

Usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka

Agnieszka Sowa

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Adres do korespondencji: Agnieszka Sowa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, ul. Bellottiego 3B, 01–022 Warszawa, a.sowa@ipiss.com.pl

■ Abstract

Health and social services towards older, chronically ill and disabled population provided in the social assistance. Regulation and practice

The article provides an overview of the scope and main problems related to utilization of medical and social long-term care services in the social assistance sector in Poland. According to the legal regulations medical and social care services can be provided to older dependent people if the family support for a dependent person is found insufficient. However, the number of people receiving care from the social assistance is still relatively small. Based two qualitative studies, the article overviews main barriers related to care provision: lack of adequate information on medical, nursing and care services, tensions between health and social sector in provision of care and nursing, negative perception of social assistance and lack of ageing policies at the local level.

Key words: population ageing, illness, disability, care needs, social assistance

Słowa kluczowe: starzenie się populacji, choroba, niepełnosprawność, potrzeby opiekuńcze, pomoc społeczna

■ Wprowadzenie

Zmieniająca się struktura populacji związana z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia i niskim poziomem dzietności jest kluczowym procesem demograficznym zachodzącym obecnie w Polsce. W rezultacie rośnie udział osób starszych w populacji. Jest to grupa o specyficznych problemach zdrowotnych (choroby przewlekłe, wielochorobowość, ograniczenia funkcjonalne i niepełnosprawność), często prowadzących do niesamodzielności, co przyczynia się do zwiększającego się zapotrzebowania na usługi o charakterze opiekuńczym i zdrowotnym [1, 2]. Tradycyjnie, w społeczeństwie polskim opieka świadczona jest w sposób nieformalny w środowisku rodzinnym [2, 3]. Jest to pierwsze i podstawowe źródło wsparcia dla osób niesamodzielnych [4]. Niemniej z uwagi na rosnące

potrzeby opiekuńcze osób starszych i ograniczone możliwości świadczenia opieki przez rodzinę w epoce odejścia od pełnienia tradycyjnych ról rodzinnych [5] oraz zaangażowanie w życie zawodowe rośnie presja na działanie instytucji wspierających rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych [1]. W Polsce świadczenia socjalne i zdrowotne o charakterze opiekuńczym skierowane do populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej dostępne są w systemie opieki zdrowotnej oraz w systemie pomocy społecznej, przy czym w systemie opieki zdrowotnej uwaga skierowana jest na funkcje medyczne i rehabilitacyjne, a w systemie pomocy społecznej na funkcje opiekuńcze, rehabilitacyjne i integracyjne [3]. Istotną grupą odbiorców świadczeń opiekuńczych są osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi. Warto wspomnieć, że wedle badań istnieje

jące sieci pomocy zarówno nieformalnej (rodzinnej), jak i formalnej nie są wystarczające, w szczególności wobec potrzeb zgłaszanych przez osoby starsze. Według szacunków P. Błędowskiego i wsp. [1] w 2009 roku około 1,3 miliona osób w Polsce potrzebowało opieki z uwagi na ograniczone możliwości samodzielnego funkcjonowania. Jednocześnie 47% osób potrzebujących takiej pomocy w wieku 70–79 lat i 43% osób powyżej 80. roku życia opieki nie otrzymywało.

Celem prezentowanej analizy jest pokazanie zakresu i uwarunkowań realizowania usług o charakterze opiekuńczym ulokowanych w systemie pomocy społecznej. Artykuł koncentruje się na usługach kierowanych do populacji o znacznych potrzebach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i zdrowotnych w związku z wiekiem i niejednokrotnie postępującym ograniczeniem sprawności fizycznej, długotrwałą chorobą lub niepełnosprawnością. Analizą natomiast nie są objęte usługi o charakterze opiekuńczym związane z zapewnieniem schronienia osobom niemającym potrzeb pielęgnacyjno-medycznych, a więc np. osobom bezdomnym czy samotnym rodzicom. Przedstawione są charakterystyki świadczeń opiekuńczych i zdrowotnych realizowanych w systemie pomocy społecznej zarówno o charakterze opieki środowiskowej, jak i stacjonarnej oraz poddane dyskusji są uwarunkowania lokalne, społeczne i instytucjonalne świadczenia usług wynikające z podziałów kompetencji samorządowych i sektorowych.

Metody badawcze

Metody badawcze wykorzystane w artykule obejmują analizę dokumentów prawnych, analizę dostępnych danych statystycznych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) oraz omówienie wybranych wyników dwóch badań o charakterze jakościowym: badania przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej¹ w 2010 roku oraz badania w ramach 7. projektu ramowego Komisji Europejskiej – MoPAct (*Mobilizing the Potential of Active Ageing in Europe*²) w 2015 roku.

Pierwsze z badań pt. „Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych” zostało zrealizowane w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych i miało na celu rozpoznanie instytucjonalnych możliwości samorządów lokalnych prowadzenia polityki zapobiegania wykluczeniu osób starszych, wymagających opieki [6]. W ramach badania zrealizowane zostały studia przypadków w czterech powiatach na terenie województw mazowieckiego i małopolskiego (powiat warszawski, powiat sokołowski – województwo mazowieckie oraz powiat krakowski, powiat miechowski – województwo małopolskie). W wybranych powiatach przeprowadzono wywiady pogłębione z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za kreowanie i realizowanie działań opiekuńczych: urzędów gminy, powiatowych centrów pomocy rodzinie, ośrodków pomocy społecznej oraz domów pomocy społecznej. Wywiady przeprowadzono z osobami na stanowiskach kierowniczych.

Drugie z przywołanych badań zostało zrealizowane przez Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych

CASE i miało na celu zbadanie uwarunkowań lokalnych organizowania działań stymulujących aktywność osób starszych, a w szczególności osób przewlekle chorych [7]. Ponownie badanie realizowane było na terenie województwa mazowieckiego i małopolskiego. Przeprowadzone zostały dwa wywiady fokusowe – w Warszawie i w Krakowie z przedstawicielami organizacji publicznych (ośrodków pomocy społecznej, centrów aktywności lokalnej przy ośrodkach pomocy społecznej) i organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych i osób z ograniczeniami związanymi z chorobami bądź niepełnosprawnością w obu regionach.

Zakres usług opiekuńczych realizowanych w pomocy społecznej

Zakres świadczeń o charakterze opiekuńczym realizowanych w pomocy społecznej jest określony w Ustawie o Pomocy Społecznej z 2004 roku z późniejszymi zmianami³. Usługi te obejmują zarówno świadczenia opieki domowej, jak i świadczenia z zakresu opieki instytucjonalnej.

Do świadczeń opieki domowej należą usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym usługi skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Usługi te przysługują osobom samotnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione (art. 50). W ustawie przyjęte jest założenie, że przede wszystkim za zaspokojenie potrzeb osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych odpowiedzialna jest rodzina, natomiast usługi mogą być świadczone jedynie wobec osób, którym pomoc ze strony rodziny, a więc małżonka, rodziców lub dzieci/wnuków, nie może być zapewniona. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną zaleconą przez lekarza, pielęgnację oraz – na ile jest to pożądane i możliwe – zaspokojenie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i powinny być świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (np. fizjoterapeutów, rehabilitantów). Zakres usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych oraz miejsce ich świadczenia ustalane jest indywidualnie, zależnie od potrzeb i możliwości ich realizacji przez ośrodek pomocy społecznej. Poziom realizacji usług zależy jednak w dużej mierze od posiadanych przez samorządy zasobów, a w gminach o mniejszych zasobach finansowych i kadrowych usługi opiekuńcze mogą nie być rozwijane w wystarczającym stopniu [8]. Gminy organizują usługi z wykorzystaniem zasobów własnych (głównie w ośrodkach pomocy społecznej) lub przy wykorzystaniu zasobów organizacji pozarządowych lub instytucji prywatnych. Usługi opiekuńcze mogą być udzielane bezpośrednio w miejscu zamieszkania podopiecznego pomocy społecznej, jak też w instytucjach działających w ramach systemu pomocy społecznej, w tym w ośrodkach wsparcia, dziennych domach pomocy, klubach samopomocy czy środowiskowych domach samopomocy, gdzie udzie-

lane jest wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ale też i w domach pomocy społecznej. Usługi mają charakter odpłatny, a wysokość odpłatności ustalana jest przez radę gminy, w której są one realizowane. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych nieznacznie w ostatnim okresie zmalała – z ponad 92 tysięcy w 2008 roku do niespełna 89 tysięcy w 2014. Zaledwie 5% usług stanowią specjalistyczne usługi opiekuńcze. Liczba korzystających z tego rodzaju świadczeń wzrosła w ostatnich latach z 10,2 tysięcy do 12,3 tysięcy osób (**Tabela I**).

Ważnym elementem systemu wsparcia dla osób samotnych i/lub niesamodzielnymi są usługi opieki dziennej świadczone w ośrodkach wsparcia. Pełnią one nie tylko, już wspomnianą, funkcję opiekuńczą, ale nade wszystko integracyjną i aktywizacyjną. Usługi opieki dziennej prowadzą samorządy za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej, ale istotną funkcję pełnią również organizacje pozarządowe współpracujące z samorządami. Ogółem z usług opieki dziennej ośrodków wsparcia korzystały w 2014 roku 132 tysiące osób, a liczba korzystających wzrosła o 38,2 tysiąca osób w latach 2008–2014 (**Tabela II**). Najwięcej świadczeń (poza noclegowniami dla osób bezdomnych oraz jadłodajniami, które oferują usługi o charakterze bytowym, a nie zdrowotno-socjalnym, w związku z czym pozostają poza zasięgiem zainteresowań niniejszego artykułu) udzielanych jest w dziennych domach pomocy oraz w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Liczba osób korzystających z usług dziennych domów pomocy wzrosła w latach 2008–2014, ale ich udział w stosunku do wszystkich beneficjentów ośrodków wsparcia zmalał z ponad 20% do 16%. Usługi świadczone w dziennych domach pomocy kierowane są głównie do osób starszych i osób z ograniczoną sprawnością, w tym również osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Działania podejmowane w dziennych domach pomocy obejmują m.in. edukację zdrowotną, pomoc w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych, działania z zakresu edukacji kulturalnej, spotkania integracyjne. W kolejnych latach może nastąpić wzrost liczby ośrodków oferujących usługi opiekuńcze w związku z działaniami podejmowanymi w ramach rządowego programu Senior-Wigor, którego jednym z celów jest aktywizacja i opieka nad osobami starszymi. W konkursach ogłaszanych w ramach programu w 2015 roku zostało sfinansowane stworzenie 994 ośrodków dziennej opieki Senior-Wigor, a w następnych latach planowane są kolejne ośrodki.

Usługi świadczone w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowych domach samopomocy i klubach samopomocy) nakierowane są na zwiększenie zaradności i samodzielności podopiecznych oraz na ich integrację społeczną. Świadczenia opieki dziennej obejmują opiekę, terapię ruchową, pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ale także trening interpersonalny i pomoc w wykonywaniu codziennych czynności. Liczba osób korzystających z usług ośrodków

Tabela I. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Usługi opiekuńcze	92 470	91 311	89 298	87 212	85 545	86 967	88 880
w tym: specjalistyczne	5619	5127	4754	4972	4045	4191	4410
<i>Udział (%) usług specjalistycznych w ogóle usług opiekuńczych</i>	6,1	5,6	5,3	5,7	4,7	4,8	5,0
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	10 238	10 117	10 138	10 577	11 150	11 612	12 330

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03 2008–2014.

Tabela II. Liczba osób korzystających z usług opieki dziennej w ośrodkach wsparcia, 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ośrodki wsparcia,	94 366	101 792	130 513	120 216	122 569	126 892	132 642
w tym:							
dzienne domy pomocy	18 935	19 166	19 698	19 756	19 710	19 278	21 209
<i>udział w ogóle (%)</i>	20,1	18,8	15,1	16,4	16,1	15,2	16,0
Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	b.d.	b.d.	b.d.	18 114	19 219	29 043	30 500
<i>udział w ogóle (%)</i>	b.d.	b.d.	b.d.	15,1	15,7	22,9	23,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03 2008–2014.

wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2011–2014 znacznie wzrosła (o 40%).

Usługi opieki instytucjonalnej o charakterze całodobowym świadczone są w domach pomocy społecznej (DPS), rodzinnych domach pomocy oraz – w ograniczonym zakresie – w ośrodkach wsparcia. Usługi te mogą być świadczone wobec osób wymagających opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i niemogących samodzielnie funkcjonować, które nie mają możliwości uzyskania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Podstawową formą usług całodobowych świadczonych w pomocy społecznej są usługi w domach pomocy społecznej (DPS, art. 54). Przy czym, w miarę możliwości, osobie ubiegającej się o miejsce w domu pomocy społecznej usługa powinna być zapewniona jak najbliższej miejsca zamieszkania. Świadczenia DPS obejmują usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązujących w DPS standardów oraz wedle indywidualnych potrzeb mieszkańców. Jednocześnie osoby, które z powodu złego stanu zdrowia wymagają wzmoczonej opieki medycznej powinny być kierowane do funkcjonujących w ramach systemu opieki zdrowotnej zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), jako że w DPS nie są świadczone usługi o charakterze medycznym, chociaż domy pomocy społecznej mają obowiązek wsparcia swoich mieszkańców w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej (art. 56) domy pomocy społecznej w zależności od typów świadczonej pomocy dzielą się na następujące typy: dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dla osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób uzależnionych od alkoholu. Przy czym wybrane typy domów mogą być prowadzone łącznie: dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie, dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Domy pomocy społecznej prowadzone są przez samorządowe podmioty publiczne (591 domów, co stanowi 73,5% ogółu DPS w 2014 roku) lub podmioty niepubliczne (213 domów, co stanowi 26,5% ogółu DPS w 2014 roku). Podmioty niepubliczne to organizacje trzeciego sektora, niejednokrotnie organizacje religijne. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, a opłatę za pobyt powinna ponieść bezpośrednio osoba korzystająca ze świadczeń DPS, małżonek, rodzice lub dzieci osoby korzystającej z DPS, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, odpowiedzialność za finansowanie pobytu powinna ponieść gmina, z której terenu osoba została skierowana do DPS. Wysokość odpłatności ustalana jest relatywnie do możliwości finansowych osób ponoszących koszty, wynosząc nie więcej niż 70% dochodów mieszkańców, a przypadku osób samotnie gospodarujących lub osób w rodzinie (kiedy koszty ponosi małżonek, rodzice lub dzieci/wnuki) opłaty ponoszone są, jeśli posiadany dochód na osobę w rodzinie

jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę, a kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie jest niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (art. 61, pkt. 2). W przypadku gdy wpłaty nie wyrównują kosztów utrzymania mieszkańca DPS, różnica ta pokrywana jest przez gminę. Częściowe lub całkowite zwolnienia z ponoszenia opłat za pobyt w DPS przysługują osobom, które ponoszą opłaty za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówce lub kiedy występują dodatkowe okoliczności uniemożliwiające pokrycie finansowe opłaty, takie jak: niepełnosprawność, długotrwała choroba, bezrobocie, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych. Wedle statystyk MRPiPS w 2014 roku w 60% przypadków odpłatność (częściową lub całkowitą) za pobyt świadczeniobiorcy w DPS ponosił samorząd lokalny (MPiPS-03, 2015).

Liczba osób korzystających z opieki w domach pomocy społecznej utrzymuje się od lat na poziomie 76–77 tysięcy (**Tabela III**). Znaczną grupę beneficjentów stanowią osoby przebywające w domach dla osób starszych i dla osób przewlekle chorych (39% mieszkańców DPS) oraz mieszkańcy domów dla przewlekle psychicznie chorych (25%).

Usługi opiekuńcze i bytowe świadczone są również w rodzinnych domach pomocy (art. 52). Są to placówki prowadzone przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech, a nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób potrzebujących opieki z uwagi na wiek, chorobę lub niesprawność. Mimo że liczba osób korzystających z tej formy usług wzrosła trzykrotnie od 2008 roku, kiedy to rodzinne domy pomocy rozpoczęły działalność, w skali kraju wciąż nie jest ona znaczna (175 osób w 2014 roku).

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej usługi o charakterze całodobowym dla osób starszych, niepełnosprawnych lub przewlekle chorych mogą być również świadczone w placówkach opieki całodobowej prowadzonych przez podmioty prywatne, po uzyskaniu zezwolenia wojewody (art. 67). Placówki te powinny zapewniać usługi opiekuńcze, w tym pomoc w czynnościach życia codziennego (ubieraniu się, kąpaniu, myciu), organizację czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz pielęgnację w chorobie i pomoc w uzyskaniu świadczeń medycznych. Opieka w placówkach powinna być zorganizowana wedle ścisłych standardów określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Lokalne uwarunkowania świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych w sektorze pomocy społecznej

Ocena uwarunkowań świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych w sektorze pomocy społecznej sformułowana jest na podstawie doświadczeń zebranych w trakcie badań przeprowadzonych w województwach mazowieckim i małopolskim oraz dostępnych danych statystycznych i materiałów badawczych w wybranych obszarach (wskazanych w badaniach jakościowych).

Tabela III. Liczba osób korzystających z usług opieki całodobowej w placówkach systemu pomocy społecznej w latach 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Struktura (%) w DPS dla 2014 roku
Domy pomocy społecznej* ,	84 675	84 031	77 376	76 219	77 286	77 279	77741	100,0
w tym:								
dla osób w podeszłym wieku	b.d.	b.d.	10 252	8353	8818	8364	7740	10,0
dla osób przewlekle somatycznie chorych	b.d.	b.d.	15 728	15 497	15 035	14 809	13 810	17,8
dla osób przewlekle psychicznie chorych	b.d.	b.d.	20 208	20 595	21 066	21 229	20 133	25,9
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	12 504	12 238	11 595	12 471	11 475	14,8
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	5448	5344	5471	3928	3908	5,0
dla osób niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	927	891	891	894	908	1,2
dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych	b.d.	b.d.	6778	7239	7813	8337	8929	11,5
dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	1174	1246	1267	1169	1168	1,5
dla osób w podeszłym wieku oraz niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	1245	1381	1412	1422	1422	1,8
dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	3112	3435	3908	4656	4646	6,0
Rodzinne domy pomocy	53	122	115	120	159	168	175	–

* gminne oraz ponadgminne DPS

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03, MPiPS-05 2008–2014.

Planowanie usług kierowanych do osób niesamodzielnych, rozpoznanie potrzeb opiekuńczych

Jednym z istotniejszych problemów kreowania polityki zorientowanej na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych osób starszych, długotrwale chorych i niepełnosprawnych jest prawidłowa ocena potrzeb opiekuńczych i planowanie działań prowadzących do ich zaspokojenia. Ocena potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych spoczywa na barkach administracji rządowej w zakresie planowania środków na sfinansowanie świadczeń oraz samorządów lokalnych (powiatowych i gminnych) w zakresie opracowania strategii rozwiązywania problemów społecznych na danym terenie, i – bezpośrednio – jednostkach świadczących usługi opiekuńcze w zakresie rozpoznania potrzeb społecznych i prowadzenia usług, w tym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych adekwatnych do potrzeb mieszkańców [6].

W badanych lokalizacjach, zarówno w 2010, jak i w 2015 roku, prowadzenie skoordynowanej polityki wobec osób niesamodzielnych, potrzebujących pomocy i opieki nie było priorytetem działań samorządów lokalnych. Wprawdzie na poziomie województwa for-

mułowane były strategie dotyczące osób starszych czy niesamodzielnych [9], jednak analogiczne strategie nie były formułowane na poziomie gminy. Samorządy lokalne nie prowadziły systematycznego rozpoznania potrzeb osób starszych, ani ogólnie problemów społecznych w gminie. Ich rola w znacznej mierze ograniczała się do dystrybuowania środków finansowych przekazywanych przez administrację rządową z budżetu państwa. Zadania oszacowania potrzeb cedowane były najczęściej na jednostki świadczące usługi opiekuńcze (ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej itp.), które mają bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami. Rozpoznanie potrzeb w zakresie pomocy osobom starszym, długotrwale chorym i niepełnosprawnym realizowane było przez ośrodki pomocy społecznej na bieżąco, poprzez analizy wywiadów środowiskowych, a nie z wyprzedzeniem, w ramach wystandaryzowanej procedury planistycznej. W jednym z badanych OPS w dużym ośrodku miejskim w ramach dostępnych środków przeprowadzono specjalne badanie potrzeb osób starszych. Było to jednak działanie jednorazowe, bez zamiaru stworzenia trwałego instrumentu prowadzenia lokalnej polityki społecznej. Zarówno przeprowadzone badania [6, 7], jak

i analizy innych autorów [1, 10] pokazują, że pracownicy ośrodków pomocy społecznej i instytucji opiekuńczych w swoich działaniach kierują się przede wszystkim zapisami ustawowymi i wynikającymi z nich uprawnieniami, bez sformułowania długofalowej strategii opartej na diagnozie potrzeb opiekuńczych i wymagających zaangażowania środków własnych. Jak wskazują Błędowski i wsp. [1], może być to działanie uzasadnione z uwagi na dobrą znajomość sytuacji lokalnej przez pracowników OPS – w szczególności pracowników socjalnych. Jednak tworzy ono też ogromną presję związaną z potrzebą podejmowania odpowiednich decyzji bez pełnej znajomości uwarunkowań związanych z zasobami będącymi do dyspozycji na terenie gminy, a te stanowią o możliwościach tworzenia polityki społecznej i opiekuńczej wobec osób starszych [1, 8].

Bariera korzystania z usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w sektorze pomocy społecznej

Zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej usługi opiekuńcze powinny być świadczone zgodnie z kryterium zaistnienia potrzeby opiekuńczej i w sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki na adekwatnym poziomie. W praktyce funkcjonowania instytucji pomocy społecznej można jednak zidentyfikować bariery korzystania z usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Dostęp do informacji o usługach

Jedną z ważniejszych barier realizowania usług o charakterze opiekuńczym jest brak informacji o możliwości ich uzyskania. W małych miejscowościach informacja o możliwości uzyskania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przekazywana jest osobom potrzebującym najczęściej w sposób nieformalny, dzięki pomocy sąsiedzkiej [6, 7]. Często informacja o dostępnych usługach przekazywana jest potencjalnym klientom przez osoby, które już z usług opiekuńczych danej instytucji korzystają. Jednocześnie należy pokreślić, że osoby starsze, w tym w szczególności osoby z ograniczeniami sprawności, niejednokrotnie są słabo poinformowane o możliwościach uzyskania pomocy, a brak mobilności dodatkowo przyczynia się do niemożności uzyskania tej informacji i zgłoszenia potrzeb opiekuńczych do adekwatnego ośrodka [7]. Jak stwierdza pracownik OPS w województwie mazowieckim: „Bariera korzystania... To, że nie są doinformowani dobrze, bo oni [osoby starsze – przyp. red.] się nie poruszają w ogóle po lokalnym terenie. Mieszkają tylko w domu, nigdzie nie wychodzą, brak kontaktu. No, mało się interesują. Trzeba do nich docierać, przekonywać. Są to ludzie zamknięci, bez kontaktu. Dopiero jak się do nich dotrze, zobaczą kogoś, zobaczą, że się coś dzieje u jakiejś koleżanki, kolegi, wtedy koleżanka, kolega w to wciąga. Ale są gdzieś tak oddaleni, samotnie zamknięci” [6].

Pejoratywne postrzeganie pomocy społecznej i opieki długoterminowej

Jako ograniczenie korzystania z usług sektora pomocy społecznej wskazywany jest też wstyd związany z przyznaniem się do zaistnienia potrzeby pomocy i niemożności świadczenia jej przez rodzinę. Ponadto ośrodek pomocy społecznej często kojarzony jest z pomocą osobom ubogim i zmarginalizowanym, a nie osobom starszym czy niepełnosprawnym. Warto też podkreślić, że osoby starsze zgłaszają większe potrzeby w zakresie usług medycznych i pielęgnacyjnych niż opiekuńczych, natomiast rola ośrodków pomocy społecznej niejednokrotnie ogranicza się do pomocy w ich zrealizowaniu. W badaniach jakościowych prowadzonych przez IPiSS dyrektorzy DPS wskazywali na bariery korzystania z instytucjonalnej opieki długoterminowej związane z negatywnym postrzeganiem tej formy opieki. W tradycyjnym społeczeństwie, opierającym się na relacjach rodzinnych, opieka instytucjonalna przez lata postrzegana była pejoratywnie jako forma opieki ostatniej instancji. Jednak zdaniem dyrektorów DPS i pracowników PCPR ta sytuacja się zmienia wraz z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi populacji starszej i ograniczonymi możliwościami ich zaspokojenia przez rodzinę nuklearną, zaangażowaną zawodowo i niejednokrotnie mieszkającą w innym miejscu niż starsze pokolenie: „Problem odwieczny to złe konotacje pojęcia oddawania (...) kogoś do domów pomocy. [W przeszłości – przyp. red.] najgorszym przekleństwem było oddać kogoś do domu pomocy. To było wręcz jakby się wyrzuciło ojca, matkę poza nawias rodziny. Więc te opory istnieją, aczkolwiek się zmieniają” [6].

Bariera podaży usług opiekuńczych: procedury, współpłacenie, kolejki

Bariera korzystania z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych leżą również po stronie ośrodków pomocy społecznej. Badania wskazują na przeszkody związane z nadmierną formalizacją dostępu do usług związaną m.in. z potrzebą zrealizowania wywiadu środowiskowego. Procedury te często są – w szczególności dla osób starszych – niezrozumiałe i uciążliwe. Jak stwierdza pracownica OPS w dużym ośrodku miejskim: „Udzielanie pomocy jest też niesłychanie sformalizowane. To jest procedura wywiadu środowiskowego, zbierania niezbędnych dokumentów do postępowania administracyjnego, postępowanie dowodowe, decyzja administracyjna” [6]. Badania wskazują bariery podaży usług opiekuńczych, podkreślając małą wiedzę prawną pracowników socjalnych w zakresie możliwości świadczenia usług opieki domowej, ograniczone zasoby finansowe pomocy społecznej oraz konieczność współpłacenia za realizowane świadczenia, jak również małą liczbę specjalistów będących w stanie świadczyć usługi opiekuńcze o charakterze pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym [6, 11]. Według ogólnopolskich badań sondażowych zrealizowanych przez PBS w 2015 roku w ośrodkach pomocy społecznej ponad 80% OPS deklaruje brak zarejestrowanych osób oczekujących na świadczenie, 66% realizuje usługi opiekuńcze na bieżąco, a 10% w ciągu tygodnia od zgłoszenia się do ośrodka [12]. O ile w przy-

padku opieki środowiskowej w zasadzie nie ma kolejek oczekujących na świadczenie, to są one raportowane w przypadku opieki instytucjonalnej. Wedle danych MRPiPS rocznie około 10 tysięcy osób otrzymuje miejsce w domu pomocy społecznej. Liczba osób oczekujących na świadczenia w domach pomocy społecznej znacznie zmalała w 2004 roku w związku z wprowadzeniem odpłatności za świadczenie DPS i od tego czasu utrzymuje się na poziomie 6–8 tysięcy osób rocznie. W latach 2011–2014 liczba osób oczekujących na usługi w DPS zmniejszyła się z 8225 do 7228 (**Wykres 1**).

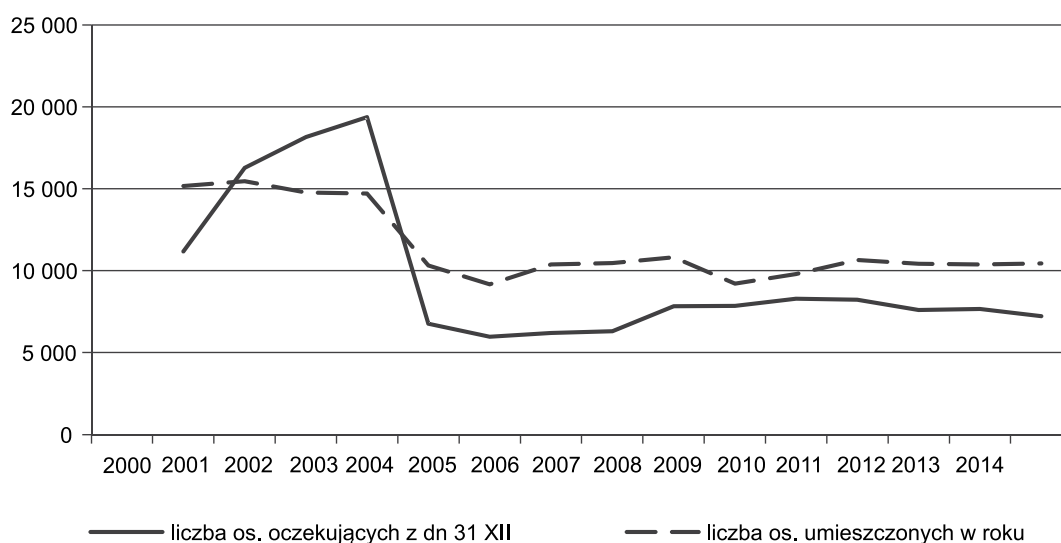
W przywołanych już badaniach PBS 62% dyrektorów DPS deklaruje istnienie w ich placówkach kolejki osób oczekujących na miejsce w instytucji [12], przy czym przeciętnie lista osób oczekujących na miejsce w DPS sięga 13 osób. Co czwarty badany DPS deklaruje przyjmowanie nowych mieszkańców na bieżąco (25%), ale też i w co czwartym (22%) czas oczekiwania jest dłuższy niż rok. Jest to związane z faktem, że spośród wszystkich instytucji stacjonarnych o charakterze opiekuńczym i pielęgnacyjnym systemu pomocy społecznej i opieki zdrowotnej rotacja świadczeniobiorców w DPS jest najniższa. 78% mieszkańców przebywa w domach pomocy społecznej dłużej niż rok, a 25% powyżej pół roku (i krócej niż rok). Kolejki oczekujących na świadczenia są z jednej strony wynikiem długiego okresu pobytu mieszkańców w placówkach i niewystarczającej podaży usług, z drugiej natomiast strategii przyjmowanych przez osoby ubiegające się o miejsce w DPS. Badania Z. Szwedy-Lewandowskiej prowadzone w Łodzi [13] wskazują, że część seniorów oczekujących na miejsce w DPS nie decyduje się na zamieszkanie w nim mimo przydzielonego miejsca. Są to osoby o nieco lepszym

stanie zdrowia, które zgłosiły się do DPS, przewidując potencjalne pogorszenie się ich sytuacji zdrowotnej i niemożność zapewnienia opieki w domu.

Łączenie funkcji opiekuńczych, zdrowotnych i integracyjnych

Choć w statystykach nie wyglądają imponująco, formą opieki niezwykle istotną z punktu widzenia aktywizacji osób starszych, przewlekle chorych czy niepełnosprawnych są miejsca opieki dziennej świadczące usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne, ale również pełniące funkcje integracyjne i aktywizacyjne. Badania pokazują, że ośrodki pomocy społecznej stanowią centrum organizacji lokalnych sieci wsparcia dla osób o potrzebach opiekuńczych, które są realizowane w ramach działalności dziennych domów pomocy, centrów aktywności lokalnej oraz w organizacjach trzeciego sektora [6, 7]. Podstawową formą opieki na szczeblu lokalnym są usługi świadczone w dziennych domach pomocy, w ramach których organizowane są działania kulturalno-oświatowe, prowadzone są usługi rehabilitacyjno-usprawniające dla osób o ograniczonej sprawności fizycznej (w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze), świetlica, organizowane są wycieczki dla osób starszych oraz niepełnosprawnych, czy warsztaty tematyczne (plastyczne, komputerowe, muzyczne, kulinarne itp.) i okolicznościowe spotkania integracyjne (np. spotkania wigilijne). W dziennych domach pomocy organizowane są również zajęcia z zakresu profilaktyki zdrowotnej, a podopieczni tych ośrodków niejednokrotnie mają również ułatwiony dostęp do opieki pielęgniarstwa, lekarskiej czy psychologicznej. Jak mówi pracownica OPS i centrum aktywności lokalnej, prowadząca również stowarzyszenie działające

Wykres 1. Liczba osób umieszczonych w DPS oraz oczekujących na świadczenia w latach 2000–2014



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

na rzecz osób starszych i niesprawnych: „Próbujemy znaleźć dla tych naszych seniorów, żeby się gdzieś przebadali, żeby nie musieli płacić kasy za to, nie czekać bardzo długo” [7]. Ważnym elementem działalności dziennych domów pomocy, centrów aktywności lokalnej i działających przy nich instytucji jest prowadzenie aktywności z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki, w tym np. prowadzenie warsztatów dotyczących zdrowego żywienia, umożliwienie telemonitoringu zdrowia. Podobny profil działalności mają nowo organizowane domy Senior-Wigor. Dla osób niepełnosprawnych (w tym niepełnosprawnych intelektualnie) tego typu funkcje pełnią rosnące w liczbie ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy.

Na szczeblu lokalnym niezwykle aktywne są organizacje trzeciego sektora, które niejednokrotnie prowadzą dzienne domy opieki czy inne ośrodki wsparcia. Są to fundacje i stowarzyszenia działające na rzecz społeczności lokalnej, a w szczególności osób starszych, długotrwale chorych czy niepełnosprawnych, najczęściej powołane do życia przez pracowników OPS, potencjalnych odbiorców świadczeń lub ich krewnych. Organizacje te obejmują kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku oraz fundacje czy stowarzyszenia lokalne, prowadzące projekty przeznaczone dla określonej grupy odbiorców: osób starszych, osób niepełnosprawnych intelektualnie, itp. Organizacje te niejednokrotnie pełnią ważne funkcje wsparcia osób o ograniczonej mobilności, a ich działalność jest dobrze odbierana przez społeczność lokalną, unikając negatywnej percepcji związanej z ulokowaniem usług w systemie pomocy społecznej nakierowanym na osoby ubogie i społecznie wykluczone. Informacja o ich działalności najczęściej przekazywana jest drogą nieformalną, poprzez osoby, które już miały kontakt z daną organizacją. Bariery działania lokalnych organizacji opiekuńczych i aktywizujących trzeciego sektora obejmują niestabilność finansową związaną z funkcjonowaniem opartym na dotacjach samorządu lokalnego oraz środkach projektowych, przeznaczonych na realizację konkretnych działań, a także – niezwykle częste w tego typu działaniu – oparcie aktywności na osobie silnego lidera, jego pomysłach i indywidualnym zaangażowaniu [7].

Koordinacja międzysektorowa funkcji opiekuńczych i zdrowotnych

Wyzwaniem dla instytucji opiekuńczych szczebla lokalnego jest koordynacja funkcji opiekuńczych i zdrowotnych. Instytucje opiekuńcze, rehabilitacyjne i świadczące opiekę zdrowotną podlegają z jednej strony różnym szczeblom administracji samorządowej (gmina, powiat), a z drugiej strony podzielone są sektorowo (sektor pomocy społecznej i opieki zdrowotnej) w zakresie organizacji i finansowania, jednocześnie świadcząc usługi dla jednej populacji – osób o potrzebach opiekuńczych i pielęgnacyjnych związanych z wiekiem, chorobą i niepełnosprawnością. Ten podział, utrwalony w przepisach prawnych, powoduje, że koordynacja, często konieczna ze względu na potrzebę całościowego rozwiązania problemu mającego

charakter zdrowotny, socjalny i rodzinny, nie jest sformalizowana i nie ma w tym zakresie określonych procedur.

Szczególnie wymagająca jest współpraca instytucji sektora pomocy społecznej, zarówno świadczących usługi opieki dziennej, jak i całodobowej, z sektorem opieki zdrowotnej. Podstawowym miejscem dla współpracy jest styk instytucji opiekuńczych i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Pracownik OPS o współpracy tej opowiada w następujący sposób: „Mamy dwa ośrodki służby zdrowia, dwie placówki to są prywatne, no i na naszą interwencję czy na nasz telefon, na naszą tam obecność reagują i jadą do chorego, my wskazujemy i później nas informują, jakie zostały podjęte decyzje, jakie są ustalenia. (...) zwykle dogadujemy się, dobra współpraca. Bo były przypadki nawet, że mieliśmy przemoc w rodzinie, syn matkę pobił, no ale wtedy tak zorganizowaliśmy jej policję i lekarza. Pojechała, dokonała oględzin i został ten człowiek ukarany. Za to, że bił matkę na karę zawieszona. To wtedy lekarz był, opisał, zbadał. No i lekarze też nas informują. Jeżeli ktoś się do nich zgłosi, to nas informują, jaka sytuacja jest” [6]. Współpraca ta ma charakter nieformalny, polegający głównie na wymianie informacji o osobach potrzebujących pomocy i możliwych działaniach. W badanym ośrodku pomocy społecznej w Warszawie współpraca między OPS a instytucjami sektora zdrowotnego zinstytucjonalizowała się w formie spotkań: „(...) my jesteśmy w stałej współpracy ze służbą zdrowia. Nawet czasem robimy sobie takie »zebrania robocze«, organizujemy z pielęgniarkami środowiskowymi, żeby ta wymiana informacji w dwie strony [była – przyp. red.], bo często jest tak, że trafia konkretna pielęgniarka środowiskowa i może zgłosić konkretny przypadek tutaj do nas, do ośrodka, do konkretnego pracownika, czasami jest tak, że wspieramy się też pomocą ze strony pielęgniarek środowiskowych, czy też w zakresie zamawiania wizyt domowych lekarza pierwszego kontaktu. Także tutaj jesteśmy w stałym kontakcie” [6].

Niektóre ośrodki pomocy społecznej nie wytworzyły nieformalnych sieci współpracy z instytucjami opieki zdrowotnej. Wówczas w miejsce współpracy z POZ często pojawia się współpraca z konkretnymi osobami: lekarzem czy pielęgniarką. W badaniach podkreślana była szczególna rola pełniona przez pielęgniarki środowiskowe, które są „łączniczkami” między OPS i POZ, dobrze znając przy tym sytuację w środowisku lokalnym i potrzeby osób starszych, przewlekle chorych czy niepełnosprawnych. Jak podkreśla pracownik OPS: „Dobrze nam się współpracuje z pielęgniarkami środowiskowymi. Tu bym skrzywdził, gdybym powiedział inaczej. Mamy tu kilka świetnych kobiet i wiele nam pomogły, i są tu niektóre panie, że znają teren od strony i zdrowotnej, i społecznej, profesjonalistki. One czasami lekarza przekonują, żeby jechał, czy żeby podjął taką, a nie inną decyzję. Ale to jest w przypadku pielęgniarek środowiskowych, bo one pracują w środowisku, ta współpraca jest dobra i ona jest taka na telefon, taka nieoficjalna, nie to, że piszemy pisma do siebie, tylko dzwoniemy, że trzeba szybko załatwić, i to jest tak. Natomiast ciężko bardzo się pracuje ze szpitalem, wie pan, z poradniami specjalistycznymi to już w ogóle, z psychiatrą to już w ogóle” [6].

W przypadku domów pomocy społecznej kontakty z usługami sektora opieki zdrowotnej mają miejsce w związku z potrzebą zapewnienia opieki zdrowotnej mieszkańcom DPS. W przeciwieństwie do świadczeń opieki stacjonarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych sektora zdrowotnego, domy pomocy społecznej nie prowadzą usług medycznych wobec swoich podopiecznych, z wyjątkiem usług rehabilitacyjnych prowadzonych w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych. W rezultacie dobra współpraca w zakresie zapewnienia dostępu do usług medycznych mieszkańcom DPS zależy w dużej mierze od uwarunkowań lokalnych i nieformalnych sieci współpracy. W niektórych DPS zapewniona jest stała współpraca z lekarzami POZ: mieszkańcy DPS są umawiani na wizyty lekarskie i w ustalonym dniu przywożeni do zakładu opieki zdrowotnej, gdzie udzielane są świadczenia. Inną praktyką jest umawianie wizyt lekarskich bezpośrednio w DPS. Czasem jednak powstają problemy komunikacyjne i interpretacyjne dotyczące funkcji i zadań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Jak relacjonuje dyrektor DPS w dużym ośrodku miejskim: „To jest taka sytuacja, że świadomość ZOZ [zakładów opieki zdrowotnej] czy lekarzy tam pracujących, szefów tych ZOZ – oni są święcie przekonani, że DPS-y powinny zapewniać opiekę zdrowotną, mieć zatrudnionego lekarza, mieć zatrudnione pielęgniarki itd. itd. I tutaj właśnie konflikty z tego powodu się rodzą. My im tłumaczymy, że nie zatrudniamy lekarzy, że nie świadczymy usług zdrowotnych, ponieważ zabrania nam tego ustawa o pomocy społecznej. No i tutaj jest taki zgrzyt, że pacjenci DPS nie są zbyt chętni przyjmowani przez lekarzy” [6].

Pewne napięcia mają miejsce pomiędzy instytucjami świadczącymi usługi opieki stacjonarnej w sektorze pomocy społecznej i w sektorze opieki zdrowotnej. Wynikają one z niespójnych regulacji prawnych dotyczących kierowania osób niesprawnych do poszczególnych instytucji stacjonarnej opieki długoterminowej. Do zakładów opieki długoterminowej w sektorze opieki zdrowotnej kierowane są osoby o złym stanie zdrowia i znacznym stopniu niesprawności (poniżej 40 pkt. na skali oceny funkcjonalnej Barthel). Niemniej w przypadku braku miejsc w ZOL i ZPO osoby o podobnym stanie zdrowia, niesprawne funkcjonalnie, o znacznych potrzebach nie tylko opiekuńczych, ale też rehabilitacyjnych i medycznych, są przyjmowane również do DPS. W takim przypadku osoby te nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki medycznej. Jak opowiada dyrektor DPS: „W wielu aspektach moim zdaniem jest nierówne traktowanie osób starszych. To już z punktu widzenia, no, państwa, dlatego że są DPS i ZOL. Jest już taka sytuacja, że w przypadku domów dla osób przewlekle chorych i dla osób starszych my realizujemy tak naprawdę te same zadania co ZOL, w tej opiece podstawowej. My mamy plus jeszcze, że tam jakieś wspomagające, czyli terapia zajęciowa, psycholog, kulturalno-oświatowe, a jesteśmy finansowani z dwóch różnych źródeł. To jest na takiej zasadzie, że tak: powiedzmy, że taka osoba, która już naprawdę wymaga tej opieki, ta, która trafia do ZOL, jest finansowana z NFZ i ona nic do tego nie dopłaca. Czyli nie płaci za to, a ma

podstawową opiekę zdrowotną, na której jej najbardziej zależy, czyli tego lekarza, tę pielęgniarkę, badania i tak dalej. A ta która trafia do DPS (...) nie ma tego lekarza, nie ma tej pielęgniarki, nie ma takich rzeczy, tak, na których jej najbardziej zależy” [6].

Kolejnym ze zgłaszanych w badaniach problemów jest kwestia nierówności dostępu do opieki instytucjonalnej sektora pomocy społecznej i sektora opieki zdrowotnej związana z ponoszeniem kosztów związanych z pobytem [6]. Seniorzy często zgłaszają się do ZOL lub ZPO z uwagi nie tyle na potrzeby zdrowotne, ile niższe koszty indywidualne związane z pobytem w instytucji, aniżeli z mieszkaniem w DPS. Problemy związane z nierównym dostępem do instytucji opieki całodobowej znajdują potwierdzenie w wynikach kontroli NIK prowadzonej w latach 2012–2014 [14]. Wskazuje ona na malejące zainteresowanie pobytem w domach pomocy społecznej z uwagi na znaczne koszty ponoszone przez rodzinę mieszkańca DPS lub gminę i rosnące zainteresowanie pobytem w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, gdzie koszty indywidualne są znacznie mniejsze.

Wnioski

W sektorze pomocy społecznej w formie domowych usług opiekuńczych, w tym usług specjalistycznych oraz całodobowych usług stacjonarnych, realizowane są funkcje opiekuńcze wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej. W nadchodzących dekadach, które będą charakteryzowały się wzrostem liczby osób starszych w populacji, nieunikniona wydaje się potrzeba rozbudowy tego typu świadczeń. W chwili obecnej obserwujemy, pod wpływem działań prowadzonych w programie rządowym Senior-Wigor, wzrost instytucji świadczących opiekę dzienną, niemniej będzie wzrastało również zapotrzebowanie na usługi opieki całodobowej.

Wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych [6, 7] wskazują na słabości realizowania usług opiekuńczych w realiach lokalnych wynikające z sektorowego rozdziału zadań opiekuńczych i medycznych między pomoc społeczną i sektor opieki zdrowotnej. Podkreślają potrzebę wzmocnienia funkcji opiekuńczych pomocy społecznej jako instytucji znającej potrzeby lokalne związane nie tylko z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, ale również ze świadczeniem usług socjalno-opiekuńczo-zdrowotnych dla populacji starszej i niesamodzielnej. Badania przeprowadzone w gminach wskazują na potrzebę wytworzenia lokalnych, formalnych sieci współpracy pomiędzy instytucjami sektora pomocy społecznej i sektora opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. W chwili obecnej koordynacja działań, choć niejednokrotnie przynosząca dobre rezultaty, opiera się na dobrej woli zaangażowanych stron i umiejętności współpracy. Formalizacja współpracy mogłaby przynieść dobre skutki tam, gdzie umiejętności i dobra wola są niewystarczające.

Istotną rolę w świadczeniu usług opiekuńczych pełni instytucje trzeciego sektora, często współpracujące z ośrodkami i domami pomocy społecznej oraz dzien-

nymi domami pomocy. Ich działania powinny być prowadzone w sposób skoordynowany i stabilny, ze stałymi źródłami finansowania, tak by korzyści dla odbiorców usług były jak największe. Wreszcie wyniki badań wskazują na potrzebę wzmocnienia świadomości i kompetencji planistycznych samorządów lokalnych w zakresie tworzenia spójnej, kompleksowej i odpowiadającej potrzebom lokalnej społeczności polityki opiekuńczej i zdrowotnej.

Przypisy

¹ Obecnie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

² <http://mopact.group.shef.ac.uk>.

³ Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593; Dz.U. z 2015 r. poz. 163, 693, 1045, 1240, 1310, 1359, 1607 i 1616, 1830, 1839.

⁴ Informacja uzyskana w Departamencie Polityki Senioralnej MRPiPS.

Piśmiennictwo

- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
- Kotowska I., Sztanderska U., Wóycicka I., *Między domem a pracą. Rekomendacje*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Golinowska S., *The LTC System for the Elderly in Poland*, ENEPRI-ANCIEN Research Report 83, 2010.
- Szweda-Lewandowska Z., *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013; 10: 1–4, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2013.
- Giza-Poleszczuk A., *Rodzina a system społeczny. Reprodukcyjność i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.
- Golinowska S., Sowa A., *Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych*, IPiSS raport na zlecenie MPiPS, Warszawa 2010.
- Sowa A., Beaumont K., *Good Practices and Policies Fostering Social Engagement of Older People with Health Limitations. The Case of Poland*, MoPAct Research Report (materiały dotychczas niepublikowane), Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE, 2015.
- Mejsner B., *Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania – przykłady dobrych praktyk*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20ZE%20OS.pdf>; dostęp: 15.01.2016.
- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Regionalnej, *Srebrna Gospodarska Szansa dla Małopolski. Poradnik*, Kraków 2015.
- Zalewska J., „Szufladkowanie nie jest dobre. Ludzie starsi nie mogą żyć we własnym getcie”. *Wzorce działań na rzecz osób starszych w gminie A*, w: M. Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/6287>; dostęp: 15.01.2016.
- Błędowski P., Maciejasz M., *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013; 82: 61–69.
- Pracownia Badań Społecznych PBS, *Raport podsumowujący wyniki badań ogólnopolskich. Projekt: Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce, Etap I prac*, Sopot/Warszawa 2015.
- Szweda-Lewandowska Z., *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*, „Polityka Społeczna” 2009; 7: 17–21, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, Warszawa 2016.

Akty prawne

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593; Dz.U. z 2015 r. poz. 163, 693, 1045, 1240, 1310, 1359, 1607 i 1616, 1830, 1893.

Dane statystyczne

MPiPS (2008–2014), dane statystyczne pomocy społecznej: MPiPS-03 i MPiPS-05, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/>; dostęp: 14.01.2016.