 r. *W sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo- Uczestnictwo- Solidarność* (Dz. U. 2018, nr 161 poz. 1169).
- Uchwała Nr LXIII/1518/18 Rady Miejskiej Wrocławia *W sprawie Gminnego programu wspierania osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych*, nr LXIII/1518/18 (2018).
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. *W sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021-2025* (Dz. U. 2020, nr 167, poz. 1125).
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. *W sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* (Dz. U. 2022, nr 135, poz. 767).
- Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej (Dz. U. 1923 r., nr 92, poz. 726 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. *O pomocy społecznej* (Dz. U. 1990 r., nr 87, poz. 506 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. *O dodatkach mieszkaniowych* (Dz. U. 2001, nr 71, poz. 734).
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. *O działalności pożytku publicznego i wolontariacie* (Dz. U. 2003 r., nr 96, poz. 873 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. *o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. 2003, nr 122, poz. 1143).
- Ustawa z dn. 18 listopada 2003 r. *O świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. 2022, nr 228, poz. 615).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o osobach starszych* (Dz. U. 2015, poz. 1705).
- Ustawa z dnia 9 stycznia 2020 r. *O dodatkowym rocznym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów* (Dz.U. 2020, poz. 321).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23 lutego 2022r. w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw Neurologii (Dz. U. 2022, poz. 19).

## Wykaz rysunków

Rys. 1. Opiekuńczy diament / brylant opieki społecznej dla osób starszych.....	66
Rys. 2. Schemat systemu pomocy i opieki dla osób starszych.....	67
Rys. 3. Koncepcja kręgów środowiskowych Józefa Pietera.....	82
Rys. 4. Spirala rozwoju osobistego Józefa Pietera.....	83
Rys. 5. Koncepcja kręgów środowiskowych w ujęciu cyklu życiowego człowieka.....	85
Rys. 6. Analiza porównawcza systemów pomocy w Polsce i w Anglii.....	98
Rys. 7. Porównawcze studium przypadku systemu pomocy dla osób starszych i w Polsce i w Angli.....	104
Rys. 8. Schemat pomocy dla osób starszych w Polsce na przykładzie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu.....	126
Rys. 9. Schemat pomocy dla osób starszych w Anglii na przykładzie ośrodka pomocy dla dorosłych w Burton-Upon-Trent.....	127
Rys. 10. Poziomy analizy systemu pomocy dla osób starszych.....	128
Rys. 11. Prognoza demograficzna ludności Polski w perspektywie do 2050 r.....	131
Rys. 12. Piramida wieku ludności Wielkiej Brytanii.....	147
Rys. 13. Zmieniająca się struktura wieku według etapów życia: dzieci, wiek produkcyjny i wiek emerytalny.....	148
Rys. 14. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce.....	171
Rys. 15. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii.....	172
Rys. 16. Schemat ścieżki kwalifikowania do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych w Polsce.....	174
Rys. 17. Struktura organizacyjna MOPS Wrocław w zakresie form pomocy dla osób starszych.....	175
Rys. 18. Struktura organizacyjna systemu pomocy dla osób starszych w Burton upon Trent w Anglii.....	193
Rys. 19. Schemat funkcjonowania Zespołu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.....	199
Rys. 20. Usługa ISF w zestawieniu z usługą DP oraz zapewnianiem opieki przez władze lokalne w zakresie odpowiedzialności jednostki za organizację opieki oraz możliwości wyboru i kontroli nad opieką.....	206

Rys. 21. Schemat procesu oceny potrzeb i kwalifikowania do uzyskania pomocy.....	223
Rys. 22. Schemat ścieżki kwalifikowania do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych w Anglii.....	226
Rys. 23. Schemat współpracy podmiotów świadczących zróżnicowane formy pomocy środowiskowej na rzecz osoby starszej.....	234
Rys. 24. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Polsce wraz z dostępnymi formami pomocy .....	249
Rys. 25. Diament opiekuńczy systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych w Anglii wraz z dostępnymi formami pomocy.....	250

## Wykaz tabel

Tab. 1. Przedstawienie terminu starość w wybranych koncepcjach autorów.....	19
Tab. 2. Przedstawienie terminu starzenie się w wybranych koncepcjach autorów.....	20
Tab. 3. Zestawienie kategorii wiekowych.....	30
Tab. 4. Podmioty polityki społecznej w Polsce i w Anglii.....	41
Tab. 5. Zestawienie wskaźnika aktywnego starzenia się (AAI) dla Wielkiej Brytanii i Polski.....	55
Tab. 6. Formy opieki dla osób starszych w ramach pomocy społecznej i opieki zdrowotnej.....	65
Tab. 7. Chronologiczne zestawienie dokumentów dotyczących pomocy środowiskowej oraz usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności.....	68
Tab. 8. Proces decyzyjny kryteriów kwalifikowania (ang. <i>eligibility decision proces</i> ) w odniesieniu do trzech komponentów: potrzeb (ang. <i>needs</i> ), celów (ang. <i>outcomes</i> ) i dobrostanu (ang. <i>well-being</i> ).....	168
Tab. 9. Porównawcze obszary badawcze.....	251

## Aneks

Załącznik nr 1. Scenariusze trzech seniorów wraz z opracowanymi indywidualnymi planami opieki w Polsce .....	313
Załącznik nr 2. Scenariusze trzech seniorów wraz z opracowanymi indywidualnymi planami opieki w Anglii.....	322
Załącznik nr 3. Proces decyzyjny kryteriów kwalifikowania (ang. <i>eligibility decision proces</i> ) dla opiekunów nieformalnych w odniesieniu do trzech komponentów: potrzeb (ang. <i>needs</i> ), celów (ang. <i>outcomes</i> ) i dobrostanu (ang. <i>well-being</i> ).....	331
Załącznik nr 4. Arkusz oceny potrzeb opiekuna nieformalnego.....	332
Załącznik nr 5. Indywidualny Plan Opieki (IPO).....	336
Załącznik nr 6. Kryteria kwalifikowania do pomocy.....	338
Załącznik nr 7. Formularz kwalifikowania do pomocy.....	341
Załącznik nr 8. Informacja dla uczestnika badania naukowego w Polsce .....	345
Załącznik nr 9. Informacja dla uczestnika badania naukowego w Anglii.....	350
Załącznik nr 10. Zgoda na wykorzystanie wywiadu/nagrania oraz zgodę na wzięcie udziału w badaniu naukowym w Polsce .....	353
Załącznik nr 11. Zgoda na wykorzystanie wywiadu/nagrania oraz zgodę na wzięcie udziału w badaniu naukowym w Anglii .....	354
Załącznik nr 12. Kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego do badań w Polsce .....	355
Załącznik nr 13. Kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego do badań w Anglii.....	361



**Załącznik nr 1. Scenariusze trzech seniorów wraz z opracowanymi indywidualnymi planami opieki w Polsce**

Mając na uwadze ochronę danych osobowych, należy zaznaczyć, że wszelkie podobieństwo do prawdziwych nazwisk, postaci i zdarzeń w przedstawionych scenariuszach zdarzeń seniorów jest przypadkowe. Przytoczone nazwiska są fikcyjne, a zdarzenia są to sytuacje skonstruowane na potrzeby pracy badawczej na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy z osobami starszymi.

<b>Scenariusz Seniora – nr 1</b>			
<b>IMIĘ</b>	Robert Kowalski	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Robert
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	24.03.1950 r.
<b>KONTAKT</b>	Joanna Mińska – sąsiadka	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pan Robert ma 69 lat i jest po udarze mózgu. W tym momencie jest w szpitalu i oczekuje wypisu. Przed tym zdarzeniem był osobą aktywną i samodzielną. Lubił podróżować i jeździć na rowerze. Pan Robert jest kawalerem, nie ma dzieci. Jego dalsza rodzina mieszka w innym rejonie Polski. Pan Robert utrzymuje kontakt z sąsiadami. Udar zmienił życie Pana Roberta – niedowład lewej części ciała, uszkodzony aparat mowy. Pan Robert porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego, nie jest w stanie chodzić, większość czasu spędza leżąc w łóżku. Jednak z asystą opiekunek może przedostać się z łóżka na wózek i odwrotnie. Wymaga ćwiczeń logopedycznych i rehabilitacji, która sukcesywnie przyczyni się, poprzez wykonywanie ćwiczeń, do polepszenia sprawności motorycznych Pana Roberta. Wymaga także pomocy w zakresie ubioru, posiłków, higieny osobistej, a także dokonywania opłat, robienia zakupów.</p> <p>Styl życia Pana Roberta, który prowadził przed udarem oraz jego cechy osobowościowe sprawiają, że jest osobą bardzo zdeterminowaną do tego, aby polepszyć swój obecny stan. Dlatego też z dużą chęcią poddaje się rehabilitacji, aby choć w części odzyskać utracone sprawności. Szuka też rozwiązań i sposobów, aby czynności wykonywać samodzielnie, choć nie w każdym przypadku jest to możliwe, np. higiena osobista, ubiór, transfer na wózek z łóżka, przygotowywanie posiłków. Pan Robert na chwilę obecną jest osobą zamkniętą, nie może pogodzić się z tym, co go spotkało, frustruje się, kiedy próbuje coś powiedzieć. Wypowiadanie choćby pojedynczych słów sprawia mu ogromną trudność.</p> <p>Pan Rober zajmuje dom własnościowy. Na chwilę obecną wejście do domu jest dla Pana Roberta niemożliwe do pokonania ze względu na 5 schodów prowadzących do drzwi wejściowych. Pan Robert ze względu na swój obecny stan zdrowotny będzie mógł funkcjonować na parterze domu, gdzie jest toaleta, nie ma jednak łazienki. Pan Robert jest w stanie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania jeśli otrzyma adekwatne do jego potrzeb wsparcie. Sąsiedzi Pana Roberta są gotowi i chętni do udzielenia mu pomocy, jednak doraźnie, gdyż obydwójce pracują zawodowo.</p>			

<p><b>Czynności podejmowane w zorganizowaniu opieki dla klienta</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontakt z Działem Usług Opiekuńczych w sprawie wypisu Pana Roberta do domu i konieczności zorganizowania dla niego opieki – Szpital</li> <li>2. Pracownik socjalny DUO z terenu zamieszkania Pana Roberta idzie na wywiad środowiskowy do klienta po jego powrocie ze szpitala do domu. Klienta wyraża zgodę na opiekę i ponoszenie z tego tytułu odpłatności (podpisuje oświadczenie o szacunkowej odpłatności, tj. 7% odpłatności kwoty 16,50 (pon-piątek) oraz 7% z kwoty 25,30 (weekendy, święta) – szacowany miesięczny koszt to 128,32 zł. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy cz. I, ustala odpłatność oraz wypełnia katalog usług opiekuńczych dla klienta samotnie gospodarującego.</li> <p>Ustalono jest zapotrzebowanie początkowo na 3 wizyty dziennie po 1 godzinie 7 razy w tygodniu, tj. 21 godzin tygodniowo. Dodatkowo: w piątek 1 godzina na zakupy oraz w poniedziałek 1 godzina na sprzątanie, tj. łącznie w tygodniu 26 godziny.</p> <li>3. Pracownik socjalny przesyła kartę zgłoszenia usług opiekuńczych do Ekumenicznej Stacji Opieki celem wdrożenia usług opiekuńczych z informacją o zapotrzebowaniu na wizyty w liczbie 22 godzin tygodniowo.</li> <li>4. ESO wyznacza opiekunkę. W czasie sprawowania opieki ESO jest w kontakcie z pracownikiem socjalnym w sytuacjach, które tego wymagają</li> <li>5. Pracownik socjalny monitoruje usługi opiekuńcze poprzez odbywanie wizyt u podopiecznego: raz w miesiącu lub co drugi miesiąc. W kilka tygodni po wdrożeniu usług opiekuńczych z pracownikiem socjalnym kontaktuje się sąsiadka, która oświadcza, że w weekendy i piątki przygotowuje Panu Robertowi kolację.</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pracownik socjalny przekazuje informacje do ESO</li> <li>- ESO zmienia zakres czynności dla opiekunki na wskazane dni</li> </ul> <li>6. Pracownik socjalny nawiązuje kontakt z lekarzem rodzinnym celem skierowania podopiecznego na rehabilitację</li> <li>7. Pan Robert nie jest mobilny – pracownik socjalny nawiązuje kontakt z: Działem Adaptacji Osób Niepełnosprawnych celem dokonania zmian w mieszkaniu (dostosowanie łazienki, montaż uchwyty do łóżka, montaż podjazdu do drzwi wejściowych do domu). Pan Robert nie ma orzeczenia o niepełnosprawności, wymaganego do dofinansowania ze środków PEFRON. Wymaga wsparcia w formalnościach związanych z złożeniem wniosku na orzecznictwo.</li> <li>8. Pan Robert wypożycza z ESO sprzęt typu: wózek inwalidzki, chodzik</li> <li>9. Pracownik socjalny kontaktuje się z Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny celem zgłoszenia zapotrzebowania na wolontariusza dla Pana Roberta.</li> <li>10. W późniejszej fazie opieki Pracownik socjalny kieruje Pana Roberta do Dziennego Domu Opieki – 2 razy w tygodniu. Następuje wówczas redukcja godzin opieki o wizyty w południe.</li> </ol>
---	---

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI – przy uruchomieniu			
<b>IMIĘ</b>	Robert Kowalski	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Robert
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	24.03.1950 r.
<b>KONTAKT</b>	Joanna Milska – sąsiadka	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>DATA ROZP. OPIEKI</b>	20. 11.2019	Data ewaluacji:	
<b>RANEK</b> <b>8-8:45</b>  <b>8:45-9:45</b> <b>(zakupy-piątek)</b>	<b>OPIEKA:</b> Pan Kowalski wymaga pomocy w następujących czynnościach: - higiena osobista + pomoc w zmianie odzieży - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego - przygotowanie i podanie śniadania - zakupy (raz w tygodniu - piątek)		
<b>OBIAD</b> <b>13-13:45</b>  <b>13:45-14:30-</b> <b>poniedziałki</b> <b>(sprzątanie)</b>	<b>OPIEKA:</b> - przyniesienie obiadu ze stołówki - przygotowanie ciepłego posiłku w weekendy i święta - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego - sprzątanie, co poniedziałek		
<b>WIECZÓR</b> <b>19-19:00</b>	<b>OPIEKA:</b> - przygotowanie i podanie kolacji - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego		
<b>DODATKOWE INFORMACJE / ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pan Robert ma 69 lat i jest po udarze mózgu. Jest w okresie rekonwalescencji, w listopadzie został wypisany ze szpitala. W wyniku udaru mózgu Pan Robert ma niedowład lewej części ciała, uszkodzony aparat mowy. Pan Robert porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego, nie jest w stanie chodzić, większość czasu spędza leżąc w łóżku. Jednak z asystą opiekunek może przedostać się z łóżka na wózek i odwrotnie. Wymaga ćwiczeń logopedycznych i rehabilitacji. Pan Robert na chwilę obecną wymaga pomocy w zakresie: higiena osobista, ubiór, transfer na wózek z łóżka, przygotowywanie posiłków, czynności porządkowe, pranie, kontakt z lekarzem. Pan Robert na chwilę obecną jest osobą zamkniętą, nie może pogodzić się z tym, co go spotkało, frustruje się, kiedy próbuje coś powiedzieć. Wypowiadanie choćby pojedynczych słów sprawia mu ogromną trudność.</p>			
<b>Zgoda Podopiecznego lub Opiekuna (w sytuacji osoby ubezwłasnowolnionej):</b>			
<b>Podpis Pracownika:</b>			
<b>Data i miejscowość:</b>			

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI – po pierwszej ewaluacji po 2 miesiącach			
<b>IMIĘ</b>	Robert Kowalski	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Robert
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	24.03.1950 r.
<b>KONTAKT</b>	Joanna Miłska – sąsiadka	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	Halina Wrzos
<b>DATA ROZP. OPIEKI</b>		Data ewaluacji:	
<b>RANEK</b> <b>8:00-8:45</b>  <b>8:45-9:45</b> <b>(zakupy-piątek)</b>	<b>OPIEKA:</b> Pan Kowalski wymaga pomocy w następujących czynnościach: - higiena osobista + pomoc w ubiorze - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego - przygotowanie i podanie śniadania - zakupy (raz w tygodniu - piątek)		
<b>OBIAD</b> <b>13-14</b> (poniedziałek, czwartek, piątek, weekendy i święta), wtorek i środa – Dzienny Dom Opieki	<b>OPIEKA:</b> - przyniesienie obiadu ze stołówki - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego - sprzątanie, co poniedziałek –dodatkowa 1 godzina (13-15)		
<b>WIECZÓR</b> <b>19-19:45</b>	<b>OPIEKA:</b> - przygotowanie i podanie kolacji (od poniedziałku do czwartku) - asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie - utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego		
<b>DODATKOWE INFORMACJE / ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pan Robert ma 69 lat i jest po udarze mózgu. Jest w okresie rekonwalescencji, w listopadzie został wypisany ze szpitala. W wyniku udaru mózgu Pan Robert ma niedowład lewej części ciała, uszkodzony aparat mowy. Pan Robert porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego, nie jest w stanie chodzić, większość czasu spędza leżąc w łóżku. Jednak z asystą opiekunek może przedostać się z łóżka na wózek i odwrotnie. Wymaga ćwiczeń logopedycznych i rehabilitacji. Pan Robert na chwilę obecną wymaga pomocy w zakresie: higiena osobista, ubiór, transfer na wózek z łóżka, przygotowywanie posiłków, czynności porządkowe, pranie, kontakt z lekarzem. Pan Robert na chwilę obecną jest osobą zamkniętą, nie może pogodzić się z tym, co go spotkało, frustruje się, kiedy próbuje coś powiedzieć. Wypowiadanie choćby pojedynczych słów sprawia mu ogromną trudność.</p>			
<b>Zgoda Podopiecznego lub Opiekuna (w sytuacji osoby ubezwłasnowolnionej):</b>			
<b>Podpis Pracownika:</b>			
<b>Data i miejscowość:</b>			

**Scenariusz Seniora – nr 2**

<b>IMIĘ i Nazwisko</b>	Maria Nowak	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Marysia
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	14.06.1947 r.
<b>KONTAKT</b>	Piotr Nowak – syn, mieszka w pobliżu.	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA**

Pani Maria 71 lat i jest wdową od 15 lat. 6 lat temu przeszła operację wymiany stawu biodrowego. Pani Maria jest osobą, która porusza się powoli przy pomocy chodzika. W ostatnim czasie upadła, na skutek czego była hospitalizowana. Nie doznała złamania kończyn, ale jej ogólna kondycja psychofizyczna uległa pogorszeniu. Pani Maria od powrotu ze szpitala niechętnie wstaje z łóżka, nieregularnie zażywa tabletki i straciła apetyt.

Jedynym opiekunem Pani Marii jest jej syn oraz jego żona. Mieszkają w odległości 15 minut drogi samochodem od Pani Marii. Rodzina przygotowuje obiady Pani Marii, robi zakupy, synowa pomaga z kąpielą raz w tygodniu. Jednak od momentu upadku pomoc rodziny okazuje się niewystarczająca. Syn i synowa pracują zawodowo więc są w stanie odwiedzać Panią Marię tylko po pracy 3 razy w tygodniu. Mają też dwójkę dzieci w wieku 5 i 8 lat. Pani Maria od momentu powrotu do domu ze szpitala zapomina o lekach, nie zawsze odbiera telefon od rodziny, nie zawsze zdąży dotrzeć do toalety na czas i nie zawsze zjada przygotowany przez rodzinę posiłek. Ponadto ma problemy z ubraniem się. Pani Maria narzeka na samotność, gdyż kilka tygodni temu zmarła jej bliska koleżanka, z którą często była w kontakcie.

**Czynności podejmowane w zorganizowaniu opieki dla klienta**

1. Kontakt syna z Działem Usług Opiekuńczych w sprawie wsparcia w opiece nad Panią Marią.
2. Pracownik socjalny DUO z terenu zamieszkania Pani Marii idzie na wywiad środowiskowy do klienta. Klienta wyraża zgodę na opiekę i ponoszenie z tego tytułu odpłatności. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy cz. I oraz wypełnia katalog usług opiekuńczych dla klienta samotnie gospodarującego i ustala odpłatność dla klienta (na podstawie dochodów i Uchwały Rady Miejskiej z Wrocławia w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze.  
  
Ustalono liczbę godzin na 40 miesięcznie (10 tygodniowo).
3. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad alimentacyjny z synem (nie ma potrzeby zlecenia wywiadu alimentacyjnemu innemu pracownikowi, gdyż syn mieszka na tym samym terenie, co matka).
4. Pracownik socjalny przesyła kartę zgłoszenia usług opiekuńczych do Ekumenicznej Stacji Opieki celem wdrożenia usług opiekuńczych
5. ESO wyznacza opiekunkę. W czasie sprawowania opieki ESO jest w kontakcie z pracownikiem socjalnym w sytuacjach, które tego wymagają
6. Pracownik socjalny monitoruje usługi opiekuńcze poprzez odbywanie wizyt u podopiecznego: raz w miesiącu lub co drugi miesiąc.

	<p>7. Pracownik socjalny nawiązuje kontakt z działem CPSR w sprawie wolontariatu, konsultacji psychiatrycznej celem wykluczenia depresji.</p> <p>8. Pracownik socjalny kieruje Panią Marię do Dziennego Domu Opieki – 4 razy w tygodniu.</p> <p>9. W momencie rozpoczęcia uczęszczania do DDO ulegnie redukcji pakiet usług opiekuńczych.</p> <p>10. Przekazanie informacji o innych formach wsparcia: teleopieka.</p>
--	--

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI – przy uruchomieniu			
<b>IMIĘ</b>	Maria Nowak	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Marysia
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	24.0314.06.1947r.
<b>KONTAKT</b>	Piotr Nowak – syn, mieszka w pobliżu	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>DATA ROZP. OPIEKI</b>	10. 12.2019	Data ewaluacji:	
<b>RANEK 8-8:30</b>	<b>OPIEKA:</b> Pani Maria wymaga pomocy w następujących czynnościach: - higiena osobista + pomoc w ubiorze - pomoc w przygotowaniu śniadania - przypomnienie o tabletkach		
<b>OBIAD 13-13:30</b>	<b>OPIEKA:</b> - odgrzanie i podanie obiadu - pomoc przy transferze do toalety		
<b>WIECZÓR Środa, czwartek 19:00-19:30</b>	<b>OPIEKA</b> zapewniania przez rodzinę (poniedziałek, wtorek, piątek i weekendy) - pomoc w przebraniu się - asysta przy transferze do toalety		
<b>DODATKOWE INFORMACJE / ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
Pani Maria 71 lat i jest wdową od 15 lat. 6 lat temu przeszła operację wymiany stawu biodrowego. Pani Maria jest osobą, która porusza się powoli przy pomocy chodzika. W ostatnim czasie upadła, na skutek czego była hospitalizowana. Nie doznała złamania kończyn, ale jej ogólna kondycja psychofizyczna uległa pogorszeniu. Pani Maria od powrotu ze szpitala niechętnie wstaje z łóżka, nieregularnie zażywa tabletki i straciła apetyt.			
<b>Zgoda Podopiecznego lub Opiekuna (w sytuacji osoby ubezwłasnowolnionej):</b>			
<b>Podpis Pracownika:</b>			
<b>Data i miejscowość:</b>			

W momencie rozpoczęcia uczęszczania do Dziennego Domu Opieki wymagana będzie tylko wizyta poranna.

**Scenariusz Seniora – nr 3**

<b>IMIĘ i Nazwisko</b>	Stefania Głowacka Jerzy Głowacki	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Stefcia Jerzyk
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	07.09.1947 r.– p. Stefania 05.03.1944 r.– p. Jerzy
<b>KONTAKT</b>	Katarzyna Wasilewska – córka. Pani Stefania wraz z mężem Jerzym mieszkają z córką i jej rodziną.	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA**

Pani Stefania – lat 71 mieszka z mężem oraz z córką i zięciem, a także z dwójką ich dzieci w wieku 8 i 10 lat. Rodzina zajmuje dom jednorodzinny, który jest własnością córki i zięcia. Córka jest głównym opiekunem dla swojej matki oraz swojego ojca.

Pani Stefania cierpi na otępienie o typie Alzheimerowskim już od kilku lat. Początkowo Pani Katarzyna nie wiedziała, co się dzieje z jej matką. Dopiero po odpowiedniej diagnozie zaczęła interesować się i czytać o chorobie mamy. Jak do tej pory Pani Katarzyna sama z mężem sprawuje opiekę nad Panią Stefanią. Jednak w ostatnim czasie Pani Katarzyna ma trudności w pogodzeniu opieki nad matką i ojcem z pracą zawodową oraz byciem rodzicem.

Pani Stefania jest sprawna fizycznie, porusza się powoli, samodzielnie. Wymaga asysty w czynnościach związanych z higieną osobistą, ubieraniem się, zażywaniem leków. Posiłek, jeśli stoi przed nią, jest w stanie zjeść samodzielnie. Nie może już samodzielnie wychodzić z domu z uwagi na fakt, że ma problem ze znalezieniem drogi powrotnej. Córka wychodzi z mamą na spacer.

Pan Jerzy – lat 74 ze względu na problemy ze stawami i kręgosłupem doświadcza trudności w poruszaniu się oraz wykonywaniu czynności związanych z ubieraniem się oraz higieną osobistą. Stara się wspierać córkę w opiece nad swoją żoną, ale zdaje sobie sprawę, iż sam wymaga opieki. Pan Jerzy porusza się przy pomocy chodzika lub laski.

Córka chce kontynuować opiekę nad swoją matką i ojcem, jednak przyznaje, że pełnienie tej roli jest dla niej coraz trudniejsze. W domu pojawiają się częstsze kłótnie z mężem, gdyż rodzina nie ma możliwości odpoczynku, a pełnienie roli głównego opiekuna 24 na dobę jest bardzo stresujące. Są także problemy ze wspólnym wyjazdem rodziny na np. wakacje, gdyż Pani Stefania nie może zostać bez opieki na całą dobę.

Córka będąc w pracy martwi się o rodziców.

Sąsiedzi są chętni na pomoc doraźną, ale nie chcą wziąć na siebie odpowiedzialności i opiekować się Panią Stefanią i Panem Jerzym odpłatnie codziennie, czy np. w sytuacji, gdyby rodzina Pani Katarzyna chciała wyjechać na kilka dni. Pani Katarzyna szuka form pomocy w sprawowaniu opieki nad swoją matką i ojcem.

<p><b>Czynności podejmowane w zorganizowaniu opieki dla klienta</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontakt córki Katarzyny z Zespołem Pracy Terenowej, który przekierowuje sprawę do Działu Usług Opiekuńczych w sprawie wsparcia w opiece nad rodzicami.</li> <li>2. Pracownik socjalny DUO z terenu zamieszkania Pani Katarzyny przeprowadza wywiad środowiskowy - cz. I w domu klientki. Klienta wyraża zgodę na opiekę i ponoszenie z tego tytułu odpłatności. Pracownik socjalny wypełnia katalog usług opiekuńczych dla klienta w rodzinie.</li> <li>3. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad alimentacyjny z Panią Katarzyną.</li> <li>4. Pracownik socjalny przesyła kartę zgłoszenia usług opiekuńczych do Ekumenicznej Stacji Opieki celem wdrożenia usług opiekuńczych z zapotrzebowaniem na opiekę dla Pani Stefanii i Pana Jerzego</li> <li>5. ESO wyznacza opiekunkę. W czasie sprawowania opieki ESO jest w kontakcie z pracownikiem socjalnym w sytuacjach, które tego wymagają</li> <li>6. Pracownik socjalny monitoruje usługi opiekuńcze poprzez odbywanie wizyt u podopiecznego: raz w miesiącu lub co drugi miesiąc.</li> <li>7. Pracownik socjalny nawiązuje kontakt z działem CPSR w sprawie wolontariatu dla Pana Jerzego, który lubi czytać, rozwiązywać krzyżówki, ale ma problem ze wzrokiem.</li> <li>8. Pracownik socjalny kieruje Panią Stefanią do Dziennego Domu Opieki – 5 razy w tygodniu.</li> <li>9. W momencie rozpoczęcia uczęszczania do DDO ulegnie redukcji pakiet usług opiekuńczych.</li> <li>10. Pracownik socjalny przekazuje informację córce o możliwości dostosowania pomieszczeń, w tym łazienki do potrzeb rodziców i kieruje córkę do Działu Adaptacji dla osób niepełnosprawnych. Rodzice nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności.</li> <li>11. Udzielenie informacji Pani Katarzynie na temat grup wsparcia dla opiekunów rodzinnych osób cierpiących na otępienie o typie Alzheimerowskim. Grupy prowadzone są w Dziennym Domu Opieki.</li> <li>12. Przekazanie informacji o innych dostępnych formach opieki, np.: teleopieka, opieka wytchnieniowa, grupach wsparcia dla opiekunów nieformalnych.</li> </ol>
---	--



INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI – przy uruchomieniu			
<b>IMIĘ</b>	Stefania Głowacka, Jerzy Głowacki	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Stefcia, Jerzy
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	07.09.1947 r.– p. Stefania 05.03.1944 r.– p. Jerzy
<b>KONTAKT</b>	Katarzyna Wasilewska – córka. Pani Stefania wraz z mężem Jerzym mieszkają z córką i jej rodziną	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>DATA ROZP. OPIEKI</b>		Data ewaluacji:	
<b>RANEK</b> <b>8-9:00</b>	<b>OPIEKA:</b> Pani Stefania: - higiena osobista + pomoc w ubiorze - podanie śniadania Pan Jerzy: - higiena osobista + pomoc w ubiorze		
<b>OBIAD</b> <b>12-13</b>	<b>OPIEKA: Pani Stefania i Pan Jerzy</b> - odgrzanie i podanie obiadu - transfer Pani Stefanii do toalety - przypomnienie o tabletkach		
<b>WIECZÓR</b>	OPIEKA zapewniana przez rodzinę		
<b>DODATKOWE INFORMACJE / ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pani Stefania cierpi na otępienie o typie Alzheimerowskim już od kilku lat. Pani Stefania jest sprawna fizycznie, porusza się powoli, samodzielnie. Wymaga asysty w czynnościach związanych z higieną osobistą, ubieraniem się, zażywaniem leków. Posiłek, jeśli stoi przed nią, jest w stanie zjeść samodzielnie. Nie może już samodzielnie wychodzić z domu z uwagi na fakt, że ma problem ze znalezieniem drogi powrotnej. Córka wychodzi z mamą na spacer.</p> <p>Pan Jerzy – lat 74 ze względu na problemy ze stawami i kręgosłupem doświadcza trudności w poruszaniu się oraz wykonywaniu czynności związanych z ubieraniem się oraz higieną osobistą. Stara się wspierać córkę w opiece nad swoją żoną, ale zdaje sobie sprawę, iż sam wymaga opieki. Pan Jerzy porusza się przy pomocy chodzika lub laski.</p>			
<b>Zgoda Podopiecznego lub Opiekuna (w sytuacji osoby ubezwłasnowolnionej):</b>			
<b>Podpis Pracownika:</b>			
<b>Data i miejscowość:</b>			

W momencie rozpoczęcia uczęszczania do Dziennego Domu Opieki plan opieki ulegnie modyfikacji: w porze obiadu wymagana będzie wizyta opiekunki tylko dla Pana Jerzego.

**Załącznik nr 2. Scenariusze trzech seniorów wraz z opracowanymi indywidualnymi planami opieki w Anglii**

Case study – nr 1			
<b>Name</b>	Robert Smith	<b>Preferred name</b>	Robert
<b>Address</b>		<b>Phone number</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of birth</b>	24.03.1950
<b>Carer</b>	Johanna Davies – neighbour	<b>Social worker</b>	
<b>INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED</b>			
<p>Robert Smith is 69 years old and is after a stroke. At the moment he is in the hospital and awaiting discharge. Before this event he was an active and independent person. He liked to travel and ride a bike. Robert is a bachelor, he has no children. His extended family lives in another region of England. Robert maintains contact with his neighbors. The stroke changed Robert's life - paresis of the left body, damaged speech apparatus. Robert is using a wheelchair, unable to walk, he spends most of his time lying in bed. However, with the help of carer, he can get out of bed onto the wheelchair and vice versa. He requires speech therapy and rehabilitation, which will successively, through the performance of exercises, to improve Robert's motor skills. He also requires help with clothing, meals, personal hygiene, as well as making payments and shopping.</p> <p>The lifestyle of Robert, who led before the stroke and his personality makes him a very determined person to improve his current state. That is why he is happy to undergo rehabilitation to regain some of his lost skills. He is also looking for solutions and ways to perform activities independently, although this is not possible in every case, e.g. personal hygiene, clothing, transfer to a wheelchair from bed, preparation of meals.</p> <p>Robert is currently a closed person, he cannot accept of what happened to him, he is frustrated when he tries to say something. It's extremely difficult for him to say even a single word. Robert is a owner of the house he lives in. At the moment, it's impossible for him to enter the house because of 5 stairs leading to the front door. Due to his current health condition, he will be able to live on the ground floor of the house, where there is a toilet, but there is no bathroom. Robert is retired. Robert is able to function in his place of residence if he receives support adequate to his needs.</p> <p>Robert's neighbors are ready and willing to help him, however on an ad hoc basis, as they both work professionally.</p>			
<b>Activities undertaken in arranging care for the client</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb w szpitalu i zakwalifikowanie do pomocy zapewnianej przez Dział ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.</li> <li>2. Wypis Roberta ze szpitala na tymczasowe miejsce pobytu (ang. <i>Discharge to Assess bed</i>) celem przeprowadzenia właściwej oceny potrzeb .</li> <li>3. Uruchomienie usług krótkoterminowych świadczonych przez Dział ds. Odzyskania Utraconych Sprawności (opieka świadczona 7 dni w tygodniu, 4 razy dziennie)</li> <li>4. Wdrożenie terapeuty zajęciowego pod względem oceny funkcjonalności i diagnozy ryzyka (zastosowanie odpowiedniego sprzętu)</li> <li>5. Wdrożenie ćwiczeń aparatu mowy</li> <li>6. Wystąpienie ze skierowaniem o fizjoterapię do lekarza pierwszego kontaktu – tryb przyspieszony</li> <li>7. W momencie włączenia fizjoterapii zorganizowanie spotkania u Roberta z opiekunkami działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności i fizjoterapeutą celem</li> </ol>		

	<p>pokazania opiekunkom ćwiczeń, które zostały zalecone Robertowi. Robert powinien wykonywać te ćwiczenia podczas wizyt opiekunek wg wskazówek fizjoterapeuty.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Wystąpienie o kontakt ze środowiskową pielęgniarką psychiatryczną ze względu na załamanie Roberta po doznanym udarze</li> <li>9. Podjęcie działań w kierunku dostosowania domu Roberta do jego potrzeb (np. łazienka na parterze domu). Na czas prowadzonych prac Robert pozostaje w tymczasowym miejscu pobytu.</li> <li>10. Włączenie organizacji pozarządowych: Age UK – wsparcie w uzyskaniu świadczeń</li> <li>11. Uruchomienie usługi posiłki na kółkach</li> <li>12. Uruchomienie usługi bezpieczny klucz</li> <li>13. Uruchomienie usługi teleopieki</li> <li>14. Przeprowadzenie ewaluacji po 6 tygodniach opieki. Możliwość przedłużenia opieki nastawionej na cel świadczonej przez Zespół ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.</li> <li>15. Po drugiej ewaluacji możliwość transferu pakietu usług opiekuńczych zatwierdzonego przez Zespół Pośredników do agencji opiekuńczej</li> <li>16. Odpłatność za usługi warunkowana byłaby wynikami oceny sytuacji finansowej Roberta.</li> <li>17. W dalszej perspektywie możliwość korzystania z usługi w postaci dziennego ośrodka pobytu.</li> <li>18. W dalszej perspektywie włączenie za zgodą Roberta prywatnych usług agencji opiekuńczej na podjęcie takich czynności jak: sprzątanie i zakupy. Na chwilę obecną Robert przebywa w tymczasowym miejscu pobytu więc usługi sprzątające nie są potrzebne, a w zakupy zaangażowana jest sąsiadka.</li> </ol>
--	---

<b>INDIVIDUAL CARE PLAN – on commencement</b>			
<b>Name</b>	Robert Smirt	<b>Preferred name</b>	Robert
<b>ADDRESS</b>		<b>Phone number</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of Birth</b>	24.03.1950
<b>Carer</b>	Johanna Davies – neighbour	<b>Social worker</b>	
<b>Start date of the care</b>	20. 11.2019	<b>Evaluation date</b>	
<b>Morning</b> <b>8-9:00 am</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta przy higienie osobistej + asysta w zmianie odzieży</li> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- przygotowanie i podanie śniadania</li> <li>- przypomnienie o tabletkach</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>Lunch</b> <b>1-1:45 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odgrzanie i podanie obiadu</li> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>Tea</b> <b>4:30-5:15 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- przygotowanie i podanie posiłku popołudniowego (np. kanapki, płatki)</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>Evening</b> <b>7:30-8:15 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- asysta w zmianie odzieży</li> <li>- przypomnienie o lekach</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>ADDITIONAL INFORMATION / RISKS IDENTIFIED</b>			
<p>Robert is 69 years old and has suffered a stroke. He is in recovery and was discharged from hospital in November. As a result of the stroke, Robert has a paresis of the left part of his body and a damaged speech apparatus. Robert moves around with the help of a wheelchair, he is unable to walk and spends most of his time lying in bed. However, with the assistance of carer, he can get from bed to wheelchair and vice versa. He requires speech therapy exercises and rehabilitation. Robert currently requires assistance with: personal hygiene, dressing, transfer to a wheelchair from bed, meal preparation, housekeeping activities, laundry, contact with the doctor. At the moment Robert is a closed person, he cannot come to terms with what has happened to him, he gets frustrated when he tries to say something. He finds it very difficult to say even single words.</p>			
<b>Consent of the person or carer (if person is incapacitated):</b>			
<b>Signature of worker:</b>			
<b>Date and Town:</b>			

**INDIVIDUAL CARE PLAN – following the first evaluation after 6 weeks**

<b>Name</b>	Robert Smith	<b>Preferred name</b>	Robert
<b>Address</b>		<b>Phone number</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of Birth</b>	24.03.1950
<b>Carer</b>	Johanna Davies – neighbour	<b>Social worker</b>	
<b>Start date of the care</b>	20.11.2019	<b>Evaluation date</b>	
<b>Morning 8-9:00 am</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta przy higienie osobistej + asysta w zmianie odzieży</li> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- przygotowanie i podanie śniadania</li> <li>- przypomnienie o tabletkach</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>Lunch 1:00-1:45 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odgrzanie i podanie obiadu</li> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>Tea 4:30-5:30 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- przygotowanie i podanie posiłku popołudniowego (np. kanapki, płatki)</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> <li>- wykonywanie przez Roberta ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę w obecności opiekunki</li> </ul>		
<b>Evening 7:00-7:30 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta w transferze z łóżka na toaletę mobilną i odwrotnie</li> <li>- utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego</li> <li>- asysta w zmianie odzieży</li> <li>- przypomnienie o lekach</li> <li>- pozostawienie wody do picia przy łóżku Roberta</li> </ul>		
<b>ADDITIONAL INFORMATION / RISKS IDENTIFIED</b>			
<p>Robert is 69 years old and has suffered a stroke. He is in recovery and was discharged from hospital in November. As a result of the stroke, Robert has a paresis of the left part of his body and a damaged speech apparatus. Robert moves around with the help of a wheelchair, he is unable to walk and spends most of his time lying in bed. However, with the assistance of carer, he can get from bed to wheelchair and vice versa. He requires speech therapy exercises and rehabilitation. Robert currently requires assistance with: personal hygiene, dressing, transfer to a wheelchair from bed, meal preparation, housekeeping activities, laundry, contact with the doctor. At the moment Robert is a closed person, he cannot come to terms with what has happened to him, he gets frustrated when he tries to say something. He finds it very difficult to say even single words.</p>			
<b>Consent of the person or carer (if person is incapacitated):</b>			
<b>Signature of worker:</b>			
<b>Date and Town:</b>			

W sytuacji poprawy kondycji Roberta będzie on uczęszczał do Dziennego Domu Pobytu. Wówczas nastąpi redukcja wizyt opiekuńczych. Utrzymane zostaną wizyta poranna i wieczorna. Po zakończeniu prac adaptacyjnych w domu Roberta wróci on do swojego miejsca zamieszkania.

Case study – nr 2			
<b>Name</b>	Mary Johnson	<b>Preferred name</b>	Mary
<b>Address</b>		<b>Phone number:</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of Birth</b>	14.06.1947
<b>Carer</b>	Peter Johnson – son, lives close to his mother, phone nr: 7098520	<b>Social worker</b>	
<b>INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED</b>			
<p>Mary Johnson is 71 years old and has been a widow for 15 years. Six years ago she had hip replacement surgery. Mary is a person who moves slowly with the help of a walker. Recently she fell, as a result of which she was hospitalized. She did not have a broken limb, but her overall psychophysical condition worsened. Now, Mary is at home and has been reluctant to get out of bed.</p> <p>Since she returned from hospital, she takes pills irregularly and has lost her appetite. Mary's only carer is her son and his wife. They live 15 minutes by car from Mary.</p> <p>The family prepares Mary's dinners, goes shopping, daughter-in-law helps with bathing once a week. However, since the fall, family help has proved insufficient. The son and daughter-in-law work professionally so they are able to visit Maria only after work 3 times a week.</p> <p>They also have two children aged 5 and 8.</p> <p>From the moment she returns home from the hospital, Mary forgets about medicines, she does not always answer the phone from the family, she does not always manage to get to the toilet on time and does not always eat a meal prepared by the family. In addition, she has problems with clothes. Mary complains about loneliness, because few weeks ago her close friend died, with whom she was often in contact. Mary is retired, her source of income is State Pension, takes up social housing.</p>			
<b>Activities undertaken in arranging care for the client</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontakt syna z pomocą społeczną w sprawie wsparcia dla swojej matki.</li> <li>2. Ocena potrzeb pod względem kwalifikowania do pomocy</li> <li>3. Ocena finansowa</li> <li>4. Skierowanie opiekuna nieformalnego do Centrum Opiekuna na przeprowadzenie oceny potrzeb opiekuna</li> <li>5. Wdrożenie usługi Działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności (plan opieki obejmuje wizyty opiekunek 3xdziennie, 5 dni w tygodniu. W weekendy rodzina opiekuje się p. Marią).</li> <li>6. Wdrożenie terapeuty zajęciowego pod względem oceny funkcjonalności w środowisku domowym i diagnozy ryzyka (możliwe wdrożenie odpowiedniego sprzętu)</li> <li>7. Skierowanie w sprawie fizjoterapeuty</li> <li>8. Wystąpienie o kontakt ze środowiskową pielęgniarką psychiatryczną</li> <li>9. Organizacja teleopieki</li> <li>10. Przedstawienie możliwości korzystania z oferty lokalnych podmiotów: np. kluby obiadowe, dzienne domy pobytu.</li> <li>11. Uruchomienie usługi bezpieczny klucz</li> </ol>		

INDIVIDUAL CARE PLAN – on commencement			
<b>Name</b>	Mary Johnson	<b>Preferred name</b>	Mary
<b>ADDRESS</b>		<b>Phone number</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of Birth</b>	24.0314.06.1947
<b>Carer</b>	Peter Johnson – son, lives close to his mother, phone nr: 7098520	<b>Social worker</b>	
<b>Start date of the care</b>	10. 12.2019	<b>Evaluation date:</b> 10.01.2020	
<b>Morning</b> <b>8-9:00 am</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asystowanie Pani Marii w czynnościach związanych z higieną osobistą i ubiorem</li> <li>- asysta w przygotowaniu śniadania</li> <li>- przypomnienie o tabletkach</li> <li>- asysta w wykonywaniu ćwiczeń przygotowanych przez fizjoterapeutę</li> </ul>		
<b>Lunch</b> <b>1-1.45 pm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asysta w odgrzaniu obiadu</li> <li>- asysta przy transferze do toalety</li> </ul>		
<b>Evening</b> <b>7-7:45 pm</b> <b>(Monday-Friday)</b> <b>Weekend- family</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-zapewniania przez rodzinę w święta oraz sobotę i niedzielę</li> <li>- asysta w przebraniu się</li> <li>- asysta przy transferze do toalety</li> <li>- przypomnienie o tabletkach</li> </ul>		
<b>ADDITIONAL INFORMATION / RISKS IDENTIFIED</b>			
<p>Mary is 71 years old and has been a widow for 15 years. She underwent hip replacement surgery six years ago. Mrs Maria is a person who moves slowly with the help of a walker. She recently fell and was hospitalised as a result. She did not suffer any limb fractures, but her overall psycho-physical condition has deteriorated. Since returning from hospital, Mary has been reluctant to get out of bed, takes her tablets irregularly and has lost her appetite.</p>			
<b>Consent of the person or carer (if person is incapacitated):</b>			
<b>Signature of worker:</b>			
<b>Date and Town:</b>			

Rozpoczęcie uczęszczania do dziennego ośrodka pobytu oznacza wycofanie wizyt w porze obiadu. Wraz z trwaniem usługi Działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności i poprawy kondycji Mary nastąpi zmniejszenie pakietu usług poprzez zmniejszenie czasu trwania wizyt. Po ostatniej ewaluacji podjęta będzie decyzja w sprawie dalszego wsparcia dla Mary, co warunkowane będzie jej kondycją. Jeśli jej stan uległby znacznej poprawie to możliwym byłoby wycofanie usług opiekuńczych i zachowanie pobytu w dziennym ośrodku wsparcia (w tej sytuacji do rozważenia byłaby usługa płatności bezpośredniej). Jeśli jednak konieczna byłaby kontynuacja usług opiekuńczych to usługi działu ds. Odzyskania Utraconych Sprawności zostałyby wycofane i wdrożone usługi świadczone przez agencję opiekuńczą. W tym przypadku pakiet usług opiekuńczych musiałby zostać zatwierdzony przez Zespół Pośredników. Odpłatność za usługi zależałaby od oceny finansowej.

**Case Study – nr 3**

<b>Name</b>	<b>Stephanie Taylor</b> <b>Jerry Taylor</b>	<b>Preferred name</b>	Steph Jerry
<b>ADDRESS</b>		<b>Phone number:</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of Birth</b>	07.09.1947 – Stephanie 05.03.1944 – Jerry
<b>Carer</b>	Kate Wilson – daughter (main carer). Stephanie Taylor along with her husband – Jerry live together with their daughter and her family.	<b>Social Worker</b>	

**INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED**

**Stephanie Taylor** – aged 71. Stephanie Taylor, lives with her husband, daughter (Kate Wilson) and son-in-law, as well as with their two children aged 8 and 10. The family occupies a single-family house, which is owned by a daughter and son-in-law. The daughter is the main carer for her mother and her father.

Stephanie has been suffering from Alzheimer's disease for several years. At first, Kate didn't know what was happening to her mother.

Only after an appropriate diagnosis she became interested and learnt more about her mother's illness.

So far, Kate and her husband look after Stephanie. Recently, however, Kate has difficulties in reconciling care for her mother and father with her work and being a parent at the same time.

Stephanie is physically quite fit, moves slowly, alone. Requires assistance in activities related to personal hygiene, dressing, taking medicine.

Stephanie is able to eat without help if her meal is served directly to her. She can no longer leave the house safely alone because he has trouble finding her way back.

The daughter goes out with her mother for walks.

**Jerry Taylor**- aged 74,

Jerry because of problems with his joints and spine, experiences difficulties in moving and performing activities related to dressing and personal hygiene. He tries to support his daughter in caring for his wife, but at the same time he is aware he requires care too. Jerry moves with the help of a walker or walking stick.

The daughter wants to continue caring for her mother and father, but she admits that it is becoming increasingly difficult for her to fulfill this role. The relationship between Kate and her husband has been badly effected, because the family has no time to rest and being the main guardian for 24 hours is stressful.

There are also problems with the family time (e.g. holidays), because Stephanie can not be left unattended around the clock. The daughter being at work worries about her parents. The neighbors are eager for emergency help, but they do not want to take responsibility and look after Stephanie and Jerry every day, or if, for example, Kate's family wants to take a time off.

Kate is looking for a way to receive help in caring for her mother and father.



<b>Activities undertaken in arranging care for the client</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena potrzeb pod względem kwalifikowania do pomocy</li> <li>2. Ocena finansowa</li> <li>3. Skierowanie opiekuna nieformalnego do Centrum Opiekuna na przeprowadzenie oceny potrzeb opiekuna</li> <li>4. Włączenie organizacji pozarządowych: Alzheimer’s Society, Age UK – wsparcie w uzyskaniu świadczeń</li> <li>5. Łączony pakiet usług opiekuńczych dla Stephanie i Jerryego</li> <li>6. Zatwierdzenie pakietu usług opiekuńczych przez Zespół Pośredników</li> <li>7. Umieszczenie IPO na platformie internetowej</li> <li>8. Wybór agencji, która realizować będzie usługi opiekuńcze</li> <li>9. Opieka wytchnieniowa</li> <li>10. Organizacja teleopieki</li> <li>11. Skierowanie do terapeuty zajęciowego pod względem oceny funkcjonalności w środowisku domowym i diagnozy ryzyka (możliwe wdrożenie odpowiedniego sprzętu)</li> </ol> <p>Stephanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Ocena zdolności do czynności prawnych</li> <li>13. Włączenie środowiskowej pielęgniarce psychiatrycznej</li> <li>14. Wsparcie psychologiczne dla rodziny</li> <li>15. Dzienny Dom Opieki</li> </ol> <p>Jerry:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Skierowanie do fizjoterapeuty</li> <li>17. Przedstawienie możliwości korzystania z oferty lokalnych podmiotów: np. kluby obiadowe</li> </ol> <p>Ewaluacja po 6 tygodniach. Rozważenie Płatności Bezpośrednich jeśli córka będzie chciała zarządzać tą usługą. W tym wypadku przekazanie usług do agencji opiekuńczej.</p>
---	--

<b>INDIVIDUAL CARE PLAN – on commencement</b>			
<b>IMIĘ</b>	Stephanie Taylor Jerry Taylor	<b>Preferred name</b>	Steph Jerry
<b>Address</b>		<b>TEL:</b>	
<b>GP</b>		<b>Date of birth</b>	07.09.1947 – Stephanie 05.03.1944 – Jerry
<b>Carer</b>	Kate Wilson – daughter (main carer). Stephanie Taylor along with her husband – Jerry live together with their daughter and her family.	<b>Social worker</b>	
<b>Start date of the care</b>		<b>Evaluation date:</b>	
<b>Morning</b>	Pani Stefania: - higiena osobista + pomoc w ubiorze - podanie śniadania		

<b>8-9:00 am</b>	Pan Jerzy: - higiena osobista + pomoc w ubiorze - asysta w wykonywaniu ćwiczeń przygotowanych przez fizjoterapeutę
<b>Lunch</b> <b>1-2 pm</b>	OPIEKA: Pani Stefania i Pan Jerzy - asysta w odgrzaniu obiadu, a w przypadku Pani Stefanii podanie obiadu - asysta przy transferze do toalety (Pani Stefania) - przypomnienie o tabletkach
<b>Evening</b>	OPIEKA zapewniania przez rodzinę
<b>ADDITIONAL INFORMATION / RISKS IDENTIFIED</b>	
<p>Stephanie has been suffering from Alzheimer for several years. Stephanie is physically fit, moves slowly and independently. She requires assistance with personal hygiene, dressing, taking medication. Meals, if standing in front of her, she is able to eat independently. She is no longer able to leave the house independently due to the fact that she has difficulty finding her way back. The daughter goes out for walks with her mother.</p> <p>Jerry - age 74, due to joint and spinal problems, experiences difficulties in moving around and in performing dressing and personal hygiene. He tries to support his daughter in caring for his wife, but realises that he needs care himself. Jerry gets around with the help of a walker or cane.</p>	
<b>Consent of the person or carer (if person is incapacitated):</b>	
<b>Signature of worker:</b>	
<b>Date and Town:</b>	

W momencie rozpoczęcia uczęszczania do Dziennego Domu Opieki plan opieki ulegnie modyfikacji: w porze obiadu wymagana będzie wizyta opiekunki tylko dla Pana Jerzego pięć dni w tygodniu, a w sytuacji uczęszczania do klubu obiadowego 4 razy w tygodniu. Stephanie została zakwalifikowana do korzystania ze stałej formy pomocy, dlatego usługi opiekuńcze świadczone są przez agencję opiekuńczą, a nie Dział ds. Odzyskania Utraconych Sprawności.

**Załącznik nr 3.** Proces decyzyjny kryteriów kwalifikowania dla opiekunów nieformalnych w odniesieniu do trzech komponentów: potrzeb (ang. *needs*), celów (ang. *outcomes*) i dobrostanu (ang. *well-being*)

<b>Proces podejmowania decyzji o kwalifikowaniu do pomocy społecznej opiekunów (ang. carers' eligibility decision process)</b>		
<b>1. Potrzeby (ang. needs)</b>	<b>2. Cele (ang. outcomes)</b>	<b>3. Dobrostan (ang. well-being)</b>
<p>Potrzeby te pojawiają się jako konsekwencją zapewnienia niezbędnej opieki nad osobą dorosłą.</p>	<p>W wyniku pełnienia roli opiekuna:</p> <p>a) zdrowie fizyczne lub psychiczne opiekuna jest zagrożone</p> <p>b) opiekun nie jest w stanie osiągnąć następujących celów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— wykonywanie wszelkich obowiązków związanych z opieką jakie opiekun ma w stosunku do dziecka;</li> <li>— zapewnienie opieki innym osobom;</li> <li>— utrzymanie własnego środowiska domowego;</li> <li>— zarządzanie odżywianiem;</li> <li>— rozwijanie i utrzymywanie rodziny lub innych znaczących osobistych relacji;</li> <li>— dostęp do pracy, szkolenia, edukacji lub wolontariatu i zaangażowanie się w nie;</li> <li>— korzystanie z niezbędnych udogodnień lub usług w społeczności lokalnej w tym obiektów rekreacyjnych lub usług;</li> <li>— angażowanie się w rekreacyjne działalności.</li> </ul>	<p>Nie możliwość osiągnięcia celów sprawia, iż jest lub prawdopodobnie wystąpi wpływ na samopoczucie opiekuna i jego dobrostan, w następujących zakresach:</p> <p>a) godności osobistej (w tym traktowania osoby z szacunkiem);</p> <p>b) zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrostanu emocjonalnego;</p> <p>c) ochrony przed nadużyciami i zaniedbaniem;</p> <p>d) kontroli jednostki nad codziennym życiem (w tym nad opieką i wsparciem oraz sposobem, w jaki jest świadczona);</p> <p>e) udziale w pracy, edukacji, szkoleniu lub rekreacji;</p> <p>f) społecznego i ekonomicznego dobrobytu;</p> <p>g) relacji domowej, rodzinnej i relacji osobistej;</p> <p>h) odpowiednich warunkach mieszkaniowych;</p> <p>i) wkładu osoby w życie społeczne.</p>

## Załącznik nr 4. Arkusz oceny potrzeb opiekuna nieformalnego

### ARKUSZ POTRZEB OPIEKUNA NIEFORMALNEGO

#### O TOBIE

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		Kod Pocztowy <input type="text"/>
Numer Telefonu	<input type="text"/>		
Najlepsza forma kontaktu	Poczta <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>	Email(podaj poniżej) <input type="checkbox"/>
Płeć	<input type="text"/>	Data Urodzenia	<input type="text"/>
		Wiek	<input type="text"/>
Czy mieszkasz z osobą, którą się opiekujesz?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Jeśli osoba mieszka w innym miejscu to jak często odwiedzasz tę osobę?	Kilka razy dziennie <input type="checkbox"/> Raz dziennie <input type="checkbox"/>		
	Kilka dni w tygodniu <input type="checkbox"/> W weekend <input type="checkbox"/>		
	Inne, proszę wskazać		
Jaka jest kondycja zdrowotna osoby, którą się opiekujesz oraz jaki jest jej wiek?	<input type="text"/>		
Czy osoba, którą się opiekujesz ma problemy z pamięcią?	<input type="text"/>		
Jak długo opiekujesz się podopieczną/ym?	<input type="text"/>		
Ile godzin tygodniowo sprawujesz opiekę?	<input type="text"/>		
Przychodnia/lekarz	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

#### Poza byciem opiekunem, jakie są inne obowiązki?

Praca na cały etat	<input type="checkbox"/>	Praca na pół etatu	<input type="checkbox"/>	Szkoła /Studia /Szkolenia	<input type="checkbox"/>
Zobowiązania rodzinne	<input type="checkbox"/>	Wolontariat	<input type="checkbox"/>	Inne (określ poniżej)	<input type="checkbox"/>

## TY JAKO OPIEKUN

Dlaczego osoba, którą się opiekujesz potrzebuje Twojej pomocy?

Jakiego rodzaju opiekę sprawujesz:

Higiena osobista  Gospodarowanie pieniędzmi  Kontakt z urzędami  Kontakt z opieką zdrowotną

Zakupy  Porządki domowe  Zapewnianie posiłków  Kontakt z otoczeniem

Inne (proszę wskazać jakiej):

Czy masz możliwość regularnego odpoczynku w sprawowaniu opieki i czy otrzymujesz pomoc od innych w sprawowaniu opieki?

Tak  Nie  Jeśli tak, przedstaw proszę więcej informacji o otrzymywanym wsparciu?

Czy czujesz, że jesteś w stanie kontynuować rolę opiekuna na dotychczasowym poziomie?

Tak  Nie  Przedstaw proszę więcej informacji w tym zakresie?

Jakiego wsparcia potrzebujesz, aby kontynuować opiekę?

**W jakim stopniu pomoc, którą zapewniasz ma wpływ na Twoje życie i zdrowie?**

**Jakie wsparcie w pełnieniu roli opiekuna mogłoby polepszyć Twoje codzienne życie?**

Usługa Teleopieki

Grupy Wsparcia dla opiekunów nieformalnych

Opieka wytchnieniowa

Uczestnictwo osoby starszej w dziennym ośrodku wsparcia

Uczestnictwo osoby starszej w klubie seniora

Specjalistyczny sprzęt

Informacje na temat pomocy finansowej

Szkolenia w zakresie sprawowania opieki nad osobą starszą

Usługi opiekuńcze

Poradnictwo, w tym prawne

Pomoc w formalnościach dotyczących ubiegania się o stopień niepełnosprawności

Inne rodzaje wsparcia (proszę przedstawić poniżej):

<b>PLAN WSPARCIA OPIEKUNA NIEFORMALNEGO</b>		
<b>Cel do osiągnięcia</b> (np. opieka wytchnieniowa, godzenie opieki z pracą zawodową, dzienne formy wsparcia, etc.)	<b>Działania do podjęcia, aby osiągnąć cel</b>	<b>Osoby/podmioty zaangażowane w realizację celu</b>

**Podpis Opiekuna:**

**Podpis Pracownika Socjalnego:**

### Załącznik nr 5. Indywidualny Plan Opieki (IPO)

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI (IPO)				
<b>IMIĘ</b>	Jan Kowalski		<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	JANEK
<b>ADRES</b>	Wrocław ul. Legnicka 22/3		<b>TEL:</b>	71 45 56 78
<b>LEKARZ</b>	Dr A. Nowak, Przychodnia 'Zdrowie' 71 35 67 45		<b>DATA URODZENIA</b>	24.03.1940
<b>KONTAKT</b>	Jadwiga Miłska – córka, Tel. 504 59 47 43		<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	Halina Wrzos – MOPS, DUO Tel. 71 45076004
<b>DATA ROZP. OPIEKI</b>	05.09.2021	<b>DATA EWALUACJI</b>	15.12.2021	<b>Podmiot odpowiedzialny</b>
<b>TYGODNIOWY GRAFIK OPIEKI</b>				
<b>RANEK</b> <b>Godz. 8:00-9:00</b> <b>Poniedziałek- Piątek</b>	<b>OPIEKA:</b> usługi opiekuńcze - pomoc w higienie osobistej i ubiorze. W dni uczęszczania do dziennego ośrodka należy pomóc z ubiorem odzieży wierzchniej. Transport przyjeżdża ok 9:00 rano - asysta w przygotowaniu śniadania - przypomnienie o lekach			MOPS Wrocław DUO ESO
<b>OBIAD</b> <b>Poniedziałek- Wtorek</b>	<b>OPIEKA:</b> Córka zostawia przygotowany na talerzu obiad dla Pana Jana, który on odgrzewa sobie w mikrofalce.			Rodzina
<b>Środa-czwartek</b>	<b>OPIEKA:</b> Pan Jan uczęszcza do dziennego ośrodka wsparcia, gdzie ma zapewniony ciepły posiłek			OPS, DDS
<b>Piątek</b>	<b>OPIEKA –</b> wolontariat towarzyszący, przez 3 miesiące do Pana Jana przychodzi wolontariusz (Pan Kazimierz Wolski – tel. 305 578 643) celem wspólnego spędzenia czasu, rozmowy, grania w gry planszowe. Wolontariat trwa od 01.08 do 31.10.2021r.			Wrocławskie Centrum Seniora – projekt Koordynator – Joanna Nowak tel. 204793651
<b>WIECZÓR</b> <b>Poniedziałek- piątek</b>	<b>OPIEKA:</b> córka zapewnia opiekę (przypomnienie o lekach, przebranie, kolacja)			Rodzina



#### **DODATKOWE INFORMACJE / ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA**

Pan Kowalski porusza się powoli, ale bez asysty, z użyciem laski. Pan Kowalski ma problemy ze schylaniem się (jest po urazie stawu biodrowego) – wymaga asysty przy ubieraniu i ściąganiu odzieży, w tym obuwia. Wymaga asysty także przy czynnościach związanych z higieną osobistą. Pan Kowalski cierpi na artretyzm, co sprawia, że ma trudności z wykonywaniem takich czynności jak zapinanie guzików, trzymanie kubka z herbatą. Pan Kowalski jest w stanie przygotować sobie małą przekąskę, np. kanapka, ale nie ugotować obiad. Pan Kowalski zażywa leki 2x dziennie (rano i wieczorem) – zapomina jednak o tym. Pan Kowalski z zawodu był krawcem i bardzo lubi rozmawiać. Brakuje mu kontaktu i innymi osobami. Mieszka w budynku na 1. piętrze, ale nie ma tu znajomych, gdyż jak stwierdził – już odeszli. Mimo tego, że Pan Kowalski jest w stanie poruszać się po schodach z zachowaniem ostrożności to jednak obawia się wychodzić, gdy jest sam. Głównym opiekunem jest córka, która mieszka w tej samej miejscowości, w odległości 5km. Córka jest aktywna zawodowo i ma dwójkę dzieci w wieku 8 i 11 lat. Córka pomaga w formie zakupów, porządków, płatności, czy kontaktów z lekarzem. Córka przyjeżdża codziennie wieczorem, a w weekendy i święta zabiera Pana Jana do siebie.

#### **ZAPEWNIANE USŁUGI / PODEJMOWANE DZIAŁANIA**

1. Usługi opiekuńcze od poniedziałku do piątku w ilości 1 wizyta dziennie w porze poranku
2. Dzienny ośrodek wsparcia 2 dni w tygodniu : środa i czwartek w godz. 9:00-16:00
3. Wolontariat towarzyszący od 01.08 do 31.10 zapewniany przez WCS. Obecnie skierowane zostało zapotrzebowanie na wolontariat do Działu Pracy Socjalnej i Rodziny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Sprawę monitoruje pracownik socjalny p. Halina Wrzos.
4. Potrzeba podjęcia działań w kierunku złożenia wniosku o uzyskanie stopnia niepełnosprawności – zaangażowanie rodziny
5. Potrzeba instalacji uchwytu w łazience i krzesła prysznicowego.
6. Rozważenie usługi Teleopieki (guzik życia)

**Zgoda Podopiecznego lub Opiekuna:**

**Podpis Pracownika:**

**Data i miejscowość:**

**Data ostatniej modyfikacji IPO:**

**Załącznik nr 6. Kryteria kwalifikowania do pomocy społecznej**

**KRYTERIA KWALIFIKOWANIA DO POMOCY SPOŁECZNEJ**

	Zakwalifikowany do pomocy			Niezakwalifikowany do pomocy
	Kryterium kryzysowe	Kryterium zagrożenia	Kryterium ograniczeń	Kryterium statyczne
<b>Sfery życiowe</b>	Istnieje krytyczne ryzyko dla obecnej lub przyszłej niezależności w jednej lub więcej z poniższych sfer, jeśli nie zostanie udzielona pomoc.	Istnieje znaczne ryzyko dla obecnej lub przyszłej niezależności w jednej lub więcej z poniższych sfer, jeśli nie zostanie udzielona pomoc.	Istnieje umiarkowane ryzyko dla obecnej lub przyszłej niezależności osoby w jednej lub więcej z poniższych sfer, jeśli nie zostanie udzielona pomoc	Istnieje niskie ryzyko dla obecnej lub przyszłej niezależności osoby w jednej lub więcej z poniższych sfer, jeśli nie zostanie udzielona pomoc
<b>Zdrowie i bezpieczeństwo</b>	Pogorszenie stanu zdrowia i ryzyko utraty życia obecnie lub w niedalekiej przyszłości.	Pogorszenie stanu zdrowia stanowi zagrożenie dla utrzymania niezależności i dalszego funkcjonowania w środowisku	Stan zdrowia ogranicza sprawne funkcjonowanie osoby.  Utrzymanie niezależności może być zagrożona w dłuższej perspektywie.	Stan zdrowia umożliwia funkcjonowanie osoby w jej środowisku domowym.
	Znaczące problemy zdrowotne, które bez udzielenia pomocy w codziennym funkcjonowaniu będą miały duży wpływ na życie danej osoby, np. znaczne zagrożenie dla jej przeżycia. Osoba stanowi zagrożenie dla siebie i otoczenia.	Obecny stan zdrowotny osoby bez uzyskania pomocy będzie miał wpływ na pogorszenie jej funkcjonowania, a tym samym na stopniową utratę niezależności i wyrządzenia sobie krzywdy.	Obecny stan zdrowia wpływa na to, że osoba ma pewne trudności w codziennym funkcjonowaniu, ale zachowuje niezależność i ryzyko jej utraty nie jest znaczne w tym momencie.	Osoba może doświadczać pewnych fizycznych lub emocjonalnych trudności, które wpływają na jakość jej życia, ale nie ma zagrożenia dla jej zdrowia i bezpieczeństwa lub jej niezależności.
	Występowanie zaniedbań i przemocy względem danej osoby lub ryzyko ich pojawienia się.	Występowanie zaniedbań i przemocy względem danej osoby lub ryzyko ich pojawienia się	–	–
	Osoba jest samotna lub opiekun nie jest w stanie kontynuować opieki bez uzyskania wsparcia	Osoba jest samotna lub opiekun z trudnością wykonuje czynności opiekuńcze (ryzyko kryzysu	Osoba jest samotna lub uzyskuje wsparcie od opiekuna nieformalnego	Osoba jest samotna lub może uzyskiwać wsparcie okazjonalne od opiekuna nieformalnego.

		opiekuna)		
<b>Autonomia i podejmowanie decyzji</b>	Ryzyko utraty kontroli/ brak kontroli nad istotnymi aspektami życia bez uzyskania pomocy.	Istnieje lub będzie istnieć tylko częściowy wybór i kontrola nad bezpośrednim otoczeniem i poszczególnymi aspektami życia.	Ryzyko utraty kontroli nad życiem na chwilę obecną nie występuje.	Ryzyko utraty kontroli nad życiem na chwilę obecną nie występuje.
<b>Higiena osobista i inne aspekty życia codziennego</b>	Osoba nie jest w stanie wykonywać żadnych rutynowych czynności domowych, w tym także związanych z higieną osobistą ze względu na pogarszający się stan zdrowia lub/i niepełnosprawność.	Osoba nie jest w stanie lub nie będzie w stanie w najbliższej przyszłości wykonywać większości rutynowych czynności dnia codziennego oraz tych związanych z higieną osobistą ze względu na stan zdrowia lub/i niepełnosprawność. Osoba ma duże trudności z wykonywaniem określonych czynności, np. kładzenie się do łóżka/wstanie z łóżka, ubieranie się, mycie, posiłki, chodzenie do toalety.	Występuje lub będzie występować niezdolność do wykonywania kilku czynności związanych z rutynowymi aktywnościami dnia codziennego oraz tych związanych z higieną osobistą	Występuje lub będzie występować niezdolność do wykonywania jednej lub dwóch czynności związanych z rutynowymi aktywnościami codziennymi lub higieną osobistą.  Osoba może mieć trudności np. z prowadzeniem własnych finansów i może wymagać wsparcia w czynnościach, tj. prace ogrodowe, większe porządki domowe.
<b>Zaangażowanie w życie rodzinne i podejmowanie aktywności w środowisku lokalnym</b>	Aktywność w postaci edukacji, podejmowania pracy nie jest możliwa.  Utrzymywanie kontaktów społecznych i podejmowanie nowych ról nie jest możliwe.	Aktywność w postaci edukacji, pracy nie może być lub nie chce być podtrzymywana.  Utrzymywanie kontaktów społecznych i podejmowanie nowych ról nie może być lub nie chce być podtrzymywane.	Osoba ma ograniczone możliwości kontaktu z innymi i nie podejmuje aktywności w środowisku lokalnym, co wpływa na jej zdrowie fizyczne lub psychiczne	Zaangażowanie w jeden lub dwa aspekty pracy, czy edukacji nie może być, lub nie będzie, trwałe.  Osoba nie podejmuje kontaktów społecznych, co przyczyniać się może do izolacji tej osoby i poczucia osamotnienia.

## KRYTERIA KWALIFIKOWANIA DO POMOCY SPOŁECZNEJ - Informator

Zakwalifikowany do pomocy społecznej			Niezakwalifikowany do pomocy
Kryterium kryzysowe	Kryterium zagrożenia	Kryterium ograniczeń	Kryterium statyczne
Osoba nie może funkcjonować bez opieki	Osoba potrzebuje opieki w wielu sferach życia	Osoba może wykonać pewne czynności	Osoba może wykonać większość czynności
<p><b>Osoba nie może wykonać wielu z wskazanych poniżej czynności:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chronić siebie przed urazami</li> <li>– Podejmować samodzielnie decyzje</li> <li>– Iść do pracy/szkoły</li> <li>– Poruszać się w środowisku domowym bezpiecznie</li> <li>– Wchodzić do domu/wychodzić z domu</li> <li>– Iść samodzielnie do toalety</li> <li>– Umyć się i ubrać się</li> <li>– Ugotować obiad</li> <li>– Zrobić zakupy</li> <li>– Opłacić rachunki</li> <li>– Zrobić pranie</li> <li>– Iść do lekarza</li> <li>– Utrzymywać kontakt z rodziną i znajomymi</li> </ul>	<p><b>Osoba może wykonać niewiele czynności i potrzebuje pomocy w podanych poniżej czynnościach:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chronić siebie przed urazami</li> <li>– Podejmować samodzielnie decyzje</li> <li>– Umyć się i ubrać</li> <li>– Ugotować obiad</li> <li>– Robić zakupy</li> <li>– Iść samodzielnie do toalety</li> <li>– Opłacić rachunki</li> <li>– Zrobić pranie</li> <li>– Iść do lekarza</li> <li>– Utrzymywać kontakty z innymi w środowisku lokalnym</li> </ul>	<p><b>Osoba może wykonać kilka czynności, ale może też potrzebować niewielkiej pomocy w podanych poniżej czynnościach:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Robienie zakupów</li> <li>– Gotowanie obiadu</li> <li>– Pranie</li> <li>– Utrzymywanie kontaktów z innymi w środowisku lokalnym celem podejmowania aktywności i/lub pracy</li> <li>– kąpiel</li> </ul>	<p><b>Na chwilę obecną osoba może funkcjonować bez stałego wsparcia instytucji.</b></p> <p>Przekazanie informacji o innych dostępnych formach wsparcia funkcjonujących w środowisku lokalnym, które oferowane są np. przez stowarzyszenia.</p>
<p><b>Możliwe formy pomocy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pakiet usług opiekuńczych</li> <li>– Mieszkanie chronione</li> <li>– Opieka wytchnieniowa dla opiekuna</li> <li>– Teleopieka</li> <li>– Opieka instytucjonalna</li> </ul>	<p><b>Możliwe formy pomocy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pakiet usług opiekuńczych</li> <li>– Mieszkanie chronione</li> <li>– Opieka wytchnieniowa dla opiekuna</li> <li>– Dzienny ośrodek wsparcia</li> <li>– Wolontariat</li> <li>– Teleopieka</li> </ul>	<p><b>Możliwe formy pomocy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wolontariat</li> <li>– Dzienny ośrodek wsparcia</li> <li>– Teleopieka</li> <li>– Usługi opiekuńcze</li> </ul>	<p><b>Przekazanie informacji, że w przypadku zmiany sytuacji osoba może ponownie zwrócić się o ocenę jej potrzeb celem uzyskania pomocy</b></p>

**Załącznik nr 7. Formularz kwalifikowania do pomocy**

**FORMULARZ KWALIFIKOWANIA DO POMOCY**

<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>Data Urodzenia:</b>	<b>Adres i numer kontaktowy:</b>
<b>Jaką pomoc chce Pan/Pani uzyskać?</b>		
	<b>Tak</b> <b>Nie</b>	<b>Komentarze:</b>
Czy osoba mieszka sama?	[ ]   [ ]	
Czy osoba otrzymuje pomoc od opiekuna nieformalnego?	[ ]   [ ]	
Czy są problemy zdrowotne?	[ ]   [ ]	
Upadki: 2 lub więcej w ostatnich 6 miesiącach? Jeśli tak, skontaktuj się z lekarzem.	[ ]   [ ]	
<b><u>Informacje zdrowotne</u></b>	<b>Tak</b> <b>Nie</b>	
Ostatnia wizyta u lekarza?		
Czy są przeprowadzane regularne kontrole (np. wzroku, ciśnienia, krwi)	[ ]   [ ]	
<b><u>Czy są problemy z:</u></b>	<b>Tak</b> <b>Nie</b>	
Oddychaniem	[ ]   [ ]	
Jedzeniem / Piciem	[ ]   [ ]	
Połykaniem	[ ]   [ ]	
Spaniem	[ ]   [ ]	
Bólem	[ ]   [ ]	
Skórą	[ ]   [ ]	
Nietrzymaniem moczu/stolca	[ ]   [ ]	
Alkoholem	[ ]   [ ]	
Utrata wagi (ostatnie 3-6 miesięcy)	[ ]   [ ]	
<b><u>Ocena Bezpieczeństwa</u></b>	<b>Tak</b> <b>Nie</b>	
Czy obawiasz się o swoje bezpieczeństwo?	[ ]   [ ]	
Czy masz problemy z wołaniem o pomoc?	[ ]   [ ]	

<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>Data Urodzenia:</b>	
<b><u>Ocena zażywania leków</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Czy są problemy z braniem leków?	[ ]	[ ]
Problemy z wyciąganiem tabletek z opakowań?	[ ]	[ ]
Zażywanie tabletek nie zawsze tak jak są przepisane?	[ ]	[ ]
Czy należy przypominać o zażywaniu leków?	[ ]	[ ]
Czy zażywa się tabletek dostępnych bez recepty?	[ ]	[ ]
<b><u>Ocena Higieny i Domowych Obowiązków</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Czy są problemy z poniższymi kwestiami:	[ ]	[ ]
Mycie się / Kąpanie się	[ ]	[ ]
Korzystanie z toalety	[ ]	[ ]
Ubieranie się / rozbieranie się	[ ]	[ ]
Ogrzanie się, gdy się zmarznie	[ ]	[ ]
Przygotowanie jedzenia i picia	[ ]	[ ]
Czy jest specjalna dieta?	[ ]	[ ]
Robienie zakupów	[ ]	[ ]
Wykonywanie prac domowych	[ ]	[ ]
Wykonywanie prania	[ ]	[ ]
Opłacanie rachunków	[ ]	[ ]
<b><u>Ocena Mobilności</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Problemy z poruszaniem się po domu?	[ ]	[ ]
Problemy z kładzeniem się do/z łóżka?	[ ]	[ ]
Problemy z siadaniem na i wstawaniem z krzesła?	[ ]	[ ]
Problemy z wejściem i wyjściem do/z domu?	[ ]	[ ]
Problemy z wchodzeniem i schodzeniem po schodach?	[ ]	[ ]
Czy korzysta się z narzędzi pomagających w poruszaniu się?	[ ]	[ ]

<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>Data Urodzenia:</b>	
<b><u>Ocena zmysłów</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Problemy wzrokowe	[ ]	[ ]
Problemy ze słuchem	[ ]	[ ]
Problemy z aparatem mowy	[ ]	[ ]
<b><u>Ocena samopoczucia i kondycji mentalnej</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Problemy z pamięcią	[ ]	[ ]
Problemy z orientacją w terenie	[ ]	[ ]
Problemy z koncentracją i zapamiętywaniem?	[ ]	[ ]
Niedawna śmierć bliskiej osoby	[ ]	[ ]
Uczucie niepokoju	[ ]	[ ]
Depresja	[ ]	[ ]
<b><u>Ocena środowiska zewnętrznego</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Korzystanie z transportu publicznego	[ ]	[ ]
Korzystanie z lokalnych sklepów	[ ]	[ ]
Aktywne spędzanie wolnego czasu	[ ]	[ ]
Czy jest problem z wejściem do i wyjściem z samochodu?	[ ]	[ ]
Czy korzysta się z pomocy finansowej?	[ ]	[ ]
Czy korzysta się z jednostek pomocy społecznej?	[ ]	[ ]
<b><u>Ocena pomocy nieformalnej</u></b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
	[ ]	[ ]
Czy otrzymywana jest regularnie pomoc od kogoś innego?	[ ]	[ ]
Czy opiekunowie nieformalni potrzebują wsparcia?	[ ]	[ ]
Czy opiekun uczestniczył w kwalifikowaniu do pomocy?	[ ]	[ ]
Czy są różnice zdań pomiędzy opiekunem a podopiecznym?	[ ]	[ ]
Czy potrzebne jest przeprowadzenie oceny potrzeb opiekuna?	[ ]	[ ]

\*Nie jest konieczne wypełnienie każdego pytania – tylko to, co jest odpowiednie do sytuacji kandydata.

Imię i nazwisko:	Data Urodzenia:	
<u>Ocena sytuacji pod względem kryteriów kwalifikowania do pomocy</u> <u>Zidentyfikowane potrzeby</u>		<b>Kryteria Kwalifikowania do pomocy:</b> (Kryzysowe, Zagrożenia, Ograniczeń, Statyczne) – wybrać odpowiednie
<u>Ryzyko związane z zidentyfikowanymi powyżej potrzebami i utratą niezależności</u> (ryzyko zdrowotne i bezpieczeństwa, higieny osobistej i codziennej rutyny, autonomii, aktywności)		<b>Zidentyfikowane ryzyka wg kryteriów kwalifikowania:</b> (Kryterium Kryzysowe – ryzyko krytyczne; Zagrożenia – ryzyko znaczne, Ograniczeń – ryzyko umiarkowane; Statyczne – ryzyko niskie) – wybrać odpowiednie
<u>Pomoc udzielana przez opiekunów nieformalnych</u>		



## **Załącznik nr 8. Informacja dla uczestnika badania naukowego w Polsce**

### **PIASEMNA INFORMACJA DLA UCZESTNIKA BADANIA NAUKOWEGO**

1. Nazwa projektu badawczego:

Praca doktorska: *System pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii. Porównawcze studium przypadku*

2. Miejsce realizacji projektu badawczego:

Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu, Wydział Nauk Pedagogicznych

Jako studentka III roku studiów doktoranckich wystosowałam pismo do Pani Anny Józefiak-Materna – Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu z prośbą o umożliwienie mi przeprowadzenia badań naukowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej. Pani Dyrektor wyraziła zgodę na przeprowadzenie przeze mnie badań na terenie Ośrodka.

W związku z powyższym, jako pracownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu, został/a Pan/i zaproszona do wzięcia udziału w badaniu naukowym. Aby podjąć świadomą decyzję o wzięciu lub zaniechaniu udziału w badaniu, należy zapoznać się z informacjami o ewentualnym ryzyku, korzyściach i alternatywach dla tego badania. Jest to procedura określana jako *wyrażenie świadomej zgody*. Aby podjąć decyzję, co do ewentualnej chęci uczestnictwa w realizowanym projekcie badawczym, należy dokładnie zrozumieć, jakie ryzyko i korzyści wypływają z badania. Jeżeli zrozumie Pan/i cele badania i zechce wziąć w nim udział, wówczas zostanie Pan/i poproszona o podpisanie Formularza Świadomej Zgody.

#### **PRZEDMIOT BADAWCZY:**

Przedmiotem moich zainteresowań badawczych są osoby starsze oraz formy pomocy kierowane do tej grupy społecznej w Polsce i w Anglii. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu, jako jednostka o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, prowadząca szerokie spektrum działań dla osób starszych, jest Ośrodkiem, którego funkcjonowanie w kontekście osób starszych chciałabym poddać padaniu.

## **METODA BADAWCZA:**

Zaplanowane badania mają charakter jakościowy i opierać się będą na analizie dokumentacji (np. sprawozdania, formularze) oraz na indywidualnych wywiadach przeprowadzonych z pracownikami poszczególnych działów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu.

Wywiady obejmować będą następujący zakres tematyczny: formy pomocy dla seniorów i ich opiekunów rodzinnych, sposób funkcjonowania poszczególnych działów w kontekście świadczenia pomocy dla seniorów, realizacja usług opiekuńczych, współpraca w obrębie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz współpraca z sektorem pozarządowym, komercyjnym, wolontariat, realizacja programów senioralnych i projektów senioralnych.

## **PRZEBIEG BADANIA**

Badanie będzie przeprowadzone w oparciu o analizę dokumentacji oraz w oparciu o wywiad, którego realizacja zakłada dwa etapy.

Pierwszy etap wywiadu polegać będzie na wcześniejszym przekazaniu osobie biorącej udział w wywiadzie 3 scenariuszy seniorów z prośbą o zapoznanie się z owymi scenariuszami i zastanowieniem się na jaki rodzaj wsparcia mogłyby liczyć osoby z tych scenariuszy. Następnie scenariusze te zostaną omówione podczas wywiadu.

Mając na uwadze ochronę danych osobowych, należy zaznaczyć, że wszelkie podobieństwo do prawdziwych nazwisk, postaci i zdarzeń w przedstawionych scenariuszach seniorów jest przypadkowe. Przytoczone nazwiska są fikcyjne, a zdarzenia są to sytuacje skonstruowane na potrzeby pracy badawczej na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy w środowisku angielskim.

Drugi etap wywiadu polegać będzie na rozmowie dotyczącej sposobu funkcjonowania działu, w którym Pani pracuje w kontekście świadczenia pomocy dla seniorów, współpracy w obrębie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz współpracy z sektorem pozarządowym, komercyjnym, wolontariatu, realizacji programów senioralnych i projektów senioralnych.

Wywiad, po wyrażeniu przez Panią zgody, będzie nagrywany.

**Udział w wywiadzie jest dobrowolny.**

### **CEL BADAWCZY:**

Pozyskany materiał badawczy posłuży do zobrazowania sposobu funkcjonowania systemu pomocy dla osób starszych i jego korelacji z sektorem pozaformalnym. Następnie zostanie zestawiony z systemem pomocy społecznej dla seniorów w Anglii. W wyniku porównawczego charakteru dysertacji, mam nadzieję, uwypuklić różnice występujące w obu systemach, poddać je analizie, a także przedstawić te aspekty funkcjonowania systemu angielskiego, które można rozważyć pod kątem ich aplikacji do polskiego systemu pomocy dla osób starszych.

### **PRYWATNOŚĆ:**

Zapisy w dokumentacji badawczej są poufne. Ani Pana/i nazwisko, ani żadne inne dane osobowe nie zostaną użyte w publikacjach z tego badania.

### **MOŻLIWE KORZYŚCI:**

Celem tego badania jest uzyskanie informacji na temat sposobu funkcjonowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w kontekście pomocy i wsparcia udzielanego osobom starszym i ich rodzinom. Zebrane informacje umożliwią zestawienie ich z wsparciem otrzymywanym przez osoby starsze i ich rodziny w Anglii. Stworzenie porównawczego studium przypadku w oparciu o polski i angielski system pomocy społecznej dla osób starszych stanowić będzie przesłankę do wskazania i odwołania się do dobrych praktyk stosowanych w Anglii oraz do ewentualnego wskazania rekomendacji dla polskiego systemu pomocy dla osób starszych, przy jednoczesnym wskazaniu różnic i podobieństw występujących między systemem polskim i angielskim.

### **MOŻLIWE RYZYKA**

Możliwe ryzyka wiążące się mogą po pierwsze z zastosowaniem narzędzia scenariuszy seniorów, po drugie z obawą o możliwość identyfikacji osoby, z którą przeprowadzany jest wywiad i po trzecie z obawą o ewentualny powstały niekorzystany obraz badanego ośrodka. W celu zminimalizowania/wyeliminowania wymienionych powyżej rodzajów ryzyka podjęte są następujące działania:

1. Zastosowanie porównawczego narzędzia scenariuszy seniorów

W tym przypadku ryzyko wiąże się z tym, iż w scenariuszach seniorów przedstawione są konkretne sytuacje oraz podane dane osobowe (imię, nazwisko). Tym samym może wystąpić zbieżność i podobieństwo sytuacji przedstawionych w scenariuszach z sytuacjami

rzeczywistymi. W tym miejscu należy więc wskazać, iż wszelkie podobieństwo do prawdziwych nazwisk, postaci i zdarzeń w przedstawionych scenariuszach seniorów jest przypadkowe. Przytoczone nazwiska są fikcyjne, a zdarzenia są to sytuacje hipotetyczne skonstruowane na potrzeby pracy badawczej na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy w środowisku angielskim. Natomiast użycie imion i nazwisk w scenariuszach seniorów służy lepszemu zobrazowaniu danej sytuacji.

## 2. Obawa o możliwość identyfikacji osoby, która udziela wywiadu

W związku z faktem, iż badania prowadzone są na terenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu i z pracownikami wymienionej instytucji, może zaistnieć obawa, czy też ryzyko identyfikacji osoby, która udziela wywiadu.

W tym miejscu, aby wyeliminować w/w ryzyko należy wskazać, iż utrwalenie nagranych wywiadu oraz wykorzystanie jego fragmentu wybranego przez kierownika projektu odbywać się będzie z zachowaniem anonimowości badanych.

## 3. Ryzyko niekorzystanego obrazu badanego ośrodka

W tym miejscu należy wskazać, iż funkcjonowanie Ośrodka polskiego oraz angielskiego w kontekście osób starszych jest analizą systemu pomocy społecznej dla osób starszych w ujęciu holistycznym. Praca badawcza uwzględnia więc nie tylko szczebel lokalny i regionalny, ale także ogólnokrajowy i europejski. Badane instytucje są zatem egzemplifikacją funkcjonującego systemu pomocowego dla osób starszych w Polsce i w Anglii. Praca badawcza ma charakter deskrypcyjno-interpretacyjny. Jej celem jest ukazanie funkcjonowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu oraz Adult Social Care w Burton upon Trent w kontekście osób starszych w oparciu o istniejący system pomocy społecznej. W związku z tym wyciąganie konstruktywnych wniosków powstałych w wyniku analizy i interpretacji zebranego materiału badawczego dotyczyć będzie istniejącego systemu pomocy społecznej w Polsce i w Anglii. Nie będzie więc sensu strico krytyką skierowaną względem konkretnie badanej instytucji.

## **ASPEKT FINANSOWY:**

Udział w projekcie badawczym jest całkowicie dobrowolny i odbywa się bezpłatnie.

## **PRAWO DO ODMOWY I WYCOFANIA SIĘ:**

Decyzja o przystąpieniu do badania jest całkowicie dobrowolna. Każdy samodzielnie ocenia, czy informacje przekazane w formie pisemnej na temat badania są wystarczające i zrozumiałe. W przypadku przystąpienia do badania istnieje możliwość wycofania się z niego w dowolnym momencie, bez podania przyczyny. W sytuacji wycofania się z udziału w badaniu, uczestnik badania nie ponosi żadnych kar.

#### **OSOBY WSKAZANE DO KONTAKTU:**

Jeśli w trakcie trwania badania naukowego wystąpią jakieś pytania lub wątpliwości, mogą się z nimi zwracać do:

- Kierownik projektu – Justyna Hołyst (tel. 504792532, e-mail: justyna.holyst1@gmail.com)
- Opiekuna naukowego Prof. zw. dr. hab. Adama A. Zych

## **Załącznik nr 9. Informacja dla uczestnika badania naukowego w Anglii**

### **WRITTEN INFORMATION FOR A RESEARCH PARTICIPANT**

1. Project title:

PhD dissertation: The system of social care services for elderly in Poland and in England. Comparative case study

2. Name of the unit where the project will be carried out:

The faculty of Education of the University of Lower Silesia in Wrocław in Poland.

I am originally from Poland and I used to live in England, in Burton upon Trent, between 2004 and 2011, where I was working for Adult Social Care Services. Nowadays I work in Poland as a social worker getting engaged in social services for elderly. The work experience I had gained in England proved to be very useful and inspired me to start PhD study 4 years ago at the University of Lower Silesia in Wrocław, Poland.

My research goal is to carry out interviews with employees of Adult Social Care Services dealing with elderly in Burton upon Trent area, where I used to live and work. Thus, I kindly invite you to take a part in my research project, which is carrying out interview with you in relation to social care services for elderly in England.

To make decision about whether or not to participate in a research study, you should read about possible risks, benefits and alternatives to that research study. This procedure is called as informed consent. Once you understand the objectives of the research and you still will be willing to participate in this research, then you will be asked to sign The Consent Form.

#### **RESEARCH SUBJECT:**

The subject of my research interests concerns the elderly and the forms of support addressed to elderly in Poland and in England.

**THE RESEARCH METHOD:** The upcoming research is of a qualitative nature and will be based on the analysis of documentation (e.g. reports, forms) and individual interviews conducted with employees of social care services in Burton upon Trent.

The interviews will cover the following topics: forms of support for elderly people and their family carers, organisational structure of the services, implementation of care services, cooperation within social care services departments and cooperation with the non-

governmental and commercial sectors, as well as volunteering and implementation of governmental policy.

#### **CONDUCT OF THE RESEARCH:**

The research is based on the analysis of documentation and two-stage interviews.

The first stage of the interview is to submit 3 case studies of elderly people's to the person taking part in the interview in advance, asking them to familiarize themselves with these case studies and to think about what kind of support these elderly people could count on. These case studies will then be discussed during the interview.

With regard to the protection of personal data, it should be noted that any similarity to real names, characters and events in the presented case studies of elderly people is accidental. The chosen names are fictitious, and the events are situations constructed for the purposes of research work.

The second stage of the interview involves a conversation about social care services available for elderly, cooperation within social care services departments, and cooperation with the nongovernmental, commercial and volunteer sectors, as well as the implementation of elderly people's policy.

The interview, under the condition of your consent, will be recorded.

Participation in the interview is voluntary.

#### **RESEARCH OBJECTIVE:**

The purpose of the research is to show and compare currently available services for elderly in Poland and in England based on interviews with social care services employees and other professionals involved. The goal of the research is also to and point out differences in delivery of those services with a significant part of drawing up conclusion onto possibility of application of some English good practice into Polish social care.

**PRIVACY:** It is understood that the research will be carried out with accordance to The Personal Data Protection Act 2018. All personal data, such as name, surname, DOB, etc. will not be used.

**POTENTIAL BENEFITS:** Comparative case study of Polish and English social care system for the elderly is to identify, show and refer to good practices used in England. Possible recommendations for the Polish system for the elderly will also indicate the differences and similarities between the Polish and English systems.

**POTENTIAL RISKS:** Possible risks may be related, first of all, to the application of the case studies of elderly tool and, secondly, to the fear of identifying the person with whom the interview is conducted. The following steps are taken to eliminate the risks mentioned above:

1. Application of the Elderly Case Studies Comparison Tool In this case, the risk is that the older person's case studies present specific situations and personal data (name, surname). Thus, there may be a convergence and similarity of the situations presented in the case studies with actual situations. Therefore, it should be pointed out that any similarity to real names, characters and events in the presented scenarios of seniors is accidental. The names provided are fake, and the events are hypothetical situations constructed for the purposes of research work on the basis of experience gained in the English work environment. the use of first and last names in older people's case studies contributes to a better picture of a given situation.

2. Concerns about the possibility of identifying the person who gives the interview.

Due to the fact that the research is conducted on the premises of the Social Services in Burton upon Trent and with the employees of this institution, there may be concern about identifying the person who is giving the interview. In order to eliminate the above mentioned risk, it should be pointed out that the usage of the recorded interview and the use of its fragments chosen by the project manager will be done with the anonymity of the respondents.

#### **FINANCIAL ASPECTS:**

Participation in the research project is entirely voluntary and free of charge.

**RIGHT OF REFUSAL AND WITHDRAWAL:** The decision to join the research is entirely voluntary. Each individual assesses whether the information provided about the study is sufficient and comprehensive. In case of joining the research, it is possible to withdraw from it at any time, without giving any reason. In the event of withdrawal from participation in the research, the research participant shall not bear any penalties.

**THE PERSONS INDICATED TO CONTACT:** If any questions or concerns arise during the course of the research, I can address them to the following people: - Justyna Holyst – project manager - Professor Adam A. Zych - research tutor



**Załącznik nr 10. Zgoda na wykorzystanie wywiadu/nagrania oraz zgoda na wzięcie udziału w badaniu naukowym w Polsce**

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WYWIADU/NAGRANIA**

Nazwa projektu badawczego:

Praca doktorska: *System pomocy dla osób starszych w Polsce i w Anglii.*  
*Porównawcze studium przypadku*

Miejsce realizacji projektu badawczego:

Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu, Wydział Nauk Pedagogicznych

Imię: .....

Nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Numer telefonu: .....

Wyrażam niniejszym zgodę na wykorzystanie przez kierownika projektu mojej relacji, tj. danych zawartych w wywiadzie do celów naukowych i publikacyjnych.

Jednocześnie oświadczam, że nie wyrażam zgody na podanie mojego imienia i nazwiska przy każdorazowym wykorzystaniu wykonanego nagrania lub jego fragmentu wybranego przez kierownika projektu.

Dodatkowo oświadczam, że:

1. wykorzystanie udzielonego wywiadu, zgodnie ze zgodą, której udzielam, nie narusza niczyich dóbr osobistych, ani innych praw,
2. zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 922 ) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez kierownika projektu,
3. zostałem/zostałam poinformowany/a o celu i zakresie zbieranych danych, prawie do kontroli swoich danych, o którym mowa w art. 32 ww ustawy, w tym w szczególności do dostępu do swoich danych osobowych, ich poprawiania lub żądania ich usunięcia ze zbioru danych, a także o miejscu ich przechowywania oraz celu zbierania tych danych.

Data:

Podpis :

.....

.....

**Załącznik nr 11. Zgoda na wykorzystanie wywiadu/nagrania oraz zgoda na wzięcie udziału w badaniu naukowym w Anglii**

**CONSENT FOR THE USE OF THE INTERVIEW/RECORDING**

The name of the PhD research project: The system of social care services for elderly in Poland and in England. Comparative case study

Place of research project implementation: The Faculty of Education of the University of Lower Silesia in Wrocław in Poland

Name: .....

Surname: .....

Date of Birth: .....

Phone number: .....

I hereby give my consent for the project manager to use the interview data and recordings with my participation for scientific and publication purposes.

At the same time, I declare that I do not agree to give my name and surname each time the recording or a selected part of it is used by the project manager.

I also declare that:

1. the use of the interview, according to the consent I give, does not violate anyone's personal rights or other rights
2. I agree to the processing of personal data provided in the interview pursuant to the Personal Data Protection Act of 25 May 2018 in England and to the Personal Data Protection Act of 29 August 1997 in Poland
3. I have been informed about the purpose and scope of the collected data, the right to control my data referred to in article 32 of the Personal Data Protection Act of 29 August 1997 in Poland, including in particular access to my personal data, their correction or request to remove them from the data filing system, as well as about the place of their storage and the purpose of their collection.

Date:

Signature :

.....

.....

**Załącznik nr 12. Kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego do badań w Polsce**

**Część A wywiadu -**

Dotyczy rozmowy na temat wcześniej przekazanych 3 scenariuszy seniorów

1. Zanim doszło do Naszego dzisiejszego spotkania przekazałam Panu/i scenariusze 3 seniorów. Proszę mi teraz powiedzieć na jaki rodzaj wsparcia mogłaby liczyć osoba ze scenariusza 1. W jaki sposób osoba mogłaby zacząć korzystać z pomocy Ośrodka? Jaki rodzaj usług, pomocy mógłby udzielić jej tutejszy Ośrodek? Jak wyglądałby plan opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja? Jak wygląda współpraca między pracownikiem socjalnym DUO a opiekunką?

2. Proszę mi powiedzieć w jaki sposób osoba mogłaby zacząć korzystać z pomocy Ośrodka, na jaki rodzaj wsparcia mogłaby liczyć osoba ze scenariusza 2. Jaki rodzaj usług, pomocy mógłby udzielić jej tutejszy Ośrodek? Jak wyglądałby plan opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja? Jak wygląda współpraca między pracownikiem socjalnym DUO a opiekunką?

3. Proszę mi powiedzieć w jaki sposób osoba mogłaby zacząć korzystać z pomocy Ośrodka, na jaki rodzaj wsparcia mogłaby liczyć osoby ze scenariusza 3. Jaki rodzaj usług, pomocy mógłby udzielić jej tutejszy Ośrodek? Jak wyglądałby plan opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja? Jak wygląda współpraca między pracownikiem socjalnym DUO a opiekunką?

Mając na uwadze ochronę danych osobowych, należy zaznaczyć, że wszelkie podobieństwo do prawdziwych nazwisk, postaci i zdarzeń w przedstawionych scenariuszach zdarzeń seniorów jest przypadkowe. Przytoczone nazwiska są fikcyjne, a zdarzenia są to sytuacje skonstruowane na potrzeby pracy badawczej na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy w środowisku angielskim

Scenariusz Seniora – nr 1			
<b>IMIĘ</b>	Robert Kowalski	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Robert
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	24.03.1950 r.
<b>KONTAKT</b>	Joanna Milska – sąsiadka	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pan Robert ma 69 lat i jest po udarze mózgu. W tym momencie jest w szpitalu i oczekuje wypisu. Przed tym zdarzeniem był osobą aktywną i samodzielną. Lubił podróżować i jeździć na rowerze. Pan Robert jest kawalerem, nie ma dzieci. Jego dalsza rodzina mieszka w innym rejonie Polski. Pan Robert utrzymuje kontakt z sąsiadami. Udar zmienił życie Pana Roberta – niedowład lewej części ciała, uszkodzony aparat mowy. Pan Robert porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego, nie jest w stanie chodzić, większość czasu spędza leżąc w łóżku. Jednak z asystą opiekunek może przedostać się z łóżka na wózek i odwrotnie. Wymaga ćwiczeń logopedycznych i rehabilitacji, która sukcesywnie przyczyni się, poprzez wykonywanie ćwiczeń, do polepszenia sprawności motorycznych Pana Roberta. Wymaga także pomocy w zakresie ubioru, posiłków, higieny osobistej, a także dokonywania opłat, robienia zakupów.</p> <p>Styl życia Pana Roberta, który prowadził przed udarem oraz jego cechy osobowościowe sprawiają, że jest osobą bardzo zdeterminowaną do tego, aby polepszyć swój obecny stan. Dlatego też z dużą chęcią poddaje się rehabilitacji, aby choć w części odzyskać utracone sprawności. Szuka też rozwiązań i sposobów, aby czynności wykonywać samodzielnie, choć nie w każdym przypadku jest to możliwe, np. higiena osobista, ubiór, transfer na wózek z łóżka, przygotowywanie posiłków. Pan Robert na chwilę obecną jest osobą zamkniętą, nie może pogodzić się z tym, co go spotkało, frustruje się, kiedy próbuje coś powiedzieć. Wypowiadanie choćby pojedynczych słów sprawia mu ogromną trudność.</p> <p>Pan Rober zajmuje dom własnościowy. Na chwilę obecną wejście do domu jest dla Pana Roberta niemożliwe do pokonania ze względu na 5 schodów prowadzących do drzwi wejściowych. Pan Robert ze względu na swój obecny stan zdrowotny będzie mógł funkcjonować na parterze domu, gdzie jest toaleta, nie ma jednak łazienki. Pan Robert jest w stanie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania jeśli otrzyma adekwatne do jego potrzeb wsparcie. Sąsiedzi Pana Roberta są gotowi i chętni do udzielenia mu pomocy, jednak nie w pełnym wymiarze, gdyż obydwójce pracują zawodowo.</p>			
<b>Proponowana pomoc/wsparcie z Ośrodka Pomocy Społecznej</b>  <b>Jak wyglądałby Plan Opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja?</b>			

**Scenariusz Seniora – nr 2**

<b>IMIĘ i Nazwisko</b>	Maria Nowak	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Marysia
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	14.06.1947 r.
<b>KONTAKT</b>	Piotr Nowak – syn, mieszka w pobliżu.	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA**

Pani Maria 71 lat i jest wdową od 15 lat. 6 lat temu przeszła operację wymiany stawu biodrowego. Pani Maria jest osobą, która porusza się powoli przy pomocy chodzika. W ostatnim czasie upadła, na skutek czego była hospitalizowana. Nie doznała złamania kończyn, ale jej ogólna kondycja psychofizyczna uległa pogorszeniu. Pani Maria od powrotu ze szpitala niechętnie wstaje z łóżka, nieregularnie zażywa tabletki i straciła apetyt.

Jedynym opiekunem Pani Marii jest jej syn oraz jego żona. Mieszkają w odległości 15 minut drogi samochodem od Pani Marii. Rodzina przygotowuje obiady Pani Marii, robi zakupy, synowa pomaga z kąpielą raz w tygodniu. Jednak od momentu upadku pomoc rodziny okazuje się niewystarczająca. Syn i synowa pracują zawodowo więc są w stanie odwiedzać Panią Marię tylko po pracy 3 razy w tygodniu. Mają też dwójkę dzieci w wieku 5 i 8 lat. Pani Maria od momentu powrotu do domu ze szpitala zapomina o lekach, nie zawsze odbiera telefon od rodziny, nie zawsze zdąży dotrzeć do toalety na czas i nie zawsze zjada przygotowany przez rodzinę posiłek. Ponadto ma problemy z ubraniem się. Pani Maria narzeka na samotność, gdyż kilka tygodni temu zmarła jej bliska koleżanka, z którą często była w kontakcie. Pani Maria ma niską emeryturę, zajmuje lokal socjalny.

**Proponowana pomoc/wsparcie z Ośrodka Pomocy Społecznej dla Pani Marii, jak i jej opiekuna nieformalnego (syn)**

**Jak wyglądałby Plan Opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja?**

<b>Scenariusz Seniora – nr 3</b>			
<b>IMIĘ i Nazwisko</b>	Stefania Głowacka Jerzy Głowacki	<b>PREFEROWANE IMIĘ</b>	Stefania Jerzyk
<b>ADRES</b>		<b>TEL:</b>	
<b>LEKARZ</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	07.09.1947 r.– p. Stefania 05.03.1944 r.– p. Jerzy
<b>KONTAKT</b>	Katarzyna Wasilewska – córka. Pani Stefania wraz z mężem Jerzym mieszkają z córką i jej rodziną.	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	
<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY/ ZIDENTYFIKOWANE RYZYKA</b>			
<p>Pani Stefania – lat 71 mieszka z mężem oraz z córką i zięciem, a także z dwójką ich dzieci w wieku 8 i 10 lat. Rodzina zajmuje dom jednorodzinny, który jest własnością córki i zięcia. Córka jest głównym opiekunem dla swojej matki oraz swojego ojca.</p> <p>Pani Stefania cierpi na otępienie o typie Alzheimerowskim już od kilku lat. Początkowo Pani Katarzyna nie wiedziała, co się dzieje z jej matką. Dopiero po odpowiedniej diagnozie zaczęła interesować się i czytać o chorobie mamy. Jak do tej pory Pani Katarzyna sama z mężem sprawuje opiekę nad Panią Stefanią. Jednak w ostatnim czasie Pani Katarzyna ma trudności w pogodzeniu opieki nad matką i ojcem z pracą zawodową oraz byciem rodzicem.</p> <p>Pani Stefania jest sprawna fizycznie, porusza się powoli, samodzielnie. Wymaga asysty w czynnościach związanych z higieną osobistą, ubieraniem się, zażywaniem leków. Posiłek, jeśli stoi przed nią, jest w stanie zjeść samodzielnie. Nie może już samodzielnie wychodzić z domu z uwagi na fakt, że ma problem ze znalezieniem drogi powrotnej. Córka wychodzi z mamą na spacer.</p> <p>Pan Jerzy – lat 74 ze względu na problemy ze stawami i kręgosłupem doświadcza trudności w poruszaniu się oraz wykonywaniu czynności związanych z ubieraniem się oraz higieną osobistą. Stara się wspierać córkę w opiece nad swoją żoną, ale zdaje sobie sprawę, iż sam wymaga opieki. Pan Jerzy porusza się przy pomocy chodzika lub laski.</p> <p>Córka chce kontynuować opiekę nad swoją matką i ojcem, jednak przyznaje, że pełnienie tej roli jest dla niej coraz trudniejsze. W domu pojawiają się częstsze kłótnie z mężem, gdyż rodzina nie ma możliwości odpoczynku, a pełnienie roli głównego opiekuna 24 na dobę jest bardzo stresujące. Są także problemy ze wspólnym wyjazdem rodziny na np. wakacje, gdyż Pani Stefania nie może zostać bez opieki na całą dobę.</p> <p>Córka będąc w pracy martwi się o rodziców. Sąsiedzi są chętni na pomoc doraźną, ale nie chcą wziąć na siebie odpowiedzialności i opiekować się Panią Stefanią i Panem Jerzym odpłatnie codziennie, czy np. w sytuacji, gdyby rodzina Pani Katarzyny chciała wyjechać na kilka dni. Pani Katarzyna szuka form pomocy w sprawowaniu opieki nad swoją matką i ojcem.</p>			
<b>Proponowana pomoc/wsparcie z Ośrodka Pomocy Społecznej dla Pani Stefanii i Pana Jerzego oraz ich córki, która sprawuje nad nimi opiekę</b>  <b>Jak wyglądałby Plan Opieki, jego realizacja, monitoring i ewaluacja?</b>			

## **Część B – Kwestionariusz wywiadu**

Z 8 wywiadów przeprowadzonych w Polsce przedstawiłam poniżej pytania z kwestionariusza wywiadu zastosowanego w Dziale Usług Opiekuńczych MOPS Wrocław. Przygotowując kwestionariusz wywiadu dostosowywałam go do działu, w którym przeprowadzałam wywiad. W związku z powyższym każdy kwestionariusz wywiadu zawiera pytania charakterystyczne tylko dla danego działu oraz pytania powtarzające się w każdym wywiadzie.

### **Dział Usług Opiekuńczych MOPS Wrocław**

#### **I Metryczka:**

- wiek
- płeć
- instytucja, w której osoba pracuje
- miejscowość, w której osoba pracuje (liczba mieszkańców)
- stanowisko pracy i staż pracy
- doświadczenie w pracy z osobami starszymi

#### **II Pytania**

1. Jaka jest struktura organizacyjna Działu Usług Opiekuńczych (DUO)?
2. Na jakich przepisach, aktach prawnych opiera się Ośrodek w tworzeniu struktury pomocy dla osób starszych?
3. Jakiego rodzaju pomoc dla osób starszych świadczy DUO, ale też inne działy MOPS Wrocław ?
4. W jaki sposób osoby starsze trafiają do DUO?
5. Czy jest możliwość skierowania osoby starszej do mieszkania chronionego/wspierającego? Jeśli tak, to jakie są zasady?
6. Jeśli jest możliwość skorzystania z bezpłatnej pomocy to w jakim zakresie (np. psycholog, poradnictwo, zwolnienie z odpłatności za usługi)?
7. Jak wygląda współpraca z rodziną osoby starszej?
8. Jakiego rodzaju pomoc/wsparcie oferowane jest dla opiekunów nieformalnych (rodzinnych), czy przeprowadzany jest z nimi wywiad?
9. Jak wygląda procedura udzielania pomocy osobom starszym, które zgłaszają się po pomoc? W jaki sposób tworzony jest plan pomocy, kto go koordynuje i monitoruje?
10. Jakiego rodzaju narzędzia stosowane są do pracy z osobami starszymi?
11. Jakiego rodzaju kadra tworzy DUO? Czy wśród kadry znajduje się fizjoterapeuta, logopeda osób starszych?
12. Co leży w zakresie obowiązków pracownika socjalnego DUO?
13. Jak przebiega wdrażanie, realizacja, monitoring i ewaluacja usług opiekuńczych?
14. Kto realizuje usługi opiekuńcze?
15. Z jakimi trudnościami/przeszkodami spotyka się pracownik socjalny w pracy z osobami starszymi?
16. Jakie są reguły dotyczące kierowania osób starszych do innych działów MOPS?
17. Jakie są reguły dotyczące współpracy między poszczególnymi działami MOPS, np. ZPT, DPS, DDO, szpital-pracownik socjalny? Czy jedna osoba starsza może korzystać z kilku rodzajów wsparcia MOPS-u, np. być odbiorcą DUO, uczestnikiem Dziennego Domu Opieki, mieć ciepły posiłek?

18. Jakie są reguły obowiązujące w DUO dotyczące pracowników (np. superwizje, spotkania zespołu, sprawozdania, rozwiązywanie sytuacji kryzysowych, kontakt z przełożonym)?
19. W jaki sposób pracownicy (np. pracownik socjalny, opiekunki) przygotowani są do pracy z osobami starszymi (szkolenia, kursy)?
20. W jaki sposób wygląda współpraca z sektorem prywatnym w zakresie świadczenia usług dla seniorów? Jeśli usługi opiekuńcze świadczone są przez podmiot prywatny, tj. np. agencje opiekuńcze jako podwykonawcy, to jakie są zasady współpracy? (jak wygląda monitoring usług, czy prowadzona jest ewaluacja, kto koordynuje opiekę nad seniorem, który korzysta z usług opiekuńczych Ośrodka)
21. W jakim zakresie osoba starsza ma wpływ na opiekę i pomoc, które otrzymuje (na ile senior w codziennym korzystaniu z usług opiekuńczych ma wybór dawany przez opiekunkę, co do np. ubioru, przygotowywanego jedzenia)
22. W jaki sposób świadczone są usługi opiekuńcze przez opiekunki (ich metody pracy, podejście do seniora, czas trwania wizyty u podopiecznego, godziny pracy, dni pracy, zakres obowiązków, sposób zatrudnienia, szkolenia, wynagrodzenie), czy opiekunki mogą przewozić podopiecznych w swoich samochodach? Jeśli tak, to na jakich zasadach, a jeśli nie to jak rozwiązany jest sposób przewozu osób starszych?
23. W jaki sposób świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze?
24. Jaka jest odpłatność za usługi opiekuńcze?
25. Jak wygląda współpraca z innymi instytucjami (np. szpital, pielęgniarka środowiskowa, Miejskie Centrum Usług Socjalnych)?
26. Jakie są zasady współpracy ze stowarzyszeniami, organizacjami pozarządowymi (np. Kluby Seniora, Wrocławskie Centrum Seniora, Rada Seniorów)?
27. Jakie informacje posiada pracownik socjalny na temat działających we Wrocławiu i na terenie całego województwa organizacji pozarządowych, instytucji, prywatnych agencji, które wspierają seniorów? Czy pracownik socjalny ma dostęp do aktualnych wydarzeń dotyczących seniorów? Czy informacje te przekazywane są seniorom?
28. Jakie są zasady współpracy z wolontariuszami? Jakiego rodzaju wsparcia udzielają osobom starszym?
29. W jaki sposób tutejszy Ośrodek korzysta z programów senioralnych, np. Dzienny Dom z programu „senior +” ?
30. Czy tutejszy Ośrodek korzysta z usług teleopieki. Jeśli nie, to czy jest taka opcja w przyszłości lub czy pracownicy udzielają seniorom informacji na temat możliwości skorzystania z tego rodzaju wsparcia odpłatnie przez sektor prywatny?
31. Czy tutejszy Ośrodek ma w planach wprowadzenie tzw. opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób starszych?
32. Czy tutaj Ośrodek dostarcza ciepły posiłek do ich miejsca zamieszkania? Jeśli tak, to jakie są zasady uzyskania i funkcjonowania tego rodzaju wsparcia?
33. Jakiego rodzaju działania aktywizujące (np. projekty aktywizujące) dla osób starszych prowadzi tutaj Ośrodek?
34. Jakie inne podmioty, w tym stowarzyszenia działają na rzecz osób starszych na tym terenie i jakie działania aktywizujące podejmują?
35. Ile osób starszych korzysta ze wsparcia DUO, a ile jest na liście oczekujących?
36. Czy w ostatnich latach MOPS Wrocław brał udział w projektach pilotażowych dotyczących nowych rozwiązań w zakresie opieki nad seniorami? Jeśli tak, to jakie to były projekty? A jeśli nie, czy jest otwarty na takie inicjatywy?
37. W jaki sposób praca z osobami starszymi ma wpływ na Pani/a życie i stosunek do starości i starzenia się? Czy traktuje Pan/i to doświadczenie jako przygotowanie do swojej starości? Czy przydaje się Panu/i to doświadczenie w życiu rodzinnym w opiece nad starszym członkiem rodzinnym?



**Załącznik nr 13. Kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego do badań w Anglii**

**Part A of the interview -**

It relates to 3 case studies previously given and following conversation.

Could you please tell me, what kind of support people in the case studies could count on?

How older people could start using the social care services?

How their assessment would look like?

What kind of services and help could the local social care services provide?

What would the care plan, its implementation, monitoring and evaluation look like?

What is the cooperation between the social worker and the care services and carers?

In respect to protecting personal data, it should be noted that any similarity to real names, characters and events in the presented scenarios of senior events is accidental. The quoted names and dates of birth are fictitious, and the events are situations constructed for the needs of research work based on the experience gained in working with the elderly.

The basis for the creation of individual older people's case studies is the assumption that regardless of the country of residence, older people may experience similar difficulties resulting from health, age and family situation. They differ, however, in the scope and forms of received support and care, which are conditioned by the particular social care system in a given country.

Could you please create care and support plan to each of these 3 case studies?

Those case studies are very important to me as I use them as a tool to compare care services

Case Study – nr 1			
<b>Name</b>	<b>Robert Smith</b>		
<b>ADDRESS</b>		<b>TEL:</b>	
<b>DOCTOR</b>		<b>DATE of BIRTH</b>	24.03.1950
<b>CONTACT DETAILS</b>	Johanna Davies – neighbour	<b>SOCIAL WORKER</b>	

### INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED

Robert Smith is 69 years old and is after a stroke. At the moment he is in the hospital and awaiting discharge. Before this event he was an active and independent person. He liked to travel and ride a bike. Robert is a bachelor, he has no children. His extended family lives in another region of England. Robert maintains contact with his neighbors. The stroke changed Robert's life - paresis of the left body, damaged speech apparatus. Robert is using a wheelchair, unable to walk, he spends most of his time lying in bed. However, with the help of carer, he can get out of bed onto the wheelchair and vice versa. He requires speech therapy and rehabilitation, which will successively, through the performance of exercises, to improve Robert's motor skills. He also requires help with clothing, meals, personal hygiene, as well as making payments and shopping.

The lifestyle of Robert, who led before the stroke and his personality makes him a very determined person to improve his current state. That is why he is happy to undergo rehabilitation to regain some of his lost skills. He is also looking for solutions and ways to perform activities independently, although this is not possible in every case, e.g. personal hygiene, clothing, transfer to a wheelchair from bed, preparation of meals.

Robert is currently a closed person, he cannot accept of what happened to him, he is frustrated when he tries to say something. It's extremely difficult for him to say even a single word. Robert is a owner of the house he lives in.

At the moment, it's impossible for him to enter the house because of 5 stairs leading to the front door.

Due to his current health condition, he will be able to live on the ground floor of the house, where there is a toilet, but there is no bathroom. Robert is retired. Robert is able to function in his place of residence if he receives support adequate to his needs.

Robert's neighbors are ready and willing to help him, however on an ad hoc basis, as they both work professionally.

Suggested care/  
support from the local  
Social Care Services.

What would the  
assessment of his  
situation look like  
(including criteria and  
payment for help), who  
(which department)  
would construct and  
implement the Care  
Plan, how would the  
Care Plan, monitoring  
and evaluation look  
like?

**Case Study – nr 2**

<b>NAME</b>	<b>Mary Johnson</b>		
<b>ADDRESS</b>		<b>TEL:</b>	
<b>DOCTOR</b>		<b>DATE of BIRTH</b>	14.06.1947
<b>CONTACT DETAILS</b>	Peter Johnson – son, lives close to his mother.	<b>SOCIAL WORKER</b>	

**INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED**

Mary Johnson is 71 years old and has been a widow for 15 years. Six years ago she had hip replacement surgery. Mary is a person who moves slowly with the help of a walker. Recently she fell, as a result of which she was hospitalized. She did not have a broken limb, but her overall psychophysical condition worsened. Now, Mary is at home and has been reluctant to get out of bed.

Since she returned from hospital, she takes pills irregularly and has lost her appetite. Mary's only carer is her son and his wife. They live 15 minutes by car from Mary.

The family prepares Mary's dinners, goes shopping, daughter-in-law helps with bathing once a week. However, since the fall, family help has proved insufficient. The son and daughter-in-law work professionally so they are able to visit Maria only after work 3 times a week.

They also have two children aged 5 and 8.

From the moment she returns home from the hospital, Mary forgets about medicines, she does not always answer the phone from the family, she does not always manage to get to the toilet on time and does not always eat a meal prepared by the family. In addition, she has problems with clothes. Mary complains about loneliness, because few weeks ago her close friend died, with whom she was often in contact. Mary is retired, her source of income is State Pension, takes up social housing.

Suggested care/  
support from the local  
Social Care Services.

What would the  
assessment of his  
situation look like  
(including criteria and  
payment for help), who  
(which department)  
would construct and  
implement the Care  
Plan, how would the  
Care Plan, monitoring  
and evaluation look  
like?

Proposed help for son  
as an informal carer

Case Study – nr 3			
<b>NAME</b>	<b>Stephanie Taylor, Jerry Taylor</b>		
<b>ADDRESS</b>		<b>TEL:</b>	
<b>DOCTOR</b>		<b>DATE of BIRTH</b>	07.09.1947 – Stephanie 05.03.1944 – Jerry
<b>CONTACT DETAILS</b>	Kate Wilson – daughter (main carer). Stephanie Taylor along with her husband – Jerry live together with their daughter and her family.	<b>SOCIAL WORKER</b>	

#### INFORMATION ON THE PERSON / RISK IDENTIFIED

**Stephanie Taylor** – aged 71. Stephanie Taylor, lives with her husband, daughter (Kate Wilson) and son-in-law, as well as with their two children aged 8 and 10. The family occupies a single-family house, which is owned by a daughter and son-in-law. The daughter is the main carer for her mother and her father. Stephanie has suffered from Alzheimer's disease for several years. At first, Kate didn't know what was happening to her mother. Only after an appropriate diagnosis she became interested and learned more about her mother's illness. So far, Kate and her husband look after Stephanie. Recently, however, Kate has difficulties in reconciling care for her mother and father with her work and being a parent at the same time. Stephanie is physically quite fit, moves slowly, alone. Requires assistance in activities related to personal hygiene, dressing, taking medicine. Stephanie is able to eat without help if her meal is served directly to her. She can no longer leave the house safely, alone because she has trouble finding her way back. The daughter goes out with her mother for walks.

**Jerry Taylor**- aged 74,

Jerry because of problems with his joints and spine, experiences difficulties in moving and performing activities related to dressing and personal hygiene. He tries to support his daughter in caring for his wife, but at the same time he is aware that he requires care too.

Jerry moves with the help of a walker or walking stick. The daughter wants to continue caring for her mother and father, but she admits that it is becoming increasingly difficult for her to fulfill this role. The relationship between Kate and her husband has been badly affected, because the family has no time to rest and being the main guardian for 24 hours is stressful.

There are also problems with the family time (e.g. holidays), because Stephanie can not be left unattended around the clock. The daughter being at work worries about her parents. The neighbors are eager for emergency help, but they do not want to take responsibility and look after Stephanie and Jerry every day, or if, for example, Kate's family wants to take a time off.

Kate is looking for a way to receive help in caring for her mother and father.

Suggested help / support from the local Social Care Services for Stephanie and Jerry.  
What would the assessment of their situation look like (including criteria and payment for care), who (which department) would construct and implement the Care Plan, how would the monitoring and evaluation look like?  
Proposed help for daughter as an informal carer.

## PART B INTERVIEW

- Age
- Gender
- Institution person is employed by
- City person works in (number of residents)
- What is your job description (your profession)
- How long have you been working here for?
- What is your experience in working with elderly?

### HEALTH and SOCIAL CARE ACT related questions

1. What was the reason to introduce Health and social care act in 2014?
2. How social care services were running and were organised prior to Health and Social Care act 2014?
3. What changes have been made by Health and social care act 2014 in terms of functioning social care services and health services?
4. What is the role and responsibility of Health and wellbeing boards?
5. What is the function of Clinical Commissioning Groups (CCGs)? What are the roles and responsibilities?
6. What is the commissioning of care services by local authorities? How does it work in practice?
7. How The Brokerage team works and how do they choose care providers?
8. In what way care adult services co-operate with care agencies?
9. How does the co-operation of care adult services with non-governmental organizations, voluntary sectors (eg Alzheimer's society, Cancer Research look like?
10. What kind of services have been boosted and reinforced by Health and Social Care act?
11. *Prevent, Reduce, Delay* – these are the key words in Health & Social care Act- could you explain these in more details?
12. How does the co-operation between Health and Social Care services look like?
13. How health and care organisations work together locally?
14. Health & Care Act promotes integrated care provision. How does this work in practice?
15. Does Health & Care Act create new opportunity for cross-sector collaboration? How does this work in practice?

### ELIGIBILITY CRITERIA related questions

16. What are the new eligibility criteria for care and support?
17. What is new national minimum threshold to judge eligibility for publicly funded care and support?
18. What is the way for you to assess whether person meet criteria or not. How do you assess if there is likely to be a significant impact on person's wellbeing.
19. What is meant by wellbeing?
20. What are the eligibility criteria for carers?
21. What if person doesn't meet the eligibility criteria?

### ASSESSMENTS related questions

22. Can you describe for what Risk assessment is designed for? Who does the RA?
23. What is care assessments of needs? What does the process of care assessment look like?
24. How does the process of setting up support and care plan step by step look like? What do you take under account?
25. What is joint assessment? What is cooperation between social care services?

#### BURTON UPON TRENT related questions

26. What is the organizational structure of social care in Burton? What are the departments of social care in Burton (eg. Including children, adult learning disability, adults, older people)?
27. What is the structure of Adult Care department?
28. What is Home Care and Home First? What is the difference between them?
29. Are Hospital Discharged, Reablement, EMI and Domiciliary Care still in operation?
30. If some of them are no longer existing, could you point out which one and why they aren't available any more?
31. What kind of support people with dementia are receiving?
32. Is there any dementia strategy in place?
33. Who is CPN and Support Worker? What is his/her role?
34. Is the yellow folder still in use at service user's house as a way of recording carers' visits and of communication between family and carers?
35. Have new teams been put in place? If so, what are those new teams and how are they functioning?
36. What is Discharged to Assess department designed for? Who created it, what professions make up the team, what is the purpose of the team, how is it running?
37. Could you describe me Reablement Team? Who creates it, what professions make up the team, what is the role of OT and Physio, carer. What is the goal of it? What is enablement potential?
38. Reablement is up to 6 weeks and what happens after this period of time?
39. Is Emergency Duty Team still in operation? Could you please describe in what way the Team is setting goals and helping people?
40. What types of services are available for elderly?
41. How it works with setting up Direct Payments?
42. How do you co-operate with First Call? Who provides First Call? How much does it cost per person? What are the charges for a various sensors, such as: movement detector, fall detector, medication dispenser? Does the charge is added for every single sensor chosen by older person and summed up to the whole price for person to be paid?
43. How do you co-operate with Key Safe service? Who provides it? How much does it cost for person?
44. How older person can apply for adaptations of her/his own house and equipment? What are the terms and conditions to apply for it?
45. What is Sheltered Housing and Assisted living homes?
46. What online services are available for elderly in Burton?
47. Do you provide sitting service?
48. What kind of activities elderly undertake through the public and private services?

#### CARERS related questions

49. How does the work of carers employed by Staffordshire County Council look like? What kind of trainings they go through?
50. What kind of methods are used by carers in practice while working with elderly?
51. What activities they undertake in caring for elderly?
52. What are the duties of carers employed by SCC?

#### INFORMAL CARERS related questions

53. What support and types of care are provided for carers?
54. What is carers' assessment and what is it used for?
55. How do you set up carer's support plan?

56. Why eligibility criteria are important for carers?

57. For what is Carers Hub for? How it works

#### OTHER QUESTIONS

58. What is Personal Budget for? How is it set up?

59. What can you tell about othercare services e.g. preventive services, community support?

In what way do you work together?

60. In your opinion, what is the perception of social care related professions in public?

Do people treat social workers, carers or other professional workers with the respect?

61. What do you benefit for your own life from work you do? Do you think you learn something about old age related subjects?

62. The Care Act 2014 sets out in one place, local authorities' duties in relation to assessing people's needs and their eligibility for publicly funded care and support.

## Streszczenie

Celem pracy była analiza systemu pomocy dla osób starszych w zakresie jego funkcjonowania w odniesieniu do diamentu opiekuńczego, na który składają się sektor publiczny, pozarządowy, rynkowy oraz rodzinny. Przedstawiając system pomocy w sposób holistyczny i pluralistyczny odwołano się do koncepcji wielosektorowego ujmowania pomocy społecznej, w której współpraca jest podstawową zasadą w realizowanych działaniach. Badaniu poddano zatem sposób funkcjonowania wewnętrznych struktur instytucji względem osób starszych, jak i jej współpracy z otoczeniem, na które składa się środowisko lokalne. Podjęta w rozprawie problematyka systemu pomocy dla osób starszych koncentruje się na potrzebie rozwoju pomocy środowiskowej, która poprzez różnorodne formy pomocy, umożliwia osobie starszej jak najdłuższe zamieszkiwanie we własnym środowisku domowym. Praca ma charakter komparatystyczny, co wyrażone zostało poprzez zastosowanie strategii badawczej określanej jako porównawcze studium przypadku. W rozprawie przedstawiono analizę indywidualną przypadku w ośrodku pomocy społecznej w Polsce i w Anglii oraz analizę porównawczą obu przypadków na podstawie wyodrębnionych obszarów porównawczych, takich jak: formy pomocy środowiskowej, kryteria kwalifikowania do pomocy, formy pomocy dla opiekunów nieformalnych, współpraca międzysektorowa i wewnątrzsektorowa, aktywizacja oraz edukacja do starości. Badane ośrodki pomocowe stanowią egzemplifikację polskiego i angielskiego systemu pomocy dla osób starszych. Inspiracją do stworzenia projektu badawczego były doświadczenia zdobyte w pracy w systemie pomocy społecznej z osobami starszymi podczas pobytu w Anglii oraz działania podejmowane na rzecz osób starszych w Polsce. Badania zostały przeprowadzone w nurcie jakościowym. W badaniach odwołano się do paradygmatu interpretatywnego umożliwiającego działania w kierunku samostanowienia osób starszych, w szczególności w sferze pomocy i opieki dla niesamodzielných osób starszych i ich opiekunów. Przedstawiając systemy pomocowe obu krajów dokonano interpretacji sposobu ich funkcjonowania oraz wskazano praktyczne rozwiązania i rekomendacje, które mogą znaleźć zastosowanie w skali makro (polityka senioralna) i mezzo (poziom lokalny), aby w sposób bezpośredni wpływać na poprawę życia osoby starszej oferując jej w skali mikro taką pomoc, czy opiekę, którą w danym momencie osoba starsza potrzebuje. W przeprowadzonych badaniach zastosowano triangulację metod (studium przypadku, wywiady częściowo skategoryzowane, analiza danych zastanych), triangulację teorii (teoria aktywnego starzenia się, starzenie się w środowisku zamieszkania) oraz triangulację źródeł danych (źródła



osobowe i materialne). W badaniach zastosowano dwa narzędzia badawcze: kwestionariusze wywiadu oraz scenariusze trzech różnych osób starszych, które umożliwiły na podstawie materiału empirycznego, skonstruowanie trzech planów pomocy do każdego scenariusza w Polsce i w Anglii. Podejmowana w rozprawie problematyka wspomagania osób starszych poprzez pomoc społeczną i środowiskową lokalizuje przeprowadzone badania na pograniczu pedagogiki społecznej, geragogiki oraz pracy socjalnej, nawiązuje także do zagadnień z zakresu polityki społecznej. Struktura pracy składa się z następujących elementów: wprowadzenie, pierwszy rozdział teoretyczny, drugi metodologiczny, trzeci dotyczy analizy wyników badań w zakresie systemu pomocy środowiskowej w Polsce i w Anglii, a czwarty odnosi się do różnic i podobieństw analizowanych systemów pomocy w obu krajach. W zakończeniu zawarte zostały wnioski oraz rekomendacje dla polskiego systemu pomocy środowiskowej dla osób starszych i ich opiekunów nieformalnych. Ostatnia struktura doktoratu obejmuje: wykaz wykorzystanych źródeł, rysunków, tabel i aneks, a w nim zastosowane narzędzia badawcze, a także autorską propozycję stosowania Indywidualnego Planu Opieki, arkusz oceny potrzeb opiekuna nieformalnego oraz formularz kwalifikowania do pomocy.

**Słowa kluczowe:** aktywne starzenie się, deinstytucjonalizacja, formy pomocy środowiskowej, opieka środowiskowa, opiekun nieformalny, osoby starsze, pomoc, personalizacja, starość, starzenie się, starzenie się w środowisku zamieszkania, system pomocy, wsparcie, wychowanie do starości.

## **Summary**

The aim of the study was to analyse the social care system for the elderly in terms of its functioning in relation to the care diamond, which consists of the public, non-governmental, market and family sectors. By presenting the social care system in a holistic and pluralistic way, reference was made to the concept of a multi-sectoral view of social care system, in which cooperation is a fundamental principle in the activities carried out. The research therefore examined the way in which the internal structures of the institution function in relation to the elderly, as well as its cooperation with the local environment.

The subject of the social care system for the elderly undertaken in the dissertation focus on the need for the development of community care, which, through various forms of services, enables an elderly person to live as long as possible in their own home. The dissertation is comparative in nature, which is expressed through the use of a research strategy referred to as a comparative case study. The dissertation presents an individual case study in a local care centre in Poland and in England and a comparative analysis of both cases based on distinguished comparative areas: forms of community care, eligibility criteria for social care system, forms of services for informal carers, inter- and intra-sectoral cooperation, activation of older people and education to old age. The researched local care centres are an exemplification of the Polish and English social care systems for the elderly. The research project was inspired by the experience gained in working in the social care system with older people during the stay in England and by activities undertaken for older people in Poland.

The research was conducted in a qualitative stream. The research referred to the interpretative paradigm enabling action towards empowerment of older people, especially in the field of services and care for dependent older people and their carers. By analyzing the care systems of both countries, an interpretation was made of the way in which they function and practical solutions and recommendations were identified that could be applied into Polish care system at the macro and mezzo levels in order to directly improve the lives of older people by offering them the support or care they need at the micro level.

The research used a triangulation of methods (case study, semi-structured interviews, desk research), a triangulation of theories (active ageing theory, ageing in place) and a triangulation of data sources (personal and material sources). Two research tools were used in the study: interview questionnaires and scenarios of three different older people, which enabled, on the

basis of empirical material, the construction of three care plans for each scenario in Poland and England.

The issue of supporting the elderly through social and community care undertaken in the dissertation locates the conducted research on the borderline of social pedagogy, geragogy and social work; it also refers to issues of social policy.

The work is structured as follows: an introduction, the first theoretical chapter, the second methodological chapter, the third one concerns the analysis of research results on the system of community care in Poland and England, and the fourth one refers to differences and similarities of the analysed systems of care in both countries. The conclusions and recommendations for the Polish system of community care for older people and their informal carers are presented in the fifth part of dissertation. The final structure of the doctoral thesis includes: a list of used sources, figures, tables and appendices, including the applied research tools, as well as the author's proposal to use the Individual Care Plan, the informal carer's needs assessment sheet and the eligibility form.

**Keywords:** active ageing, ageing, ageing in place, assistance, community care, deinstitutionalisation, education for old age, forms of community care, informal carer, old age, older people, personalisation, social care system, support.