

# AKTYWIZACJA SPOŁECZNA

i przeciwdziałanie wykluczeniu  
społecznemu seniorów  
z niepełnosprawnościami



Arkadiusz Korycki

# AKTYWIZACJA SPOŁECZNA

i przeciwdziałanie wykluczeniu  
społecznemu seniorów  
z niepełnosprawnościami

Wyzwania dla współczesnej  
polityki społecznej

**Difin**

Copyright © by Difin SA  
Warszawa 2020

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.

Książka ta jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło, a kopiując jej część, rób to jedynie na użytek osobisty. Szanujmy cudzą własność i prawo.

Publikacja została przygotowana i wydana w ramach projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych” realizowanego przez Fundację Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”. Zadanie jest finansowane przez Narodowy Instytut Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ze środków Funduszu Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014–2020.

Wydanie pierwsze

Recenzent

dr hab. Hanna Palska, prof. IFiS PAN, prof. Collegium Civitas

Redaktorka prowadząca  
Weronika Skarżyńska

Korekta  
Monika Baranowska

Projekt okładki  
Dominik Uhl

Zdjęcie na okładce  
stock.adobe.com

ISBN 978-83-8085-764-3

Difin SA  
Warszawa 2020  
00-768 Warszawa, ul. F. Kostrzewskiego 1  
tel. 22 851 45 61, 22 851 45 62  
Księgarnia internetowa Difin: [www.ksiegarnia.difin.pl](http://www.ksiegarnia.difin.pl)  
Skład i łamanie: Edit sp. z o.o., [www.edit.net.pl](http://www.edit.net.pl)  
Wydrukowano w Polsce  
Liczba arkuszy wydawniczych: 7,7

# Spis treści

Wprowadzenie	7
Część I	
Starzenie się społeczeństwa polskiego i polityka społeczna na rzecz osób starszych	9
1. Sytuacja osób starszych w Polsce	9
2. Stan zdrowia i samodzielność osób starszych	22
3. Założenia krajowej polityki społecznej wobec osób starszych do 2030 r.	36
4. Wyzwania dla polityki społecznej na rzecz seniorów z niepełnosprawnościami w opinii senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”	54
Część II	
Instytucje wsparcia dziennego i całodobowej opieki nad seniorami z niepełnosprawnościami	57
1. Dom dziennego pobytu	58
2. Gospodarstwa opiekuńcze	67
3. Dom pomocy społecznej	77
Część III	
Narzędzia i formy aktywizacji społecznej seniorów z niepełnosprawnościami	91
1. Program ASOS jako narzędzie wspierania i aktywizowania seniorów z niepełnosprawnościami	92

2. Klub „Senior +” jako miejsce aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami oraz budowania dialogu pomiędzy seniorami pełno- i niepełnosprawnymi 105
3. Grupa samopomocowa jako narzędzie wspierania i aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami 112

#### Część IV

#### Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami jako wyzwanie dla senioralnej polityki społecznej 124

1. Trudności adaptacyjne mieszkańców, negatywny wizerunek i odbiór społeczny domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku jako przyczyny wykluczenia społecznego mieszkańców DPS-u 125
2. Przemoc wobec seniorów z niepełnosprawnościami jako przyczyna ich wykluczenia społecznego 136
3. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z chorobami otępiennymi jako wyzwanie dla senioralnej polityki społecznej 145

#### Podsumowanie i wnioski 161

#### Bibliografia 167

#### Spis tabel 169

#### Spis wykresów 170

# Wprowadzenie

Publikacja *Aktywizacja społeczna i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami. Wyzwania dla współczesnej polityki społecznej* powstała w ramach autorskiego projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”, którego celem są aktywizacja i wzrost kompetencji liderek seniorów z niepełnosprawnościami oraz upowszechnienie form i narzędzi wspierania i aktywizacji niepełnosprawnych osób starszych.

Publikacja składa się z czterech części. W pierwszej omówiono sytuację osób starszych w Polsce z uwzględnieniem ich stanu zdrowia oraz stopnia sprawności, jak również założenia krajowej polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030. Część pierwszą kończy przedstawienie wyzwań dla polityki społecznej na rzecz seniorów z niepełnosprawnościami wskazanych przez senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”. W drugiej części omówiono instytucje wsparcia dziennego i całodobowej opieki nad seniorami z niepełnosprawnościami, których przykładami są dom dziennego pobytu, gospodarstwa opiekuńcze i dom pomocy społecznej. W trzeciej części ukazano narzędzia i formy aktywizacji społecznej seniorów z niepełnosprawnościami, omawiając programy, z których mogą być finansowane podejmowane w tym celu działania. Omówiono również zasady funkcjonowania i wpływ grup samopomocowych na aktywizację seniorów z niepełnosprawnościami. W czwartej części poruszono kwestię przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami, odnosząc się do wskazanych przez grupę badawczą źródeł i przyczyn wykluczenia, którymi (zdaniem uczestniczących w badaniu seniorów) są trudności adaptacyjne mieszkańców domów pomocy społecznej i negatywny wizerunek DPS, przemoc wobec seniorów z niepełnosprawnościami oraz zaburzenia otępienne i choroby neurodegeneracyjne występujące u osób starszych.

Celem publikacji jest przedstawienie wyzwań, jakie stawia przed senioralną polityką społeczną postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego oraz wzrost liczby seniorów z niepełnosprawnościami. Wyzwania te zostały sformułowane przez senioralnych uczestników projektu oraz wraz z nimi podzielone na trzy grupy wyzwań:

- wyzwania instytucjonalne związane z rozwojem instytucji dziennego i całodobowego pobytu dla seniorów z niepełnosprawnościami;
- wyzwania związane z aktywizacją społeczną niepełnosprawnych osób starszych;
- wyzwania związane z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami.

Publikacja jest skierowana do praktyków – pracowników zawodów pomocowych zajmujących się pracą z seniorami z niepełnosprawnościami, osób kreujących politykę społeczną na różnych szczeblach oraz seniorów – dlatego przy omówieniu przykładów instytucji wsparcia seniorów z niepełnosprawnościami, sposobów aktywizacji społecznej osób starszych oraz kwestii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu niepełnosprawnych osób starszych, umieszczono przeprowadzone przez autora wywiady eksperckie z praktykami z powyższych dziedzin ukazujące praktyczne kwestie i dobre przykłady związane z zapewnieniem wsparcia instytucjonalnego, aktywizacji społecznej oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami.



## Część I

# Starzenie się społeczeństwa polskiego i polityka społeczna na rzecz osób starszych

## Wprowadzenie

W pierwszej części omówiono na podstawie raportów i opracowań Głównego Urzędu Statystycznego dane statystyczne dotyczące postępującego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego oraz sytuacji osób starszych w naszym kraju, w tym stanu zdrowia i samodzielności osób starszych.

W dalszej części rozdziału ukazano założenia krajowej polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030 na podstawie dokumentu strategicznego pt. *Polityka Społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, dzieląc je na działania skierowane do ogółu osób starszych oraz do niesamodzielnych osób starszych.

Na zakończenie pierwszej części zaprezentowano wyzwania dla polityki społecznej na rzecz niepełnosprawnych osób starszych sformułowane przez senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”.

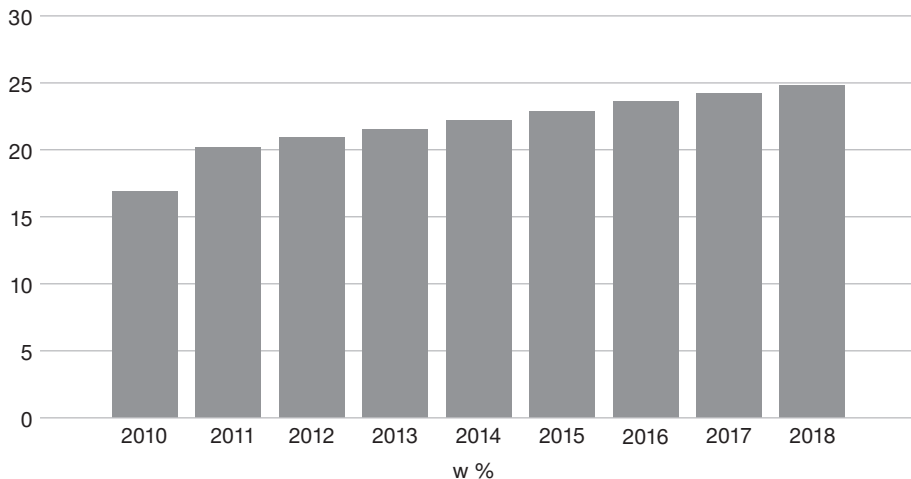
## 1. Sytuacja osób starszych w Polsce

### Struktura i prognoza demograficzna

Jak wynika z opublikowanego w 2020 r. raportu Głównego Urzędu Statystycznego *Sytuacja osób starszych w Polsce*, na koniec 2018 r. w naszym kraju seniorzy (powyżej 60. r.ż.) stanowili 24,8% ludności, podczas gdy w 2010 osoby starsze stanowiły 19,6% mieszkańców Polski, co oznacza postępujący

proces starzenia się społeczeństwa polskiego, którego (według prognoz GUS) w 2050 r. 40% będą stanowiły osoby powyżej 60. r.ż.

**Wykres 1.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem



Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, 2020.

**Tabela 1.** Prognozowana liczba osób w wieku 60 lat i więcej

Rok prognozy	Grupa wieku	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
		w tysiącach				
2020	ogółem	<b>38 138</b>	<b>22 716</b>	<b>15 421</b>	<b>18 461</b>	<b>19 677</b>
	60 lat i więcej	9 887	6 397	3 489	4 157	5 730
	60–64	2 693	1 679	1 015	1 270	1 424
	65–69	2 534	1 664	870	1 142	1 392
	70–74	1 948	1 301	647	826	1 122
	75–79	1 027	768	349	396	632
	80 lat i więcej	1 684	1 076	608	524	1 160
2030	ogółem	<b>37 185</b>	<b>21 618</b>	<b>15 567</b>	<b>18 002</b>	<b>19 183</b>
	60 lat i więcej	10 784	6 692	4 092	4 588	6 169
	60–64	2 137	1 215	923	1 034	1 103
	65–69	2 109	1 226	883	987	1 122

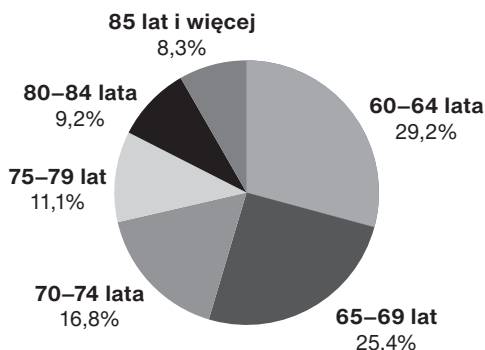
	70–74	2 324	1 445	878	1 027	1 297
	75–79	2 008	1 323	685	817	1 191
	80 lat i więcej	2 206	1 482	723	724	1 482
	<b>ogółem</b>	<b>35 668</b>	<b>20 234</b>	<b>15 434</b>	<b>17 294</b>	<b>18 374</b>
2040	60 lat i więcej	12 260	7 356	4 904	5 346	6 915
	60–64	2 831	1 665	1 166	1 390	1 440
	65–69	2 394	1 375	1 019	1 150	1 244
	70–74	1 914	1 086	828	885	1 029
	75–79	1 749	1 023	726	756	992
	80 lat i więcej	3 373	2 207	1 164	1 164	2 208
	<b>ogółem</b>	<b>33 951</b>	<b>18 826</b>	<b>15 125</b>	<b>16 564</b>	<b>17 387</b>
2050	60 lat i więcej	13 700	7 983	5 717	6 171	7 529
	60–64	2 602	1 449	1 153	1 295	1 307
	65–69	2 875	1 667	1 209	1 404	1 471
	70–74	2 605	1 526	1 080	1 240	1 366
	75–79	2 079	1 198	881	945	1 135
	80 lat i więcej	3 538	2 143	1 394	1 287	2 250
	<b>ogółem</b>	<b>33 951</b>	<b>18 826</b>	<b>15 125</b>	<b>16 564</b>	<b>17 387</b>

Źródło: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r. MRPIPS, Warszawa, 2019.

Wśród populacji seniorów najliczniejszą grupą osób są obecnie osoby starsze w wieku 60–64 lata, które stanowią niemal 1/3 (29,2%) wszystkich osób starszych; za najmniej liczną grupę uznano osoby powyżej 85. r.ż., które stanowią 8,3% seniorów. 58,2% osób starszych w Polsce stanowiły kobiety i wskaźnik feminizacji wzrasta wraz z wiekiem, co jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn.

W strukturze osób starszych według stanu cywilnego najliczniejszą grupę stanowią osoby w związku małżeńskim, lecz wraz ze wzrostem wieku seniorów wzrasta liczba kobiet owdowiałych, co jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn.

**Wykres 2.** Struktura osób w wieku 60 lat i więcej według wieku w 2018 r.



Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, 2020 r.

**Tabela 2.** Osoby w wieku 60 lat i więcej według wieku i stanu cywilnego prawnego w 2011 r.

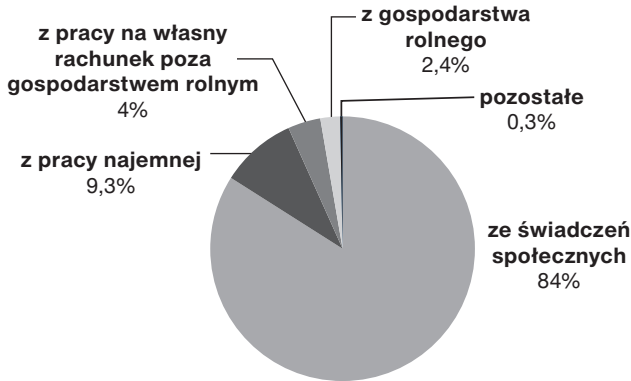
Stan cywilny						
	ogółem	kawalerowie, panny	żonaci, zamężni	owdowiali	rozwiedzeni	nieustalony stan cywilny
<b>w tysiącach</b>						
60 lat i więcej	7 614	359	4 325	2 563	341	25
w tym w wieku:						
60-64 lata	2 382	144	1 713	356	162	8
65-69 lat	1 286	67	921	323	71	4
70-74 lata	1 349	55	779	460	51	4
75-79 lat	1 148	41	539	533	33	3
80 lat i więcej	1 348	53	373	891	25	6

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011 r.

## Sytuacja finansowa polskich seniorów

Seniorzy są w zdecydowanej większości osobami biernymi zawodowo (86%), utrzymują się z emerytury lub renty. W 2018 r. średnia senioralna emerytura w Polsce wypłacana z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynosiła 2222 zł brutto, a z Kasy Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych wyniosła 1227 zł. Renty z tytułu niezdolności do pracy w 2018 r. pobierało (z ZUS) 364 tys. osób starszych oraz (z KRUS) 99,4 tys. seniorów. Analizując wysokość senioralnych emerytur i rent, można zauważyć ich systematyczny wzrost, lecz mimo to ich relacja w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia w Polsce zmalała.

**Wykres 3.** Struktura dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwach domowych złożonych wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.



Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, 2020 r.

Ponad połowa (54,8%) seniorów swoją sytuację finansową określa jako przeciętną, 11,8% osób starszych jako złą lub raczej złą, a 33,5% seniorów jako bardzo dobrą lub raczej dobrą. W skrajnym ubóstwie (szacowanym na podstawie wydatków gospodarstw domowych) w 2018 r. żyło w Polsce 4,3% osób starszych. Zła sytuacja finansowa dotyczy w większości osób samotnie gospodarujących, które stanowiły 77,7% seniorów pobierających w 2018 r. zasiłek stały. Wartość wypłaconych seniorom zasiłków stałych wyniosła w 2018 r. ponad 389,1 mln zł, z czego 91,5% wartości wypłaconych zasiłków otrzymali seniorzy samotnie gospodarujący.

Wśród głównych wydatków osób starszych znajdują się wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe stanowiące 27% wydatków osób starszych, koszty użytkowania mieszkania lub domu (wraz z nośnikami energii), które

stanowiły 22% wydatków, oraz wydatki związane z kwestią zdrowia (wizyty u lekarzy, zakup lekarstw i narzędzi rehabilitacji), które stanowiły 8,6% wydatków osób starszych.

**Tabela 3.** Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę senioralną w gospodarstwach domowych w 2018 r.

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe			
	z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
		razem	w tym:	
			jednoosobowe	dwuosobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
<b>ogółem w złotych</b>				
wydatki gospodarstwa domowego	1 163,52	1 501,16	1 639,63	1 435,32
<b>w odsetkach</b>				
wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100	100	100	100
żywność i napoje bezalkoholowe	27,5	27	26,9	26,9
użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	20	22	24,7	20,2
zdrowie	7	8,6	8,7	8,5
<b>miasta w złotych</b>				
wydatki gospodarstwa domowego	1 324,23	1 561,84	1 715,19	1 486,74
<b>w odsetkach</b>				
wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100	100	100	100
żywność i napoje bezalkoholowe	26,2	25,9	25,5	26,1
użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	20,8	21,9	24,9	19,8
zdrowie	7,4	8,7	8,9	8,6

wieś w złotych				
wydatki gospodarstwa domowego	964,27	1 326,30	1 418,21	1 284,24
w odsetkach				
wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100	100	100	100
żywność i napoje bezalkoholowe	29,8	30,4	31,9	29,6
użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	18,5	22,3	23,9	21,3
zdrowie	6,1	8,1	7,9	8,3

Źródło: *Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2018*, GUS.

Ponad 1/5 osób starszych (21,9%) posiada zobowiązania finansowe z tytułu kredytu konsumpcyjnego, a 3,7% seniorów ma kredyt hipoteczny. Jak wynika z danych Biura Informacji Kredytowej, osoby starsze stanowią 1/4 kredytobiorców kredytów konsumpcyjnych i prawie 10% (9,2%) kredytobiorców kredytów hipotecznych. W 2018 r. wartość zobowiązań kredytowych seniorów wyniosła 69 mln zł i była dwukrotnie wyższa niż w 2010 r. Analizując sytuację zadłużenia polskich seniorów, można zauważyć nie tylko wzrost zadłużenia osób starszych, ale również zmianę w strukturze zadłużenia. W stosunku do 2010 r. nastąpił wzrost liczby osób starszych korzystających z kredytów konsumpcyjnych i hipotecznych, natomiast nastąpił spadek liczby seniorów korzystających z kart kredytowych.

### Sytuacja mieszkaniowa polskich seniorów

Zdecydowana większość, bo ponad 62% seniorów mieszka w budynkach wielorodzinnych (blokach, segmentach etc.), 37,7% zaś mieszka w domach jednorodzinnych. W przypadku samotnie gospodarującego seniora średnia powierzchnia mieszkania w 2018 r. wynosiła 59,75 m<sup>2</sup>, natomiast w senioralnych gospodarstwach dwuosobowych (złożonych wyłącznie z osób starszych) wynosiła 76,56 m<sup>2</sup>. Niemal wszyscy seniorzy (bo 99,5%) mają dostęp do bieżącej wody, z czego 97,8% posiada stały dostęp do ciepłej wody. Dostęp do łazienki i toalety ma 96,8% osób starszych, zaś 86,2% dostęp do centralnego ogrzewania.

**Tabela 4.** Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwach domowych w 2018 r.

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe			
	z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
		razem	w tym:	
			jednosobowe	dwuosobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
w % danej grupy gospodarstw				
<b>ogółem</b>				
ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>rodzaju budynku:</b>				
budynek wielorodzinny	51,8	62,1	67,5	56,3
dom jednorodzinny	48	37,7	32,3	43,6
inny	0,2	0,2	0,3	0,2
<b>Gospodarstwa domowe wyposażone w:</b>				
wodociąg	99,6	99,5	99,3	99,8
ustęp splukiwany	97,7	97,4	96,3	98,9
łazienka	97,2	96,8	95,4	98,7
ciepła woda bieżąca	98	97,8	96,8	99
gaz	93,8	93	92,2	94
gaz z sieci	58,5	64,3	62,4	66,6
gaz z butli	35,3	28,7	29,8	27,3
klimatyzacja	1,2	1,3	1	1,5
ogrzewanie centralne	86,1	86,2	83,9	88,9
piec	13,7	13,6	15,9	11
Przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania zajmowana przez gospodarstwo domowe w m <sup>2</sup> na jedno gospodarstwo domowe	80,13	67,68	59,75	76,59



<b>miasto</b>				
<b>ogółem</b>				
ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>rodzaju budynku:</b>				
budynek wielorodzinny	73,3	78,2	84,7	71
dom jednorodzinny	26,5	21,6	15,1	28,9
inny	0,2	0,2	0,2	0,1
<b>Gospodarstwa domowe wyposażone w:</b>				
wodociąg	99,9	99,9	99,8	100
ustęp spłukiwany	98,9	98,9	98,5	99,5
łazienka	98,3	98,3	97,5	99,3
ciepła woda bieżąca	98,9	99	98,5	99,6
gaz	93,6	93,3	92,7	93,9
gaz z sieci	76,8	77,9	76,4	79,5
gaz z butli	16,9	15,4	16,3	14,4
klimatyzacja	1,4	1,4	1,2	1,6
ogrzewanie centralne	87,5	88,8	87,6	90,2
piec	12,4	11	12,2	9,8
Przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania zajmowana przez gospodarstwo domowe w m <sup>2</sup> na jedno gospodarstwo domowe	67,85	61,84	54,16	70,48
<b>wieś</b>				
<b>ogółem</b>				
ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>rodzaju budynku:</b>				
budynek wielorodzinny	11,5	15,1	17	13,2
dom jednorodzinny	88,2	84,5	82,5	86,6
inny	0,3	0,4	0,5	0,3

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe			
	z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
		razem	w tym:	
			jednoosobowe	dwuosobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
w % danej grupy gospodarstw				
Gospodarstwa domowe wyposażone w:				
wodociąg	99	98,4	97,8	99,3
ustęp sputkiwany	95,3	93,1	90	97,1
łazienka	95,1	92,6	89,3	97
ciepła woda bieżąca	96,2	94,3	91,8	97,4
gaz	94,2	92,4	90,9	94
gaz z sieci	24,5	25	21,4	28,8
gaz z butli	69,7	67,4	69,5	65,3
klimatyzacja	1	0,9	0,5	1,4
ogrzewanie centralne	83,6	78,5	73	85,3
piec	16,3	21,2	26,8	14,4
Przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania zajmowana przez gospodarstwo domowe w m <sup>2</sup> na jedno gospodarstwo domowe	103,05	84,66	76,13	94,41

Źródło: *Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2018 r.*, GUS.

W opinii zdecydowanej większości seniorów są oni zadowoleni z posiadanych warunków mieszkaniowych. 90,7% osób starszych stwierdza, iż posiada odpowiednie warunki techniczno-sanitarne. Swoje warunki lokalowe lepiej oceniają seniorzy mieszkający w miastach niż mieszkający na wsiach. Większość seniorów jest również zadowolona z okolicy, w której mieszka. Jedynie 4,1% osób starszych uważa, że ich dom lub mieszkanie jest położone w regionie szczególnie zagrożonym przestępczością, przemocą, wandalizmem lub

znajduje się w pobliżu melin, a 6,2% osób starszych uważa, że jej miejsce zamieszkania jest położone w rejonie o złej infrastrukturze. Mniej optymistyczna jest ocena dostępności architektonicznej, gdyż 29,9% osób starszych twierdzi, że ich mieszkanie znajduje się w budynku posiadającym bariery architektoniczne utrudniające seniorom dostęp do mieszkania.

**Tabela 5.** Subiektywna opinia na temat użytkowanego przez gospodarstwa domowe mieszkania według liczby osób wieku 60 lat i więcej w 2018 r.

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe			
	z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
		razem	jednoosobowe	dwuosobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
<b>w % danej grupy gospodarstw</b>				
<b>ogółem</b>				
Posiada odpowiednie warunki techniczno-sanitarne	90,2	90,2	87,7	93,4
Jest położone w hałaśliwym lub zanieczyszczonym otoczeniu	16,9	16,7	16,7	16,9
Jest położone w rejonie szczególnie zagrożonym przestępczością, przemocą, wandalizmem, w pobliżu melin	3,1	3,4	4	2,6
Jest położone w rejonie o złej infrastrukturze	6,6	5,1	4,9	5,4
Jest położone w rejonie o szczególnych zaletach	10,5	12,4	12,5	12,2
Posiada balkon (taras), ogródek	83,1	80	74,7	86,3
Zapewnia komfort techniczny	86,3	85,9	83	89,4
Znajduje się w budynku posiadającym bariery architektoniczne utrudniające dostęp do mieszkania	30,4	33,1	33,7	32,4

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe			
	z przynajmniej jedną osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
		razem	jednoosobowe	dwuosobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
<b>miasta</b>				
Posiada odpowiednie warunki techniczno-sanitarne	91,8	92,2	90,5	94,3
Jest położone w hałaśliwym lub zanieczyszczonym otoczeniu	19,4	18,7	18,9	18,6
Jest położone w rejonie szczególnie zagrożonym przestępczością, przemocą, wandalizmem, w pobliżu melin	4,3	4,2	5,1	3,3
Jest położone w rejonie o złej infrastrukturze	2,5	2,3	2	2,7
Jest położone w rejonie o szczególnych zaletach	13,7	14,7	15	14,2
Posiada balkon (taras), ogródek	77,9	76,6	70,5	84
Zapewnia komfort techniczny	85,8	86,1	83,9	88,9
Znajduje się w budynku posiadającym bariery architektoniczne utrudniające dostęp do mieszkania	36,2	37,5	38,4	36,5
<b>wieś</b>				
Posiada odpowiednie warunki techniczno-sanitarne	87,2	84,3	79,3	90,6
Jest położone w hałaśliwym lub zanieczyszczonym otoczeniu	10,7	10,9	10,3	11,6
Jest położone w rejonie szczególnie zagrożonym przestępczością, przemocą, wandalizmem, w pobliżu melin	0,8	0,9	1	0,8
Jest położone w rejonie o złej infrastrukturze	14,2	13,3	13,3	13,3

Jest położone w rejonie o szczególnych zaletach	4,6	5,6	5	6,5
Posiada balkon (taras), ogródek	92,7	89,8	87,1	93,1
Zapewnia komfort techniczny	87,3	85	80,3	90,8
Znajduje się w budynku posiadającym bariery architektoniczne utrudniające dostęp do mieszkania	19,5	20,4	20,1	20,4

Źródło: *Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2018 r.*, GUS.

### Korzystanie z Internetu przez osoby starsze

Jak wynika z Raportu INTERNAUCI 2014<sup>1</sup> przygotowanego przez Centrum Badania Opinii Społecznej, osoby starsze są grupą wiekową najrzadziej korzystającą z Internetu. Wśród osób powyżej 65. r.ż. internautami jest tylko 19% seniorów. Niekorzystanie z sieci spowodowane m.in. brakiem umiejętności multimedialnych i dostępem do odpowiedniego sprzętu komputerowego i Internetu prowadzi do e-wykluczenia osób starszych i znacznie utrudnia im kontakt z wnukami, z których ponad 95% korzysta regularnie z Internetu i wykorzystuje go w codziennej komunikacji. Brak umiejętności korzystania z Internetu był szczególnie dotkliwy dla osób starszych w czasie izolacji społecznej związanej z koronawirusem, gdzie większość usług, m.in. medycznych oraz kontaktów społecznych, odbywała się za pomocą Internetu. Dlatego należy podejmować działania zachęcające osoby starsze, w tym zwłaszcza seniorów z niepełnosprawnościami ruchowymi, mającymi problem z poruszaniem się, do korzystania z Internetu, gdyż jak pokazuje przykład Stanów Zjednoczonych, wiek nie jest barierą do korzystania z nowych technologii. Odsetek seniorów korzystających regularnie z Internetu w USA wynosi ponad 60%. Należy jednak podkreślić, iż mimo że w Polsce jedynie 1/5 osób starszych korzysta regularnie z Internetu, to jest to tendencja wzrostowa, gdyż w 2002 r. jedynie 2% osób powyżej 65. r.ż. korzystało z Internetu<sup>2</sup>.

Wśród najczęstszych aktywności osób starszych w Internecie można wymienić<sup>3</sup>:

- korzystanie z poczty elektronicznej,
- korzystanie z portali społecznościowych,

<sup>1</sup> [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K\\_082\\_14.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_082_14.PDF) [dostęp: 31.07.2020].

<sup>2</sup> <https://systel.pl/seniorzy-w-internecie/> [dostęp: 31.07.2020].

<sup>3</sup> *Ibidem.*

- korzystanie z portali poświęconych zdrowiu i kwestiom senioralnym,
- korzystanie z komunikatorów, aby móc skontaktować się z rodziną i znajomymi,
- czytanie wiadomości,
- korzystanie z bankowości elektronicznej,
- dokonywanie zakupów online.

Wskazane przez osoby starsze aktywności internetowe w większości dotyczą podstawowych obszarów ich funkcjonowania, jak rozmowy, korzystanie z poradnictwa zdrowotnego, dokonywanie płatności i zakupów, dlatego seniorzy niepotrafiący korzystać z Internetu w dobie multimediiów są osobami zagrożonymi wykluczeniem cyfrowym prowadzącym do wykluczenia społecznego.

## 2. Stan zdrowia i samodzielność osób starszych

### Stan zdrowia osób starszych

W 2018 r. niecałe 2% osób starszych (tj. 1,9%) określiło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, zaś jako dobry 23,8% seniorów, w tym bardzo dobry i dobry stan zdrowia częściej deklarowali mężczyźni, których 26,1% określiło swój stan zdrowia jako dobry, niż kobiety, spośród których jedynie 22,2% określiło swój stan zdrowia jako dobry. Ze swego stanu zdrowia są bardziej zadowoleni senioralni mieszkańcy miast (spośród których 28,5% określiło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry) niż wsi (spośród których 21% oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry). Niemal połowa (47%) mieszkających w Polsce osób starszych oceniła swój stan zdrowia jako „taki sobie – ani dobry, ani zły”, z czego w ten sposób swoje zdrowie znacznie częściej oceniają mieszkańcy wsi (50%) niż osoby starsze mieszkające w miastach (45,7%). Jako zły i bardzo zły swój stan zdrowia określiło 27,1% seniorów, w tym 28% kobiet i 25,6% mężczyzn. Swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły częściej oceniali senioralni mieszkańcy wsi (28,9%) niż miast (26%).

**Tabela 6.** Samoocena zdrowia przez osoby w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.

wyszczególnienie	ogółem	Jak ocenia Pan, Pani swoje zdrowie				
		bardzo dobrze	dobrze	tak sobie, ani dobrze, ani źle	źle	bardzo źle
		w % osób danej grupy				
Ogółem	100	1,9	23,8	47,3	21,2	5,9
Mężczyźni	100	1,9	26,1	46,4	20,1	5,5
Kobiety	100	1,9	22,2	47,9	21,9	6,1
Miasta	100	2,4	26	45,7	19,8	6,2
Wieś	100	1,1	19,9	50	23,6	5,3

Źródło: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018, MRPIPS, Warszawa 2019.

Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające minimum sześć miesięcy dotykały 67% osób starszych, w tym 69,2% kobiet oraz 63,8% mężczyzn. Na długotrwałe problemy zdrowotne (w tym choroby przewlekłe) częściej uskarżali się seniorzy mieszkający w miastach (68%) niż na wsiach (52,5%).

**Tabela 7.** Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.

wyszczególnienie	Czy ma Pan, Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez sześć miesięcy i dłużej		
	ogółem	nie	
	w % wśród osób w wieku 60 lat i więcej		
Ogółem	100	67	33
Mężczyźni	100	63,8	36,2
Kobiety	100	69,2	30,8
Miasta	100	68	32
Wieś	100	65,2	34,8

Źródło: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018, MRPIPS, Warszawa 2019.

Wśród głównych dolegliwości zdrowotnych dotyczących seniorów należy wymienić dolegliwości związane z wysokim ciśnieniem krwi (które dotyczą 52,6% seniorów), bóle dolnej partii pleców (dotyczące 41,7% seniorów), choroby zwyrodnieniowe stawów (które dotyczą 39,7% osób starszych), bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (dotyczące 29,7% seniorów) oraz bóle środkowej partii pleców (które dotyczą 29% osób w wieku 60 lat i więcej).

**Tabela 8.** Choroby przewlekłe i dolegliwości według płci i grup wieku w 2014 r.

wyszczególnienie		ogółem 60 lat i więcej	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Chorujący przewlekłe	o	88,9	85,2	92,5	95,2
	m	85,4	82,3	89,1	93
	k	91,4	87,8	94,6	96,1
Astma	o	7,2	6,4	7,9	8,5
	m	7	5,8	7,5	11,3
	k	7,4	7	8,2	7,2
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP, rozedma płuc	o	6,9	5,9	7,6	8,7
	m	7,4	5,8	8,6	12,6
	k	6,5	6	6,9	7
Zawał serca i jego konsekwencje	o	9,3	6,8	11,7	13,6
	m	13	10	16,7	20,1
	k	6,7	4	8,5	10,8
Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	o	26,8	18,2	34,1	42,2
	m	24,9	19,2	30,8	40,3
	k	28,1	17,5	36,2	43,0
Wysokie ciśnienie krwi	o	52,6	47,6	58,5	59,4
	m	47,3	45	51,7	49,4
	k	56,4	49,8	62,9	63,8



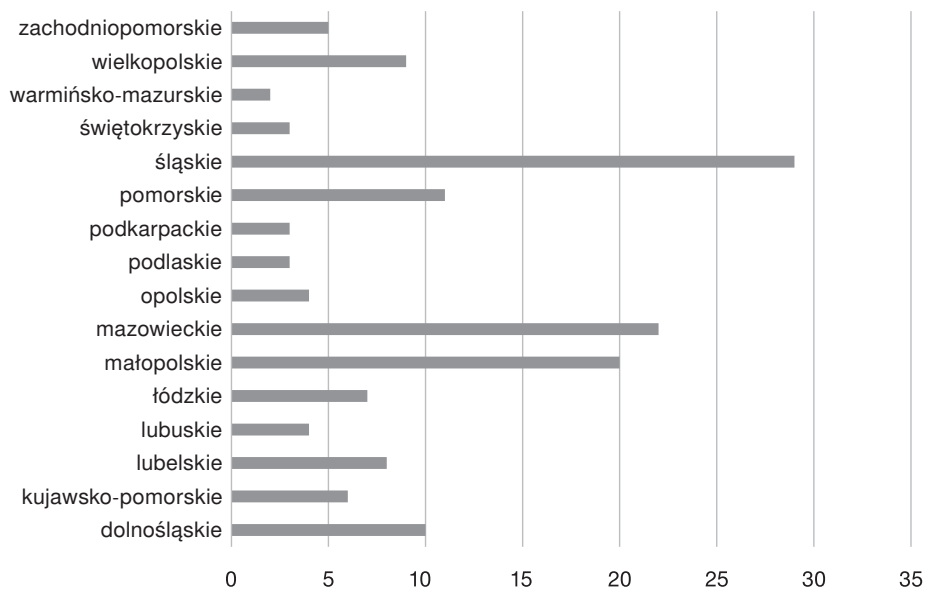
Udar mózgu i jego konsekwencje	o	6,1	4,5	7,6	9
	m	7,5	5,6	10,6	10,6
	k	5,1	3,5	5,7	8,3
Choroby zwyrodnieniowe stawów	o	39,7	32,9	45,6	52,2
	m	29	25	33,4	39,3
	k	47,3	39,5	53,5	58
Bóle dolnej partii pleców	o	41,7	39,3	44	45,8
	m	36,3	34,3	37,4	43,3
	k	45,5	43,5	48,2	46,9
Bóle środkowej partii pleców	o	29	25,8	30,4	36,9
	m	24	22,2	25,8	29,1
	k	32,4	28,8	33,3	40,3
Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	o	29,7	27,8	31,3	33,2
	m	23,8	22,7	25,4	25,4
	k	33,9	32,2	35,1	36,7
Cukrzyca	o	17,7	14,6	21,6	21,5
	m	17,8	15,7	20,2	22,3
	k	17,7	13,6	22,5	21,2
Alergia	o	9	8,6	9,4	9,7
	m	5,4	5,5	5,1	5,4
	k	11,5	11,1	12,2	11,6
Marskość wątroby	o	1,2	1	1,4	1,5
	m	1,4	1	1,7	2,3
	k	1,1	0,9	1,2	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	o	8	7,5	9,5	7,4
	m	7,7	7,9	6,7	8,7
	k	8,2	7,1	11,2	6,9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	o	12,2	6,6	14,1	27
	m	7,5	3,9	10,3	19,5
	k	15,5	8,9	16,5	30,3

wyszczególnienie		ogółem 60 lat i więcej	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Problemy z nerkami	o	8,1	6,4	10	10,7
	m	6,8	5,3	8,3	11,1
	k	9,1	7,4	11,1	10,5
Silne bóle głowy (migrena)	o	11,6	10,7	12,8	12,3
	m	6,9	7,2	6,4	6,9
	k	14,8	13,8	16,8	14,7
Depresja	o	6,8	5,9	7,6	8,3
	m	4,3	3,6	4,6	7,3
	k	8,6	7,9	9,5	8,7
Choroby tarczycy	o	11,7	12,1	12,1	9,4
	m	3,7	3,5	4,2	3,5
	k	17,3	19,4	17,2	12,1
Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego)	m	22,7	14,7	32,3	41,2
Inne choroby	o	18,9	17,1	19,5	23,8
	m	16,5	15,1	17,9	20,3
	k	20,6	18,8	20,5	25,3

Źródło: Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia z 2014 r.

## Poradnie i oddziały geriatryczne

W 2018 r. funkcjonowało w Polsce 146 poradni geriatrycznych, z których najwięcej w województwie śląskim (29), mazowieckim (22) i małopolskim (20), najmniej poradni geriatrycznych funkcjonowało zaś w województwie warmińsko-mazurskim (2), świętokrzyskim, podlaskim i podkarpackim (po 3). Nieproporcjonalna liczba funkcjonujących poradni względem osób starszych zamieszkujących dane województwo spowodowała nierównomierny dostęp seniorów do poradni geriatrycznych. W najlepszej sytuacji są osoby starsze zamieszkujące województwo małopolskie, w którym na jedną poradnię przypada 39,2 tys. osób w wieku 60 lat i więcej, zaś w najgorszej seniorzy zamieszkujący województwo warmińsko-mazurskie, w którym na jedną poradnię przypada 166,7 tys. osób starszych.

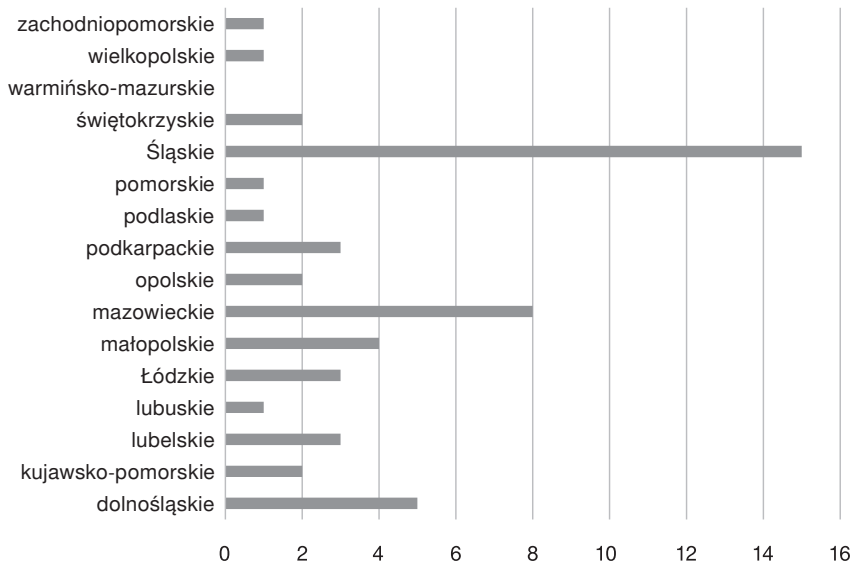
**Wykres 4.** Poradnie geriatryczne według województw w 2018 r.

Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, 2020 r.

W 2018 r. w Polsce funkcjonowało 949 szpitali, z których 52 posiadały oddziały geriatryczne, dysponujące łącznie 1143 miejscami szpitalnymi, na których było leczonych 31,9 tys. seniorów. Najwięcej oddziałów geriatrycznych posiada województwo śląskie (15 oddziałów stanowiących 28,8% ogólnej liczby oddziałów geriatrycznych). W pięciu województwach (lubelskim, podlaskim, pomorskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim) funkcjonowało jedynie po jednym oddziale geriatrycznym, zaś w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego oddziału geriatrycznego.

W 2018 r. 69% osób starszych chciało skorzystać z badania lub leczenia (w poradni lub szpitalu), wśród których było 72% seniorów mieszkających w mieście oraz 64,5% seniorów mieszkających na wsi.

Jak wynika z deklaracji osób starszych, 87,7% z nich miało możliwość skorzystania z badania (lub leczenia), gdy miało taką potrzebę. Zaspokojenie potrzeby wykonania badania (lub podjęcia leczenia) było wyższe wśród seniorów mieszkających w miastach (z których 88,8% zadeklarowało, że miało taką możliwość) niż na wsi (z których 85,7% zadeklarowało, że miało taką możliwość).

**Wykres 5.** Oddziały geriatryczne według województw

Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, 2020 r.

Wśród głównych przyczyn niezaspokajania potrzeb w zakresie badania lub leczenia w 2018 r. wskazywano zbyt długą kolejkę osób oczekujących na wizytę lekarską lub badanie (co zadeklarowało 40,4% seniorów), chęć poczekania i zobaczenia, czy problem sam minie (co zadeklarowało 17,2% osób starszych).

**Tabela 9.** Niezaspokojone potrzeby w zakresie leczenia lub badania według przyczyn w 2018 r.

Wyszczególnienie	Zbyt długa lista oczekujących	Nie było mnie stać – wizyta była zbyt droga	Chciałam(łem) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	Zbyt długa odległość – brak środka transportu	Pozostałe powody
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej (w % grupy)</b>					
Razem	40,4	17,2	22,7	5,8	9,9
Mężczyźni	39,8	14,8	24,7	6	9,8
Kobiety	40,7	18,7	21,5	5,7	9,9
Miasto	44	16,3	22,1	–	12
Wieś	34,9	18,6	23,8	10	6,8

Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS.

## Stan samodzielności osób starszych

W 2018 r. wśród osób starszych 45,2% stanowili seniorzy o ogólnej ograniczonej zdolności wykonywania czynności, spośród których 15,3% posiadało poważne ograniczenia wykonywania czynności (15,8% kobiet oraz 14,6% mężczyzn), a 29,9% osób starszych posiadało ograniczenia, ale niezbyt poważne (31,3% kobiet oraz 27,9% mężczyzn). Poważne ograniczenia czynności częściej deklarują seniorzy mieszkający w miastach (15,6% w stosunku do 14,7% seniorów mieszkających na wsi), zaś ograniczona, ale niezbyt poważnie, zdolność wykonywania czynności częściej deklarują osoby starsze mieszkające na wsiach (32,3% w stosunku do 28,5% seniorów mieszkających w miastach).

**Tabela 10.** Zdolność wykonywania czynności według rodzaju i stopnia ograniczeń w 2018 r.

Wyszczególnienie	Zdolność wykonywania czynności		Brak ograniczeń
	poważne ograniczenia	ograniczona, ale niezbyt poważnie	
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej (w % grupy)</b>			
Razem	15,3	29,9	54,8
Mężczyźni	14,6	27,9	57,5
Kobiety	15,8	31,3	53
Miasta	15,6	28,5	55,9
Wieś	14,7	32,3	53

Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS.

Zdecydowana większość (84,5%) osób starszych deklaruje, że ze względu na ograniczoną sprawność narządu wzroku musi korzystać z okularów lub szkieł kontaktowych, w tym 35,8% deklaruje, że ma pewne problemy z widzeniem, 8,2% ma duże trudności, zaś 0,4% w ogóle nie widzi. Z Europejskiej Ankiety Badania Zdrowia (przeprowadzonej w 2014 r.) wynika, iż wraz z wiekiem pogarsza się stan wzroku seniorów i najmniej sprawne narządy wzroku mają seniorzy po 80. r.ż.

Z aparatu słuchowego (implantu ślimakowego) korzysta 8,3% seniorów, spośród których osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w cichym pomieszczeniu stanowią 24,6% grupy seniorów noszących aparat słuchowy,

zaś 31,7% osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w głośniejszym pomieszczeniu. Podobnie jak w przypadku narządu wzroku niesprawność narządu słuchu również wzrasta wraz z wiekiem. W przypadku seniorów w wieku 60–69 lat z aparatu słuchowego korzysta 5,2% osób, zaś po 80. r.ż. 17,3%.

Wraz z wiekiem obniża się też sprawność narządu ruchu. 37,2% osób starszych ma trudności z przejściem 500 m po płaskim terenie, a 44,2% ma trudności z wejściem po schodach na pierwszą kondygnację i zejściem z niej. Największe trudności z poruszaniem się mają osoby starsze w wieku 80 lat i więcej, spośród których trudności z przejściem 500 m po płaskim terenie ma 73,8% osób, zaś z wejściem po schodach na pierwszą kondygnację i zejściem z niej ma 78,8% seniorów.

**Tabela 11.** Sprawność narządu wzroku, słuchu i ruchu według grup wieku w 2014 r.

Wyszczególnienie	Ogółem 60 lat i więcej	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
	w odsetkach			
<b>Używanie okularów lub szkieł kontaktowych</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
tak	84,5	84,0	86,6	82,6
nie	15,2	15,9	13,2	16,1
osoba niewidoma lub prawie niewidząca	0,3	0,0	0,2	1,2
<b>W tym osoby mające trudności z widzeniem</b>	<b>44,3</b>	<b>35,9</b>	<b>48,2</b>	<b>64,9</b>
z tego:				
mające pewne trudności	35,8	31,1	38,7	46,0
mające duże trudności	8,2	4,7	9,3	17,4
w ogóle nie widzą	0,4	0,1	0,2	1,4
<b>Korzystanie z aparatu słuchowego (implantu ślimakowego)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
tak	8,3	5,2	8,9	17,3
nie	91,6	94,8	91,1	82,3
osoba głucha	0,1	–	–	0,4

<b>W tym osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w cichym pomieszczeniu</b>	<b>24,6</b>	<b>13,9</b>	<b>29,6</b>	<b>51,0</b>
z tego:				
mające pewne trudności	20,8	12,5	25,1	40,0
mające duże trudności	3,8	1,3	4,5	10,3
w ogóle nie słyszą	0,1	0,0	0,0	0,6
<b>W tym osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w głośniejszym pomieszczeniu</b>	<b>31,7</b>	<b>19,5</b>	<b>38,2</b>	<b>60,5</b>
w tym:				
mające pewne trudności	25,0	17,0	29,9	42,8
mające duże trudności	6,2	2,4	7,9	15,6
w ogóle nie słyszą	0,5	0,1	0,4	2,2
<b>Osoby mające trudności z przejściem 500 m po płaskim terenie</b>	<b>37,2</b>	<b>21,7</b>	<b>45,0</b>	<b>73,8</b>
z tego:				
mające pewne trudności	20,6	14,6	26,3	30,8
mające duże trudności	11,3	5,7	13,6	25,4
w ogóle tego nie zrobią	5,2	1,4	5,0	17,6
<b>Osoby mające trudności z wejściem po schodach na pierwszą kondygnację i zejściem z niej</b>	<b>44,2</b>	<b>29,4</b>	<b>52,0</b>	<b>78,8</b>
z tego:				
mające pewne trudności	26,4	21,4	32,0	33,5
mające duże trudności	13,0	6,9	15,2	28,5
w ogóle tego nie zrobią	4,9	1,2	4,8	16,8

Źródło: Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia z 2014 r.

Większość polskich seniorów (57,3%) to osoby mające trudność z prowadzeniem gospodarstwa domowego, która wzrasta wraz z wiekiem (z 37,7% spośród grupy wiekowej 65–69 lat do 84,8% osób powyżej 80. r.ż.). Wśród

głównych czynności, których wykonywanie sprawia osobom starszym trudności, należy wymienić: ciężkie prace domowe (57,2%), robienie zakupów (36%), wykonanie lekkich prac domowych (30,5%).

**Tabela 12.** Możliwość wykonywania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego według grup wieku w 2014 r.

Wyszczególnienie	Ogółem 65 lat i więcej	65–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
	W odsetkach			
<b>OGÓŁEM</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Osoby niemające trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego	42,7	62,3	43,2	15,2
Osoby mające trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego	57,3	37,7	56,8	84,8
z tego				
<b>Osoby mające trudności z przygotowaniem posiłków</b>	<b>19,4</b>	<b>6,5</b>	<b>15,6</b>	<b>43,3</b>
z tego:				
pewna trudność	11,3	4,9	10,2	22,0
duża trudność	3,1	0,5	2,7	7,1
w ogóle tego nie zrobią	5,0	1,0	2,7	14,2
<b>Osoby mające trudności z korzystaniem z telefonu domowego</b>	<b>14,0</b>	<b>4,0</b>	<b>9,7</b>	<b>35,1</b>
z tego:				
pewna trudność	8,2	2,9	6,7	18,0
duża trudność	2,2	0,6	1,5	5,6
w ogóle tego nie zrobią	3,7	0,5	1,6	11,4
<b>Osoby mające trudności z robieniem zakupów</b>	<b>36,0</b>	<b>17,3</b>	<b>32,9</b>	<b>67,1</b>
z tego:				
pewna trudność	17,7	11,1	18,7	25,2
duża trudność	6,9	3,7	6,6	11,9
w ogóle tego nie zrobią	11,4	2,5	7,6	30,0



<b>Osoby mające trudności przy stosowaniu leków/leczenia</b>	<b>13,8</b>	<b>3,6</b>	<b>9,3</b>	<b>34,7</b>
z tego:				
pewna trudność	8,1	2,7	6,6	17,7
duża trudność	2,0	0,5	0,9	5,8
w ogóle tego nie zrobią	3,7	0,4	1,8	11,2
<b>Osoby mające trudności z wykonaniem lekkich prac domowych</b>	<b>30,5</b>	<b>13,4</b>	<b>26,3</b>	<b>60,8</b>
w tym:				
pewna trudność	17,2	10,0	17,0	27,5
duża trudność	5,1	1,7	4,1	11,3
w ogóle tego nie zrobią	8,2	1,7	5,2	22,1
<b>Osoby mające trudności z wykonaniem ciężkich prac domowych</b>	<b>57,2</b>	<b>37,4</b>	<b>56,8</b>	<b>85,6</b>
z tego:				
pewna trudność	22,5	22,4	23,9	20,2
duża trudność	11,9	7,3	13,4	15,9
w ogóle tego nie zrobią	22,8	7,7	19,6	49,5
<b>Osoby mające trudności z dbaniem o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne</b>	<b>28,3</b>	<b>10,5</b>	<b>24,1</b>	<b>60,9</b>
z tego:				
pewna trudność	11,7	6,3	11,2	20,2
duża trudność	3,8	1,0	3,8	7,7
w ogóle tego nie zrobią	12,9	3,2	9,1	32,9

Źródło: Europejskie Ankietywe Badania Zdrowia z 2014 r.

Ponad 1/3 (34,3%) osób starszych ma trudności w samoobsłudze, które wzrastają wraz z wiekiem i dotyczą 58% osób w wieku 80 lat i więcej. Wśród głównych trudności związanych z samoobsługą są trudności w kładzeniu się do łóżka i wstawaniu z niego lub siadaniu na krześle i wstawaniu z niego (dotyczące 27,9% seniorów), trudności z kąpaniem się lub myciem pod prysznicem (26,5%) oraz trudności z ubieraniem się i rozbieraniem (22,9%).

**Tabela 13.** Możliwość wykonywania czynności związanych z samoobsługą według grup wieku w 2014 r.

Wyszczególnienie	Ogółem 65 lat i więcej	65–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
<b>W odsetkach</b>				
<b>OGÓŁEM</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Osoby niemające trudności w samoobsłudze	65,7	80,3	68,3	42,0
<b>Osoby mające trudności w samoobsłudze</b>	<b>34,3</b>	<b>19,7</b>	<b>31,7</b>	<b>58,0</b>
z tego:				
<b>Osoby mające trudności w jedzeniu posiłków</b>	<b>8,8</b>	<b>4,0</b>	<b>7,4</b>	<b>17,7</b>
z tego:				
pewna trudność	6,6	3,7	6,0	11,5
duża trudność	1,2	0,1	0,9	3,1
w ogóle tego nie zrobią	1,0	0,2	0,4	3,0
<b>Osoby mające trudności w kładzeniu się do łóżka i wstawaniu z niego lub siadaniu na krześle i wstawaniu z niego</b>	<b>27,9</b>	<b>15,9</b>	<b>26,3</b>	<b>46,8</b>
z tego:				
pewna trudność	22,1	14,1	21,8	33,7
duża trudność	4,2	1,5	3,6	8,7
w ogóle tego nie zrobią	1,6	0,3	0,9	4,3
<b>Osoby mające trudności z ubieraniem się i rozbieraniem</b>	<b>22,9</b>	<b>11,3</b>	<b>20,7</b>	<b>42,0</b>
z tego:				
pewna trudność	17,3	10,1	16,1	29,1
duża trudność	3,9	0,9	3,5	8,6
w ogóle tego nie zrobią	1,6	0,3	1,1	4,3

<b>Osoby mające trudności z korzystaniem z toalety (WC)</b>	<b>14,9</b>	<b>6,1</b>	<b>13,1</b>	<b>29,6</b>
z tego:				
pewna trudność	10,7	5,4	9,8	19,4
duża trudność	2,5	0,4	2,4	5,4
w ogóle tego nie zrobią	1,7	0,3	0,9	4,7
<b>Osoby mające trudności z kąpaniem się lub myciem pod prysznicem</b>	<b>26,5</b>	<b>12,0</b>	<b>23,4</b>	<b>51,0</b>
z tego:				
pewna trudność	18,3	10,0	17,2	31,3
duża trudność	5,5	1,7	4,8	11,7
w ogóle tego nie zrobią	2,7	0,4	1,4	8,0

Źródło: Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia z 2014 r.

## Przyczyny zgonów osób starszych

Najczęstszymi przyczynami śmierci osób po 60. r.ż. są choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu oddechowego. Analizując przyczyny śmierci oraz strukturę wieku seniorów, należy zauważyć, że liczba zgonów spowodowana chorobami układu krążenia rośnie wraz z wiekiem (z 29,8% w populacji 65–84 lata do 57,9% wśród osób powyżej 85. r.ż.) oraz że wraz z wiekiem spada liczba zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi.

Choroby układu krążenia były przyczyną zgonów 44,3% seniorów (w tym 40,0% zgonów mężczyzn i 48,3% zgonów kobiet). Na choroby układu krążenia znacznie częściej umierali seniorzy mieszkający na wsiach (47,5%) niż ich rówieśnicy mieszkający w miastach (42,5%).

Drugą najczęstszą przyczyną śmierci seniorów były nowotwory, które odpowiadały za 26,4% zgonów. Choroby nowotworowe znacznie częściej doprowadzały do śmierci seniorów (30,1%) niż seniorki (23,1%) oraz osoby starsze mieszkające w miastach (28,1%) niż na wsiach (23,6%).

Trzecią najczęstszą przyczyną śmierci osób starszych były choroby układu oddechowego, które spowodowały 7,1% zgonów seniorów. W 2018 r. na choroby układu oddechowego zmarło 7,9% seniorów oraz 6,3% senierek, w tym 7,2% osób starszych mieszkających w mieście oraz 6,8% osób starszych mieszkających na wsiach.

**Tabela 14.** Zgony według przyczyn w 2018 r. (w tys.)

wyszczególnienie	ogółem	mężczyźni	kobiety	z liczby ogółem	
				miasta	wieś
Ogółem osoby w wieku 60 lat i więcej	351 415	168 226	183 189	218 707	132 708
Choroby układu krążenia	155 852	67 308	88 544	92 872	62 980
Nowotwory	92 919	50 583	42 336	61 553	31 366
Choroby układu oddechowego	24 907	13 278	11 629	15 840	9 067
Pozostałe	7 737	37 057	40 680	48 442	29 295
w tym osoby w wieku 85 lat i więcej	119 201	36 941	82 260	71 186	48 015
Choroby układu krążenia	66 944	18 718	48 226	38 593	28 351
Nowotwory	14 545	6 215	8 330	9 787	4 758
Choroby układu oddechowego	9 272	3 846	5 426	5 838	3 434
Pozostałe	28 440	8 162	20 278	16 968	11 478

Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS.

### 3. Założenia krajowej polityki społecznej wobec osób starszych do 2030 r.

Filary i cele rządowego programu bezpieczeństwo – uczestnictwo – solidarność

Zaplanowane w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* działania mają przyczynić się do poprawy jakości poziomu życia osób starszych i zostały oparte na trzech filarach:

- bezpieczeństwo rozumiane jako ugruntowane przekonanie, że wszystkie podstawowe potrzeby bytowe, materialne, psychiczne i duchowe są lub w razie zaistnienia mogą być zaspokojone dzięki posiadanym zasobom materialnym i (lub) wsparciu rodziny i systemu zabezpieczenia społecznego;
- uczestnictwo rozumiane jako udział seniorów w różnych formach aktywności społecznej, fizycznej, zawodowej, rodzinnej, lokalnej etc., w dostosowanej do wieku i związanych z nim ograniczeń formie, jak również

wykorzystywanie potencjału i doświadczenia seniorów m.in. poprzez tworzenie Rad Seniorów oraz innych kolegiów i gremiów z doradczym głosem osób starszych;

- solidarność zarówno wewnątrz-, jak i międzypokoleniowa, rozumiana jako prowadzenie i stymulowanie działań integrujących i stymulujących wzajemną solidarność pomiędzy osobami starszymi, jak również podejmowanie działań przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu oraz propagujących włączenie społeczne i tworzenie więzi międzypokoleniowych.

Na podstawie tych filarów mają zostać zrealizowane główne cele polityki społecznej wobec osób starszych, którymi są:

- likwidacja barier architektonicznych, która przyczyni się do wzrostu dostępności przestrzeni publicznej dla osób starszych i tym samym zachęci ich do wychodzenia z domu i samodzielnego (lub z pomocą innych) załatwiania spraw w dostosowanych do ich potrzeb i ograniczeń urzędach i innych miejscach użyteczności publicznej;
- poprawa dostępności cyfrowej i organizacyjnej instytucji publicznych, dostosowanie stron internetowych do potrzeb i ograniczeń osób starszych, umożliwienie im załatwiania części spraw zdalnie;
- rozwój usług środowiskowych skierowanych do osób starszych, świadczonych zarówno w miejscu zamieszkania seniora (jak usługi asystenckie, usługi opiekuńcze etc.), jak i w placówkach dziennego pobytu, w tym w klubach „Senior +” i domach dziennego pobytu „Senior +”;
- poprawa dostępności do usług zdrowotnych, w tym zwiększenie dostępności telemedycyny i teleopieki;
- stworzenie i wdrożenie kompleksowego systemu wsparcia niesamodzielnych seniorów oraz ich opiekunów, m.in. przez uregulowanie prawne kwestii i kryteriów niesamodzielnności przez profesjonalizację usług w tym zakresie.

Strategiczny dokument dotyczący polityki społecznej na rzecz seniorów zawiera również trzy długofalowe cele krajowej polityki społecznej względem osób starszych, którymi są:

- stworzenie warunków do aktywnego starzenia się społeczeństwa poprzez rozwój infrastrukturalny, stworzenie małej, dostosowanej do potrzeb i ograniczeń seniorów infrastruktury sportowej i rekreacyjnej o charakterze wielopokoleniowym, sprzyjających międzypokoleniowej integracji społecznej;

- poprawa wizerunku i odbioru społecznego osoby starszej, w tym medialnego wizerunku seniorów, oraz wyjaśnienie społeczeństwu założeń systemu zabezpieczenia społecznego, w tym emerytalnego, by osoby starsze nie były postrzegane przez pryzmat osób pobierających świadczenia, a również osób, które wcześniej (w czasie aktywności zawodowej) odprowadzały składki emerytalne i rentowe, z których pobierają obecnie renty i emerytury;
- realizacja spójnej, wielosektorowej polityki społecznej na rzecz seniorów przez instytucje publiczne, organizacje pozarządowe oraz formalne i nieformalne grupy samopomocowe.

### Obszary uwzględniające działania wobec ogółu osób starszych

*Rządowy program polityka społeczna wobec osób starszych 2030* działania wobec seniorów rozdzielił na te skierowane do ogółu społeczeństwa oraz na te skierowane wobec niesamodzielnych osób starszych.

Działania skierowane do ogółu seniorów podzielono na sześć obszarów tematycznych:

1. Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie.
2. Uczestnictwo seniorów w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności osób starszych, w tym aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, sportowej, religijnej i artystycznej.
3. Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału seniorów.
4. Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.
5. Tworzenie warunków i podejmowanie działań stymulujących solidarność i integrację międzypokoleniową.
6. Działania na rzecz edukacji dla starości (w tym szkolenia kadr), do starości (skierowanych do całości społeczeństwa), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacji w starości (skierowanej do seniorów).

Pierwszym obszarem jest kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie, które ustawodawca zamierza realizować m.in. przez:

- a) przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek, w tym przeciwdziałanie ageizmowi oraz tworzenie i wdrażanie programów, projektów i kampanii antydyskryminacyjnej oraz ujęcie w Krajowym Programie Działań na Rzecz Równego Traktowania kwestii związanych z przeciwdziałaniem

marginalizacji i dyskryminacji osób starszych. Podjęcie powyższych działań ma uwrażliwić społeczeństwo na potrzeby osób starszych oraz uświadomić je na kwestie ageizmu oraz przyczynić się do włączenia społecznego seniorów;

- b) podnoszenie poziomu świadomości społecznej, znaczenia uczestnictwa seniorów w życiu społecznym i gospodarczym m.in. przez realizację działań skierowanych do pracodawców i pracowników, zachęcających ich i ukazujących im korzyści z pracy zawodowej osób starszych, ukazywanie osób starszych jako konsumentów oraz kwestię srebrnej gospodarki. Ponadto w ramach uświadamiania społeczeństwa o roli społecznej i gospodarczej seniorów ustawodawca proponuje podejmowanie działań ukazujących i wyjaśniających społeczeństwu, jaki wpływ na życie społeczne i gospodarcze ma zajmowanie się przez seniorów wnukami, co umożliwi pracę zawodową ich dzieciom;
- c) przeciwdziałanie negatywnym stereotypom starości przez społeczne kampanie edukacyjne prezentujące prawdziwy (niestereotypowy) wizerunek osób starszych. Ponadto w ramach przeciwdziałania negatywnym stereotypom o starości i osobach starszych ustawodawca ma zamiar zachęcać i promować współpracę szkół i przedszkoli z organizacjami senioralnymi oraz realizację (w ramach znowelizowanej podstawy programowej) kwestii związanych z przygotowaniem do starości, rolą osób starszych oraz integracją międzypokoleniowej. Podejmowane działania powinny przyczynić się do zmniejszenia negatywnych stereotypów o osobach starszych;
- d) podejmowanie działań z zakresu przygotowania się do starości (mimo wieku i schorzeń), zachowania samodzielności, m.in. przez uwrażliwianie społeczeństwa na kwestie społeczne związane ze starością, jak np. kwestia zabezpieczenia emerytalnego oraz prowadzenie kampanii uświadamiającej społeczeństwu, skąd się bierze emerytura, jak jest naliczana i dlatego warto odprowadzać składki emerytalne. Ponadto ustawodawca zakłada uruchomienie portalu „kalkulator emerytalny”, który pozwoli Polakom sprawdzić wysokość ich emerytury w różnych wariantach oskładkowania oraz w wieku przejścia na emeryturę.

Podejmowane w ramach powyższego priorytetu działania powinny wykreować pozytywny wizerunek osoby starszej i jej pozytywny odbiór społeczny, a tym samym przyczynić się do przeciwdziałania marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób starszych.

Drugim obszarem działań na rzecz ogółu seniorów, ujętym w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030*, jest wzrost ich uczestnictwa w życiu społecznym oraz wspierania aktywności senioralnej (w tym m.in. aktywności: kulturalnej, społecznej, obywatelskiej, artystycznej, sportowej i religijnej). Cel ten zostanie osiągnięty przez realizację następujących działań:

- a) kształtowanie przestrzeni publicznej przyjaznej osobom starszym przez likwidację barier architektonicznych, dostosowanie transportu publicznego do potrzeb seniorów, prowadzenie działań informacyjnych dla osób starszych z zakresu bezpieczeństwa w ruchu drogowym i przeciwdziałania wypadkom;
- b) zadbanie o wzrost dostępności, dostosowania do potrzeb i ograniczeń seniorów bloków mieszkalnych oraz domów wielo- i jednorodzinnych (m.in. kwestia poręczy, podjazdów, wind w blokach etc.), co ułatwi osobom starszym samodzielne wychodzenie z domu i przyczyni się do ich mobilności;
- c) dostosowanie do potrzeb i ograniczeń osób starszych dokumentacji urzędowej (m.in. czcionki) oraz prostego modelu komunikacji urzędników z seniorami, co spowoduje wzrost liczby osób starszych, które samodzielnie załatwiają swoje sprawy urzędowe, a nie proszą, aby inni zrobili to w ich imieniu;
- d) dostosowanie do potrzeb i ograniczeń osób starszych stron internetowych administracji publicznej i służby zdrowia, co pozwoli seniorom na swobodne z nich korzystanie;
- e) wspieranie funkcjonowania i rozwój organizacji pozarządowych zrzeszających osoby starsze oraz NGO działających na ich rzecz, co przyczyni się do wzrostu zaangażowania społecznego, w tym świadczenia usług wolontariackich oraz aktywnego spędzania wolnego czasu przez osoby starsze;
- f) promowanie powstawania i funkcjonowania gminnych rad seniora i innych form partycypacji społecznej osób starszych i ich przedstawicielstwa, co przyczyni się do wzrostu wpływu seniorów na realizowane polityki publiczne, w tym zwłaszcza dotyczące seniorów;
- g) propagowanie i rozwój wolontariatu wśród osób starszych, w tym ich zaangażowania w działalność wolontariacką, co będzie dla seniorów sposobem na aktywne i produktywne spędzenie wolnego czasu, wzrost kapitału społecznego oraz przełamywanie stereotypu osoby starszej jako jedynie korzystającej z usług wolontariuszy, a nie samej będącej wolontariuszem;
- h) ułatwienie i propagowanie uczestnictwa seniorów w życiu kulturalnym, m.in. przez zwiększenie dostępności instytucji kultury do potrzeb



- i ograniczeń osób starszych (w tym dostosowanego do ich zainteresowania repertuaru przedstawień etc.);
- i) promowanie aktywności fizycznej osób starszych, w tym regularnego wykonywania ćwiczeń fizycznych, korzystania z basenów, siłowni plenerowych, tworzenie Otwartych Stref Aktywności Sportowej, działania te mają przyczynić się do poprawy kondycji i sprawności fizycznej osób starszych.

Powyższe działania mają na celu zachęcenie osób starszych do aktywnego – czynnego spędzania wolnego czasu oraz do zaangażowania się w życie wspólnot i społeczności lokalnych.

Trzecim zawartym w strategii obszarem działań jest tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału seniorów jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy. Cel ten zostanie osiągnięty przez realizację następujących działań:

- a) zapobieganie wykluczeniu ekonomicznemu, cyfrowemu i technologicznemu seniorów, w tym podejmowanie działań przeciwdziałających ubóstwu seniorów i zwiększających ich bezpieczeństwo socjalne oraz rozwijające ich wiedzę z zakresu nowych technologii. Działania te mają służyć wzmocnieniu pozycji seniorów na rynku pracy, a tym samym przyczynić się do poprawy ich sytuacji ekonomicznej;
- b) tworzenie zachęt dla osób starszych pozostających na rynku pracy poprzez wsparcie podmiotów przedsiębiorczości społecznej, które zatrudniają seniorów oraz promowanie aktywności zawodowej, w tym kontynuowania jej po przejściu na emeryturę, np. w niepełnym wymiarze czasu pracy, pracy w domu, pracy w innej formie, np. mentoringu lub tutoring;u;
- c) propagowanie zasad społecznej odpowiedzialności biznesu oraz zarządzania wiekiem przez pracodawców przez prowadzenie działań skierowanych do pracodawców ukazujących korzyści ekonomiczne i społeczne z zatrudniania seniorów, promowanie elastycznych form zatrudnienia osób starszych oraz kreowania wizerunku seniora jako osoby aktywnej zawodowo. Proponowane działania mają przyczynić się do wzrostu pozycji seniorów na rynku pracy i wzrostu ich niezależności ekonomicznej;
- d) promowanie znajomości zasad srebrnej gospodarki przez prowadzenie działań na rzecz promowania przedsiębiorczości seniorów, promowanie narzędzi aktywizacji społeczno-zawodowej osób starszych. Działania te mają przyczynić się do dostosowania przez pracodawców ofert pracy oraz produktów do zmieniających się oczekiwań seniorów.

Powyższe działania mają nakłonić pracodawców do uwzględnienia potrzeb starszych pracowników, m.in. przez dostosowanie miejsc pracy do ich ograniczeń oraz zapewnienia towarów i usług odpowiadających na zapotrzebowanie osób starszych, m.in. usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Czwartym obszarem jest promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, które będą realizowane przez:

- a) wzmocnienie odpowiedzialności za zdrowie oraz wspieranie pozytywnych postaw w zakresie stylu życia przez promowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom m.in. przez upowszechnianie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego, podejmowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej oraz realizację programów z zakresu promocji zdrowia i kampanii prozdrowotnych skierowanych do osób starszych, promujących zdrowy styl życia w wieku złotej jesieni;
- b) rozwój telemedycyny i teleopieki oraz dostępu do udogodnień technicznych, rekompensujących utraconą sprawność i wspierających samodzielność osób starszych m.in. przez upowszechnianie różnych form teleopieki i telekonsultacji, rozwój rozwiązań w zakresie *mobile health* oraz zwiększenie liczby miejsc, a tym samym dostępności do terapii zajęciowej i fizjoterapii;
- c) zapewnienie seniorom optymalnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na różnych poziomach (w tym podstawowej, specjalistycznej, dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych i profilaktycznych), m.in. przez prowadzenie działań mających na celu zwiększenie dostępności do działań rehabilitacyjnych, monitorowanie efektywności opieki nad seniorami oraz zwiększenie dostępności konsultacji geriatrycznych;
- d) kształcenie kadr medycznych na potrzeby leczenia i sprawowania opieki nad seniorami, m.in. przez wzrost liczby zajęć dydaktycznych z zakresu geriatry w programach studiów medycznych, rozwój badań naukowych w obszarze zdrowego starzenia się, rozwój kształcenia podyplomowego w zakresie geriatry oraz podejmowanie działań z zakresu popularyzacji geriatry i zachęcania lekarzy do wyboru tej specjalizacji.

Powyższe działania mają przyczynić się do wzrostu specjalistów z zakresu geriatry, a tym samym zapewnić osobom starszym dostęp do profesjonalnych usług medycznych.

Piątym obszarem są działania z zakresu tworzenia warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej. Obszar ten będzie realizowany przez podejmowanie działań, których przykładami są:

- a) promocja projektów edukacyjnych (w tym realizowanych przez NGO) dla seniorów oraz prowadzenie kampanii promujących edukację międzypokoleniową, w tym wzajemną wymianę wiedzy i doświadczeń;
- b) promocja wolontariatu i grup samopomocowych wśród osób starszych, w tym prowadzenie kampanii informacyjnych ukazujących osobom starszym, w jaki sposób mogą zaangażować się w działalność wolontarystyczną na rzecz innych oraz jakie korzyści mogą osiągnąć korzystając ze wsparcia grupy samopomocowej;
- c) rozwój infrastruktury społecznej, stanowiącej przestrzeń do wspólnych miejsc i integracji międzypokoleniowej (m.in. świetlic, klubów, remiz etc.) oraz rozwój domów dziennego pobytu (w tym domów dziennego pobytu senior + oraz klubów „Senior +”) współpracujących ze szkołami i innymi placówkami dla dzieci i młodzieży;
- d) podejmowanie działań stymulujących i umożliwiających kontakt i współpracę osób z różnych grup wiekowych, m.in. przez realizację wspólnych projektów, zajęć otwartych w szkołach i przedszkolach z udziałem osób w różnym wieku (w tym seniorów) oraz upowszechnianie dobrych praktyk z zakresu dialogu i solidarności międzypokoleniowej.

Powyższe działania mają przyczynić się do budowania dialogu i solidarności międzypokoleniowej, przeciwdziałać ageizmowi, marginalizacji oraz wykluczeniu społecznemu osób starszych z życia społeczności lokalnej.

Ostatnim obszarem są działania na rzecz edukacji dla starości, przez starość oraz w starości. W ramach obszaru ósmego będą realizowane m.in.:

- a) działania zwiększające dostępność oferty edukacyjnej dla seniorów, w tym ogłaszanie konkursów dla organizacji pozarządowych z zakresu realizacji zajęć edukacyjnych dla osób starszych oraz prowadzenie działań z zakresu promowania uczestnictwa seniorów w zajęciach edukacyjnych;
- b) rozwój i promocja zawodów pomocowych działających na rzecz seniorów, w tym prowadzenie kampanii społecznych promujących zawody pomocowe (w tym opiekuńcze) oraz zachęcające osoby do podejmowania tej działalności, jak również prowadzenie kursów i szkoleń dla opiekunów osób starszych;
- c) rozwój edukacji nieformalnej, w tym programów edukacyjnych dla osób starszych w prasie, radiu i telewizji;

- d) upowszechnianie edukacji w zakresie nowych technologii wśród osób starszych, w tym podejmowanie działań zachęcających seniorów do korzystania z nowych technologii oraz prowadzenie kampanii informacyjnej z zakresu teleopieki.

Powyższe działania mają spowodować przeciwdziałanie wykluczeniu edukacyjnemu oraz cyfrowemu osób starszych, jak również przyczynić się do ich rozwoju intelektualnego, w tym rozwoju ich funkcji poznawczych.

### Definiowanie niesamodzielnosci przez organizacje międzynarodowe

Światowe i europejskie organizacje międzynarodowe nie wypracowały jednoznacznej definicji niesamodzielnosci, a większość z tych organizacji (m.in. Światowa Organizacja Zdrowia czy Unia Europejska) definiuje niesamodzielnosc w sposób opisowy.

Światowa Organizacja Zdrowia ujmuje samodzielność jako zdolność do samodzielnego wykonywania różnorodnych czynności życia codziennego, w tym samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. W związku z powyższym osobę niesamodzielną można określić jako osobę mającą trudności w samodzielnym wykonywaniu różnorodnych czynności życia codziennego, w tym posiadającą trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w społeczeństwie (Głogosz, 2019).

Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju niesamodzielnosc występuje w przypadku ograniczeń fizycznych, psychicznych lub poznawczych, które powodują zależność osoby niesamodzielnosci od pomocy innych osób i instytucji. W definicji opieki długoterminowej OECD ujęła, że powinny z niej móc korzystać osoby niesamodzielnosci, które ze względu na ograniczenia fizyczne, psychiczne i poznawcze wymagają wsparcia w podstawowych aktywnościach życia codziennego, jak spożywanie posiłków, kąpiel, zmiana odzieży (Głogosz, 2019).

Unia Europejska również nie opracowała definicji niesamodzielnosci, lecz na podstawie przedstawianych przez Wspólnotę raportów i opracowań można stworzyć opisową definicję niesamodzielnosci. Jak wynika z opublikowanego w 2007 r. raportu *Health and long – term care in the European Union* niesamodzielnosc jest ograniczeniem fizycznym i (lub) umyślowym uniemożliwiającym osobie nią dotkniętej samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym, w tym wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, które zostały uwzględnione w skali ADL (*Activites of Daily Living*) oraz

w IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). W ogłoszonym przez Komisję Europejską w 2008 r. dokumencie *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej* osoba niesamodzielna została określona jako ta, która przez dłuższy czas potrzebuje pomocy w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności (Głogosz, 2019).

### Definiowanie niesamodzielności w Polsce

W polskim prawodawstwie nadal nie zostały jednoznacznie zdefiniowane pojęcia „niesamodzielność” i „osoba niesamodzielna”.

W Ustawie o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776) nie występuje sformułowanie „niesamodzielność”, a jedynie: „niezdolność do samodzielnej egzystencji”, „niezdolność do pracy”, „trwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym”.

W Ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118) również nie występuje pojęcie „niesamodzielność”, ale w art. 14 jest zawarty pośredni opis niesamodzielności. Artykuł 13, 5 Ustawy wyjaśnia, czym jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, a art. 14, czym jest niezdolność do pracy. Po połączeniu tych dwóch terminów możemy stworzyć pośrednią definicję opisową niesamodzielności, jako niezdolność do pracy oraz samodzielnego funkcjonowania (egzystowania) spowodowaną naruszeniem sprawności organizmu.

Definicja osoby niesamodzielnej została opracowana przez zespół projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, który zdefiniował osobę niesamodzielną jako „osobę, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokojenia jej podstawowych potrzeb życiowych” (Smrokowska-Reichman, Szwałkiewicz, 2019, s. 9).

Analizując powyższą definicję, należy rozważyć cztery ujęte w niej pojęcia:

- a) naruszenie, które (w odniesieniu do osób niesamodzielnych) jest rozumiane jako zmiana funkcji lub struktury ciała ludzkiego, która nastąpiła na skutek choroby lub urazu;
- b) funkcje organizmu, czyli procesy życiowe, czynności życiowe, procesy fizjologiczne poszczególnych układów (m.in. krążenia, szkieletowego, nerwowego) organizmu człowieka;

- c) wsparcie, które (w odniesieniu do osób niesamodzielnych) oznacza pomoc opiekuna w celu poprawy funkcjonowania osoby niesamodzielnej, w tym w zaspokajaniu jej podstawowych potrzeb życiowych;
- d) podstawowe potrzeby życiowe, czyli obiektywne potrzeby, których zaspokojenie jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania człowieka, jak m.in. spożywanie posiłków, dbanie o higienę organizmu, ubieranie się etc. (Smrokowska-Reichman, Szwałkiewicz, 2019).

W dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* osoba niesamodzielna jest definiowana jako „osoba, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności powodujące konieczność stałego albo długotrwałego wsparcia innej osoby w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych”. Podział ten wynika z faktu, że wraz z wydłużającą się średnią życia Polaków wzrasta również liczba osób zależnych, których niesamodzielność jest spowodowana schorzeniami wieku starczego. Najczęstszymi formami wsparcia osób starszych zależnych są<sup>4</sup>:

- pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w tym w pomoc w planowaniu i robieniu zakupów, pomoc w przygotowywaniu posiłków, pomoc w sprzątanii i wietrzeniu mieszkania, zmianie pościeli oraz praniu odzieży seniora;
- dotrzymanie towarzystwa, w tym rozmowy, aktywne spędzanie wolnego czasu, w zależności od sprawności seniora wspólne wychodzenie na spacer lub na balkon, organizowanie spotkań z rodziną i rówieśnikami, wykonywanie ćwiczeń stymulujących pamięć i rozwijających funkcje poznawcze organizmu;
- wsparcie w załatwianiu różnych spraw, w tym spraw urzędowych, kwestii związanych z planowaniem leczenia, z rozwojem duchowym, w tym umawianie wizyt domowych osób duchownych lub pomoc w transporcie do kościoła;
- pomoc w czynnościach higienicznych, w tym toalecie ustnej, myciu ciała, goleniu, pielęgnacji paznokci i stóp oraz w pielęgnacji włosów i skóry głowy;

---

<sup>4</sup> <http://sieciwsparcia.pl/wp-content/uploads/2019/03/Sytuacja-opiekuno%C2%A6u%-CC%88w-oso%C2%A6u%CC%88b-starszych-zalez%C2%A6c%CC%A7nych-raport-Rzecz-Spolecna.pdf> [dostęp: 1.06.2020].

- pomoc w chorobie, w tym w zakupie i podawaniu leków, pomoc w umiarkowaniu i podczas wizyty u lekarza, pomoc w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych;
- pielęgnowanie w chorobie, w tym przeciwdziałanie odleżynom, dbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu i pomoc w spożywaniu posiłków.

### Założenia programu w zakresie wspierania niesamodzielnych osób starszych

W rządowym dokumencie zostały wyodrębnione cztery obszary uwzględniające działania wobec niesamodzielnych osób starszych.

Pierwszym obszarem jest zmniejszenie skali zależności seniorów z niepełnosprawnościami od innych osób przez ułatwienie im dostępu do usług wzmacniających samodzielność, jak również przez dostosowanie środowiska zamieszkania seniora do możliwości funkcjonowania niesamodzielnych osób starszych. Wymienione założenia będą realizowane m.in. przez:

- Standaryzację usług pomocowych i opiekuńczych przez określenie prawne i wdrożenie standardów usług asystenckich, opiekuńczych i pielęgnacyjnych świadczonych w środowisku zamieszkania, co przyczyni się do wzrostu jakości świadczonych usług, a tym samym do pełniejszego zaspokajania potrzeb seniorów z niepełnosprawnościami. Ponadto w ramach standaryzacji usług pomocowych ustawodawca zakłada zwiększenie zaangażowania podmiotów ekonomii społecznej w świadczenie usług pomocowych i opiekuńczych.
- Podejmowanie działań z zakresu rozwoju telemedycyny, w tym opracowanie i wdrożenie standardów z teleopieki i telepomocy oraz popularyzacja (dostosowanych do potrzeb i ograniczeń seniorów z niepełnosprawnościami) narzędzi teleopieki i telemedycyny, m.in. aplikacji mierzących ciśnienie, wzywających pogotowie etc.
- Rozwój wypożyczalni sprzętu zwiększających samodzielność seniorów z niepełnosprawnościami przez stworzenie łatwego i ogólnodostępnego systemu wypożyczalni, rozwój doradztwa o obszarze uzyskania potrzebnego sprzętu oraz wspieranie rozwoju sieci wypożyczalni.
- Podejmowanie działań skoncentrowanych na likwidacji barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania seniora przez promowanie i wspieranie działań z zakresu projektowania uniwersalnego (czyli w sposób dostępny dla wszystkich), które umożliwi seniorom z niepełnosprawnościami (jak najdłuższe) pozostanie w swoim miejscu zamieszkania.



- Rozwój różnorodnych form terapii zajęciowej (w tym ergoterapii), świadczonych stacjonarnie (np. w dziennych domach pobytu, w tym w domach i klubach „Senior +”), niestacjonarnie, ambulatoryjnie oraz w miejscu zamieszkania seniorów, nakierowanej na wzrost samodzielności oraz jakości życia i włączenia społecznego niesamodzielnych osób starszych.

Drugim obszarem działań skierowanych do niesamodzielnych osób starszych jest zapewnienie im optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb i ograniczeń seniorów z niepełnosprawnościami. O konieczności podejmowania działań ze zdiagnozowanego powyżej obszaru świadczą m.in. badania CBOS, wskazujące, że 90% Polaków powyżej 75. r.ż. źle ocenia swój stan zdrowia oraz wielochorobowość osób starszych, która utrudnia proces leczenia i rehabilitacji. Działania z zakresu wsparcia medycznego będą realizowane przez:

- Rozwój opieki geriatrycznej w formie stacjonarnej, niestacjonarnej oraz ambulatoryjnej, w tym opracowanie narzędzi umożliwiających utworzenie w ramach „sieci szpitali” we wszystkich 16 województwach oddziałów geriatrycznych, które będą bezpośrednio związane z uczelniami medycznymi kształcącymi w zwiększonej liczbie przyszłych geriatrów. Ponadto ustawodawca zakłada rozpoczęcie działań prawnych umożliwiających powoływanie interdyscyplinarnych zespołów geriatrycznych pełniących funkcje konsultacyjne, co pozwoli na zabezpieczenie potrzeb medycznych seniorów.
- Zapewnienie niesamodzielnym osobom starszym dostępu do rehabilitacji, która będzie świadczona w formie stacjonarnej, niestacjonarnej, uzdrowskiej, ambulatoryjnej oraz w miejscu zamieszkania seniora. Założenie to zakłada ułatwienie niesamodzielnym osobom starszym dostępu do tzw. szerokiej rehabilitacji, czyli nieograniczającej się jedynie do poprawy medycznego stanu zdrowia osoby starszej, ale również umożliwiającej osobie rehabilitowanej jak najpełniejsze uczestnictwo w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym.
- Podjęcie działań mających na celu poprawę funkcji poznawczych niesamodzielnych osób starszych (w tym chorych na demencję i inne zespoły otępienne) przez opracowanie programów edukacyjnych z zakresu ćwiczeń pamięci, koncentracji uwagi, spostrzegania oraz innych funkcji poznawczych, jak również przeprowadzenie kampanii społeczno-edukacyjnych na temat chorób otępiennych, w tym przełamujących stereotypy związane z chorobami otępiennymi.



- Standaryzację usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych świadczonych w (publicznych i niepublicznych) placówkach i miejscu zamieszkania seniorów oraz wyznaczenie jednolitych kryteriów oceny jakości opieki nad seniorami z niepełnosprawnościami w celu zwiększenia efektywności udzielanego wsparcia i przeciwdziałanie zaniedbywaniu oraz wykorzystywaniu osób starszych przez osoby świadczące usługi opiekuńcze.

Trzecim obszarem wsparcia ujętym w założeniach polityki społecznej do roku 2030 jest stworzenie sieci usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych seniorom z niepełnosprawnościami. Działania te mają na celu umożliwienie niesamodzielnym osobom starszym możliwie jak najdłuższego pozostania w swoim miejscu zamieszkania oraz wzrost jakości usług świadczonych przez instytucje wspierające osoby starsze, w tym przełamanie stereotypów nt. domów pomocy społecznej. Działania te będą realizowane przez:

- Ustalenie i wdrożenie do praktyki w ochronie zdrowia i pomocy społecznej koncepcji udzielania wsparcia opiekuńczo-pielęgnacyjnego na podstawie oceny poziomu niesamodzielnności według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niesamodzielnności i Zdrowia. Ujednoczenie systemu oceny poziomu i stopnia niesamodzielnności oraz zasad kwalifikowania osoby niesamodzielnej do przysługującego jej wsparcia z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej pozwoli na ostateczne uregulowanie kwestii związanych z orzekaniem niezdolności do samodzielnej egzystencji i udzielanego jej wsparcia z zakresu zabezpieczenia społecznego.
- Rozwój różnorodnych form opieki (w tym dziennej, półinstytucjonalnej, całodobowej, okresowej i stałej) dostosowanych do potrzeb i ograniczeń spowodowanych wiekiem i schorzeniami oraz zwiększenie dostępu seniorów do informacji o usługach społecznych. Wśród działań skierowanych do niesamodzielnych osób starszych wymagających wsparcia ustawodawca planuje rozwijanie sieci placówek dziennego pobytu oraz propagowanie idei dziennych domów pobytu wśród niesamodzielnych seniorów. Istotnym elementem związanym z funkcjonowaniem dziennych domów pobytu jest promowanie systemu wymiany informacji i wzajemne korzystanie z dobrych praktyk z zakresu wspierania i aktywizowania seniorów przebywających w placówce. Przykładem takich działań jest tworzenie i rozwój dziennych domów opieki medycznej (DDOM), które są jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad seniorami zależnymi. W placówkach tych zapewnia się opiekę medyczną nad osobą zależną w warunkach zbliżonych do warunków domowych. Kolejnym istotnym

elementem będzie wypracowanie jednolitych kryteriów kwalifikacji niesamodzielnych osób starszych do różnorodnych placówek opieki długoterminowej oraz wspieranie jednostek samorządowych w tworzeniu placówek całodobowego wsparcia dla seniorów z niepełnosprawnościami. Wspieranie tworzenia rodzinnych domów pomocy społecznej, w których całodobowe wsparcie będzie mogło uzyskiwać od trzech do ośmiu osób, które ze względu na wiek i schorzenia wymagają stałego wsparcia opiekuńczego.

- Zweryfikowanie dotychczasowego systemu podnoszenia kwalifikacji pracowników pomocy i integracji społecznej oraz wprowadzenie wymogu posiadania ustawowo określonych kwalifikacji przez wszystkich pracowników świadczących pomoc i opiekę niesamodzielnym seniorom (udzielającym wsparcia zarówno w placówkach, jak i w środowisku zamieszkania osób starszych). Ponadto w ramach tego działania ustawodawca zamierza przeprowadzić kampanie społeczne promujące zawody opiekuńcze oraz prowadzić (aktualizowany) rejestr podmiotów świadczących usługi opiekuńcze.
- Tworzenie i promowanie gospodarstw opiekuńczych, które są formą wspierania seniorów w zakresie opieki i integracji społecznej w celu poprawienia ich funkcjonowania, realizowaną w ramach gospodarstw prowadzących działalność rolniczą. W gospodarstwach tych prowadzona jest agrotterapia, czyli forma terapii realizowana w warunkach wiejskich (lub zbliżonych do wiejskich), obejmująca celowe oddziaływania terapeutyczne realizowane przy wykorzystaniu krajobrazu i infrastruktury wiejskiej, w tym przez udział seniorów w pracach polowych, pomoc przy uprawie roślin i obrządku zwierząt etc.
- Skoordynowanie działań instytucji pomocy społecznej oraz opieki medycznej na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym oraz skoordynowanie współpracy międzysektorowej (między sektorem publicznym, prywatnym i pozarządowym). Podstawowym celem skoordynowania działań jest wzrost efektywności udzielanego wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych i ich opiekunów oraz zmniejszenie kosztów udzielanego wsparcia.

Czwartym obszarem pomocy jest stworzenie systemu wsparcia nieformalnych opiekunów (którymi najczęściej są najbliżsi członkowie rodziny) osób niesamodzielnych przez instytucje publiczne. To bardzo istotny obszar działania, gdyż nieformalni opiekunowie w większości sprawują opiekę nad

niesamodzielnymi osobami starszymi. Możliwość udzielania wsparcia i jakośó świadczonego wsparcia są uzależnione od wielu czynników, wśród których można wymienić m.in. aktywność zawodową lub jej brak oraz stopień zamożności opiekuna. Istotnym czynnikiem jest również poziom niesamodzielnosci osoby starszej oraz czy opiekun mieszka z seniorem, czy jest osobą mieszkającą osobno, a także poziom wiedzy opiekuna z zakresu schorzeń i pielęgnacji osoby zależnej. Jednak zdecydowana większość nieformalnych opiekunów seniorów zależnych wymaga wsparcia, dlatego ustawodawca zaplanował dla nich działania wspomagające, które będą realizowane przez:

- Zintegrowanie formalnej i nieformalnej opieki nad seniorami niesamodzielnymi przez profesjonalne wsparcie rodzin sprawujących opiekę domową nad niesamodzielną osobą starszą, m.in. przez poradnictwo, konsultacje (świadczone przez kadrę medyczną i pracowników socjalnych) oraz inne działania na rzecz podnoszenia jakości opieki domowej udzielanej opiekunom nieformalnym.
- Wprowadzenia różnych form wsparcia, m.in. przez okresowe odciążenie członków rodzin sprawujących osobistą opiekę nad niesamodzielną osobą starszą. Przykładem takiego wsparcia jest opieka wytchnienia dla opiekunów niesamodzielných seniorów. Celami takiej opieki są czasowe odciążenie opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad zależnymi osobami starszymi i zapewnienie opiekunom czasu na odpoczynek i regenerację. Ponadto celem wsparcia jest również wzmocnienie osobistego potencjału opiekunów oraz ograniczenie negatywnego wpływu obciążeń psychicznych i zmęczenia fizycznego wynikających z codziennej opieki nad osobą zależną przez wsparcie psychologiczne i terapeutyczne opiekunów. Ostatnim, ale bardzo istotnym założeniem opieki wytchnieniowej, jest podnoszenie kompetencji członków rodzin sprawujących opiekę nad seniorem dotyczących ćwiczeń, technik i narzędzi pielęgnacji, rehabilitacji i wspierania osoby niesamodzielnej w warunkach domowych.
- Rozwój szkoleń z zakresu podstawowej opieki i rehabilitacji osoby niesamodzielnej oraz wspieranie kompetencyjne opiekunów przez ułatwienie im dostępu do zasobów naukowych z zakresu opieki i rehabilitacji oraz rozwój metod edukacji zindywidualizowanej.
- Wzmacnianie sieci nieformalnych opiekunów przez propagowanie działań oddolnych, m.in. banków informacji, grup wsparcia, rozwój mieszkań chronionych oraz włączenie organizacji pozarządowych we wspieranie opiekunów nieformalnych, m.in. przez otwarte konkursy ofert dla trzeciego sektora z powyższego zakresu. Zgodnie z założeniami ustawodawcy

działania te powinny przyczynić się do wzmocnienia kapitału ludzkiego i społecznego opiekunów oraz przeciwdziałać ich wypaleniu w udzielaniu wsparcia niesamodzielnym osobom starszym.

### Podmioty odpowiedzialne za wdrażanie i koordynację działań wobec osób starszych

Głównym podmiotem odpowiedzialnym za wdrażanie i koordynowanie polityki społecznej (do 2030 r.) na rzecz niesamodzielnych osób starszych jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Resort Rodziny będzie odpowiedzialny za kreowanie i wdrażanie polityki senioralnej na poziomie krajowym.

Ponieważ rządowa polityka wspierania i aktywizacji ogółu osób starszych oraz niesamodzielnych seniorów jest działaniem międzysektorowym, za jej wdrożenie są odpowiedzialne również inne ministerstwa i instytucje państwowe (o zasięgu ogólnopolskim).

Ministerstwo Infrastruktury jest odpowiedzialne za wspieranie działań z zakresu likwidacji barier funkcjonalnych w środowisku zamieszkania niesamodzielnych osób starszych oraz za realizację projektów podnoszących świadomość społeczną w obszarze projektowania uniwersalnego. Są to bardzo istotne obszary działania, gdyż izolację seniorów wzmacnia:

- brak wind w blokach, uniemożliwiających im samodzielne opuszczenie mieszkań oraz niemal uniemożliwia osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich wyjście z mieszkania;
- brak ławek w pobliżu ciągów komunikacyjnych, na których mogłaby usiąść i odpocząć w trakcie spaceru osoba starsza, ponadto terenowe ławki pełnią w życiu osób starszych również funkcję integracyjną, gdyż są miejscem, na którym seniorzy mogą usiąść ze znajomymi i porozmawiać;
- bariery architektoniczne w przestrzeni miejskiej utrudniające lub uniemożliwiające przemieszczanie się osób starszych mających problem z poruszaniem się, jak np. oddalone od skrzyżowań przejścia dla pieszych, wysokie krawężniki, brak poręczy ułatwiających wchodzenie po stopniach, nierówne chodniki etc.;
- niedostateczne dostosowanie urzędów i budynków użyteczności publicznej do osób z ograniczoną sprawnością (m.in. niedostosowana wysokość okienek na poczcie do potrzeb seniorów poruszających się na wózkach inwalidzkich, trudno dostępne przejścia podziemne na dworcach, źle doświetlone stanowiska w urzędach, utrudniające wypełnienie dokumentów przez seniorów z problemami wzrokowymi).

Ponadto szef resortu infrastruktury jest odpowiedzialny za wspieranie inicjatyw samorządów lokalnych w tworzeniu mieszkań chronionych dla niesamodzielnych osób starszych.

Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi jest odpowiedzialne za tworzenie i rozwijanie sieci gospodarstw opiekuńczych i promowanie ich tworzenia na obszarach wiejskich.

Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za podejmowanie działań na rzecz rozwoju terapii zajęciowej, w tym zwłaszcza ergoterapii, świadczonej w różnorodnych formach (m.in. stacjonarnej, niestacjonarnej, domowej, ambulatoryjnej). Ponadto resort zdrowia jest odpowiedzialny za kształcenie terapeutów zajęciowych, promowanie terapii zajęciowej oraz upowszechnianie dobrych praktyk i standardów prowadzenia terapii zajęciowej. Do zadań ministra zdrowia z zakresu wspierania niesamodzielnych osób starszych należy również inicjowanie działań z zakresu rozwoju opieki geriatrycznej stacjonarnej, niestacjonarnej oraz ambulatoryjnej, w tym stworzenie warunków sprzyjających utworzeniu we wszystkich województwach oddziałów geriatrycznych oraz wdrożenie działań umożliwiających powoływanie i funkcjonowanie interdyscyplinarnych zespołów geriatrycznych o charakterze konsultacyjnym. Istotnym działaniem, nad którym pieczę będzie sprawował minister zdrowia, jest opracowanie programu działań skierowanych do seniorów z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi oraz prowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnych na temat chorób otępiennych.

Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (wraz z innymi podmiotami) jest odpowiedzialne za wsparcie kompetencji opiekunów nieformalnych osób starszych przez umożliwienie im dostępu do tzw. tematycznych bibliotek wiedzy online wraz z tutoringiem.

Komitet do spraw Pożytku Publicznego jest odpowiedzialny za promowanie działań oddolnych (m.in. grup samopomocowych, banków czasu, banków informacji etc.) oraz włączenie podmiotów III sektora (organizacji pozarządowych i innych podmiotów, o których mowa w ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie) w rozwój wsparcia opiekunów niesamodzielnych seniorów. Ponadto komitet jest odpowiedzialny za włączenie w proces osób niesamodzielnych i ich nieformalnych opiekunów przez Kościół katolicki i inne związki wyznaniowe.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest odpowiedzialny za wspieranie tworzenia i rozwoju sieci wypożyczalni sprzętu pomocniczego dla niesamodzielnych seniorów oraz prowadzenie doradztwa w obszarze uzyskiwania sprzętu

wspomagającego, korzystania z niego oraz innego wsparcia przysługującego osobom ze względu na wiek i schorzenia.

#### 4. Wyzwania dla polityki społecznej na rzecz seniorów z niepełnosprawnościami w opinii senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”

##### Opis grupy badawczej

W projekcie „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych” uczestniczy 36 seniorów z niepełnosprawnościami, spośród których 15 posiada lekki, 16 umiarkowany oraz 5 znaczny stopień niepełnosprawności. Wśród głównych przyczyn niepełnosprawności są choroby układu krążenia, choroby układu ruchowego oraz choroby układu oddechowego.

Beneficjenci projektu mieszkają na terenie m.st. Warszawy, w swoim środowisku lokalnym, na terenie czterech warszawskich dzielnic: Targówka, Pragi Północ, Śródmieścia i Ochoty. Spośród uczestników projektu sześćoro seniorów jest uczestnikami domu dziennego pobytu. Większość (20 na 36 osób) uczestniczących w projekcie seniorów posiada wykształcenie średnie. Wśród beneficjentów projektu jest 30 kobiet oraz 6 mężczyzn. Zostali oni zrekrutowani na podstawie wyników rozmów kwalifikacyjnych, podczas których były oceniane motywacje seniorów do uczestniczenia w projekcie oraz sposoby i pomysły osób starszych na wykorzystanie zdobytej w projekcie wiedzy i ukształtowanych umiejętności. W ramach projektu seniorzy uczestniczą w zajęciach edukacyjnych z zakresu edukacji obywatelskiej, spotkaniach hospitacyjnych (podczas których seniorzy mają okazję wykorzystać w praktyce zdobytą wiedzę, np. nt. rady seniorów) oraz wyjazdu studyjnego, podczas którego seniorzy będą mieli okazję do spotkania z aktywnymi społecznie osobami starszymi z wybranego przez uczestników projektu seniorów.

Ponadto beneficjenci projektu będą uczestniczyć w organizowanym w ramach projektu Międzypokoleniowym Kongresie Edukacyjnym „Senior jako lider społeczności lokalnych” oraz czynnie włączać się w przygotowanie w ramach projektu dwóch publikacji poświęconych kwestiom społecznym związanym ze starzeniem się społeczeństwa polskiego i wzrostem liczby seniorów z niepełnosprawnościami.

## Metodologia badań

W celu uzyskania opinii seniorów z niepełnosprawnościami – uczestników projektu, jakie wyzwania dla polityki społecznej niesie starzenie się społeczeństwa, w tym wzrost w strukturze społecznej liczby seniorów z niepełnosprawnościami, przeprowadzono 36 indywidualnych wywiadów pogłębionych z beneficjentami projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”, który realizuje Fundacja Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”. Wywiady przeprowadzono w siedzibach Fundacji „Hej, Koniku!” w maju i czerwcu 2020 r. i trwały od 45 do 60 minut. Wszyscy uczestniczący w badaniu seniorzy są osobami z niepełnosprawnościami oraz posiadają ukończony 70. r.ż. (najmłodsza respondentka ma 71 lat, a najstarsza 92 lata).

## Wyzwania dla polityki społecznej związane ze starzeniem się społeczeństwa polskiego oraz wzrostem liczby seniorów z niepełnosprawnościami

W ramach przeprowadzonych wywiadów poproszono uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych” o wymienienie, jakie ich zdaniem – jako seniorów z niepełnosprawnościami – wyzwania dla polityki społecznej państwa niesie postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego oraz wzrost liczby seniorów z niepełnosprawnościami. Udzielone przez seniorów odpowiedzi można podzielić na trzy grupy:

- wyzwania instytucjonalne, związane z zapewnieniem seniorom z niepełnosprawnościami miejsc w opiekuńczych placówkach dziennego i całodobowego pobytu;
- wyzwania związane z aktywizacją seniorów z niepełnosprawnościami;
- wyzwania związane z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu niepełnosprawnych osób starszych.

Wśród głównych wyzwań instytucjonalnych, związanych z zapewnieniem seniorom z niepełnosprawnościami w opiekuńczych placówkach dziennego i całodobowego pobytu, uczestniczące w projekcie niepełnosprawne osoby starsze wymieniły:

- tworzenie i rozwój domów dziennego pobytu, zapewniających dzienny pobyt seniorom z niepełnosprawnościami;
- tworzenie i rozwój gospodarstw opiekuńczych, zapewniających dzienny pobyt seniorom z niepełnosprawnościami;



- tworzenie i rozwój domów pomocy społecznej, zapewniających całodobowy pobyt seniorom z niepełnosprawnościami.

Wśród głównych wzywań związanych z aktywizacją seniorów z niepełnosprawnościami uczestniczące w badaniu niepełnosprawne osoby starsze wskazały:

- wzrost poziomu wykorzystania Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS), w celu aktywizacji i wspierania seniorów z niepełnosprawnościami;
- tworzenie i funkcjonowanie klubów seniorów, w tym klubów seniorów „Senior +” i zapewnienie w nich miejsc zarówno dla seniorów pełno-, jak i niepełnosprawnych oraz realizowanie przez kluby seniora programów aktywizacji społecznej;
- tworzenie i funkcjonowanie senioralnych grup samopomocowych, których celem jest wzajemna pomoc, wsparcie i aktywizacja.

Wśród głównych wzywań związanych z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami uczestniczące w projekcie niepełnosprawne osoby starsze wymieniły podejmowanie działań:

- ułatwiających proces adaptacyjny seniorom z niepełnosprawnościami, którzy zdecydowali się zamieszkać w domach pomocy społecznej oraz poprawiające wizerunek i odbiór społeczny DPS-ów;
- na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec seniorów z niepełnosprawnościami;
- na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu seniorów z chorobami otępiennymi i ich rodzin.



## Część II

# Instytucje wsparcia dziennego i całodobowej opieki nad seniorami z niepełnosprawnościami

## Wprowadzenie

Wśród głównych wyzwań, jakie stoją przed polityką społeczną na rzecz niepełnosprawnych osób starszych związanych ze starzeniem się społeczeństwa polskiego oraz wzrostem wśród osób starszych liczby seniorów z niepełnosprawnościami, senioralni uczestnicy projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” wskazali rozwój instytucji wsparcia dziennego oraz całodobowej opieki nad niepełnosprawnymi osobami starszymi, w tym:

- domów dziennego pobytu, które mimo iż są instytucjami znanymi od dawna, funkcjonują jedynie w około 10% polskich gmin, w tym w większości gmin miejskich i małomiasteczkowych;
- gospodarstw opiekuńczych, które stanowią odpowiedź na zapotrzebowanie świadczenia usług dziennej opieki i wspierania seniorów (w tym zwłaszcza seniorów z niepełnosprawnościami) w środowisku wiejskim, w którym bardzo rzadko funkcjonują domy dziennego pobytu, a jednocześnie jest widoczny trend starzenia się społeczeństwa wiejskiego i osamotnienia osób starszych mieszkających na wsiach, powodowany m.in. migracjami zarobkowymi do większych ośrodków ich dzieci i zakładanie przez nich rodzin w miastach;
- domów pomocy społecznej – instytucji sprawujących całodobową opiekę nad osobami, które m.in. ze względów zdrowotnych wymagają stałej opieki i nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku lokalnym.

Zgodnie z wynikami rozmów przeprowadzonych z uczestniczącymi w projekcie niepełnosprawnymi osobami starszymi w części drugiej omówiono powyższe – wskazane przez beneficjentów projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” instytucje, opisując zasady ich funkcjonowania oraz rolę w procesie aktywizacji i opieki nad seniorami z niepełnosprawnościami. Ponadto omawiając funkcjonowanie tych instytucji, umieszczono również fragmenty wywiadów z praktykami – osobami kierującymi (i nadzorującymi) dom dziennego pobytu, gospodarstwo opiekuńcze i dom pomocy społecznej, aby ukazać praktyczny wymiar funkcjonowania takich instytucji.

## 1. Dom dziennego pobytu

### Podstawy prawne funkcjonowania i cele domu dziennego pobytu

Na podstawie art. 51.1 Ustawy o pomocy społecznej „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 opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia”, który (jak wyjaśnia ustawodawca w art. 51.2) jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. Wśród wymienionych w art. 51.4 form ośrodków wsparcia zostały wyróżnione:

- ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- dzienny dom pomocy,
- dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi,
- klub samopomocy.

Tworzenie i prowadzenie domów dziennego pobytu jest jednak fakultatywnym zadaniem gminy z obszaru pomocy społecznej, dlatego mimo powszechnego starzenia się społeczeństwa i wzrostu liczby niesamodzielnych osób starszych oraz rządowych programów wspierających tworzenie i funkcjonowanie domów dziennego pobytu, jedynie około 10% samorządów prowadzi tego typu placówki.

Wśród głównych celów działalności domów dziennego pobytu należy wymienić (Ziółkowski, 2018, s. 14):

- aktywizację seniorów: zapewnienie uczestnikom możliwości aktywnego spędzania czasu, rozwijania zainteresowań i hobby oraz nabywanie

- nowych zdolności i umiejętności, które będą sprzyjać integracji społecznej seniorów, np. umiejętności posługiwania się nowymi technologiami;
- przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu uczestników przez współpracę placówki ze środowiskiem lokalnym, stymulowanie integracji społecznej seniorów oraz zapewnienie im dostępu do kultury (m.in. przez organizacje wyjść do teatrów, muzeów etc.), ich rozwój turystyczny (m.in. przez organizacje wspólnych spacerów i wyjazdów turystycznych) oraz włączenie seniorów w życie społeczności lokalnej (m.in. przez udział uczestników placówki w budżecie partycypacyjnym etc.);
  - rozwój edukacyjny: zapewnienie seniorom możliwości zdobywania i rozwijania wiedzy przez prowadzenie zajęć edukacyjnych, organizacje (w DDP) spotkań edukacyjnych z różnych dziedzin, organizowanie wspólnych wyjść na spotkania edukacyjne organizowane w bibliotekach, szkołach, uczelniach oraz przez zapewnienie seniorom dostępu do książek i publikacji edukacyjnych etc.;
  - opiekę: zapewnienie uczestnikom poczucia bezpieczeństwa, poszanowanie ich podmiotowości oraz zapewnienie dostosowanej do potrzeb i ograniczeń seniorów opieki nad nimi, zarówno w placówce, jak i podczas zorganizowanych przez dom wyjść i wyjazdów.

### Indywidualne i grupowe wsparcie udzielane w domach dziennego pobytu

Prowadzone w domach dziennego pobytu zajęcia można podzielić na zajęcia indywidualne i grupowe.

Wsparcie indywidualne jest prowadzone w formie pracy terapeutycznej na podstawie indywidualnego planu wspierania lub indywidualnego planu działania, który określa formę, cele i zasady wspierania uczestnika.

Wsparcie grupowe jest prowadzone w formie warsztatów, ćwiczeń fizycznych i grupowych zajęć edukacyjnych. Ze względów tematycznych wsparcie grupowe możemy podzielić na (Ziółkowski, 2018, s. 21):

- a) zajęcia i terapie sportowe, w tym:
  - zajęcia gimnastyczne,
  - sportowe zajęcia ogólnorozwojowe,
  - warsztaty z zakresu edukacji zdrowotnej,
  - kinezyterapia – terapia ruchem;
- b) zajęcia i terapie artystyczne, w tym:
  - muzykoterapia (czynna, m.in. realizowana w formie zajęć ze śpiewu, bierna – realizowana m.in. w formie słuchania nagrań muzycznych),

- arteterapia (czynna, m.in. tworzenie prac plastycznych, oraz bierna – oglądanie, kontemplowanie i omawianie prac plastycznych),
  - teatroterapia (czynna, m.in. tworzenie przedstawień artystycznych, oraz bierna, m.in. oglądanie i omawianie przedstawień teatralnych),
  - biblioterapia (wspólne czytanie, omawianie i interpretowanie książek i poezji oraz organizowanie konkursów recytacji etc.),
  - choreoterapia (wspólna nauka dostosowanych do ograniczeń uczestników układów tanecznych, płaśów i improwizacji tanecznej),
  - filmoterapia (wspólne oglądanie wybranego filmu lub jego fragmentu wraz z jego interpretacją i wspólnym omówieniem);
- c) treningi zaradności życiowej, w tym:
- trening higieniczny (nauka dbania o higienę własną, czystość swojej odzieży oraz miejsca swojego pobytu, w tym mieszkania, miejsca w domu pobytu etc.),
  - trening budżetowy (nauka gospodarowania budżetem gospodarstwa domowego, w tym planowania wydatków oraz dokonywania płatności, jak również przeciwdziałanie oszustwom finansowym, np. dla osób chorujących na cukrzycę etc.),
  - trening kulinarny (nauka przygotowywania prostych i zdrowych posiłków oraz nauka doboru produktów zalecanych i unikania niezalecanych ze względów zdrowotnych, np. dla osób chorujących na cukrzycę etc.),
- d) socjoterapia, w tym:
- treningi asertywności (nauka posiadania i wyrażania własnego zdania, jego obrony oraz umiejętność powiedzenia nie),
  - nauka radzenia sobie z emocjami (nauka radzenia sobie ze stresem, smutkiem, umiejętność wyrażania i opanowywania emocji,
- e) ergoterapia, w tym:
- hortykuloterapia (terapia przez wspólną pracę w ogrodzie),
  - terapia przez prace w pracowniach krawieckich,
  - terapia przez prace w pracowniach stolarskich,
- f) treningi umiejętności społecznych, w tym:
- treningi umiejętności interpersonalnych (m.in. nauka prowadzenia rozmowy, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych),
  - treningi rozwiązywania problemów społecznych (m.in. treningi kształtowania prawidłowych relacji z rodziną i otoczeniem społecznym, umiejętności negocjacji i mediacji),

- treningi funkcjonowania w codziennym życiu (m.in. trening obsługi sprzętów i urządzeń, trening planowania wyjazdów, trening lekowy),
- trening umiejętności spędzania czasu wolnego (m.in. stymulowanie i rozwijanie zainteresowań towarzyskich, nabywanie umiejętności planowania rozwoju hobby i zainteresowań, prezentacja dostosowanego do potrzeb i ograniczeń zdrowotnych wachlarza możliwości realizacji hobby i zainteresowań).

Funkcjonowanie domu dziennego pobytu w opinii koordynator placówki. Wywiad z Moniką Nowak, Kierownik Zespołu Wsparcia ds. Osób Starszych i Niepełnosprawnych w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Targówek m.st. Warszawy

### **Jak pani jako koordynator zdefiniowałaby dom dziennego pobytu?**

**Monika Nowak:** Dom dziennego pobytu to praktycznie drugi dom, który powstał z myślą o seniorach i ich bliskich. Naszym celem jest zapewnienie osobom starszym uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i towarzyskim. Pragniemy przywrócić seniorom radość życia i wiarę w siebie. Myślę, że sytuacja epidemii Covid-19 pokazała, że seniorzy nie mogą żyć bez znajomych i przyjaciół, których poznali w naszej placówce, jak i pracowników. Liczne telefony, które były wykonywane w czasie zawieszenia działalności, były dla seniorów często jedynym kontaktem z drugim człowiekiem. Niesamowitą radością były dowieszone do mieszkań paczki żywnościowe tuż przed Wielkanocą – zostały one zakupione ze środków Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Targówek. Tylko bezpośrednia rozmowa z uczestnikami może pokazać, jak są związani z naszą placówką.

### **Koordynuje pani działalność Domu Dziennego Pobytu Dzielnicy Targówek, czy mogłaby pani omówić, ile osób jest obecnie podopiecznymi placówki oraz czy liczba osób chętnych przewyższa liczbę dostępnych miejsc?**

**M.N.:** Obecnie z formy pobytu dziennego w ośrodku wsparcia korzystają 42 osoby – dane za 2019 rok. Praktycznie codziennie zgłaszają się seniorzy chętni do spędzania czasu wśród innych osób. Dane demograficzne nie napawają optymizmem. Liczba seniorów w podeszłym wieku rośnie w szybkim tempie, natomiast brak jest miejsc, których oferta ukierunkowana jest na codzienne aktywne spędzanie czasu poprzez rozwijanie pasji i nawiązywanie

nowych relacji. W dzielnicy Targówek według danych GUS badających strukturę gospodarstw domowych największą liczbę stanowią gospodarstwa jednoosobowe. Sytuacja ta pokazuje, że nie każda osoba w wieku poprodukcyjnym czy osoba niesamodzielna może liczyć na pomoc od osoby bliskiej. Reasumując, chętnych jest dwukrotnie więcej niż miejsc.

### **Jak dużą liczbę wśród uczestników stanowią niesamodzielne osoby starsze?**

**M.N.:** Z uwagi na fakt, że zgłaszają się osoby powyżej 70. r.ż., praktycznie 80% wymaga dodatkowej pomocy. Często dopiero w trakcie pobytu w naszej placówce osoby dowiadują się o możliwości starania się o uzyskanie stopnia niepełnosprawności do celów rehabilitacji czy możliwości odliczania kosztów zakupu leków od podatku. Najczęściej osoby prowadziły skromne życie wspólnie z mężem czy żoną, nie korzystały z żadnych form pomocy. Dopiero owdowienie, samotność i obniżenie stopy życiowej sprawiają, że szukają pomocy instytucjonalnej.

### **Czy mogłaby pani opisać, jakie są zasady przyjęcia do domu dziennego pobytu oraz jakie wsparcie uzyskują podopieczni domu?**

**M.N.:** Oferta naszego ośrodka wsparcia skierowana jest dla osób starszych i z niepełnosprawnością, jednak muszą oni wykazywać się samodzielnością w czynnościach higienicznych oraz samodzielnym spożywaniu posiłku. Kandydaci wypełniają kwestionariusz, który precyzuje, jakiego oczekują wsparcia. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy, do którego dołączane jest zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia. Obecnie nie przyjmujemy osób z chorobami neurodegeneracyjnymi z uwagi na brak wyspecjalizowanej kadry. Po zakwalifikowaniu do udziału w zajęciach seniorzy korzystają z gimnastyki, zajęć manualnych, muzykoterapii, biblioterapii, spacerów, imprez tanecznych. W trakcie dnia jest wydawany gorący posiłek. Okres od wiosny do jesieni staramy się spędzać w pobliskim ogródku. Grillujemy, rozmawiamy, śpiewamy. Angażujemy seniorów do dbania o zieleń – oczywiście w miarę możliwości zdrowotnych – wiek i stan zdrowia mają swoje ograniczenia. Od grudnia 2016 r. w ramach integracji międzypokoleniowej w DDP odbywają się spotkania z przedszkolakami z trzech placówek mieszczących się na Targówku: przedszkole nr 18 przy ul. Bolívara 6, przedszkole nr 156 przy ul. Żuromińskiej 2a oraz przedszkole nr 120 przy ul. W. Tokarza 2. Dnia 2 grudnia 2019 r. zostało podpisane czwarte porozumienie z „Przedszkolem

z Serduszkciem” mieszczącym się przy ul. Bazylikańskiej 10. W zeszłym roku w ramach projektu „Zaciągnij się kulturą” studenci Akademii Pedagogiki Specjalnej zaprosili seniorów do kina i Centrum Nauki Kopernik. Spotkania były długo wspomniane przez osoby, które w nich uczestniczyły. Na spotkania przychodzą funkcjonariusze policji, którzy uczulają i przestrzegają oraz przedstawiają metody oszukiwania i wyłudzenia pieniędzy od osób starszych. Bardzo miło wspominaliśmy każde spotkanie z pracownikami i uczestnikami zajęć w Fundacji Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym, zwłaszcza że część naszych podopiecznych jest aktywna w działaniach fundacji.

### **Czy pani zdaniem jest to wsparcie wystarczające, czy ustawodawca powinien rozszerzyć katalog wsparcia?**

**M.N.:** Badania populacji jednoznacznie wskazują na systematycznie zwiększającą się liczbę osób w wieku poprodukcyjnym, wśród których w najbliższym czasie ujawniać się będą osoby niesamodzielne i potrzebujące wsparcia. Zgodnie z tendencjami ogólnowsiatowymi jedna trzecia tych osób zachoruje na chorobę Alzheimera lub inne otępienie. Należy podkreślić, że nie choruje na tę chorobę jedna osoba, a cała rodzina. Problem gospodarstw jednoosobowych poruszony jest także w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ*: „Proces zmiany struktury demograficznej w wielu gminach i powiatach połączony jest w dużym stopniu z procesami wyludniania terenu, ponieważ młode pokolenie wyjeżdża w poszukiwaniu pracy, na miejscu z kolei pozostają starsi mieszkańcy wymagający z czasem pomocy organizowanej przez instytucje publiczne”.

W kompetencjach Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej na szczeblu centralnym znajduje się także kreowanie polityką społeczną skierowaną na potrzeby seniorów i osób chorych oraz niepełnosprawnych. Od wielu lat propagowane są programy mające na celu poprawę sytuacji osób potrzebujących. Nacisk kładziony jest na zwiększenie aktywności lokalnej, zaspokojenie potrzeb bytowych oraz opiekuńczych. Do programów, które w ostatnich latach miały na celu poprawę sytuacji osób starszych, samotnych, chorych oraz z niepełnosprawnościami, a pełnych chęci do aktywnego uczestnictwa w społeczności lokalnej, należą Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS 2014–2020), „Senior +”, „Opieka 75 +”, „Posiłek w szkole i w domu”. Brak środków finansowych uniemożliwia wspieranie na wysokim poziomie pasji, aktywności, rozwoju kulturalnego, poznawania świata.



Olbrzymim deficytem w naszym kraju są ośrodki wsparcia dla osób z chorobami neurodegeneracyjnymi wzorujące się na programie pozytywnej opieki według Teepy Snow, które są niedoścignionym ideałem wśród trudnej do akceptacji niesamodzielności osób cierpiących na chorobę Alzheimera i inne otępienia. Kontakt z jedyną licencjonowaną terapeutką Polką – Marleną Meyer, wywiera na korzystających z jej wiedzy ogromne wrażenie. Krótkie szkolenie pozwala spojrzeć oczami osoby chorej na otaczający świat. Kilka prostych ćwiczeń uświadamia osobie, która może mieć do czynienia z chorą, że nie liczy się efekt, a sam proces. Zawsze podczas rozmów z opiekunami osób chorych na chorobę Alzheimera uczulam, że nie powinny robić nic za nią. Działanie pozwala się czuć ważnym i nadal pełnoprawnym członkiem rodziny, nawet jak jest już niesamodzielnym. Wyręczanie podopiecznych nie pomaga nikomu. Osoby chore przestają chcieć – opiekun ma więcej pracy, osoba chora staje się mniej samodzielna – opiekun ma więcej pracy, osoba chora leży w łóżku – opiekun pełni swoją funkcję 24 godziny na dobę.

### **Czy koordynowana przez panią placówka współpracuje ze społecznością lokalną?**

**M.N.:** Rozwijany przez koordynatora organizowania społeczności lokalnej program i częste kontakty z seniorami pobudziły wielu z nich do zwiększenia swojej aktywności popołudniami i w weekendy. Chętnie biorą udział w szkoleniach dotyczących nabywania umiejętności w pisaniu wniosków o dofinansowanie inicjatyw dla całej społeczności, spotykają się z innymi organizacjami, spędzają czas wśród osób młodych, młodszych i dzieci. Brak kontaktu ze swoimi rodzinami sprawia, że każde takie spotkanie wywołuje fale wzruszeń. Osoby, które mają problem z poruszaniem się po płaszczyznach dla dzieci, są w stanie wejść po kilkunastu schodach, jednym słowem, współpraca ze społecznością lokalną pozytywnie wpływa na stan zdrowia i ducha uczestników Domu Dziennego Pobytu. Wspomniany przeze mnie projekt socjalny „Jesteśmy sobie potrzebni” czy wspólnie organizowane z grupami wsparcia i korzystającymi z Klubów Seniorów Dzielnicowego Dnia Seniora oraz podopiecznymi Fundacji „Hej, Koniku!” cementuje trwające znajomości i pozwala nawiązać nowe.



**Czy zgodzi się pani ze stwierdzeniem, że dom dziennego pobytu pozwala seniorom i ich rodzinom opóźnić, a często nie podjąć decyzji o zamieszkaniu osoby starszej w domu pomocy społecznej?**

**M.N.:** Ostatnie lata niezbitnie pokazują, że teza postawiona w pytaniu jest prawdziwa. Nieliczne wyjątki, które uległy wypadkowi typu złamanie kości udowej i wymagają całodobowej specjalistycznej opieki, są umieszczane w placówkach stacjonarnych. Mogę oczywiście mówić o osobach korzystających z naszego ośrodka wsparcia. W zeszłym roku jedna osoba w wieku 94 lat została umieszczona w ośrodku rehabilitacyjnym. Niestety, zmarła po kilku miesiącach, jednak rodzina, z którą byliśmy i jesteśmy w kontakcie, mówiła nam o ciepłych słowach na temat naszej kadry i czasie spędzonym wśród przyjaznych osób.

Tak jak wspomniałam wcześniej, brak dziennych placówek dla osób z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami powoduje, że opieka spoczywa na jednej osobie, najczęściej w podobnym wieku, jednak wysiłek fizyczny i obciążenie psychiczne powodować może duże spustoszenie w organizmie opiekuna, co kończy się w najlepszym przypadku koniecznością sprawowania opieki nad dwiema chorymi osobami. Możliwość scedowania części opieki i terapii nad osobą niesamodzielną na osoby do tego przeszkolone powoduje, że opiekun może dłużej sprawować opiekę w środowisku naturalnym. Stan ten wydłuża życie i sprawność osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

**Czy koordynując działania domu dziennego pobytu, zauważyła pani wzrost zainteresowania mediów, społeczeństwa tym obszarem, czy nadal jest przemilczany przez media, często traktowany stereotypowo, mylony z domami pomocy społecznej?**

**M.N.:** Niestety, ponownie muszę zgodzić się z drugą częścią pytania. Cały czas rodziny osób kontaktujących się ze mną w celu uzyskania informacji o placówce mówią o domu pomocy społecznej. Zgłaszają się rodziny, które mówią o konieczności karmienia, zmiany pieluch czy towarzyszeniu przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Zainteresowanie w społeczeństwie jest tylko przy poszukiwaniach miejsca do umieszczenia seniora. Nawet teraz, w dobie panującego koronawirusa, gdzie działalność placówek typu dziennego jest zawieszona przez Wojewodę Mazowieckiego, w mediach słyszymy o całodobych DPS-ach, ZOL-ach. Nie ma informacji o osobach, które z dnia na

dzień straciły możliwość spotykania się w ciągu dnia ze znajomymi czy nawet wspólnego zjedzenia ciepłego posiłku.

Pozytywnym światłem w tunelu jest zgoda władz dzielnicy na utworzenie drugiej placówki – w jej działaniach brane są już pod uwagę osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi.

### **Czy otrzymywała pani w czasie epidemii koronawirusa informacje od podopiecznych, jak sobie radzą podczas zamknięcia placówki?**

**M.N.:** Nasi seniorzy podczas całego okresu, w którym muszą pozostać w domu, wykazują zrozumienie sytuacji. Pracownicy codziennie kontaktują się z nimi, prowadząc rozmowy wspierające, informując o aktualnych zaleceniach Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego. Budującym jest fakt, że bardzo uaktywniły się rodziny. Seniorzy, którzy boją się wychodzić z domu, mają na bieżąco uzupełniane niezbędne produkty codziennego użytku. Z uzyskiwanych informacji wynika, że na Targówku osiem osób skorzystało ze wsparcia Fundacji „Wolne miejsca”, które wspólnie z m.st. Warszawa przygotowywało śniadanie wielkanocne dowieszone do mieszkań. Z osób uczestniczących w zajęciach DDP wsparcia w tej formie wymagała jedna osoba. Seniorzy byli niesamowicie wdzięczni za przygotowane przez Ośrodek Pomocy Społecznej paczki świąteczne, które składały się z produktów gotowych do spożycia w Niedzielę Wielkanocną. Praktycznie każdy kontakt kończy się pytaniem: „Kiedy możemy wrócić?”. Uczestnicy tęsknią za swoim towarzystwem. Mogą kontaktować się telefonicznie, jednak to za mało...

### **Jakie pani zdaniem wyzwania przed polityką na rzecz osób starszych stawia postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego?**

**M.N.:** Dyskusja dotycząca rozwoju usług społecznych dla osób potrzebujących w wieku 60+ jest niezbędna. Prognozy dotyczące zwiększania się w społeczeństwie osób z rozwiniętymi chorobami neurodegeneracyjnymi jak i starzenie się winny być bodźcem do rozmów na wysokim szczeblu. Utrzymywanie, rozwijanie nowych form w środowisku, deinstytucjonalizacja, wychodzenie naprzeciw potrzebom, a nie reagowanie na zaistniały problem, jest moim zdaniem najpilniejszym zadaniem dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, samorządów oraz organizacji pozarządowych. Tylko wspólne działanie na tych trzech poziomach jest w stanie wypracować nowatorskie metody mogące zapobiegać kryzysom, a nie gasić pożary. Bardzo ułatwia tworzenie takich ofert, obserwowanie sposobów

radzenia sobie z podobnymi problemami, które wcześniej wystąpiły w innych krajach. Uczestnictwo w projektach współfinansowanych przez Unię Europejską, które w formie pilotażu testują nowe rozwiązania dotyczące łączenia pomocy w formie usług opiekuńczych, teleopieki oraz włączania instytucji wolontariuszy w opiekę nad osobą niesamodzielną, pozwala na rozpoczęcie modyfikacji systemu usług opiekuńczych w Polsce. Ośrodek Pomocy Społecznej ma doświadczenie w uczestniczeniu w projekcie „Z@OPIEKOWANI – kompleksowe wsparcie osób niesamodzielnych w m.st. Warszawie”, który koordynowałam ze strony OPS. W ciągu dwóch lat z tej formy pomocy skorzystało 18 osób. Seniorzy, którzy uczestniczyli w projekcie, informowali, że poziom życzliwości, elastyczność w realizowaniu zakresu usług są niezbędnymi warunkami do korzystania z tej formy pomocy.

### **Jakich argumentów użyłaby pani jako koordynator, aby zachęcić gminy do tworzenia domów dziennego pobytu?**

**M.N.:** Osoby starsze, samotne, szukające kontaktu i przyjaźni z rówieśnikami oraz seniorzy, którym zależy na interesującym spędzaniu wolnego czasu, mogą jesień życia spędzić wśród przyjaźnie nastawionych osób. Wykwalifikowana i pełna ciepła kadra – taka jak w Domu Dziennego Pobytu Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Targówek – pozwoli odnaleźć się w zabieganym, pełnym niepewności świecie. Domy Dziennego Pobytu mogą dać wsparcie rodzinom, którym zależy na zapewnieniu bezpieczeństwa, towarzystwa i utrzymania dobrej kondycji psychicznej, fizycznej i społecznej najbliższym, jednakże z różnych powodów nie mogą się nimi zaopiekować. Wreszcie pobyt w DDP pozwala odkryć bądź realizować swoje pasje, rozwijać nowe i przede wszystkim dłużej żyć w zdrowiu i uśmiechu. Naprawdę warto zobaczyć uśmiech seniora.

## **2. Gospodarstwa opiekuńcze**

### **Gospodarstwo opiekuńcze jako forma aktywizacji i opieki nad seniorami**

Gospodarstwa opiekuńcze to „innovacyjne podejście do rolnictwa, w którym istotą jest jego wielofunkcyjność rozumiana jako możliwość zaspokojenia w gospodarstwie rolnym potrzeb nie tylko produkcji rolnej, ale również pozarolniczych: środowiskowych, kulturowych, gospodarczych i społecznych” (Kamiński, 2018, s. 8). Zgodnie z założeniem gospodarstwo opiekuńcze musi

więc łączyć dwie z powyższych form działalności, przy czym obowiązkową formą działalności jest działalność rolnicza.

W związku ze starzeniem się społeczeństwa polskiego, w tym wzrostem liczby osób starszych mieszkających na wsiach, których liczba zgodnie z prognozami GUS wzrośnie do 2035 r. do 3,4 mln, co będzie stanowić 22% mieszkańców wsi (*Prognoza ludności...*, 2014), istotnym wyzwaniem dla polityki społecznej staje się kwestia zapewnienia wysokiej klasy usług opiekuńczych dla niesamodzielnych seniorów mieszkających na wsiach.

Odpowiedzią na te wyzwania mogą być gospodarstwa opiekuńcze, które odpowiadają na poniższe potrzeby mieszkających na wsiach osób starszych i ich rodzin:

- dezaktywizacja zawodowa członków rodzin niesamodzielnych osób starszych, którzy ze względów na sprawowanie opieki nad seniorami musieli zrezygnować z pracy zawodowej (w tym pracy w gospodarstwie rolnym);
- wzrost liczby samotnych osób starszych, których dzieci założyły swoje rodziny w miastach, a oni pozostali na wsiach, natomiast po śmierci swoich współmałżonków stali się osobami samotnymi;
- konieczność rezygnacji (wraz z przejściem na emeryturę) z prowadzenia gospodarstwa rolnego, dlatego możliwość przebywania w gospodarstwach opiekuńczych (w tym korzystania z agroterapii) jest dla seniorów namiastką posiadanego przez siebie gospodarstwa i wykonywanych w nim prac;
- brak działań aktywizacyjnych skierowanych do senioralnych mieszkańców wsi, wykorzystujących ich wiedzę i doświadczenie oraz zachęcające ich do aktywnego (dostosowanego do potrzeb i ograniczeń zdrowotnych) spędzania wolnego czasu;
- niewielka liczba domów dziennego pobytu, domów dziennych senior + i klubów „Senior +” w miejscowościach wiejskich oraz niedostosowanie prowadzonych w (nielicznych) znajdujących się na wsiach domach dziennego pobytu terapii i form udzielanego wsparcia;
- deinstytucjonalizacja, czyli przejście od opieki instytucjonalnej do wspierania seniorów w środowisku ich zamieszkania – dzięki wspieraniu osób starszych w gospodarstwach opiekuńczych (prowadzonych w nim terapii i innych zajęć usprawniających) wielu z nich opóźni lub nie podejmie decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej;
- niska rentowność małych, rodzinnych gospodarstw rolnych, które nie zagospodarowywały do prac polowych wszystkich członków rodzin, którzy ze względów ekonomicznych musieli wyjeżdżać za pracą do innych miejscowości.

## Korzyści ekonomiczne i społeczne wynikające z funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych

Idea tworzenia i funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych jest koncepcją interdyscyplinarną i wpisuje się jednocześnie w różne obszary tematyczne polityki państwa, których przykładami są (Stępnik, 2018, s. 12):

- polityka demograficzna w obszarze przeciwdziałania migracjom zarobkowym członków rodzin rolniczych, którzy nie byli w stanie utrzymać się z prowadzonego gospodarstwa, wspieranie rodzin z osobami zależnymi oraz likwidowanie negatywnych skutków związanych z kwestią starzenia się społeczeństwa;
- polityka gospodarcza w obszarze rozwoju przedsiębiorczości i powstawaniu podmiotów pozarolniczej działalności gospodarczej na terenach wiejskich;
- polityka rolnictwa i rozwoju wsi w obszarze przeciwdziałania likwidacji gospodarstw rolnych, podejmowanie działań z zakresu restrukturyzacji i rozwoju nowych form rolnictwa (w tym rolnictwa ekonomicznego), podniesienie poziomu wykształcenia rolników i członków ich rodzin przez odbycie przez nich kursów i szkoleń z zakresu prowadzenia gospodarstw opiekuńczych, w tym sprawowaniu opieki nad osobami starszymi;
- polityka pomocy społecznej, w obszarze deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych, w tym podejmowanie działań sprzyjających opóźnieniu (lub nie podjęciu) decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej przez niesamodzielne osoby starsze, przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu seniorów oraz zapewnienie im wysokiej jakości usług społecznych w miejscu zbliżonym do prowadzonych przez ich rodzinnych gospodarstw rolnych;
- polityka rynku pracy, w obszarze tworzenia nowych miejsc pracy dla rolników i członków ich rodzi oraz aktywizacji zawodowej bezrobotnych mieszkańców wsi;
- polityka rozwoju regionalnego, w obszarze wyrównywania różnic między regionami (w tym w dostępie do usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym), możliwości restrukturyzacji gospodarstw rolnych.

## Rola i przyszłość gospodarstw opiekuńczych w opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Mimo iż gospodarstwa opiekuńcze w Polsce są wciąż rzadkością, to w wielu państwach Unii Europejskiej z sukcesem funkcjonują już od wielu lat. W związku ze zróżnicowaniem funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych, które w Europie są również nazywane zieloną terapią, rolnictwem społecznym, rolnictwem opiekuńczym, rolnictwem dla zdrowia, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny w 2013 r. wydał opinię *Rolnictwo społeczne: zielone usługi terapeutyczno-opiekuńcze oraz polityka społeczna i zdrowotna*, w której definiuje je jako „zespół działań, wykorzystujących zasoby rolne, zarówno roślinne, jak i zwierzęce, aby wytworzyć świadczenia społeczne na obszarach wiejskich i podmiejskich, takie jak rehabilitacja, terapia, chronienia miejsca pracy, uczenia się przez całe życie i inne działania przyczyniające się do integracji społecznej”.

Powyższe ujęcie rolnictwa społecznego podkreśla stworzenie w ramach funkcjonującego gospodarstwa rolnego warunków umożliwiających uczestnictwo w zajęciach gospodarczych osobom wymagającym wsparcia i opieki, które przyczynia się do ich aktywizacji, rozwoju oraz poprawy samopoczucia. Inna z wymienionych przez Komitet definicji ujmuje gospodarstwo opiekuńcze jako „innovacyjne podejście łączące dwie koncepcje: rolnictwo wielofunkcyjne i usługi społeczne na poziomie lokalnym. W ramach produkcji rolnej przyczyniają się do poprawy samopoczucia i integracji społecznej osób o szczególnych potrzebach” i – jak wyjaśnia Komitet w swojej opinii – Unia Europejska powinna wspierać powstawanie i funkcjonowanie tej formy działalności, która może być odpowiedzią na zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze (zwłaszcza na wsiach) wynikające z kwestii starzenia się społeczeństwa europejskiego. Dlatego Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny opracował listę zaleceń, które według niego przyczyniłaby się do szybkiego rozwoju rolnictwa społecznego, wśród których wymienił:

- prowadzenie badań interdyscyplinarnych służących potwierdzeniu rezultatów osiągniętych w gospodarstwach opiekuńczych oraz rozpowszechnianiu wyników badań i analiz;
- utworzenie i wzmacnianie sieci gospodarstw opiekuńczych, które pozwolą na wzajemną wymianę doświadczeń, dzielenie się zdobytą wiedzą pomiędzy osobami prowadzącymi gospodarstwa zarówno na poziomie regionalnym, krajowym, jak i europejskim;

- uruchomienie szkoleń dla osób zainteresowanych prowadzeniem gospodarstw opiekuńczych, których celem będzie wzrost ich kompetencji zarówno z zakresu prowadzenia działalności rolniczej, włączania w nią podopiecznych gospodarstwa, jak i w zakresie sprawowania opieki nad seniorami korzystającymi ze wsparcia gospodarstwa i z zakresu promowania swoich usług i osiągnięć;
- uregulowanie form prawnych funkcjonowania gospodarstw, gdyż obecnie w zależności od państw członkowskich funkcjonują one jako podmioty rolne, przedsiębiorstwa, podmioty ekonomii i przedsiębiorczości społecznej oraz gospodarstwa prowadzone przez organizacje III sektora;
- stworzenie sprzyjających warunków do rozwoju gospodarstw opiekuńczych, m.in. przez uznanie istotnego wkładu, jaki wnosi rolnictwo społeczne w rozwiązywanie kwestii i problemów społecznych związanych z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu oraz zapotrzebowaniem na świadczenie usług opiekuńczych na rzecz osób starszych, m.in. przez wspieranie gospodarstw opiekuńczych przez organy administracji publicznej;
- wspieranie gospodarstw opiekuńczych przez państwa członkowskie przez opracowanie zintegrowanych planów umożliwiających rolnictwu społecznemu korzystanie z funduszy unijnych;
- włączenie gospodarstw opiekuńczych do strategii rozwoju zrównoważonego oraz wspólnych ram strategicznych. Działanie to pozwoliłoby na korzystanie przez gospodarstwa opiekuńcze z nowych źródeł finansowania, w tym funduszy strukturalnych (m.in. EFRROW, EFRR).

Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyróżnił również cztery główne dziedziny wsparcia społecznego udzielanego przez gospodarstwa opiekuńcze:

- zajęcia reedukacyjne i terapeutyczne,
- integracja w świecie pracy i włączenie społeczne,
- działania pedagogiczne,
- usługi opiekuńcze.



Funkcjonowanie gospodarstw opiekuńczych w praktyce. Rozmowa z Aleksandrą Bielińską z Kujawsko-Pomorskiego Ośrodka Doradztwa Rolniczego w Minikowie

### **Czym pani zdaniem jest gospodarstwo opiekuńcze?**

**Aleksandra Bielińska:** Gospodarstwo opiekuńcze to miejsce świadczenia usług społecznych w oparciu o zasoby gospodarstwa rolnego i środowisko naturalne.

### **A jakie usługi może świadczyć gospodarstwo opiekuńcze?**

**A.B.:** W gospodarstwie opiekuńczym (w zależności od grupy odbiorców) może być świadczonych wiele usług społecznych, w tym m.in. edukacyjne, aktywizacji społecznej i zawodowej oraz oczywiście opiekuńcze, skierowane m.in. do osób starszych, osób z niepełnosprawnościami.

### **Czy mogłaby pani opowiedzieć, skąd wziął się pomysł na stworzenie gospodarstw opiekuńczych w województwie kujawsko-pomorskim?**

**A.B.:** Pomysł na rozwój gospodarstw opiekuńczych na naszym terenie był pomysłem (byłego dyrektora naszego ośrodka, a obecnie wiceministra) Ryszarda Kamińskiego, który na początku lat dwutysięcznych współpracował w województwie podkarpackim z lokalną grupą działania i właśnie na tym obszarze pojawiła się jedna z pierwszych inicjatyw związanych z rozwojem usług opiekuńczych, która miała być odpowiedzią na zapotrzebowanie na świadczenie usług opiekuńczych w małych środowiskach wiejskich oraz jednocześnie szansą na rozwój gospodarstw rolnych (które nie posiadały odpowiednich zasobów i możliwości, by móc utrzymać się tylko z pracy na roli), dającym możliwość pozostania w tym gospodarstwie wszystkim członkom rodziny, bez konieczności wyjazdu za pracą. Ponadto przy powstawaniu gospodarstw opiekuńczych zostało wykorzystane doświadczenie naszego ośrodka z realizacji projektu „Nowy zawód – nowa szansa...” (którego celem była reorientacja zawodowa mieszkańców wsi), w tym podglądowego wyjazdu studyjnego (wraz z właścicielami gospodarstw rolnych) do holenderskich gospodarstw opiekuńczych. Zamierzaliśmy poznać ich struktury oraz uzyskać informacje od holenderskich rolników nt. kwestii związanych z powstawaniem i prowadzeniem gospodarstw opiekuńczych. Następnie w zainteresowanych gospodarstwach stworzyliśmy indywidualne plany, jakie działania powinny podjąć, aby móc przekształcić się w gospodarstwa opiekuńcze.



Zastosowaliśmy podejście „od szczegółu do ogółu” i bazując na indywidualnych planach, określiliśmy cztery modele gospodarstw opiekuńczych, możliwe do funkcjonowania w Polsce.

### **A od jak dawna funkcjonują na państwa obszarze gospodarstwa opiekuńcze?**

**A.B.:** Kujawsko-Pomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego w Minikowie rozpoczął działania związane z promowaniem i powstawaniem gospodarstw opiekuńczych już w 2013 r. W latach 2016–2018 realizowaliśmy projekt „Zielona opieka – gospodarstwa opiekuńcze w woj. kujawsko-pomorskim”. Obecnie nasz ośrodek realizuje projekt „Opieka w zagrodzie...”, który jest finansowany z Regionalnego Programu Operacyjnego.

### **Czy mogłaby pani opowiedzieć, w jaki sposób zrekrutowali państwo chętne gospodarstwa, by stały się gospodarstwami opiekuńczymi, oraz jakie warunki musiało spełniać gospodarstwo, aby zostało przekształcone w gospodarstwo opiekuńcze?**

**A.B.:** Do obecnie realizowanego projektu rekrutowaliśmy jednocześnie gospodarstwa i osoby chętne, które chciały zająć się prowadzeniem gospodarstw opiekuńczych. Proces wyboru poprzedziła kampania informacyjna i zgłaszanie się chętnych gospodarstw, które musiały spełnić postawione w ogłoszeniu wymogi, m.in. być rodzinnym gospodarstwem rolnym czy agroturystycznym, którego członkowie – po odpowiednim przeszkoleniu – zajmą się świadczeniem usług na rzecz beneficjentów projektu oraz posiadać odpowiednią infrastrukturę i bazę lokalową.

### **Czy mogłaby pani powiedzieć, jakie warunki lokalowe powinno posiadać gospodarstwo opiekuńcze oraz jakie wymogi lokalowe musiały spełnić gospodarstwa opiekuńcze uczestniczące w realizowanym projekcie?**

**A.B.:** Minimum, jakie musiało spełnić gospodarstwo opiekuńcze, było zapewnienie jednego pomieszczenia dziennego pobytu, wyposażonego w stół, krzesła, kanapę etc., w którym podopieczni mogliby spędzać czas oraz spożywać posiłki oraz jednego pokoju służącego do odpoczynku i indywidualnych rozmów (zapewniającego miejsce do siedzenia, m.in. podczas rozmów z psychologiem oraz do leżenia – gdyby osoba starsza potrzebowała odpoczynku).

Ponadto gospodarstwo musiało zapewnić dostęp do łazienki, toalety oraz kuchni. Oprócz powyższych warunków lokalowych seniorzy będący w gospodarstwie opiekuńczym powinni mieć przygotowane miejsce do przebywania na świeżym powietrzu.

**Ilu beneficjentów korzysta jednocześnie z uczestniczących w projekcie gospodarstw? Czy są to małe, kameralne gospodarstwa, czy skierowane do dużej grupy odbiorców?**

**A.B.:** Zgodnie z założeniami projektu zależało nam, aby były to gospodarstwa, z których wsparcia będzie korzystać od pięciu do ośmiu seniorów, co będzie sprzyjać budowaniu odpowiednich relacji oraz zapewniać warunki najbardziej zbliżone do domowych.

**To kolejny realizowany przez państwa projekt z obszaru tworzenia gospodarstw opiekuńczych w województwie kujawsko-pomorskim. Czy gospodarstwa opiekuńcze cieszą się dużym zainteresowaniem odbiorców, czy raczej jest problem z przekonaniem seniorów do skorzystania z tej formy wsparcia?**

**A.B.:** Zgodnie z założeniami projektu każdy z uczestników może korzystać ze wsparcia gospodarstwa przez pół roku, dlatego w ciągu półtorarocznej edycji projektu następuje trzykrotnie „wymiana” beneficjentów. Mimo to za każdym razem do skorzystania z usług gospodarstwa opiekuńczego zgłasza się odpowiednia liczba chętnych osób (w większości starszych), co świadczy również o zapotrzebowaniu na realizację usług – zwłaszcza dla seniorów mieszkających na wsi, do których jest adresowanych zdecydowanie mniej usług opiekuńczo-usprawniających niż do ich rówieśników mieszkających w miastach.

**A czy wśród uczestników są seniorzy z niepełnosprawnościami?**

**A.B.:** Tak, ze wsparcia gospodarstw opiekuńczych korzystają zarówno seniorzy z formalnie orzeczoną niepełnosprawnością (posiadający orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności), jak i seniorzy z ograniczoną sprawnością i schorzeniami ograniczającymi ich samodzielność, lecz często nieposiadający formalnego orzeczenia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności. Jest to widoczne podczas pobytu seniorów w gospodarstwach, korzystaniu przez nich z udzielanego wsparcia, podczas wspólnych wyjść i wyjazdów, jak również wynika z dokumentacji seniorów.

## **Jakie narzędzia informacyjne wykorzystują państwo, aby dotrzeć do seniorów, którzy mogliby stać się potencjalnymi odbiorcami usług gospodarstw opiekuńczych?**

**A.B.:** Najtrudniejszym było dotarcie do pierwszych grup uczestników, gdyż dla wielu seniorów gospodarstwo opiekuńcze było całkowitą nowością. Obecnie przy promocji projektu i informowaniu potencjalnych uczestników o możliwości uczestnictwa w projekcie wykorzystujemy różne narzędzia informacyjne, z których chyba najskuteczniejszą jest tzw. poczta pantoflowa oraz informacje, które docierają do nowych uczestników od ich znajomych, którzy sami korzystali ze wsparcia gospodarstw opiekuńczych. Organizowaliśmy też spotkania w charakterze „drzwi otwartych”.

## **Na jakie wsparcie mogą liczyć osoby starsze przebywające w gospodarstwie opiekuńczym?**

**A.B.:** Seniorzy mogą korzystać z opieki trwającej osiem godzin dziennie i prowadzonej przez pięć dni w tygodniu. Opiekun codziennie przyjmuje w swoim gospodarstwie osoby starsze, aktywnie spędza z nimi czas wolny oraz organizuje im różne zajęcia i terapie (które przybierają mniej formalną formę, m.in. w ramach agrotterapii seniorzy wspólnie z opiekunami gospodarstwa dbają o sad, rośliny i zwierzęta, a w ramach biblioterapii wspólnie czytają i omawiają książki). Wsparcie jest dobierane indywidualnie pod kątem uczestników oraz możliwości opiekunów (np. w przypadku uzdolnień manualnych opiekunów, prowadzą oni zajęcia z rękodzieła lub w przypadku wiedzy zielarskiej seniorzy zajmują się pielęgnacją ziół i omawiają ich stosowanie, przygotowują napary). Podopieczni gospodarstwa mogą liczyć również na wsparcie psychologa, który regularnie odwiedza ich w gospodarstwach i pomaga w rozwiązaniu ewentualnych trudności adaptacyjnych lub innych związanych z pobytem seniora w gospodarstwie. Niejednokrotnie prowadzi też indywidualne rozmowy związane z ich doświadczeniami lub życiem rodzinnym. Ponadto w gospodarstwach przeważnie działają wolontariusze organizujący seniorom czas wolny oraz wspierający ich (zwłaszcza osoby mniej sprawne) podczas wspólnych wyjść i wyjazdów.

**Czy mogłaby pani przedstawić przykład, omówić w kilku zdaniach jedno ze znajdujących się na państwa obszarze gospodarstw opiekuńczych?**

**A.B.:** Na etapie rekrutacji zgłosiło się do nas gospodarstwo prowadzące produkcję roślinną i zwierzęcą. Mąż zajmował się gospodarstwem, dzieci doraślały, gospodyni pracowała dorywczo. Gdy przeczytała ogłoszenie, pomyślała, że może to coś dla niej. Lokalni seniorzy początkowo podchodzili z rezerwą do pomysłu opieki, jednak się nie poddawała i znalazła grupę chętnych. Proponowała im różne zajęcia: wspólne gotowanie, dbanie o ogród, jest bardzo uzdolniona manualnie i kreatywna, więc przygotowywali dekoracje i zdobili przedmioty codziennego użytku. Zaprzyjaźnili się z sąsiednimi gospodarstwami opiekuńczymi, czasem się odwiedzali, czasem jechali razem na wycieczkę. Okazało się, że zmiany podopiecznych są też ważne dla doświadczenia opiekunów – rozmawiałam z nią, że druga grupa znacząco się różni od pierwszej i musi modyfikować wypracowane rozwiązania. Myślę, że nastawienie na rozwój i gotowość do wprowadzania zmian są ważne dla osób chcących zająć się opieką.

**Czy pani zdaniem gospodarstwa opiekuńcze mogą być odpowiedzią na zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla seniorów mieszkających na wsiach oraz alternatywą dla nielicznych domów dziennego pobytu na terenach wiejskich?**

**A.B.:** Tak. Ze względu na świadczone w gospodarstwach usługi opiekuńcze może być ono odpowiedzią na zapotrzebowanie na tego typu usługi w środowisku lokalnych seniorów. Ponadto ze względu na czas przebywania osób starszych w gospodarstwie (średnio osiem godzin dziennie) oraz prowadzone w nim terapie, działania integracyjno-aktywizujące gospodarstwo opiekuńcze mogą być alternatywą dla domów dziennego pobytu.

**Jakie pani zdaniem bariery utrudniają powstawanie i funkcjonowanie gospodarstw opiekuńczych w Polsce?**

**A.B.:** Bariery te można podzielić na kilka grup:

- Pierwszą z nich są bariery finansowe, dotyczące zarówno finansowania kosztów przekształcania (dostosowania) gospodarstw rolnych do wymogów gospodarstwa opiekuńczego, jak i kosztów utrzymania seniorów w placówce (w tym kosztów utrzymania gospodarstwa, pensji kadry

zaangażowanej w opiekę i rozwój seniorów, kosztów wyżywienia, wyjazdów etc.), gdyż nie wszystkie samorządy wiejskie jest stać na utrzymywanie tego typu placówek, zaś ich działalność na zasadzie komercyjnej wyklucza udział seniorów z bardzo niskim emeryturami, często samotnych, najbardziej wymagających rzeczywistego wsparcia opiekuńczego.

- Drugą barierą jest brak jasnych uregulowań prawnych, definiujących, czym jest gospodarstwo opiekuńcze, jakie powinno spełniać wymogi oraz realizować działania. Bez unormowania prawnego istnieje wiele typów i rodzajów gospodarstw opiekuńczych udzielających wsparcia na bardzo różnym poziomie. Wprowadzenie uregulowań prawnych sprzyałoby powstawaniu i rozwojowi gospodarstw opiekuńczych oraz świadczenia w nim wsparcia na wysokim poziomie.
- Bariery związane z dojazdem i powrotem osób starszych do swoich domów, które są bardzo istotne w sytuacji seniorów z niepełnosprawnościami, ale też samotnych.

### 3. Dom pomocy społecznej

#### Uregulowania prawne dotyczące funkcjonowania domu pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Funkcjonują na podstawie Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. z dnia 12 marca 2004 r. Nr 64, poz. 593, zm. Dz.U. z dnia 16 lutego 2007 r. Nr 48, poz. 320), rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 lipca 2005 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2005 r., Nr 153, poz. 1276), rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, (Dz.U. z dnia 30 września 2005 r., Nr 189, poz. 1598, zm. Dz.U. z 2006 r. Nr 134, poz. 943), rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2005 nr 217, poz. 1837) oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 21 października 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu działania w sprawach przyjęcia do domu pomocy społecznej oraz wypisania z domu pomocy społecznej osoby chorej psychicznie i upośledzonej umysłowo (Dz.U. z dnia 31 października 2005 r., Nr 219, poz. 1871).

Wymieniona ustawa i rozporządzenia stanowią podstawę prawną działalności domów pomocy społecznej. Regulują kwestie tworzenia placówek, kwestię organizacji domu oraz świadczonych przez dom usług (m.in. bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych) na rzecz swoich mieszkańców oraz warunków, jakie musi spełnić placówka, aby mogła rozpocząć działalność jako dom pomocy społecznej, nadzór nad jego działalnością. Powyższe akty prawne regulują również kwestie umieszczania w placówce mieszkańców wraz z określeniem ich liczby oraz kwestię odpłatności za ich pobyt w placówce, kwestię zatrudniania personelu i wymagań, jakie muszą spełniać osoby pracujące w domu pomocy społecznej.

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej regulują również obowiązujące w nim dokumenty wewnętrzne, których przykładem jest statut i regulamin organizacyjny. Statut jest najważniejszym wewnętrznym dokumentem regulującym funkcjonowanie placówki. W dokumencie tym są zawarte informacje o podstawach prawnych funkcjonowania domu, jego nazwie oraz siedzibie. Statut DPS określa również przedmiot działania oraz zakres i poziom świadczonych w placówce usług. Zawarte są w nim też informacje dotyczące praw i obowiązków mieszkańców oraz informacje dotyczące zarządzania – kierowania domem i jego wewnętrznej strukturze organizacyjnej. Statut reguluje również kwestię mienia domu oraz prowadzenia przez niego gospodarki finansowej oraz zawiera informacje o jednostce sprawującej nadzór nad domem i kwestii zmiany statutu.

Regulamin organizacyjny placówki określa jej strukturę organizacyjną i szczegółowy zakres zadań DPS. W regulaminie organizacyjnym jest zawarta informacja dotycząca przeznaczenia placówki, jej siedziby oraz organu nadzorującego dom. Regulamin organizacyjny określa również sposób powoływania, zakres kompetencji i uprawnień dyrekcji domu oraz kwestii związanych z jej odwołaniem. Regulamin systematyzuje również kwestie obiegu dokumentów, organizowania działalności kontrolnej, informacje regulujące sprawę przyjmowania skarg i wniosków. W regulaminie organizacyjnym zawarte są również informacje dotyczące zespołów opiekuńczo-terapeutycznych, sposobu wybierania oraz podstawowej roli i zadań samorządu mieszkańców.

Skierowanie osoby potrzebującej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności do domu pomocy społecznej wymaga skrupulatnej oceny jej stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sprawdzenia możliwości korzystania przez nią z pomocy środowiskowej, świadczonej w dotychczasowym jej miejscu zamieszkania, która umożliwiłaby danej osobie pozostanie w swoim dotychczasowym mieszkaniu i korzystanie ze

środowiskowych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W przypadku gdy nie można zapewnić wystarczającej pomocy środowiskowej, a osoba potrzebująca stałej opieki nie może (dłużej) samodzielnie funkcjonować, przysługuje jej prawo do zamieszkania w DPS-ie. Kierowanie osoby potrzebującej całodobowego wsparcia jest zadaniem obowiązkowym gminy, dlatego przyznanie prawa do zamieszkania w domu pomocy społecznej następuje w formie decyzji administracyjnej, wydawanej przez przedstawiciela urzędu gminy, na której terenie mieszka osoba ubiegająca się o miejsce w placówce. Osobę, która ze względu na schorzenia i wiek potrzebuje stałej opieki, kieruje się do placówki odpowiedniego typu, która powinna znajdować się w najbliższej okolicy osoby skierowanej do zamieszkania w placówce. Gdy w najbliższym miejscu zamieszkania nie znajduje się dom pomocy społecznej, który zapewniłby osobie wymagającej pomocy odpowiednią (do jej ograniczeń) opiekę, osobę taką kieruje się do specjalistycznej placówki, która nie musi znajdować się w pobliżu dotychczasowego miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej pobytem w placówce (Skórka, 2008).

Umieszczenie pensjonariusza w domu pomocy społecznej musi poprzedzać samodzielny wniosek osoby zainteresowanej zamieszkaniem w placówce (lub w przypadku np. jej ubezwłasnowolnienia opiekuna prawnego). Jedynie w ściśle określonych sytuacjach istnieje możliwość skierowania osoby potrzebującej opieki z urzędu lub na wniosek innych osób, z uwzględnieniem wymogu, że w każdym przypadku zamieszkanie w domu pomocy społecznej wymaga osobistej zgody osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej jest odpłatny. Wysokość opłaty jest określona przez samorząd prowadzący placówkę, zaś procentowy udział w odpłatności oraz kolejność osób dokonujących odpłatności jest określona przez ustawodawcę, niezależnie od rodzaju placówki, w której zamieszka osoba potrzebująca całodobowej opieki. W pierwszej kolejności opłatę za swój pobyt ponosi sam mieszkaniec placówki (zaś w przypadku osób małoletnich ich przedstawiciel ustawowy), z uwzględnieniem ustawowego zapisu, iż opłata za pobyt w domu pomocy społecznej nie może stanowić więcej niż 70% dochodów mieszkańca domu. W sytuacji gdy mieszkaniec nie jest w stanie samodzielnie ponosić kosztów swojego pobytu (np. z powodu zbyt niskiej emerytury bądź renty), obowiązek opłaty za pobyt w placówce kolejno przechodzi na współmałżonka mieszkańca, zstępnych, wstępnych, a w przypadku niemożności dokonywania opłat przez rodzinę podopiecznego domu pomocy społecznej, obowiązek dokonywania opłaty za jego pobyt w placówce



przechodzi na samorząd gminy, na terenie której mieszkała osoba bezpośrednio przed zamieszkaniem w placówce. W przypadku gdy samorząd gminy dokonuje opłaty za pobyt mieszkańca w placówce, ma on możliwość sądowego dochodzenia zwrotu poniesionych na ten cel kosztów. Od 2007 r. odpłatności za pobyt w DPS-ie mogą dokonywać osoby do tego niezobowiązane, lecz gdy osoby te zadeklarują dokonywanie opłat, są prawnie zobowiązane do regularnego dokonywania opłat.

### Rodzaje i podział domów pomocy społecznej

Ze względu na różnego rodzaju dysfunkcje i dolegliwości osób decydujących się zamieszkać w domach pomocy społecznej, placówki te zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej (z 12 marca 2004 r.) zostały podzielone w zależności od swego przeznaczenia na (Skórka, 2008):

- domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku,
- domy pomocy społecznej dla przewlekle somatycznie chorych,
- domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- domy pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie,
- domy pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Nowelizacja Ustawy o pomocy społecznej z dnia 16 lutego 2007 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 48, poz. 320) dała możliwość łączenia domów pomocy społecznej dla:

- osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie,
- osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych fizycznie,
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie.

Możliwość łączenia placówek o podobnym typie i profilu działalności specjalistycznej jest próbą rozwiązania kwestii zbyt długiego oczekiwania na miejsce w domach pomocy społecznej spowodowanego brakiem wolnych miejsc w DPS-ach niektórych typów. Nowelizacja ustawy daje również ośrodkom pomocy społecznej możliwość „manewru” w zakresie kierowania osób potrzebujących do DPS-ów i wyboru domu znajdującego się blisko dotychczasowego



miejsca zamieszkania podopiecznego. Łączenie różnych typów DPS-ów ma również za zadanie uporządkować funkcjonowanie placówek o wielorakiej specjalizacji oraz przyczynić się do obniżenia kosztów ich działalności.

Ze względu na swój zasięg państwowe domy pomocy społecznej zostały podzielone na:

- gminne domy pomocy społecznej – placówki te są prowadzone przez gminę i podlegają wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej;
- powiatowe domy pomocy społecznej – placówki te są prowadzone przez powiat i podlegają staroście;
- regionalne domy pomocy społecznej – placówki te są prowadzone przez samorząd województwa i podlegają marszałkowi województwa.

### Zadania domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz kontrola placówek

Nadzór nad funkcjonowaniem domów pomocy społecznej sprawuje wojewoda. W kompetencji Urzędu Wojewódzkiego jest m.in.:

- wydawanie i cofanie zezwoleń (lub w określonych przypadkach zezwoleń warunkowych) na prowadzenie domu pomocy społecznej;
- prowadzenie rejestru placówek (w tym umieszczanie i wykreślanie DPS-ów z rejestru domów);
- dokonywanie kontroli domów pomocy społecznej, ramach której wojewoda (oraz upoważnione przez niego osoby) mają prawo dostępu do dokumentów placówki, w tym danych osobowych mieszkańców oraz swobodnego wstępu do pomieszczeń DPS-u, dokonania ich oględzin. Organ nadzorczy domów pomocy społecznej ma również prawo do żądania od pracowników DPS wyjaśnień nurtujących kwestii, rozmów z mieszkańcami, rozmów ze świadkami niepokojącego Urząd Wojewódzki zdarzeń (o których bardzo często jest informowany przez mieszkańców lub ich rodziny) oraz zwrócenia się o opinie i ekspertyzy do specjalistów z zakresu polityki społecznej, w tym zwłaszcza polityki senioralnej.

Ponieważ w domach pomocy społecznej bardzo często przebywają osoby całkowicie bezbronne, nieporadne, samotne, które nie mają do kogo (a często również nie mają siły i możliwości) upomnieć się o respektowanie swoich praw, traktowanie ich z szacunkiem i w podmiotowy sposób, by ich chronić wojewoda otrzymał bardzo szeroki zakres możliwości kontrolowania

placówek. Czynności kontrolne najczęściej z upoważnienia wojewody wykonuje zespół pracowników (specjalizujący się w zakresie polityki senioralnej) urzędu województwa.

Każda instytucja powstaje, by spełniać określone funkcje i zaspokajać potrzeby danych grup społecznych. Szczególnym rodzajem są instytucje całodobowej opieki i pomocy społecznej, których przykładem są domy pomocy społecznej. Placówki te powinny charakteryzować etyka postępowania, traktowanie człowieka jako podmiotu, bez którego nie miałyby sensu funkcjonować – straciłaby rację bytu. Ponadto domy pomocy społecznej są specyficzną instytucją budzącą dyskusję społeczną, mającą zarówno bardzo wielu zwolenników – którzy podziwiają i niemal gloryfikują ją za pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, jak i przeciwników – którzy traktują ją jako „gorszą alternatywę” pomocy środowiskowej. Co więcej, w społeczeństwie polskim panuje częste potępienie rodzin (zwłaszcza w małych środowiskach lokalnych), które zdecydowały się na umieszczenie swoich bliskich w domu pomocy społecznej, a wiele osób, których bliscy trafili do placówki całodobowej opieki, ma wyrzuty sumienia i wątpliwości, czy dobrze postąpili. Pomimo tych wszystkich dyskusji i wątpliwości oraz promowania opieki i rozwoju usług środowiskowych, powstawaniu domów dziennego pobytu i klubów „Senior +”, ze względu na starzenie się społeczeństwa polskiego, wzrost liczby ludzi starszych powyżej 80. r.ż., postępujące wraz z wiekiem schorzenia powodujące ograniczenia sprawności osób starszych i konieczność sprawowania nad nimi opieki, domy pomocy społecznej są nadal instytucjami, z których najczęściej korzystają osoby starsze, wymagające całodobowej opieki (Zbyrad, 2010).

Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku świadczą swoim podopiecznym usługi:

- bytowe,
- opiekuńcze,
- wspomagające.

W zakresie potrzeb bytowych dom pomocy społecznej zapewnia swoim mieszkańcom (Talarska, Wieczorkowska-Tobis, Szałkiewicz, 2010):

- miejsce zamieszkania – miejsce w spełniającym określonym rozporządzeniem standardy lokalowe domu, gdzie mieszkaniiec zamieszkuje w pełni wyposażonym i przystosowanym do jego potrzeb i ograniczeń pokoju mieszkalnym (jedno-, dwu- lub trzyosobowym). Podopieczny placówki ma również zapewniony swobodny dostęp do łazienki i ubikacji (znajdującymi się przy pokoju lub w bliskim miejscu, z określoną liczbą

osób z nich korzystających), kuchni oraz pomieszczeń wspólnych, m.in.: jadalni, świetlicy, sal do terapii, suszarni, a w większości domów również kaplicy, ogrodu;

- wyżywienie – na zachowanie sprawności, dobry stan fizyczny, psychiczny i samopoczucie człowieka istotny wpływ ma prawidłowe odżywianie się, dlatego mieszkańcy domów pomocy społecznej mają zagwarantowane co najmniej trzy posiłki dziennie: śniadanie, dwudaniowy obiad oraz kolację – podawane w określonych i regularnych odstępach czasowych, z uwzględnieniem zapotrzebowania kalorycznego i ewentualnej diety mieszkańców. Przy układaniu jadłospisu pracownicy domu powinni przygotowywać smaczne, zróżnicowane i apetycznie podane posiłki, zaś jeśli jest taka potrzeba (np. w przypadku osób starych niesamodzielnych), pracownicy domu pomocy społecznej powinni pomagać seniorom w spożywaniu posiłków i picciu;
- odzież i obuwie – dom pomocy społecznej jest zobowiązany do zapewnienia swoim mieszkańcom odzieży oraz obuwia odpowiedniego do pory roku i stanu pogody oraz zadbania o ich czystość oraz estetyczność, zaś w razie potrzeby są zobowiązani do pomocy mieszkańcom tego wymagającym do pomocy w zmianie ubrań.

Opiekę ujmuje się zwykle jako: troszczenie się o kogoś, dbanie o niego, pilnowanie, udzielanie mu pomocy w zaspokajaniu różnych potrzeb. W pedagogice opieka jest (najczęściej) określana jako „zaspokojenie potrzeb, których jednostka nie umie, nie może lub nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić”, w medycynie zaś najczęściej jako „dawanie oparcia i wsparcia potrzebnego do zachowania równowagi biologicznej i psychicznej oraz zdrowia i dobrej jakości życia”. W gerontologii społecznej nie istnieje żadna spójna (ogólna) definicja opieki. Jest natomiast wyróżniony i wyjaśniony podział opieki, w ramach którego wyróżniamy m.in. opiekę długoterminową – często utożsamianą z usługami opiekuńczymi, opieką dzienną, instytucjonalną, zamkniętą i paliatywną (Zych, 2001).

Usługi opiekuńcze prowadzone w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku są ukierunkowane na zapewnienie seniorowi bezpieczeństwa, wspieranie go i opiekę nad mieszkańcem, zmierzającą do poprawy jakości jego życia oraz zachowania przez niego (w możliwie największym stopniu) samodzielności. Usługi te polegają m.in. na (Szczerbińska, 2011):

- udzielaniu pomocy mieszkańcom w podstawowych czynnościach życiowych. Według skali Czynności Życia Codziennego – ADL (*Activities of*

*Daily Living*) należą do nich: ubieranie się, pomoc w spożywaniu posiłków, kąpiel, korzystanie z toalety;

- pielęgnacji podopiecznych, która jest zespołem fachowych czynności mających na celu maksymalne zaspokojenie fizycznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych potrzeb mieszkańców, które mają zmierzać do utrzymania i wzmacniania ich sprawności funkcjonalnej, powrotu do zdrowia, a w przypadku osób bardzo starych często (jedynie) niwelować ograniczenia i niedogodności spowodowane wiekiem. Ze względu na ryzyko odleżyn szczególnie istotna jest pielęgnacja podopiecznych leżących – niemogących samodzielnie się poruszać wymagają systematycznej zmiany pozycji ich ciała, która powinna być dokonywana średnio co dwie (lub trzy) godziny, gdyż inaczej może to prowadzić do robienia się odleżyn, które powstają na skutek ucisku i niedokrwienia tkanek trudno gojącymi się ranami. Oprócz odleżyn częstym problemem seniorów leżących jest, spowodowane nietrzymaniem moczu, zachowanie suchości skóry. Dlatego konieczne jest częste stosowanie środków higienicznych oraz dodatkowych preparatów do użytku zewnętrznego i podkładek o dużej chłonności na powierzchni łóżka oraz jeśli zajdzie taka potrzeba – pieluchomajtek. W przypadku umierających podopiecznych głównym celem pielęgnacji jest natomiast ulżenie w cierpieniu i zagwarantowanie, aby osoba stara mogła umrzeć z godnością;
- niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych, np. umawianie wizyty u lekarza, wykupienie leków, wizyta u fryzjera, załatwianie spraw na pocztę etc. Jednak podczas pomocy w załatwianiu codziennych spraw personel domu powinien dbać o zapewnienie maksymalnej samodzielności i niewyřęczanie podopiecznego we wszystkich czynnościach, z którymi mieszkaniec placówki całodobowej opieki może sobie sama poradzić (aktywność spowalnia procesy starzenia się organizmu), zaś nadopiekuńczość, a wielu przypadkach wręcz protekcyjność zaburza poczucie godności, sprawności i samodzielności u osób starych oraz obniża ich samoocenę i często prowadzi do zjawiska wyuczonyj bezradności. Pracownik pomagający mieszkańcowi w załatwianiu codziennych spraw powinien ponadto sam dołożyć wszelkich starań, aby zachęcić, zmobilizować i wspierać samodzielne załatwianie spraw osobistych przez seniora.

Usługi wspomagające, świadczone w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku powinny polegać na (Fabiś, 2008):

- stworzeniu szerokiego wachlarza terapii zajęciowych prowadzonych w placówce, uwzględniających zainteresowania i preferencje seniorów oraz umożliwiające mieszkańcom swobodny udział w nich;
- aktywizowaniu mieszkających w placówce seniorów – stworzenie w DPS-ie możliwości indywidualnej i społecznej aktywności seniorów oraz prowadzenie działań, których celem jest zachęcenie, zainspirowanie i zmotywowanie osoby starszej do bycia aktywną;
- umożliwieniu zaspokajania potrzeb duchowych, religijnych (z uwzględnieniem wyznań religijnych mieszkańców) i kulturalnych, m.in. przez tworzenie w domu pomocy społecznej kaplic, prowadzenie wspólnych wyjść grupowych do teatrów czy na koncerty oraz organizowanie imprez kulturalnych w domu;
- zapewnienie odpowiednich warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, m.in. przez gwarancję swobody spotkań i wyborów mieszkańców oraz przy podejmowaniu codziennych decyzji brania pod uwagę zdania samorządu mieszkańców;
- stymulowanie nawiązywania oraz utrzymywania i rozwijania kontaktów podopiecznego z rodziną i społecznością lokalną, gdyż prawidłowo funkcjonujące relacje międzyludzkie są bardzo istotnym elementem zaspokajanie wielorakich potrzeb człowieka, dają mu poczucie bezpieczeństwa oraz świadomość bycia kochanym i potrzebnym;
- zapewnienie seniorom bezpiecznego przechowywania pieniędzy i przedmiotów wartościowych, nieprzyjmowania przez personel drogich prezentów i pamiątek rodzinnych od mieszkańców oraz uczciwe rozliczanie się z podopiecznymi z „końcówek” emerytury;
- uczciwe poinformowanie mieszkańca domu pomocy społecznej o przysługujących mu prawach (i obowiązkach) oraz zapewnienie przestrzegania tych praw i umożliwienie mu swobodnego wnoszenia skarg i wniosków;
- finansowanie podopiecznemu, który nie posiada własnego dochodu, wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku (w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego).

To podstawowe usługi, do których świadczenia jest zobligowany dom pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku, jednak każdy DPS ma własny

model działania i prócz podstawowych usług (z uwzględnieniem specyfiki mieszkańców, miejsca znajdowania się placówki etc.) rozszerza zakres świadczonej pomocy o wiele dodatkowych usług.

Funkcjonowanie domu pomocy społecznej w praktyce. Wywiad z Marylą Jarzęcką, dyrektorką domu pomocy społecznej „Pod Brzozami”

**W literaturze można znaleźć wiele definicji domu pomocy społecznej. Jak pani jako dyrektorka zdefiniowałaby dom pomocy społecznej?**

**Maryla Jarzęcka:** Zdefiniowałabym dom pomocy społecznej jako placówkę pomocy społecznej dla osób, które ze względu na swoją niesamodzielność spowodowaną wiekiem, chorobami lub niepełnosprawnością potrzebują stałego – całodobowego wsparcia. Dom pomocy społecznej jest placówką całodobowej opieki, zapewniającą swoim pensjonariuszom miejsce zamieszkania oraz realizację usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających na poziomie obowiązującego standardu.

**Kieruje pani Domem Pomocy Społecznej „Pod Brzozami”. Czy mogłaby pani przedstawić, ile osób jest obecnie podopiecznymi placówki oraz czy liczba osób potrzebujących zamieszkać w DPS-ie przewyższa liczbę dostępnych miejsc?**

**M.J.:** Obecnie ze względu na prowadzoną modernizację budynku w placówce od zeszłego roku wstrzymane są przyjęcia mieszkańców, dlatego teraz w domu mieszka 48 osób, natomiast docelowo dom przeznaczony jest dla 80 osób. W związku z trwającym remontem i nieprzyjmowaniem nowych mieszkańców, nie mamy listy oczekujących osób. Jestem przekonana, że po zakończeniu remontu, bardzo szybko wzrośnie liczba mieszkańców i wszystkie miejsca wolne zostaną wypełnione.

**Jak dużą liczbę wśród mieszkańców stanowią niesamodzielne osoby starsze?**

**M.J.:** Spośród 48 mieszkańców około 30 to osoby przewlekle somatycznie chore, z wieloma chorobami, które wymagają przede wszystkim usług pielęgnacyjnych.

### **Czy mogłaby pani omówić, jakie warunki lokalowe mają mieszkańcy placówki?**

**M.J.:** Dom Pomocy Społecznej „Pod Brzozami” dysponuje w zdecydowanej większości pokojami dwuosobowymi oraz sześcioma pokojami jednoosobowymi z łazienkami. Dlatego większość mieszkańców korzysta z łazienek, pokoi kąpielowych oraz WC znajdujących się na korytarzu. Liczba sanitariów jest dostosowana do liczby mieszkańców (na jedną łazienkę przypada nie więcej niż trzech mieszkańców). Pokoje w placówce znajdują się na dwóch kondygnacjach, na parterze i pierwszym piętrze. Dom posiada dwie klatki schodowe oraz windę (dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych). Na parterze domu oprócz pokoi mieszkalnych znajdują się również tzw. części wspólne: świetlica, kaplica, jadalnia, gabinet zabiegowy oraz sala rehabilitacyjna, zaś na piętrze mieści się sala terapii zajęciowej, pokój terapeutów do rozmów indywidualnych z mieszkańcami, kuchenka pomocnicza dla mieszkańców, pokój wielofunkcyjny z kawiarenką internetową.

### **Wspominała pani o prowadzonym w domu remoncie. Czy jest to duża inwestycja i jaki jest jej cel?**

**M.J.:** Jest to remont generalny, który dobiega już końca, gdyż jego zakończenie przewidywane jest za miesiąc. W ramach modernizacji budynku przewidziana jest przebudowa części pokoi, wymiana instalacji wodno-kanalizacyjnej oraz elektrycznej, wymiana podłóg i drzwi we wszystkich pomieszczeniach, gipsowanie i gładzenie ścian, rozbudowa infrastruktury teletechnicznej związanej z e-opieką. Prowadzony remont zlikwiduje bariery architektoniczne, dostosuje parter do potrzeb osób przewlekle, somatycznie chorych, podwyższy warunki bytowe mieszkańców oraz umożliwi stworzenie i wdrożenie w placówce nowoczesnego systemu tzw. e-opieki.

### **Czy mogłaby pani powiedzieć, jacy specjaliści są zatrudnieni w DPS-ie?**

**M.J.:** Nasza placówka posiada wykwalifikowaną kadrę posiadającą doświadczenie w pracy z osobami starszymi. Wśród zatrudnionych specjalistów można wymienić psychologa, terapeutę zajęciowego, rehabilitanta, psychiatrę, osobę od spraw kulturalno-oświatowych. Ponadto specjalistami w swojej dziedzinie są pielęgniarki oraz opiekunki sprawujące bezpośrednią opiekę nad mieszkańcami domu.



**Dom otacza piękny park. Czy mogłaby nam pani opowiedzieć, czy mieszkańcy angażują się w jego upiększanie, czy często spędzają tu czas wolny oraz jakie terapie są prowadzone w domu?**

**M.J.:** Nasz dom posiada bardzo rozległy piękny zespół parkowo-ogrodowy, w części którego w 2014 r. powstał ogród sensoryczny, który jest bardzo często odwiedzany zarówno przez naszych mieszkańców, jak i przez ich gości. W ogrodzie sensorycznym odbywają się różne zajęcia terapeutyczne. Rozległa część ogrodu i znajdująca się w nim altana wykorzystywane są do organizacji pikników, koncertów, różnorodnych zajęć, mających zachęcić mieszkańców do przebywania na świeżym powietrzu. W ogrodzie odbywają się również spotkania tematyczne, m.in. z dietetykiem, podróżnikiem. W upiększaniu ogrodu pomagają liczni wolontariusze indywidualni, a także w ramach wolontariatu pracowniczego pracownicy różnych firm.

**Czy w DPS-ach są organizowane spotkania okolicznościowe, a jeśli tak, to czy mieszkańcy chętnie w nich uczestniczą?**

**M.J.:** Tak, oczywiście. W placówce jest organizowanych bardzo dużo spotkań okolicznościowych, m.in. z okazji różnych świąt, rocznic czy innych ważnych wydarzeń. W domu organizowane są różne koncerty, spotkania w ramach projektów realizowanych przez współpracujące z domem organizacje pozarządowe, a w ogrodzie urządzamy pikniki i grille okolicznościowe. W spotkaniach tych bardzo chętnie uczestniczą mieszkańcy domu oraz zaproszeni goście, w tym mieszkańcy innych placówek, seniorzy z zaprzyjaźnionych stowarzyszeń, chórów etc.

**Czy kierowany przez panią dom współpracuje ze społecznością lokalną?**

**M.J.:** Tak, i jest to bardzo prężna współpraca. Kierowana przeze mnie placówka współpracuje m.in. z placówkami oświaty: znajdującymi się w pobliżu szkołami i przedszkolami, których uczniowie przygotowują dla mieszkańców różne przedstawienia, uczestniczą w odbywających się w domu spotkaniach. Dom współpracuje również z miejscową parafią, wyższym seminarium duchownym, lokalnymi organizacjami pozarządowymi, z samorządem lokalnym, jego wydziałami, komisjami etc. Bardzo cenimy sobie współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Białolecką Radą Seniorów, Białoleckim Ośrodkiem Kultury. Placówka ma również rozwiniętą sieć współpracy z amatorskimi zespołami artystycznymi, wśród wolontariuszy mamy również policję i strażą miejską.



**Czy kierując działaniami DPS-u, zauważyła pani wzrost zainteresowania mediów, społeczeństwa tym obszarem? Czy nadal pani zdaniem obszar ten jest przemilczany przez media, często traktowany stereotypowo etc.?**

**M.J.:** Niestety, media unikają tematów domów pomocy społecznej, a jeśli je poruszają, to tylko w przypadku występowania w placówkach negatywnych zjawisk. Podobnie jest z obecną sytuacją związaną z pandemią. Media zrobiły samorządowym domom pomocy społecznej bardzo złą reklamę, ukazując je jako ogniska zarażeń koronawirusem, ponieważ używały nazwy dom pomocy społecznej w odniesieniu do wszystkich placówek opiekuńczych, w tym prywatnych domów opieki, zakładów opiekuńczo-leczniczych, które są zupełnie innymi typami placówek niż domy pomocy społecznej prowadzone i finansowane przez samorząd terytorialny. Dlatego śledząc medialny przekaz, można zauważyć, że środki masowego przekazu bardzo często niemal straszą domami pomocy społecznej, co bezpośrednio przekłada się na odbiór domów pomocy społecznej w społeczeństwie oraz spadek liczby osób chcących pracować w tych placówkach.

**Czy ma pani pomysł na „odkłamanie” przekazu medialnego nt. domów pomocy społecznej lub czy podejmuje pani działania w tym zakresie?**

**M.J.:** Tak, organizujemy w naszym domu wiele spotkań otwartych, współpracujemy z licznymi instytucjami i organizacjami. Od wielu lat nasz dom współpracuje ze szkołami i uczelniami wyższymi. Wielu wolontariuszy odbywa u nas wolontariat, studenci przychodzą na praktyki, dzięki czemu mogą od wewnątrz poznać, jak naprawdę funkcjonuje DPS oraz jakie warunki i wsparcie mają jego mieszkańcy. Ponadto współpracujemy też z radą seniorów, nasi mieszkańcy uczestniczą w licznych projektach i programach edukacyjnych organizowanych przez naszych partnerów. Kierowany przeze mnie dom organizuje również pikniki międzypokoleniowe, w których uczestniczą osoby w różnym wieku i z różnym stopniem sprawności. Chętnie pokazujemy również wiele zdjęć i informacji z życia domu na naszej stronie internetowej. Dzięki systematycznie podejmowanym działaniom mam wrażenie, że udało nam się odczarować obraz domu pomocy społecznej, a przynajmniej naszej placówki.

**Jakie pani zdaniem wyzwania przed polityką społeczną na rzecz osób starszych i pracą socjalną stawia postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego i wzrost liczby niesamodzielnych osób starszych?**

**M.J.:** Starzenie się społeczeństwa polskiego oraz wzrost liczby niesamodzielnych osób starszych powoduje liczne wyzwania dla polityki społecznej i pracy socjalnej, które można podzielić na kilka grup.

Pierwszą grupą wyzwań są te związane z zapewnieniem kadr – wykwalifikowanych osób, które będą pracować z niesamodzielnymi osobami starszymi. Mam tu na myśli nie tylko psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych, ale również – a może przede wszystkim pielęgniarki i opiekunów, gdyż pracowników tych profesji już obecnie zaczyna brakować, a zapotrzebowanie na usługi pielęgniarские i opiekuńcze będzie rosnać wprost proporcjonalnie do postępującego się starzenia społeczeństwa polskiego i wzrostu liczby niesamodzielnych osób starszych.

Druga grupa wyzwań jest związana z uzależnieniem od alkoholu i stworzeniem miejsc pobytu dla uzależnionych od alkoholu osób starszych, których alkoholizm doprowadził do skonfliktowania się z rodziną, utraty pracy, a w konsekwencji złej sytuacji finansowej (lub wyrzucenia z domu rodzinnego) i bezdomności. Obecnie osoby te są najczęściej umieszczane w domach pomocy społecznej, w których nadal spożywają alkohol, nie szanują przyjętych w placówce zasad, bardzo często utrudniają funkcjonowanie pozostałym mieszkańcom oraz dopuszczają się dewastacji mienia placówki.

Trzecia grupa wyzwań to wyzwania związane ze zmianami ustawodawstwa – powinny zostać określone i ujednolicone standardy usług społecznych świadczonych na rzecz osób starszych, zarówno w środowisku, jak i w placówkach całodobowej opieki.

Czwarta grupa wyzwań to zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej dla niesamodzielnych osób starszych, gdyż jak wskazują wszelkie badania, mimo rozwoju środowiskowych usług opiekuńczych zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku będzie nadal systematycznie wzrastać.

## Narzędzia i formy aktywizacji społecznej seniorów z niepełnosprawnościami

### Wprowadzenie

W trzeciej części publikacji ukazujemy, jakie narzędzia i formy aktywizacji społecznej seniorów z niepełnosprawnościami wskazali beneficjanci projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”. Zdaniem uczestników badania, aby zachęcić niepełnosprawne osoby starsze do pozostania, a często stania się aktywnymi społecznie seniorami, należy:

- zwiększyć rolę Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych ASOS w obszarze aktywizacji społecznej niepełnosprawnych osób starszych;
- zwiększyć liczbę powstawania, w tym na wsiach i terenach małomiasteczkowych, Klubów „Senior +”, finansowanych i współfinansowanych z budżetu państwa w ramach otwartych konkursów ofert. Dzięki szerokiej ofercie działań aktywizacyjnych i rozwijających pasje i hobby Klub „Senior +” przyczynia się do wzrostu samodzielności oraz aktywności osób starszych, w tym seniorów z niepełnosprawnościami;
- zwiększyć liczbę podejmowanych działań z zakresu przeciwdziałania samotności niepełnosprawnych osób starszych i wzrostu liczby grup samopomocowych, w których mogliby uczestniczyć samotni seniorzy z niepełnosprawnościami.

W związku z powyższym w trzeciej części publikacji zostaną omówione rola i zadania Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS), Program wieloletni „Senior +”, w ramach którego samorząd lokalny może zakładać i prowadzić Kluby „Senior +”. Na zakończenie zostanie przedstawiona kwestia osamotnienia oraz funkcjonowania senioralnych grup

wsparcia, które (jak wskazali seniorzy) są narzędziem aktywizacji społecznej niepełnosprawnych osób starszych. Zamieszczone fragmenty przeprowadzonych wywiadów z uczestniczką projektu realizowanego w ramach Programu ASOS oraz dyrektorem Ośrodka Pomocy Społecznej, w ramach którego funkcjonuje Klub „Senior +”, ukazują dobre przykłady, wzory działań na rzecz aktywizacji społecznej seniorów oraz pomysłodawczynię, organizatorkę i liderkę senioralnej grupy samopomocowej.

## 1. Program ASOS jako narzędzie wspierania i aktywizowania seniorów z niepełnosprawnościami

### Podstawa prawna i źródła finansowania programu

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 został uchwalony Uchwałą Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 na podstawie art. 5c ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.) i opublikowany w Monitorze Polskim 24 stycznia 2014 r. (poz. 52).

Program ASOS jest finansowany z budżetu państwa i jego łączny budżet na lata 2014–2020 wynosi 280 mln zł, przy założeniu, że roczny budżet programu ujęty w corocznej ustawie budżetowej wynosi 40 mln zł, z których 95% jest przeznaczonych na dotacje dla NGO realizujących projekty w ramach Programu ASOS oraz 5% na techniczną obsługę programu, w tym przeprowadzenie konkursu dla NGO i dokonanie eksperckiej oceny ofert złożonych w konkursie, monitoring i ewaluację realizacji programu.

Dysponentem budżetu programu jest minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego (obecnie Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej), który jest odpowiedzialny za ogłoszenie i przeprowadzenie konkursu dla organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

Środki programu zostały rozdzielone procentowo wśród czterech priorytetów:

- Priorytet I. Edukacja osób starszych – 15%.
- Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – 25%.

- Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych – 20%.
- Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne) – 40%.

Podział środków między działy programu wynika z założeń i priorytetów długofalowej polityki wobec osób starszych. Podział ten uległ zmianie w trakcie realizacji ram programowych w 2017 r., gdy zmniejszono środki na działania edukacyjne i zwiększono na usługi społeczne i propagowanie aktywności społecznej oraz partycypacji osób starszych w życiu społecznym. Zmiana podziału budżetu programu pomiędzy priorytety ma również za zadanie zachęcić organizacje III sektora do planowania działań z zakresu aktywizacji prowadzącej do wzrostu aktywności osób starszych oraz zapewnienie niesamodzielnym osobom starszym dostępu do usług społecznych.

Organizacje pozarządowe w ramach Programu ASOS otrzymują bezwrotne wsparcie dotacyjne na realizację proponowanych projektów w wysokości od 20 do 200 tys. zł. Ponadto każda dofinansowana organizacja musi zapewnić wkład własny w minimalnej wysokości stanowiącej 10% łącznego budżetu projektu. Wkład własny może być wkładem finansowym oraz wkładem osobowym (m.in. w postaci pracy wolontariuszy wycenionych na 25 zł za godzinę wsparcia pomocniczego i administracyjnego lub 75 zł za godzinę wsparcia merytorycznego), co jest bardzo korzystne, zwłaszcza dla małych organizacji pozarządowych, które nie posiadają wystarczających środków na wkład własny, aby startować w wielu konkursach dla III sektora z zakresu realizacji zadań publicznych z obszaru polityki społecznej (w tym polityki senioralnej). Uzyskane środki z dotacji mogą być przeznaczone na realizację działań merytorycznych związanych z uczestnictwem seniorów w zadaniach oraz koszty promocji projektu, jak również (do maksymalnej wysokości 20% dotacji) koszty związane z koordynacją i obsługą realizacji projektu (w tym obsługą księgową, kadrową, funkcjonowaniem biura projektu).

### Przesłanki demograficzne

Program ASOS ma być bezpośrednią odpowiedzią na proces starzenia się społeczeństwa polskiego i wzrostu osób starszych w strukturze społecznej. Został opracowany na podstawie poniższych przesłanek demograficznych:

- systematyczny wzrost procentowy osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji ludności, powodowany wydłużającą się długością życia oraz spadkiem urodzeń (ujemnym przyrostem naturalnym);

- wydłużanie się przeciętnej długości życia Polaków – zgodnie z badaniami Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce następuje systematyczny wzrost przeciętnej długości życia. W 2018 r. przeciętna długość życia kobiet w Polsce wynosiła 81,6 lat (i była niezależna od miejsca ich zamieszkania), zaś przeciętna długość życia mężczyzn mieszkających w polskich miastach wynosi 74,2 lata, natomiast wśród mężczyzn mieszkających na polskich wsiach wynosi 73,2 lat. Z badań GUS wynika również, że kobiety w miastach żyją o 7,4 lat dłużej niż mężczyźni, a na wsiach o 8,4 lat dłużej, co prowadzi do feminizacji późnej fazy starości;
- przewidywany szybki wzrost procesu starzenia się ludności Polski, zgodnie z opracowaną przez GUS Prognozą na lata 2014–2050, w wieku 60+ będzie 28% Polaków, w 2035 r. procentowy udział seniorów w ogólnej liczbie ludności Polski wzrośnie do 32%, a w 2050 r. liczba osób starszych będzie wynosiła 13,7 mln osób, co przy zmniejszeniu się ludności Polski o ponad 4,5 mln w stosunku do roku 2015 r. będzie stanowiło 40% Polaków;
- zmiana w strukturze osób w wieku poprodukcyjnym – szybki wzrost liczby seniorów w wieku 85–89 lat, gdzie wzrost ten w 2035 r. w porównaniu z 2010 r. ma być dwukrotny, oraz seniorów powyżej 90. r.ż., który według prognoz ma być dwu i półkrotnie wyższy;
- singularyzacja starości – samotne zamieszkiwanie osób starszych, zwłaszcza na wsiach i w małych miejscowościach, gdzie po wyjeździe dzieci (i zamieszkaniu przez nie w większych – oferujących lepsze warunki rozwojowe miastach) oraz owdowieniu, seniorzy prowadzą jednoosobowe gospodarstwa domowe. Jak wynika z prognoz GUS, w 2030 r. ponad połowa jednoosobowych gospodarstw domowych w Polsce (53,3%) będzie prowadzonych przez osoby powyżej 65. r.ż., z których zdecydowaną większość będą stanowiły kobiety.

### Cele Programu ASOS

Zawarte w Programie ASOS cele podzielono na cel główny oraz cele szczegółowe, których osiągnięcie ma przyczynić się do realizacji celu głównego programu, którym jest: poprawa jakości i poziomu życia osób starszych oraz zagospodarowanie ich potencjału przez umożliwienie im aktywności społecznej. Miernikami osiągnięcia celu głównego są:

- wzrost liczby osób powyżej 60. r.ż. pracujących społecznie w organizacjach obywatelskich (z 29% w 2012 r. do 36% populacji seniorów w wieku 60+ w 2020 r.);

- wzrost liczby osób powyżej 60. r.ż. dobrowolnie pracujących w organizacjach i poza nimi (z 3% w 2013 r. do 6% w 2020 r.).

Program zawiera również cztery cele szczegółowe:

1. Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych.
2. Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej.
3. Rozwój różnorodnych form aktywności społecznej, w tym upowszechnienie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityk publicznych.
4. Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji.

### Priorytety i kierunki Programu ASOS

W Programie ASOS wyodrębniono cztery priorytetowe obszary, w ramach których organizacje pozarządowe mogą składać projekty aplikacyjne.

Priorytetem pierwszym jest edukacja osób starszych. Planowane w tym priorytecie działania powinny przyczynić się do wzrostu aktywności społecznej seniorów przez udział w różnorodnych formach edukacji formalnej i pozaformalnej, które przyczyniają się do aktywnego włączenia się osób starszych w życie społeczności lokalnych oraz stymulują integrację wewnątrzpokoleniową osób starszych. W priorytecie pierwszym wyodrębnionych jest pięć kierunków działania:

- dostosowane do potrzeb i ograniczeń seniorów zajęcia edukacyjne z zakresu różnorodnych dziedzin (m.in. profilaktyki zdrowotnej, języków obcych, nowych technologii, prawa), edukacyjne wizyty studyjne, których celem jest poznanie dobrych praktyk z zakresu aktywizacji edukacyjnej osób starszych, edukacja sportowa i turystyczna, której celem jest zachęcenie seniorów do aktywnego spędzania wolnego czasu oraz ukazanie im, jak mimo ograniczeń związanych z wiekiem i chorobami można aktywnie spędzać czas wolny. Ponadto w ramach kierunku pierwszego grantobiorcy mogą realizować programy edukacyjne i warsztaty o przygotowaniu się do starości i starzeniu się organizmu;
- zajęcia przygotowujące osoby starsze do świadczenia usług wolontariackich (ukazujące seniorom korzyści płynące z bycia wolontariuszem oraz ukazujące obszary, w ramach których osoby starsze mogą pełnić funkcję wolontariusza);



- kształcenie senioralnych opiekunów (czyli osób starszych sprawujących opiekę nad innymi osobami starszymi, dostarczając uczestnikom zajęć wiedzy i informacji z zakresu pielęgnacji osoby starszej, postępowania wybranych chorób i schorzeń charakterystycznych dla wieku starczego oraz wsparcia informacyjnego nt. pomocy, o jaką mogą ubiegać się opiekunowie osób zależnych etc.);
- promowanie wolontariatu kompetencji (w tym ukazywanie osobom starszym, w jaki sposób mogą się zaangażować i wykorzystać swoją wiedzę i doświadczenie zawodowe oraz życiowe, m.in. przez wolontariat w szkołach, w tym pomoc w odrabianiu prac domowych, wolontariat w domach dziecka, w tym np. przez uczenie pieczenia i przygotowywania posiłków, ukazanie korzyści płynących z aktywności intelektualnej na spowalnianie procesu starzenia się organizmu oraz zachęcanie seniorów do bycia wolontariuszami);
- promocja oferty edukacyjnej wśród seniorów (w ramach tego działania NGO mogą zaprojektować działania skierowane do szerokiej puli odbiorców w wieku 60+, których celem będzie zachęcenie osób starszych do korzystania z ofert edukacyjnych oraz do przekazywania informacji nt. oferty edukacyjnej w danej miejscowości rówieśnikom senioralnym, by mogło w niej uczestniczyć jak najwięcej seniorów, w tym zwłaszcza seniorów nieaktywnych, wśród których większe zaufanie wzbudzi przekazanie informacji o danym uniwersytecie trzeciego wieku przez koleżankę niż z informacji z plakatu).

Drugim priorytetem jest aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową. Planowane w tym priorytecie działania powinny zakładać rozwój różnych form aktywności seniorów w oparciu o istniejącą infrastrukturę społeczną i kulturalną (m.in. świetlice, biblioteki publiczne, teatry, domy kultury, muzea etc.). Ponadto przez współpracę międzypokoleniową (osób powyżej i poniżej 60. r.ż.), podejmowane działania powinny skutkować ograniczaniu ageizmu – przeciwdziałaniem wykluczenia ze względu na wiek oraz budowaniu współpracy międzypokoleniowej. W priorytecie drugim wyodrębnionych jest pięć kierunków działania:

- aktywność społeczna, w tym wolontariat osób starszych – prowadzenie działań ukazujących osobom starszym, jak mimo wieku i schorzeń mogą być osobami aktywnymi społecznie, zaangażowanymi w życie społeczności lokalnych (np. w koła gospodyń wiejskich, kluby biblioteczne, lokalne grupy działania etc.) oraz w wolontariat, w tym umożliwienie seniorom



odbycia wolontariatu oraz organizacja wizyt studyjnych ukazujących seniorom dobre praktyki z zakresu zaangażowania społecznego osób starszych;

- aktywność fizyczna osób starszych, aktywność turystyczno-rekreacyjna – podejmowanie działań z zakresu promowania aktywności fizycznej w wieku złotej jesieni, w tym praktycznych zajęć sportowo-rekreacyjnych, podczas których seniorzy będą mogli nauczyć się wykonywać dostosowane do ich wieku i schorzeń ćwiczenia fizyczne, które po zakończeniu udziału w projekcie będą mogli wykonywać samodzielnie w swoich mieszkaniach lub np. w siłowniach plenerowych. Ponadto w ramach tego działania NGO mogą proponować wyjazdy turystyczne i inne działania zachęcające osoby starsze (zwłaszcza z ograniczoną sprawnością fizyczną) do aktywności turystyczno-krajoznawczej;
- zajęcia w obszarze kultury i sztuki, w tym angażujące różne pokolenia, w tym organizacja praktycznych zajęć z zakresu kultury i sztuki (np. warsztaty malarskie) oraz podejmowanie działań zachęcających i umożliwiających osobom starszym udział w kulturze m.in. przez organizację grupowych wyjść do kina, na koncert etc. Ponadto w ramach tego działania mogą być realizowane projekty ukazujące seniorom, w jaki sposób mogą korzystać z dóbr kultury (np. brać udział w darmowych koncertach, korzystać ze zniżek seniora, biletów dla osób z niepełnosprawnościami, kupować bilety przez Internet etc.);
- budowanie sieci społecznych, w tym wolontariat wewnątrz- i międzypokoleniowy – prowadzenie działań sprzyjających i stymulujących powstawanie sieci (i węzłów) społecznych oraz zachęcających do bycia wolontariuszami, w tym ukazujących korzyści z wewnątrz- i międzypokoleniowego wolontariatu;
- przeciwdziałanie e-wykluczeniu przez prowadzenie praktycznych warsztatów z zakresu korzystania z Internetu oraz ukazujących seniorom korzyści wynikające z umiejętności korzystania z nowych technologii, m.in. robienia zakupów przez Internet, umiejętności korzystania z portali społecznościowych. Ponadto w ramach tego działania organizacje pozarządowe mogą realizować działania uczące seniorów korzystania z tabletów, smartfonów oraz narzędzi telemedycyny i teleopieki, w tym m.in. opasek przywołujących pogotowie etc.

Trzecim priorytetem jest partycypacja społeczna osób starszych. Realizacja tego priorytetu ma sprzyjać rozwojowi społeczeństwa obywatelskiego

oraz ukazywać osobom starszym, jak w wieku złotej jesieni mogą pozostać (a w wielu przypadkach stać się) aktywnymi obywatelami, biorącymi udział w wyborach oraz czynnie korzystającymi z innych narzędzi partycypacji społecznej. Ponadto w ramach priorytetu trzeciego są finansowane działania informujące osoby starsze o roli i zadaniach rad seniorów, obywatelskiego parlamentu seniorów oraz zachęcające osoby starsze do aktywnego udziału w tych narzędziach aktywności obywatelskiej. W trzecim priorytecie Programu ASOS wyodrębniono cztery kierunki działań:

- formy aktywności osób starszych wobec społeczności lokalnych (rozwój społeczeństwa obywatelskiego) – podejmowanie działań zachęcających osoby starsze do aktywnego korzystania z narzędzi partycypacji publicznej oraz uczących seniorów tworzenia i wdrażania budżetu partycypacyjnego i obywatelskiego, zasad udziału w komisjach dialogu społecznego oraz tworzenia wniosków w ramach inicjatyw lokalnych;
- aktywność wspierająca uczestnictwo i integrację w życiu społecznym/publicznym – podejmowanie działań zachęcających osoby starsze do aktywnego udziału w życiu społecznym m.in. przez udział w lokalnych obchodach wydarzeń o charakterze historycznym, religijnym, kulturalnym etc.;
- sieć pomocowo-informacyjna (budowanie pozytywnego wizerunku starości, pomoc obywatelska) – podejmowanie działań z zakresu przeciwdziałania ageizmowi oraz służące budowaniu pozytywnego wizerunku starości i osób starszych. Ponadto w ramach tego działania może być finansowane tworzenie centrów pomocy i poradnictwa dla osób starszych, w których seniorzy uzyskiwaliby informację i wiedzę z zakresu należytego im wsparcia oraz obowiązków, które muszą spełnić, by otrzymać to wsparcie, oraz senioralne centra aktywności obywatelskiej osób starszych, w ramach których seniorzy uzyskiwaliby wiedzę, jak mogą zaangażować się w życie obywatelskie;
- aktywna obecność w procesie tworzenia i funkcjonowania grup obywatelskich oraz organizacji pożytku publicznego – podejmowanie działań mających na celu zachęcanie i ukazywanie osobom starszym korzyści wynikających z działania w organizacjach porządkowych (w tym organizacjach pożytku publicznego). Ponadto w ramach tego działania organizacje III sektora mogą podejmować działania zachęcające osoby starsze do czynnego udziału w procesie tworzenia prawa m.in. przez udział w konsultacjach społecznych i obywatelską inicjatywę ustawodawczą.

Czwartym priorytetem Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych są usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne). Działania podejmowane w priorytecie czwartym powinny służyć wzmocnieniu samodzielności i wzrostowi jakości życia seniorów (w tym zwłaszcza seniorów z obniżonym poziomem sprawności oraz niesamodzielnych osób starszych). W priorytecie czwartym Programu ASOS wyodrębniono cztery kierunki działań:

- szkolenia dla wolontariuszy i opiekunów (z zakresu pomocy osobom starszym) – poprzez prowadzenie szkoleń podnoszących kompetencje osób wspierających i opiekujących się osobami starszymi z zakresu prowadzenia działań podtrzymujących sprawność intelektualną i pamięć seniorów oraz zasad sprawowania opieki i pielęgnacji;
- wspieranie różnych form samopomocy, czyli promowanie dobrowolnych i nieformalnych zgromadzeń seniorów o podobnych problemach i doświadczeniach;
- wspieranie rodzin w opiece nad osobą starszą przez rozwój usług opartych na działalności wolontariuszy – podejmowanie działań promujących świadczenie usług wolontariackich na rzecz osób starszych;
- rozszerzanie dostępności do usług społecznych, m.in. opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych, w tym świadczenie usług opiekuńczych, asystenckich i pielęgnacyjnych świadczonych na rzecz niesamodzielnych osób starszych.

### Sposób i kryteria wyboru ofert

Oferty składane w ramach rocznych konkursów ogłaszanych w ramach Programu ASOS podlegają ocenie formalnej i merytorycznej.

W ramach oceny formalnej następuje sprawdzanie zgodności złożonych ofert z wymaganiami zawartymi w regulaminie konkursu, w tym przede wszystkim trzema kryteriami formalnymi:

- czy oferta została złożona przez podmiot uprawniony do aplikowania w konkursie ofert;
- czy oferent nie przekroczył dozwolonego w otwartym konkursie limitu ofert;
- czy złożone przez wnioskodawcę sprawozdanie z realizacji projektów w ramach wcześniejszych edycji programu ASOS zostało zaakceptowane przez operatora programu (kryterium to dotyczy wyłącznie oferentów, którzy realizowali oferty wyłonione w ramach konkursu ASOS).

Oferty, które spełniają warunki formalne, przechodzą do drugiego etapu oceny. Jest to ocena merytoryczna, dokonywana przez ekspertów na podstawie pięciu kryteriów:

- zgodność oferty z priorytetem, w ramach którego została złożona;
- stopień identyfikacji problemu, dobór grupy docelowej, prawidłowość określenia celów i rezultatów projektu oraz przejrzystość harmonogramu i prawidłowa dokonana analiza ryzyka oraz analiza trwałości rezultatów projektu;
- kryterium budżetowe – jego racjonalność i przejrzystość, adekwatność przyjętych stawek jednostkowych do cen rynkowych, niezbędność kosztów oraz analiza zaproponowanego wkładu własnego oferenta (finansowego lub osobowego, w tym ich wycenienia);
- zasoby i doświadczenie wnioskodawcy – czy oferent posiada niezbędne doświadczenie, by prawidłowo zrealizować zadanie publiczne. W ramach tego kryterium są również oceniane zasoby instytucjonalne (miejsce realizacji projektu, m.in. sale, zaplecze biurowe etc.) oraz czy oferent posiada odpowiednie zasoby kadrowe – pracowników posiadających adekwatne wykształcenie i doświadczenie do zaplanowanych dla nich zadań;
- realizacja założeń polityki społecznej na rzecz osób starszych, w tym ocena atrakcyjności i innowacyjności proponowanych działań, stopień zaangażowania seniorów (potencjalnych beneficjentów projektu) w przygotowanie oferty oraz co jest bardzo istotną kwestią związaną ze wzrostem niesamodzielnych osób starszych – uwzględnienie w ofercie uczestnictwa w projektach osób starszych o różnym stopniu sprawności.

### Program ASOS jako wsparcie dla seniorów z niepełnosprawnościami

Istotnym założeniem Programu ASOS jest podejmowanie działań skierowanych na rzecz seniorów o ograniczonej sprawności ruchowej, niesamodzielnych i niepełnosprawnych przez włączenie ich w różnorodne działania realizowane przez organizacje pozarządowe w ramach programu, umożliwiające tym grupom seniorów czynny udział w życiu społeczności lokalnych. Ponadto program sprzyja powstawaniu partnerstw międzysektorowych na poziomie lokalnym na rzecz wspierania i aktywizacji seniorów.

W 2018 r. zrealizowano 325 ofert w ramach Programu ASOS, w których wzięło udział 8 224 seniorów z niepełnosprawnościami oraz 106 088 pozostałych osób starszych, zaś w latach 2016–2019 zrealizowano ponad 1400 ofert, w ramach których wsparcie uzyskało 608 tys. osób starszych, z czego 38,5 tys.

seniorów z niepełnosprawnościami. Biorąc pod uwagę, że niepełnosprawnymi osobami starszymi są seniorzy posiadający orzeczenie o niepełnosprawności, liczba seniorów z niesformalizowanymi niepełnosprawnościami (posiadającymi schorzenie pretendujące ich do uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności, lecz nieaplikującego o nie) oraz niesamodzielnych (nieposiadających orzeczenia) osób starszych biorących udział w projektach realizowanych w ramach Programu ASOS była dużo wyższa niż wynika z badań ewaluacyjnych programu.

„Akademia rozwoju społeczno-obywatelskiego seniorów z niepełnosprawnościami” jako przykład projektu finansowanego w ramach programu ASOS.

Wywiad z Elżbietą Betkowską, uczestniczką projektu

**Projekt „Akademia rozwoju społeczno-obywatelskiego seniorów z niepełnosprawnościami” był realizowany przez Fundację Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!” w 2014 r. Czy mogłaby pani omówić, na czym polegał projekt?**

**Elżbieta Betkowska:** Realizowany sześć lat temu projekt miał na celu aktywizację społeczną i obywatelską seniorów z niepełnosprawnościami. Był to jeden z pierwszych projektów skierowanych do niepełnosprawnych osób starszych w Warszawie, uczący ich, jak mimo wieku i schorzeń mogą pozostać, a w wielu przypadkach jak stać się aktywnymi obywatelami. Projekt promował również (bardzo mało wówczas znaną) kwestię budżetu partycypacyjnego i innych form partycypacji społecznej.

Jak wynika z badania ewaluacyjnego, mimo nowości i początkowej niechęci seniorów z niepełnosprawnościami do wyjścia z domów i uczestniczenia w projekcie z zakresu aktywizacji społecznej i obywatelskiej odniósł on prawdziwy sukces. Poziom zakładanych efektów, m.in. wzrost wiedzy, liczba inicjatyw senioralnych, liczba seniorów, którzy zdecydowali się na bycie wolontariuszami, był dużo wyższy niż założony we wniosku.

**Wspomina pani o sukcesie. Co pani zdaniem się do tego przyczyniło?**

**E.B.:** Przede wszystkim podejście autorów i realizatorów projektu oraz program projektu. Seniorzy są bardzo zróżnicowaną grupą, a seniorzy z niepełnosprawnościami jeszcze bardziej. Dlatego podejście uwzględniające nasze ograniczenia zdrowotne, inne zobowiązania (m.in. wizyty u lekarzy), wspólne

ustalanie harmonogramu spotkań było dla nas bardzo istotne. Ponadto forma warsztatowo-interaktywna, możliwość rozmów, dyskusji przy kawie w małych (10-osobowych) grupkach, niemal domowa atmosfera, a nie wykłady na wielkich aulach przyczyniły się do sukcesu projektu. Bardzo ważnym elementem projektu były wyjścia hospitacyjne do różnych instytucji państwowych, m.in. Sejmu, Senatu, Kancelarii Prezydenta, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, pozwoliły nam poznać te instytucje, sprawdzić w praktyce zdobytą podczas zajęć w fundacji wiedzę (np. nt. procesu legislacyjnego) oraz spotkania m.in. z Marszałkiem Senatu, podbudowały naszą wartość i samocenę, które ze względu na wiek i schorzenia nie są za wysokie. Takie spotkania oraz wyjazdy studyjne, podczas których mieliśmy okazję poznania aktywnych seniorów (z niepełnosprawnościami) z różnych regionów Polski, porozmawiania z nimi, wymiany informacji oraz poznania ich regionu, były dla nas motywacją do rozpoczęcia działania i zaangażowania się w sprawy społeczności lokalnej, sprawy społeczne.

### **Czy mogłaby pani podać przykład takiego zaangażowania?**

**E.B.:** Takim przykładem może być wolontariat – zaangażowanie się szerokiej grupy seniorów z niepełnosprawnościami (absolwentów projektu) w roczną organizację Ogólnopolskich Kongresów Obywatelskich, przygotowanie przez nas i złożenie wniosków do budżetu obywatelskiego, jak również wielu petycji, m.in. w sprawie przystanku autobusowego, przywrócenia linii komunikacji miejskiej, ławeczki etc. Innym przykładem może być startowanie do Rady Seniorów Dzielnicy Targówek, wolontariat w hospicjum czy szkole podstawowej. Warto wspomnieć też o naszym aktywnym udziale w wyborach oraz zachęcaniu do tego innych.

### **Wspomina pani o bardzo dużej liczbie inicjatyw, dlaczego więc wcześniej (przed uczestnictwem w projekcie) niepełnosprawne osoby starsze nie wyszły z tymi pomysłami, inicjatywami?**

**E.B.:** Bo nie wiedziały o istnieniu wielu z nich. Senior i wolontariat! Tutaj większości z nas osoba starsza, w tym z niepełnosprawnościami kojarzy się jako biorca wolontariatu, czyli osoba korzystająca z pomocy wolontariusza, a nie będąca wolontariuszem. Dopiero po poznaniu, w jaki sposób mogę zaangażować się w bycie wolontariuszem, zdecydowałam się (podobnie jak inni) na zostanie wolontariuszem. Identyczna sytuacja miała miejsce z budżetem obywatelskim lub inicjatywą lokalną, tutaj z niewielką pomocą pracowników

fundacji przygotowaliśmy i złożyliśmy wiele wniosków na ciekawe inicjatywy, wcześniej tylko narzekaliśmy na brak wiaty przystankowej, a nikt nie wiedział, jak to załatwić i że to takie proste. Ponadto poznanie np. zasad funkcjonowania sejmiku i wizyta w parlamencie zachęciły wiele osób starszych do aktywnego uczestnictwa w wyborach.

**Czyli w dotarciu z informacją do seniorów z niepełnosprawnością oraz ukazaniu im, jak mogą korzystać z narzędzi aktywności i partycypacji społecznej tkwi sukces projektu, a tym samym recepta na aktywizację seniorów z niepełnosprawnościami?**

**E.B.:** Zdecydowanie tak. Mój kolega powtarzał, że trudniej wyciągnąć seniora (z niepełnosprawnością) z domu, niż go zaktywizować. Czyli jeśli fundacji, stowarzyszeniom, Ośrodkom Pomocy Społecznej uda się zachęcić nas do udziału w projekcie, to odniesie sukces. My mamy bardzo dużo wolnego czasu i niespożytkowane pokłady chęci pomocy i działania, które często nie są widziane przez innych, którzy sądzą, że najlepsze dla nas to ciepłe kapcie. Pamiętam, jak córka obawiała się, że mogą złamać nogę, jeżdżąc do Fundacji i wychodząc na liczne spotkania... A ja jej odpowiedziałam, że można złamać nogę będąc w mieszkaniu i powtarzam zawsze, że lęk nie może nas paraliżować!

**A jak pani zdaniem najłatwiej dotrzeć z informacją o projektach do seniorów z niepełnosprawnościami, zwłaszcza tych mieszkających samotnie, niekorzystających z Internetu?**

**E.B.:** My, seniorzy, jesteśmy ludźmi starej daty. Dla nas słowo od sąsiadki jest bardziej wiarygodne niż przeczytane w prasie czy Internecie. Dlatego zdecydowanie ważne przy użyciu różnych kanałów, ale z uwzględnieniem poczty pantoflowej, przekazywanie informacji zaprzyjaźnionym seniorom, by oni przekazywali dalej etc. Podam przykład, w ramach projektu, o którym rozmawiamy, odbywał się kongres senioralny i dzień seniora. Na te wydarzenia namówiliśmy (36 osób) ponad 200 seniorów z niepełnosprawnościami. To był rekord świata. Ale to tak działa, pokazywanie przykładu, wspólne wyjście z sąsiadką etc. Bardzo ważne są też spotkania otwarte, by niepełnosprawne osoby starsze mogły iść i zobaczyć, na czym polega projekt, jak przebiegają zajęcia, bo przeczytanie na plakacie o budżecie partycypacyjnym to tak, jakbyśmy przeczytali o kosmosie, natomiast zobaczenie w praktyce wniosku, że jest to prosty kwestionariusz, że dzięki budżetowi możemy mieć przysłowiową



wiatę na przystanku czy ławeczkę i róże na osiedlu przemawia i motywuje do aktywności.

My jesteśmy pokoleniem, które musi widzieć sens. Dlatego jeżeli zobaczymy, że warto iść nauczyć się czegoś nowego (np. uzupełniać wnioski), by zrobić coś dobrego dla innych i dla nas, to jest to konkretny argument. Natomiast jeśli usłyszymy o samorozwoju lub realizacji idei otwartości społecznej lub że udział w projekcie spowoduje wzrost kapitału społecznego (a są to slogany z różnych ulotek, które ja i inni seniorzy znajdujemy w skrzynkach czy są wywieszane na tablicach ogłoszeń), to są to dla nas puste słowa, które w żaden sposób nie zachęcają nas do aktywności.

**Była pani bardzo aktywną uczestniczką projektu w ramach Programu ASOS, uczestniczyła pani również w przygotowywaniu wniosków do kolejnych edycji, czy pani zdaniem Program Aktywności Społecznej Osób Starszych może stać się jednym z narzędzi aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami?**

**E.B.:** Moim zdaniem ten program jest zbyt mało wykorzystywany do tego celu, a powinien być, gdyż w społeczeństwie przybywa seniorów z niepełnosprawnościami, nie przybywa zaś programów aktywizujących. Mamy Program „Opieka 75 +”, ale to program opiekuńczy, a nie aktywizujący! Niestety, znów skupiamy się nie na profilaktyce, a na leczeniu. A przecież warto skupić się na aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami, by byli jak najdłużej aktywni, by nie trzeba było się nimi opiekować, a oni opiekowali się i wspierali innych. Ponadto w ramach Programu ASOS jest finansowanych wiele uniwersytetów trzeciego wieku, w których niestety są w większości bierne zajęcia edukacyjne, które nie są atrakcyjne dla seniorów, zwłaszcza seniorów z niepełnosprawnościami, gdyż nie muszą wychodzić z domu, by posłuchać o historii demokracji, ale by zacząć w niej aktywnie uczestniczyć (m.in. przez partycypację społeczną) już tak, bo sama wniosku nie przygotowuje, muszą przekonać innych do pomysłu, by mieć ich podpisy, a później poparcie etc., czyli muszą wyjść z domu i działać, a to kwintesencja aktywizacji, dlatego w ramach Programu ASOS powinno być realizowanych więcej projektów praktycznych i dostosowanych do potrzeb i ograniczeń seniorów z niepełnosprawnościami, gdyż w nas jest potencjał – tylko on drzemie i czeka, aż ktoś go rozpali, a program ASOS może być taką zapalką.



## 2. Klub „Senior +” jako miejsce aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami oraz budowania dialogu pomiędzy seniorami pełno- i niepełnosprawnymi

### Cel i zakres programu

Program wieloletni „Senior +” jest skierowany do samorządów lokalnych, które dobrowolnie mogą wziąć udział w programie, aplikując o środki w ramach corocznego konkursu ofert przeprowadzanego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, sprawującego nadzór nad wdrażaniem, realizacją i kontrolą działań podejmowanych przez samorzady realizujące projekty.

Celem strategicznym Programu wieloletniego „Senior +” jest zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym przez tworzenie ośrodków wsparcia seniorów w ich środowiskach lokalnych oraz zwiększenie liczby miejsc w już działających placówkach typu „Senior +”. Celem głównym projektu jest zaś wspieranie i aktywizacja seniorów za pomocą wykorzystania infrastruktury Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”, które oferują seniorom powyżej 60. r.ż. bogatą ofertę na rzecz społecznej aktywizacji osób starszych, w tym zwłaszcza oferty:

- działań prozdrowotnych, w tym m.in. działań edukacyjnych z zakresu dbania o swoje zdrowie, rozpoznawania wybranych schorzeń wieku senioralnego jak również praktyczne warsztaty z przygotowywania zdrowych posiłków. Ponadto w ramach działań prozdrowotnych seniorzy zdobędą wiedzę z zakresu telemedycyny i teleopieki oraz niekorzystnego wpływu alkoholu, papierosów i innych uzależnień na proces starzenia się organizmu;
- działań z zakresu wzrostu aktywności ruchowej i kinezjoterapii, w tym przekazanie seniorom wiedzy z zakresu wpływu aktywności ruchowej na spowolnienie procesu starzenia się organizmu, jak również informacji, jakie ćwiczenia ruchowe powinni, a jakich nie powinni wykonywać seniorzy. Ponadto w ramach działań z zakresu wzrostu aktywności ruchowej osoby starsze będą miały okazję do praktycznego wykonywania ćwiczeń fizycznych podczas wspólnych zajęć i nauczania się ich samodzielnego wykonywania w swoich mieszkaniach lub na świeżym powietrzu (np. na siłowniach plenerowych);
- działań edukacyjnych – zajęć grupowych z zakresu interesujących seniorów tematów, prowadzonych często przez zaproszonych specjalistów z danej dziedziny, np. historii Polski;

- działań kulturalnych, w tym m.in. przygotowywanie występów i koncertów z okazji obchodzonych rocznic, świąt etc., jak również przygotowywanie prac plastycznych, prowadzenie działań związanych z rozwojem pasji i hobby, m.in. fotografii, sztuki filmowej, oraz zachęcenie seniorów do aktywnego korzystania z dóbr kultury, w tym organizowania wspólnych wyjść do instytucji kultury i sztuki;
- działań sportowo-rekreacyjnych, których celem jest zachęcenie osób starszych do aktywnego spędzania wolnego czasu, uczestnictwa w wyjściach i wyjazdach turystycznych
- oraz innych działań w zależności od zdiagnozowanych potrzeb seniorów.

Kierownictwo placówki w regulaminie domu (lub klubu) ustala zasady uczestnictwa w prowadzonych działaniach, z zastrzeżeniem ustawodawcy, że do uczestnictwa w zajęciach ruchowych i w kinezyterapii oraz zajęciach sportowo-rekreacyjnych potrzebne jest zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału osoby starszej w tych formach wsparcia.

Samorządy gminne w ramach Programu „Senior +” mogą ubiegać się o dofinansowanie w dwóch modułach:

- w ramach modułu pierwszego oferent może otrzymać jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie lub wyposażenie placówki do poziomu 80% kosztów realizacji działania, z uwzględnieniem wytycznych grantodawcy, iż wysokość dotacji nie może być wyższa niż 250 tys. zł w przypadku tworzenia Dziennego Domu „Senior +” oraz 125 tys. zł w przypadku tworzenia Klubu „Senior +”, jak również wysokość środków, które samorząd może uzyskać na wyposażenie Dziennego Domu „Senior +”, nie może być wyższa niż 80 tys. dotacji, zaś w przypadku wyposażenia Klubu „Senior +” 25 tys. zł;
- w ramach modułu drugiego oferenci mogą ubiegać się o środki na sfinansowanie bieżącego funkcjonowania już istniejących Domów Dzielnych i Klubów „Seniora +”. Dofinansowanie, jakie oferent może uzyskać w ramach corocznych konkursów, jest zależne od liczby seniorów korzystających ze wsparcia Dziennego Domu i Klubu „Senior +” i wynosi do 300 zł miesięcznie na jednego uczestnika Dziennego Domu oraz do 200 zł (z zastrzeżeniem, że całość dofinansowania nie może przekroczyć 40% kosztu funkcjonowania placówki, pozostałe środki mogą pochodzić od opłat uczestników, środków własnych i środków pochodzących z innych źródeł, m.in. programów Unii Europejskiej).

## Standardy obowiązujące w dziennych domach „Senior +” oraz w klubach „Senior +”

Powstające i funkcjonujące w ramach programu placówki powinny być zlokalizowane w miejscach ogólnodostępnych dla seniorów (w miarę możliwości z dobrym dojazdem transportem publicznym) oraz pozbawione barier architektonicznych – umożliwiających swobodny dostęp seniorom mającym trudność z samodzielnym poruszaniem się. Ponadto Rada Ministrów w swojej Uchwale z 20 grudnia 2016 r. (nr 157) zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior – WIGOR” na lata 2015–2020 określiła minimalne standardy dotyczące placówek powstawania w ramach programu oraz standardów zatrudnienia w powstających placówkach.

Zgodnie z Uchwałą Dzienny Dom „Senior +” powinien posiadać (minimum):

- jedno pomieszczenie ogólnodostępne, pełniące funkcje świetlicy, sali spotkań, jadalni etc., dlatego musi być wyposażona w niezbędne meble: stoły i krzesła w liczbie nie mniejszej niż liczba seniorów oraz kanapy i fotele sprzyjające relaksowi i domowej atmosferze placówki;
- pomieszczenie kuchenne (lub aneks kuchenny przy pomieszczeniu ogólnodostępnym) wyposażone w sprzęt kuchenny i naczynia niezbędne do przygotowywania i spożywania wspólnych posiłków;
- jedno pomieszczenie przeznaczone do wykonywania ćwiczeń ruchowych i kinezyterapii, wyposażone w niezbędny sprzęt sportowo-rekreacyjny (m.in. drabinki, materace, sprzęt do ćwiczeń indywidualnych);
- jedno pomieszczenie pełniące funkcję szatni (z indywidualnymi zamkniętymi szafkami dla każdego z seniorów, w których osoby starsze mogłyby zostawiać odzienie wierzchnie, buty etc.);
- jedną łazienkę wyposażoną w minimum dwie toalety (po jednej dla kobiet i mężczyzn), umywalki oraz dostosowany do potrzeb seniorów z ograniczoną sprawnością ruchową prysznic;
- jeden pokój zabiegowo-pielęgniarski (służący m.in. mierzeniu ciśnienia osobom starszym etc.).

Oprócz pomieszczeń niezbędnych Dzienny Dom „Senior +” powinien (ale nie musi) posiadać:

- pomieszczenie do odpoczynku seniorów (z miejscami do leżenia, umożliwiającymi odpoczynek osób starszych);

- pomieszczenie klubowe wyposażone w sprzęt RTV, fotele i kanapy ułatwiające oglądanie programów telewizyjnych, w tym materiałów filmowych podczas zajęć edukacyjnych;
- biblioteczkę z miejscem do czytania prasy i z dostępem do Internetu;
- pomieszczenia do prowadzenia poradnictwa i terapii indywidualnych zapewniających seniorom swobodę i dyskrecję rozmowy.

Dzienny Dom „Senior +” powinien funkcjonować we wszystkie dni robocze (od poniedziałku do piątku) przez co najmniej osiem godzin dziennie, zapewniając seniorom dostosowane do ich potrzeb i ograniczeń usługi aktywizacyjno-wspomagające oraz co najmniej jeden gorący posiłek w trakcie dnia pobytu.

Zgodnie z wymogami na grupę 15 seniorów powinien być zatrudniony co najmniej jeden pracownik. Ponadto w placówce powinien zostać zatrudniony fizjoterapeuta lub w zależności od potrzeb seniorów inny terapeuta, np. zajęciowy.

Zgodnie z Uchwałą Rady Ministrów Klub „Senior +” powinien posiadać (minimum):

- pomieszczenie ogólnodostępne pełniące funkcję sali spotkań;
- pomieszczenie kuchenne lub (połączony) z pomieszczeniem ogólnodostępnym aneks kuchenny;
- łazienkę z (minimum) dwoma toaletami;
- miejsce pełniące funkcję szatni (z wieszakami, na których seniorzy mogliby powiesić odzież wierzchnią).

Oprócz pomieszczeń niezbędnych Klub „Senior +” powinien (ale nie musi) posiadać:

- pomieszczenie klubowe, wyposażone w kanapy i fotele oraz w sprzęt RTV i komputery z dostępem do Internetu;
- pomieszczenie wyposażone w sprzęt sportowo-rekreacyjny (m.in. drabinki, materace, leżanki);
- łazienkę wyposażoną w sposób dostosowany do potrzeb seniorów z problemami ruchowymi prysznic.

Klub „Senior +” powinien działać w dostosowanym do potrzeb seniorów czasie, a prowadzone działania powinny motywować osoby starsze do działań samopomocowych i świadczenia usług wolontariackich, w tym na rzecz innych seniorów oraz wolontariatu kompetencyjnego.

Przykłady funkcjonowania klubu „Senior +”. Wywiad z Arturem Kołodziejczykiem, kierownikiem OPS w Ząbkach, w ramach którego funkcjonuje klub „Senior +”

**Kieruje pan Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Ząbkach, czy mógłby nam pan powiedzieć, skąd się wziął pomysł na stworzenie Klubu „Senior +” w Ząbkach oraz od jak dawna funkcjonuje?**

**Artur Kołodziejczyk:** Ząbkowski Klub „Senior +” funkcjonuje od stycznia 2019 r. Powstał jako odpowiedź na zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi. Dodatkowym, a kto wie, czy nie decydującym argumentem przemawiającym za otwarciem klubu była możliwość uzyskania dofinansowania na jego działalność. Pierwsze pomysły na utworzenie klubu pojawiły się w 2011 r., jednak wówczas nie pracowałem na rzecz Mieszkańców Miasta Ząbki, a i sytuacja w samorządach była nieco inna. W Ząbkach, dzięki znakomitej współpracy z lokalnymi władzami, udało się utworzyć klub seniora krótkim czasie.

**A czy mógłby pan zdradzić, czy trudno jest uzyskać dofinansowanie na stworzenie i funkcjonowanie klubu (czy tworzenie wniosku i procedura konkursowa są bardzo skomplikowane)?**

**A.K.:** W mojej ocenie procedura konkursowa nie jest skomplikowana, natomiast trzeba posiadać pewną wiedzę i doświadczenie, aby prawidłowo przemyśleć funkcjonowanie klubu, a później przelać to na formularz wniosku o dofinansowanie. Ważne jest, aby umieć przewidzieć pewne zdarzenia, uwzględniać potrzeby seniorów i być gotowym na różne nieprzewidziane zdarzenia.

**Ilu jest obecnie uczestników klubu i czy liczba miejsc jest wystarczająca, czy liczba chętnych seniorów przewyższa liczbę zaplanowanych miejsc?**

**A.K.:** Działalność klubu i jego finansowanie przewidziane są dla 25 osób. Biorąc jednak pod uwagę zapotrzebowanie klubu, jest otwarty dla wszystkich chętnych, którzy złożą deklarację uczestnictwa. Bywały takie dni, że w klubie przebywało nawet 50 osób, wyposażenie klubu i jego metraż na to pozwalają. Także wytyczne wojewody wskazywały na to, aby nie ograniczać dostępu do klubu dla osób, które byłyby zainteresowane udziałem w zajęciach.

### **Jak dużą liczbę wśród uczestników klubu stanowią niesamodzielne osoby starsze?**

**A.K.:** Osoby biorące udział w zajęciach organizowanych w klubie są na tyle samodzielne, aby do klubu dotrzeć i być w nim aktywnym, co nie oznacza, że ich samodzielność jest na tyle wystarczająca, aby właściwie prowadzić gospodarstwo domowe czy właściwie funkcjonować w społeczności lokalnej. Zdarzają się osoby, które potrzebują dodatkowego wsparcia (zakupy, pomoc w sprzątaniu mieszkania, realizacja recept), jednak ich liczba nie przekracza 3–4 osób spośród uczestników.

### **Czy udział w klubie jest odpłatny dla uczestników?**

**A.K.:** Zgodnie z uchwałą Rady Miasta Ząbki udział uczestników w zajęciach Klubu „Senior +” jest odpłatny, ale tylko gdy ich dochód przekracza 300% kryterium dochodowego ustalonego na podstawie przepisów wynikających z ustawy o pomocy społecznej. W praktyce oznacza to, że seniorzy nie ponoszą opłat za pobyt w klubie, ich udział finansowany jest ze środków pozyskanych od wojewody oraz ze środków miasta Ząbki.

### **Czy mógłby pan opisać, jakie są zasady przyjęcia do klubu, jakie działania prowadzone są w klubie oraz jaki jest cel i założenia prowadzonych działań?**

**A.K.:** Zasady przyjęcia do klubu określa jego regulamin. Wystarczy złożyć wniosek, wypełnić kwestionariusz oraz dołączyć zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, rekreacyjnych czy aktywizujących. Rekrutację prowadzą pracownicy socjalni. Podstawowy zakres usług to:

- a) zajęcia edukacyjne;
- b) socjalne (bez posiłku);
- c) kulturalno-oświatowe;
- d) aktywności ruchowej lub kinezyterapii;
- e) sportowo-rekreacyjne;
- f) aktywizacji społecznej (w tym wolontariat międzypokoleniowy);
- g) terapii zajęciowej.

Trzeba jednak pamiętać, że nasz klub tworzą seniorzy, którzy również mają pomysły na program działalności klubu. Staramy się spełniać te oczekiwania.

Największym zainteresowaniem z prowadzonych zajęć cieszą się rehabilitacja, gimnastyka, taniec oraz różnego rodzaju wycieczki, począwszy od kilkogodzinnych, np. warszawskie Stare Miasto, skończywszy na kilkudniowych, np. Wilno. Niezależnie od rodzaju zajęć widoczny jest efekt tego, że ząbkowski senior nie czuje się samotny, czuje się potrzebny, zorganizowany, zadbany, chętny do podejmowania działań na rzecz społeczności lokalnej.

### **Czy prowadzony przez pana Klub „Senior +” współpracuje ze społecznością lokalną?**

**A.K.:** Tak, i jest to jedno z kluczowych działań klubu.

### **Czy zgodzi się pan ze stwierdzeniem, że Kluby „Senior +” pozwalają seniorom i ich rodzinom opóźnić, a często nie podejmować decyzji o zamieszkaniu osoby starszej w domu pomocy społecznej?**

**A.K.:** To bardzo trudne pytanie. Na pewno Klub „Senior +” sprzyja w zachowaniu dobrej kondycji seniorów, natomiast nie zdecyduję się jednoznacznie stwierdzić, że opóźnia decyzję o zamieszkaniu w DPS. Na pewno opóźniony zostaje proces starzenia się.

### **Czy otrzymywał pan w czasie epidemii koronawirusa informacje od uczestników klubu, jak sobie radzą podczas zamknięcia placówki?**

**A.K.:** Tak, takie informacje otrzymywaliśmy od uczestników i jeśli zachodziła taka potrzeba, organizowaliśmy różnego rodzaju wsparcie. Nasi pracownicy regularnie monitorowali sytuację seniorów.

### **Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób zachęciłby pan inne samorządy do tworzenia Klubów „Senior +”?**

**A.K.:** Oczywiście, że gorąco zachęcam. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa jednostki typu Klub „Senior +” są potrzebne. Duże zainteresowanie Klubem „Senior +” jest wśród osób samotnych oraz osób z drobnymi niepełnosprawnościami. Dziękując za własnym doświadczeniem, Klub „Senior +” pozwala seniorom rozwijać swoje pasje, poszerzyć krąg znajomych oraz zachować sprawność intelektualną.

## **Jakie pana zdaniem wyzwania przed polityką na rzecz osób starszych i pracą socjalną stawia postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego i wzrost liczby niesamodzielnych osób starszych?**

**A.K.:** Takie wyzwania to przede wszystkim rozwój dialogu międzypokoleniowego, rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych oraz edukacja społeczeństwa w zakresie postępowania z osobami z chorobami wieku starczego.

### **3. Grupa samopomocowa jako narzędzie wspierania i aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami**

#### **Czas wolny i jego rodzaje**

W potocznym języku bardzo często używamy słowa „czas”, posługując się nim w takich m.in. zwrotach, jak: „czas to pieniądz”, „nie mam czasu”, „czas przeznaczenia”, „to były czasy”. Czas jest traktowany jako coś ulotnego, przemijającego, nietrwałego, cennego bądź jako jednostka miary. Czas wyznacza i reguluje nasze działania, nasz rozkład dnia, nasze zadania, nasze role, zdaniem wielu wręcz rządzi życiem człowieka.

Specyficzną rolę odgrywa „czas wolny” – czas przeznaczony na dowolne zajęcia, który mamy dopiero po spełnieniu swoich wszystkich obowiązków. Pierwszą formalną próbą zdefiniowania i wyjaśnienia terminu „czas wolny” podjęto w 1957 r. na konferencji UNESCO. Uczestnicy obrad za punkt wyjścia w definiowaniu czasu wolnego przyjęli definicję francuskiego pedagoga J. Dumazediera, definiującą czas wolny jako „czas, w którym każdy może oddawać się dobrowolnie, poza obowiązkami zawodowymi, domowymi – rodzinnymi i społecznymi, wypoczynkowi, rozrywce lub rozwojowi swej osobowości”<sup>5</sup>. Biorąc pod uwagę długość trwania czasu wolnego, możemy wyróżnić jego trzy podstawowe typy (Tokaj, 2008):

- krótki czas wolny to czas przeznaczony na odpoczynek, rozrywkę, uprawianie hobby w ciągu dnia;
- średni czas wolny jest czasem w trakcie weekendu, który przeznaczamy na inne zajęcia niż wypełnianie obowiązków zarówno zawodowych, jak i domowych, rodzinnych;
- długi czas wolny jest czasem wolnym, który mamy w trakcie wakacji, ferii oraz dłuższych (co najmniej cztero-, pięciodniowych) urlopów.

<sup>5</sup> <https://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU1241> [dostęp: 6.07.2020].



### Czas wolny w wieku złotej jesieni

Ludzie starsi, w przeciwieństwie do dzieci i osób aktywnych zawodowo, mają bardzo dużo wolnego czasu, toteż zdarza się, że seniorzy na pytanie: „co słychać?”, odpowiadają: „stara bieda”, „nic nowego”, „po staremu”. Analizując te odpowiedzi, łatwo można dojść do wniosku, że życie codzienne osób starszych nie przynosi im wielu atrakcji, wyzwań, a jedynie utrwała stały schemat codzienności, w którym posiłki wyznaczają rytm dnia. Jest to jednak powierzchowna opinia, gdyż wielu seniorów pomimo swego wieku nadal prowadzi aktywny tryb życia, przejawia potrzeby kulturalne i rekreacyjne. Często osoby starsze aktywnie włączają się w życie rodziny i społeczeństwa, oferując mu swój czas wolny, swoje życiowe doświadczenie i umiejętności. Ponieważ seniorzy to w niemal 100% osoby będące na emeryturze, w większości bierne zawodowo, znacznie wzrasta (wraz z zaprzestaniem działalności zawodowej) ilość czasu wolnego. Dzięki temu mogą realizować swoje marzenia, hobby czy pasje, na które nie mieli czasu, wychowując dzieci i pracując zawodowo. Wybór odpowiedniej dla siebie formy spędzania wolnego czasu pozwala seniorowi łatwiej przejść przez (dla większości osób starszych) trudny okres – początku emerytury, podczas którego osoba starsza, wcześniej żyjąca według pewnego schematu (wstawanie rano do pracy itd.), nie potrafi sobie poradzić bez wcześniejszych obowiązków i zaczyna czuć się niepotrzebna lub szukająca na siłę jakiegoś zajęcia (np. co kilkudniowego mycia okien). To, jak seniorzy spędzają wolny czas, zależy od wielu czynników społeczno-ekonomicznych, gdyż ze względu na niskie przychody w wielu przypadkach starość niemal równa się z niedostatkiem. Emerytów nie stać na spędzanie wolnego czasu w wymarzony sposób. Samopoczucie emerytów w znacznym stopniu zależy od ich sytuacji rodzinnej, tego czy osoba starsza jest osobą żyjącą w związku czy jest osobą samotną oraz od jej kontaktów z dziećmi, wnukami i prawnukami. Istotny wpływ na wybór formy spędzania wolnego czasu ma miejsce zamieszkania osoby starzej: czy mieszka w mieście czy na wsi, jak również czy senior mieszka w swoim naturalnym środowisku czy w placówce opiekuńczej. Jednak nie zmienia to faktu, że większość osób starszych boleśnie odczuwa swoją samotność i pogłębiającą się z każdym rokiem utratę sił witalnych.

## Samotność i osamotnienie osób starszych

Współczesna cywilizacja lansuje młodość, piękno, bogactwo, wykształcenie, dążenie do sukcesu i stały wyścig z czasem. Mnogość obowiązków, pogoń za dobrami materialnymi, chęć zdobywania coraz wyższych szczebli kariery narzuciła styl życia, w którym nie starcza czasu dla siebie, najbliższej rodziny, przyjaciół i znajomych. Prowadzi to do osłabienia więzi społecznych, braku poczucia identyfikacji z najbliższym otoczeniem, sąsiadami, miejscami, które niegdyś były dla nas bardzo ważne i istotne. Coraz szybsze tempo życia prowadzi do ograniczonych i bardzo okrojonych kontaktów interpersonalnych. Ludzie spędzający wiele godzin w pracy z czasem zaczynają ją traktować niemal jako dom, zwłaszcza że często jedynymi osobami, z którymi utrzymują stały kontakt (również towarzyski), są znajomymi z pracy. Coraz rzadsze (i płytsze) bezpośrednie kontakty z osobami, z którymi można szczerze porozmawiać, zwierzyć się i poprosić o radę, powoduje, że człowiek staje się coraz bardziej zagubiony, bezradny i samotny (Nowakowska, 2007).

Jedni wybierają samotność świadomie – dobrowolnie izolują się od świata zewnętrznego, inni czują się samotni, gdyż doszło do rozluźnienia więzi z osobami bliskim, z którymi się identyfikowali, zostali odrzuceni, zmarła najbliższa im osoba (lub osoby). Odczuwanie samotności jest zawsze subiektywne, bardzo zróżnicowane, niepowtarzalne oraz uwarunkowane czynnikami społecznymi, demograficznymi, psychicznymi.

Samotność (w odróżnieniu od osamotnienia) nie jest nagłym zjawiskiem, lecz złożonym procesem, który można podzielić na trzy powiązane z sobą fazy. Faza pierwsza zależy od okoliczności zewnętrznych, spowodowanych ograniczonymi, sporadycznymi kontaktami interpersonalnymi z bliskimi ludźmi lub gdy do takich kontaktów w ogóle nie dochodzi.

Faza druga charakteryzuje się utratą zaufania do innych osób, a w konsekwencji również do samego siebie, osoba samotna traci zdolność kontaktu fizycznego z innymi, nie podaje innym ręki, nie uśmiecha się do innych. Stając się osobą zimną i mało atrakcyjną w relacjach towarzyskich, samotnik zaczyna tracić wiarę w swoje zdolności, umiejętności interpersonalne, w końcu zaczyna unikać kontaktów, izolując się od społeczeństwa.

Fazę trzecią cechuje zatracenie wszelkich predyspozycji do podtrzymywania i nawiązywania nowych kontaktów interpersonalnych oraz do bycia dla innych osób człowiekiem atrakcyjnym, gotowym do przyjmowania i wyrażania uznania. Doprowadza to do zaniku zdolności komunikowania się oraz utwierdzenia samotnika w przekonaniu, że jest dla innych osobą nieważną

i mało istotną. W następstwie takiej samooceny samotnik całkowicie zamyka się w sobie, agresją lub sarkazmem zniechęca do siebie innych (Nowakowska, 2007).

Samotność jest procesem złożonym i rozległym w czasie, lecz na co dzień może dotyczyć każdego człowieka. Jedną z jej odmian jest samotność chwilowa, której nie da się wyeliminować z ludzkiego życia. Pozwala ona na zastanowienie się nad sobą, swoim życiem oraz pobudza do aktywności. Taka samotność może być uznana za ostrzeżenie mobilizujące człowieka do podjęcia działań zmieniających jego sytuację. Samotność chwilowa jest przeciwieństwem samotności chronicznej, która ma na destrukcyjny wpływ, gdyż odbiera nam zdolność do działania, kierowania swoim życiem, często oznacza wręcz wyobcowanie jednostki.

Samotność znacznie częściej dotyka bezdzietnych i długowiecznych osób starszych oraz seniorów żyjących w rodzinach dysfunkcyjnych. W Polsce problem samotności osób starszych jest szczególnie istotny, gdyż prawie 1/5 seniorów (17%) mających 65 lat i więcej czuje się samotna, a w tym aż 7% osób starszych stale odczuwa samotność. Prawie 1/3 osób na emeryturze odczuwa sporadycznie samotność lub „uczucie podobne do samotności”, tylko 47% seniorów nie odczuwa samotności. Wraz z wiekiem liczba ludzi starszych czujących się samotnymi jeszcze bardziej wzrasta<sup>6</sup>.

Mimo szybszego tempa życia w miastach niż na wsiach zjawisko samotności częściej dotyczy seniorów mieszkających na wsiach i w małych miasteczkach. Zjawisko to najczęściej jest spowodowane faktem, że dzieci uzyskały lepsze wykształcenie niż ich rodzice i przeprowadziły się ze wsi do dużych miast. W Polsce zjawisko samotności seniorów jest w dużym stopniu następstwem wysokiego procentu feminizacji procesu starości – owdowiałych kobiet i procesów migracyjnych, które są szczególnie widoczne na wsiach i w małych miasteczkach, gdzie dzieci przeprowadziły się do miasta, a ich rodzice (obecnie osoby starsze) zostały na wsi.

---

<sup>6</sup> Raport *Bądź blisko – kampania przeciw samotności i społecznej izolacji osób starszych* został przygotowany oraz przeprowadzony przez dra P. Kubickiego na zlecenie Fundacji JA KOBIEȚA i Forum 50+ Seniorzy XXI wieku, ze środków uzyskanych z brytyjskiej organizacji Help the Aged pod patronatem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Badanie składało się z Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych oraz badania ilościowego przeprowadzonego przez firmę TNS OBOP w dniach 15–19 maja 2009 na ogólnopolskiej próbie losowej 1000 osób w wieku 65 lat i powyżej 65. r.ż., mieszkających na terenie Polski oraz dwóch wywiadów grupowych przeprowadzonych wśród młodzieży przebywającej na co dzień z osobami starszymi w wieku co najmniej 65 lat i powyżej.

Innym powodem samotności seniorów jest konflikt z dziećmi. Bardzo często osoby starsze przez lata nie rozmawiają ze swoimi potomkami, jednak ciągle oczekują i marzą o powrocie syna marnotrawnego. Niestety, w wielu przypadkach do pojednania rodziny dochodzi dopiero na łożu śmierci lub rodzice umierają niepokodzeni z dziećmi.

Częściej niż mężczyźni na samotność cierpią kobiety, zwłaszcza jeśli były one zamężne ze znacznie starszymi od siebie mężczyznami. Na samotność narzekają wdowy, szczególnie gdy owdowiały wcześniej, bo ich mężowie pracujący zbyt ciężko doprowadzali się do fizycznego wyczerpania organizmu, chorób i przedwczesnej śmierci. Oprócz obiektywnych przyczyn (takich jak mieszkanie samemu z dala od rodziny) na poczucie samotności wpływa pogarszający się stan zdrowia fizycznego i psychicznego, postępująca niesamodzielność życiowa seniorów, zanik życia towarzyskiego lub ograniczenie go do sporadycznych kontaktów z innymi osobami, np. z miejscowości, parafii. Obserwując zmiany demograficzne w naszym kraju, można dojść do wniosku, że problem samotności seniorów będzie wzrastał wraz ze starzeniem się polskiego społeczeństwa.

### Wpływ samotności na samopoczucie osób starszych

Samotność zdaniem osób starszych jest jedną z głównych dolegliwości starości, a często jest wskazywana jako druga – po chorobach – przyczyna pesymistycznej wizji przyszłości. Wielu seniorów zły stan swego zdrowia tłumaczy właśnie samotnością, poczuciem bycia niepotrzebnym oraz obawą, że w razie choroby zabraknie kogoś, kto poda szklankę wody.

Samotność jest najczęściej powodowana (częściowym lub stałym) brakiem osób bliskich, zdaniem uczestnika projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych”, „samotność zaczyna się, gdy wejść do pustego pokoju dopiero odczuwam samotność, popatrzę na ściany obrazy, zdjęcia, który mi wszystko przypominają. [...] Samotność jest wtedy, gdy nie ma się komu zwierzyć ani z tego co dobre, ani z tego co złe”.

Samotność może mieć charakter subiektywnych odczuć: „przyjeżdża rodzina na święta, zjemy śniadanie, obiad i odjeżdża – kolację jem już sama, oni przyjadą i odjadą, a ja cały czas samusieńka”. Czasem jest to rozczarowanie na skutek nadmiernych oczekiwań wobec dzieci, wnuków, znajomych osoby starszej, mieszkające z dala od bliskich. Samotność może być też objawem nudy i nieumiejętności zagospodarowania sobie nadmiaru wolnego

czasu – dawnej poświęcanego na pomoc dzieciom, wychowywanie wnuków lub pracę zawodową. Dlatego dużo mocniej odczuwają samotność seniorzy o osobowości zależnej, szczególnie wrażliwym na to, aby inni okazywali nimi żywe zainteresowanie.

Samotność w sposób szczególny dotyka seniorów z niepełnosprawnościami, których niepełnosprawność jest wrodzona lub nabyta w dzieciństwie lub wczesnej młodości oraz uniemożliwiła im zawarcie związku i posiadanie potomstwa. Osoby te ze względu na wiek, schorzenia oraz brak pomocy ze strony najbliższych (których nie posiadają) wraz z postępującymi schorzeniami decydują się na zamieszkanie w domach pomocy społecznej, w których są bardzo rzadko odwiedzani przez dalszą rodzinę i znajomych.

Poważną barierą w pokonaniu samotności jest chęć opieki i pomocy innym. Po opuszczeniu domu przez dzieci, przejściu na emeryturę (i bardzo często) śmierci współmałżonka osoba starsza zostaje kompletnie sama. Ktoś, kto przez całe dotychczasowe życie był przyzwyczajony do sprawowania opieki nad innymi, brania odpowiedzialności za innych, musi się pogodzić z faktem, że nie będzie już potrzebny. Dlatego często właśnie osoby te angażują się w działalność społeczną, pomagają w hospicjach, są wolontariuszami w domach dziecka, aktywnie angażują się w życie parafii, działając w Kółkach Żywego Różańca, Bractwach Świętego Józefa czy w Akcji Katolickiej. Seniorzy o skłonnościach społecznikowskich organizują liczne akcje charytatywne, zbiórki pieniędzy dla potrzebujących, pielgrzymki i wyjazdy rekreacyjne. We wszystkich swoich działaniach starają się pomagać innym, być użytecznym, czuć się potrzebnym.

Konsekwencją osamotnienia jest odizolowanie się seniora od otoczenia, często błędnie traktowanego jako wroga wobec osoby starszej. Senior, potrzebujący pomocy ze strony innych, stara się pozostać samowystarczalnym za wszelką cenę, gdyż po prostu nie ufa nikomu, odczuwa (zazwyczaj nieuzasadnione) zagrożenie ze strony krewnych i znajomych. Przejawia nieufność i podejrzliwość w kontaktach z urzędnikami i funkcjonariuszami, jeśli nie może ich uniknąć (np. listonoszem). Człowiek taki zamyka się w kręgu własnych spraw, staje się biernym obserwatorem otaczającej go rzeczywistości, dlatego tak istotne jest powstawanie grup samopomocowych, które są swą odpowiedzialnością na samotność i osamotnienie osób starszych oraz miejscem, gdzie seniorzy uzyskują wzajemne wsparcie.

## Idea i rodzaje samopomocy

Samopomoc jest jedną z najstarszych form mechanizmów organizacji życia społecznego i wzajemnego wspierania się jego członków. Powstające w ramach samopomocy inicjatywy można podzielić na (Kowalska, 2006):

- punkty kontaktowe samopomocy, prowadzone przez instytucje społeczne lub państwowe instytucje pomocowe (np. Ośrodek Pomocy Społecznej), których celem jest inicjowanie powstawania grup samopomocowych oraz ich merytoryczne i techniczne wspieranie;
- organizacje samopomocowe, czyli formalne grupy osób walczących o realizację określonych kwestii – najistotniejszych dla danej grupy oraz pełniących funkcję rzecznika interesów danej organizacji samopomocowej;
- grupy samopomocowe, zrzeszające ludzi, których łączy wspólny problem, których członkowie grupy próbują wspólnie rozwiązać.

Działania grup samopomocowych najczęściej przybierają jedną z poniższych form organizacyjno-prawnych (Kowalewicz, 2016):

- grupy sformalizowane i działające samodzielnie, m.in. jako stowarzyszenia, fundacje, spółdzielnie socjalne;
- grupy nieformalne, działające we współpracy z innymi organizacjami, a więc częściowo niesamodzielne;
- grupy nieformalne, działające całkowicie samodzielnie.

Grupy samopomocowe są tworzone na zasadzie dobrowolności, jej członkowie powinni również dobrowolnie zgłosić się do grupy lub być w grupie inicjatywnej ją zakładającej. Oprócz zasady dobrowolności grupy samopomocowe charakteryzuje zasada równości (wszyscy członkowie grupy mają takie same prawa), współodpowiedzialności (każdy z członków grupy odpowiada za grupę oraz jej działania), zasada tolerancji i szacunku (dla siebie wzajemnie, postaw, uczuć, przekonań religijnych, społecznych oraz politycznych). Ostatnią z podstawowych zasadą grup samopomocowych jest zasada prywatności, zgodnie z którą członkowie grupy powinni zachować dyskrecję, by poruszane podczas spotkań kwestie nie były komentowane i rozwijane publicznie po zakończeniu spotkań samopomocowych.

### Korzyści członkostwa w grupie samopomocowej

Grupy samopomocowe powstają w celu wspierania swoich członków, którzy dzięki członkostwu mogą uzyskać wiele korzyści, wśród których możemy wyróżnić:

- wymianę informacji i wzrost wiedzy członków grupy o danym problemie, lepsze jego zrozumienie, poznanie różnych opinii na jego temat oraz doświadczeń – sposobów z radzeniem sobie z daną kwestią;
- poczucie ulgi dzięki opowiedzeniu o swoim problemie oraz usłyszeniu, że dana kwestia nie dotyczy jedynie danego członka grupy, ale również innych osób, że wiele osób sobie z nią radzi i nauczyło się żyć (np. po mastektomii);
- poczucie zrozumienia – ponieważ jedną z zasad grup samopomocowych jest wzajemne rozumienie, a nie ocenianie, członkowie grup samopomocowych nie obawiają się mówić o swoich problemach, gdyż wiedzą, że uzyskają wsparcie grup, a nie jej potępienie;
- przełamanie izolacji – dzięki wyjściu z domu i uczestnictwie w grupie samopomocowej jej członkowie (często osoby samotne, wyobcowane społecznie) na nowo nawiązują kontakty i więzi społeczne, rozwijają umiejętności interpersonalne, a tym samym przełamują samoizolację i wykluczenie społeczne;
- poczucie wsparcia, gdyż dzięki wspólnym dyskusjom i rozmowom, wspólnemu przerabianiu problemów, wyszukiwaniu rozwiązań etc. członkowie grupy odczuwają wzajemne wsparcie i oparcie społeczne;
- wzajemną otuchę i odwagę przez wzajemne wspieranie, poprawę samooceny i na nowo uwierzenie w swoje możliwości;
- nadzieję i optymizm, że pokonają trudności, że powstanie trudności miało jakiś cel, że trudność jest wyzwaniem, że członkowie grupy mają z kim dzielić się wzajemnymi troskami i radościami oraz uzyskują pomocną energię grupy;
- samoakceptację, przestać siebie obwiniać za trudną sytuację, w której się znaleźli, patrzeć do przodu, a nie za siebie, usłyszeć, że dadzą radę, że są wytrwali, że są akceptowani przez innych, a więc by byli akceptowani przez siebie.

Ponieważ członkostwo w grupach samopomocowych jest dla wielu osób sposobem na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, to wielu jej członków pozostaje w grupach samopomocowych i wspiera innych (nawet już po rozwiązaniu problemu).



Rozmowa z Małgorzatą Kornet, organizatorką i liderką senioralnej grupy samopomocowej

### **Jest pani niekwestionowaną liderką i organizatorką senioralnej społeczności lokalnej. Od jak dawna działa pani na rzecz seniorów?**

**Małgorzata Kornet:** Czy liderką i organizatorką to trudno ocenić, na pewno wiele działań na rzecz senioralnej społeczności lokalnej powstało z mojej i koleżanki inicjatywy.

Z początkiem 2010 r. zrodziła się w naszych głowach idea napisania projektu adresowanego do seniorów z Targówka mieszkaniowego. Cel był prosty, utworzenie miejsca przyjaznego seniorom, gdzie mogliby aktywnie spędzić czas wolny, nawiązać nowe znajomości, wymienić się doświadczeniami, co zniwelowałoby skutki marginalizacji i separacji.

### **Od czego zaczęła pani pracę na rzecz seniorów?**

**M.K.:** Od naboru grupy seniorów. Byłyśmy pewne, że zorganizowanie na terenie Targówka mieszkaniowego miejsca przyjaznego seniorom jest dobrym pomysłem, jednak problemy, jakie napotkaliśmy podczas jego realizacji, uświadomiły nam, z jak wielkim wyzwaniem mamy do czynienia.

### **Jakie były największe trudności i wyzwania w organizowaniu działań na rzecz osób starszych oraz zachęceniu osób starszych do udziału w tych działaniach?**

**M.K.:** Największą trudnością było dotarcie do samych seniorów. Uznałyśmy, że najprostszym narzędziem, które pomoże nam zdiagnozować potrzeby społeczności lokalnej i wyłuskać grupę chętnych seniorów do uczestnictwa w projekcie, będzie ankieta. Mimo że zestaw kilku krótkich pytań był tak sformułowany, aby te potrzeby w prosty sposób rozeznąć, nie był jednak trafionym narzędziem. Nie wzięłyśmy pod uwagę takiej kwestii, jak opór ze strony mieszkańców przed wszelkiego rodzaju ankieterami. Mieszkańcy niezależnie od grupy wiekowej niechętnie otwierali drzwi. Nawet jeśli udało się nawiązać bezpośredni kontakt, to że jesteśmy reprezentantkami Ośrodka Pomocy Społecznej nie zachęcało do udzielania odpowiedzi na pytania. Uznałyśmy, że nie ma co naciskać, za zgodą mieszkańca zostawiałyśmy druk ankiety do wypełnienia, odbiór następował po kilku dniach. Dzięki temu kilkadziesiąt wypełnionych ankiet wróciło z powrotem. Ich analiza przeszła nasze wszelkie oczekiwania, ani izolacja społeczna, ani marginalizacja cywilizacyjna, ani



brak miejsca do spędzania wolnego czasu nie stanowiły takiego problemu, jakim okazały się „psie kupy” na okolicznych trawnikach. Przeanalizowałyśmy dogłębnie naszą dotychczasową pracę i postanowiłyśmy dokonać zmian w projekcie. Nawiązałyśmy współpracę z Kołem Emerytów, które mieściło się na obszarze naszych działań. Równolegle nawiązałyśmy współpracę z Zakładem Gospodarowania Nieruchomościami. To dozorczy doskonale znają społeczność lokalną, dzięki wsparciu z ich strony udało się rozwiesić ulotki zachęcające seniorów do wzięcia udziału w spotkaniu z pracownikami ośrodka, na którym przedstawione zostały informacje na temat nowo powstającej Grupy Samopomocowej „Plus 60 – Nie jesteś sam”. Mimo że w spotkaniu uczestniczyły tylko dwie osoby, to był to jakiś punkt zaczepienia. I tak z początkiem października 2012 r. grupa zaczęła działać. W pierwszych spotkaniach uczestniczyło od 5 do 8 osób, obecnie w spotkaniach uczestniczy od 18 do 20 osób. Początki są zawsze trudne, ale nie jest to powód do rezygnacji.

### **Czy może pani opowiedzieć o prowadzonych przez panią spotkaniach?**

**M.K.:** Spotkania odbywają się raz w tygodniu, w każdy poniedziałek w godzinach 12–14, na neutralnym terenie w siedzibie Klubu Chatka Puchatka przy ul. Węgowskiej, co jest ogromną zaletą, gdyż uczestnicy mają bardzo dobry dojazd, a jednocześnie miejsce nie jest kojarzone z pomocą społeczną, która w Polsce ma negatywną opinię w społeczeństwie. Na przełomie tych kilku lat jedno pozostało niezmiennie, wyjście z domu i możliwość porozmawiania z drugą osobą stanowią dla seniorów ogromną wartość. Wydawać by się mogło, że to nic takiego, a jednak wyjście z domu zobowiązuje do zaplanowania dnia, zadbania o własny wygląd.

### **Czy oprócz zajęć stacjonarnych organizuje pani również inne formy działań dla osób starszych?**

**M.K.:** Inne formy działań są ściśle związane z zapotrzebowaniem grupy. Wiele z nich było stymulowane tematami, jakie seniorzy poruszają podczas cotygodniowych spotkań. Sporo uwagi podczas spotkań poświęcają zdrowiu i własnemu bezpieczeństwu, mają ogromną potrzebę poszerzać wiedzę na temat historii własnego miasta. Wychodząc naprzeciw potrzebom seniorów, nawiązałyśmy współpracę m.in. z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym przy al. Żwirki i Wigury, studenci trzeciego roku pod okiem opiekuna medycznego zorganizowali cykl wykładów na temat cukrzycy, chorób układu

krażenia, zdrowego żywienia, zaprezentowali kilka prostych ćwiczeń, które seniorzy mogą wykonać w domu dla poprawy stanu zdrowia i samopoczucia itp. Ciekawymi doświadczeniami dla seniorów były również spotkania z przedstawicielami Straży Miejskiej, którzy przybliżyli seniorom kwestie ich bezpieczeństwa, udzielili kilku porad, na co zwrócić uwagę, aby nie zostać oszukany.

Z własnych środków zorganizowali kilka wycieczek z licencjonowanym przewodnikiem warszawskim, w ramach których seniorzy zwiedzili m.in. Cytadelę, Muzeum Pragi, Stare Powązki, kościoły Starego Miasta, odbyli spacer po Łazienkach Warszawskich, zachwycali się iluminacjami świątecznymi w Wilanowie. Są to tylko niektóre z atrakcji, jakie udało się seniorom zorganizować. Niestety, należy nadmienić, że część seniorów ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej nie była w stanie uczestniczyć w tych wycieczkach, dlatego w ramach rekompensaty przewodnik zorganizował dwie prezentacje multimedialne pt. *Nieznana znana Warszawa*. Jako grupa samopomocowa „Plus 60” seniorzy przystąpili do konkursu organizowanego przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. W ramach konkursu 12-osobowa grupa seniorów przy naszym wsparciu napisała projekt „Rusz po zdrowie Targówkowi Seniorze”. Działania, jakie sobie założyli, obejmowały zajęcia nordic walking pod okiem instruktora oraz zajęcia relaksacyjne na basenie. Projekt uzyskał pozytywne rekomendacje i tak seniorzy przystąpili do działania. Nabyte podczas realizacji projektu umiejętności wykorzystywane są przez seniorów do dnia dzisiejszego.

Ponadto kilkoro seniorów nawiązało współpracę z Fundacją Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”. Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Targówek we współpracy z Fundacją „Hej, Koniku!” „Otwartą Rampą” od siedmiu lat w październiku, w bardzo uroczysty sposób organizują Dni Seniora. W ramach własnych środków od pięciu lat co roku organizowana jest dla seniorów wycieczka autokarowa, w której uczestniczy około 80 seniorów. Tych działań na przestrzeni kilku lat było dużo, wymieniłam tylko niektóre.

### **Czy pani zdaniem osoby starsze są grupą osób aktywnych?**

**M.K.:** W mojej ocenie tak, i to bardzo, pod warunkiem że udzieli im się wsparcia, wskaże kierunek działań. Pamiętam taką sytuację, jak na jednym ze spotkań, tak w okolicy Dnia Babci i Dziadka zaproponowałam seniorom, że w ramach łączenia pokoleń może poczytaliby dzieciom w przedszkolu bajki.

Liczba chętnych seniorów przewyższyła liczbę przedszkoli zainteresowanych współpracą. Współpraca z przedszkolami jest wciąż kontynuowana. Należy zadać sobie pytanie, czy bez aktywności społecznej udałoby się seniorom podjąć działania związane z rozpisaniem przez FIO konkursem? Nie. To wymagało od seniorów ogromnej dyscypliny, osobistego zaangażowania i ścisłej współpracy. Taką samą aktywność społeczną można zaobserwować podczas kontaktów osobistych między uczestnikami grupy, sami organizują sobie wyjścia w ciekawe miejsca, wspierają się w trudnych chwilach.

### **Jaki jest pani największy sukces w działaniach na rzecz osób starszych?**

**M.K.:** W mojej ocenie to, że udało się pozyskać miejsce spotkań przyjazne seniorom uważam za dobrze spełniony obowiązek. Nie bez znaczenia było podjęcie działań zmierzających do nawiązania szerokiej współpracy z podmiotami działającymi na rzecz seniorów na terenie Targówka. Seniorzy chętnie i licznie uczestniczą w cotygodniowych spotkaniach, co zapobiega ich izolacji społecznej. W prosty sposób udało się zagospodarować seniorom czas wolny, wpływając korzystnie na ich rozwój emocjonalny. Z początkiem roku w luźnej rozmowie z seniorami rzuciliśmy taką myśl, żeby spotkania grupy ograniczyć do dwóch, a nie czterech w miesiącu. Jednogłośnie i stanowczo NIE nie pozostawiło żadnych złudzeń, zmian nie będzie. Myślę, że to jest miarą sukcesu.

### **Jakie wyzwania w pracy z osobami starszymi pani zdaniem niesie ze sobą starzenie się społeczeństwa polskiego?**

**M.K.:** Populacja osób starszych nie jest jednorodna, różnicuje ją wiek, stan zdrowia, poziom wykształcenia, sytuacja rodzinna oraz fizyczne i materialne możliwości. Przy tworzeniu przyjaznych miejsc dla seniorów te wszystkie czynniki trzeba uwzględnić. Zwiększyć się powinna również obecność seniorów w tworzeniu polityki lokalnej, zwiększając w ten sposób prawo decyzyjności. Seniorzy chętnie podzielą się swoim doświadczeniem, pomysłami, trzeba im tylko stworzyć do tego odpowiednie warunki. Takie możliwości dają domy dziennego pobytu, kluby seniora, grupy samopomocowe czy warsztaty terapeutyczne. Starzejące się społeczeństwo nie powinno kojarzyć się nam z problemem, wręcz odwrotnie, powinno być źródłem wiedzy i inspiracji.

## Część IV

# Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami jako wyzwanie dla senioralnej polityki społecznej

## Wprowadzenie

Wśród głównych przyczyn wykluczenia społecznego seniorów z niepełnosprawnością, uczestniczący w badaniu niepełnosprawne osoby starsze – uczestnicy projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej”, wskazali trzy podstawowe kwestie:

- trudności adaptacyjne seniorów do warunków panujących w domach pomocy społecznej, negatywny wizerunek – odbiór społeczny domów pomocy społecznej i mieszkających w nich niepełnosprawnych osób starszych;
- przemoc wobec seniorów z niepełnosprawnościami;
- wykluczenie seniorów chorujących na choroby otępienne oraz opiekujących się nimi rodzin z życia rodzinnego i społecznego.

Biorąc pod uwagę opinię uczestników badania, w czwartej części zostanie omówiona kwestia wizerunku i odbioru społecznego domów pomocy społecznej i mieszkających w nim seniorów z niepełnosprawnościami oraz kwestii związanych z procesem adaptacji seniorów z niepełnosprawnościami do panujących w placówce warunków i zwyczajów (w tym planu dnia etc.), zjawiskiem przemocy wobec niepełnosprawnych osób starszych (w tym przemocy domowej). Część czwartą zakończą rozważania nt. wykluczenia społecznego seniorów z chorobami otępiennymi oraz wspierających ich rodzin, ukazując możliwości wspierania rodzin w opiece nad chorym seniorem.

Rozważania nt. każdej ze wskazanych przez seniorów z niepełnosprawnościami kwestii, które ich zdaniem przyczyniają się do marginalizacji, wykluczenia i samowykluczenia społecznego niepełnosprawnych osób starszych wzbogacono o fragmenty wywiadów z praktykami z danego obszaru: pracownikiem socjalnym i asystentem seniorów z niepełnosprawnościami, przedstawicielką Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” oraz koordynatorką projektu wspierającego seniorów chorujących na choroby otępienne i ich rodzin.

## 1. Trudności adaptacyjne mieszkańców, negatywny wizerunek i odbiór społeczny domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku jako przyczyny wykluczenia społecznego mieszkańców DPS-u

### Przyczyny zmiany miejsca zamieszkania w wieku złotej jesieni

Stare polskie przysłowie mówi, że „nie przesadza się starych drzew”. Jest ono przytaczane przeważnie w kontekście (ewentualnych) przeprowadzek osób starych lub zmiany ich dotychczasowego mieszkania jako argument mówiący za pozostaniem w dotychczasowym środowisku. Metaforyczne porównanie seniora do starego drzewa ukazuje nam, że tak jak drzewo z każdym rokiem zapuszcza głębiej swoje korzenie, tak samo człowiek przywiązuje się do swojego miejsca zamieszkania, środowiska lokalnego, codzienności. Poza tym podobnie jak trudno jest przesadzić stare, dobrze zakorzenione drzewo bez jego uszczerbku i sprawić, by się przyjęło i rozwijało w innym miejscu, tak samo jest trudno sprawić, by osoba starsza zmieniła dotychczasowe miejsce zamieszkania i bez problemów odnalazła się w nowej rzeczywistości.

Mimo to seniorzy dużo łatwiej znoszą zerwanie więzi ze swoim dotychczasowym otoczeniem społecznym, pozostawienie swojego dorobku i przeprowadzkę do rodziny niż do domu pomocy społecznej. Niechęć do domów pomocy społecznej dla ludzi starszych nie jest zjawiskiem budzącym zdziwienie, gdyż w społeczeństwie polskim panuje ciągle pejoratywne postrzeganie tej instytucji nazywanej (niestety nadal) „domem starców”, „umieralnią”, „samotnią” oraz instytucją, z której już nie ma powrotu, z której się nie wychodzi (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006).

Dlatego, jak wskazują badania, wiele osób starszych decyduje się na zamieszkanie w placówce w ostateczności, lecz należy dodać, iż jest również

grupa osób starszych, które zamieszkały tam z własnej woli, mieszkają tam z przyjemnością, doceniając warunki lokalowe oraz świadczoną opiekę i uważają dom pomocy społecznej za najlepsze miejsce, w którym senior może spędzić ostatnie lata swojego życia (Szarota, 2007).

### Uwarunkowania procesu adaptacyjnego osób starszych do warunków panujących w domu pomocy społecznej

Negatywny stosunek do domów pomocy społecznej jest związany z nieodróżnianiem ich od różnego typu (prywatnych) placówek całodobowej opieki nad osobami starszymi, jak np. domy seniora czy domy pogodnej starości, w których zdecydowanie częściej dochodzi do różnego rodzaju nadużyć w stosunku do ich mieszkańców. Jak wskazuje raport Głównego Urzędu Statystycznego *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2018 r.*<sup>7</sup>, w Polsce działało 1831 placówek stacjonarnej pomocy społecznej, spośród których 876 to domy pomocy społecznej, 364 to inne placówki zapewniające całodobową opiekę osobom starszym, niepełnosprawnym i przewlekle chorym w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. Ponadto w 2018 r. funkcjonowało 310 schronisk dla bezdomnych, 87 noclegowni, 63 domy dla samotnych matek, 41 rodzinnych domów pomocy oraz 9 środowiskowych domów samopomocy (z miejscami całodobowego pobytu) oraz inne placówki. Niestety, na negatywny wizerunek domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku wpływa kwestia kojarzenia ich z miejscem, gdzie mieszkają osoby niepełne, umierające, porzucone i niechciane przez rodzinę, nieradzące sobie samodzielnie w życiu. Ponadto dom pomocy społecznej kojarzony jest z placówką, w której mieszkańcy muszą przystosowywać się do panujących w niej regulaminów i zarządzeń i nie mogą żyć „swobodnie” jak ich rówieśnicy pozostający w swoim naturalnym środowisku rodzinnym. Dlatego dla większości seniorów zamieszkanie w domu pomocy społecznej jest traktowane w kategoriach życiowej porażki, jest czymś deprecjonującym, a często wręcz ich stygmatyzującym (Synak, Czakanowski, 2003).

Zarówno negatywny stosunek samych seniorów, jak i społeczeństwa do instytucji, w której osoby starsze mają spędzić resztę życia, utrudniają im odnalezienie się w nowej sytuacji i pomyślne zaadaptowanie do nowej rzeczywistości.

---

<sup>7</sup> file:///C:/Users/Asus/Downloads/zaklady\_stacjonarne\_pomocy\_spolecznej\_w\_2018%20(1).pdf [dostęp: 20.06.2020].

## Czynniki utrudniające proces adaptacyjny

Dlatego bardzo ważne jest, by zarówno osoba starsza, jak i jej rodzina i bliscy dokładnie przemyśleli decyzję o zamieszkaniu seniora w domu pomocy społecznej, skrupulatnie rozważyli wszystkie „za” i „przeciw”, a przede wszystkim, by ta decyzja była autonomiczną i świadomą decyzją osoby starej. Jedynie wówczas senior nie ma poczucia żalu do rodziny i bliskich, że „go oddali”, łatwiej adaptuje się do nowych warunków i aktywnie włącza w życie domu. Jednak ponieważ osoba starsza zamieszkuje w DPS-ie wraz z całym „bagażem” dotychczasowego życia, zostawiając swój dom (mieszkanie), pozostawiając rodzinę i bliskich i zamieszkując „pod jednym dachem” z zupełnie obcymi osobami starszymi, z którymi musi dzielić pokój i inne pomieszczenia oraz nauczyć się żyć według nowego, ustalonego harmonogramu, w którym posiłki wyznaczają rytm dnia, okres adaptacji osoby starszej do nowych warunków panujących w domu pomocy społecznej jest na ogół dość długi i trudny, gdyż zależy od bardzo wielu czynników, do których możemy zaliczyć: (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006):

- postawę osoby starej wobec własnej starości,
- wiek,
- przyczyny zamieszkania seniora w placówce,
- pochodzenie osoby starej,
- stan zdrowia seniora,
- dotychczasowe zainteresowania oraz sposób spędzania wolnego czasu przez seniora.

Postawa wobec własnej starości jest wynikiem sumy bardzo wielu zależności biologicznych (m.in. dyspozycji fizycznej, stanu zdrowia), psychicznych (np. cech charakteru, cech osobowości, temperamentu, doświadczenia życiowego) oraz społecznych (jak stan rodziny, prestiż, status społeczny, status ekonomiczny). S. Reichard wyróżnił pięć postaw wobec własnej starości (Brompley, 1969):

- postawę konstruktywną, którą prezentują seniorzy o optymistycznym nastawieniu do życia, umiejący się nim cieszyć, są tolerancyjni i obiektywnie oceniają zarówno siebie (swoje pokolenie), jak i osoby młode. Nie obawiają się starości, a śmierć uważają za „naturalną kolej rzeczy”;
- postawę zależności prezentują ludzie bierni – zależni od innych, niemający aspiracji życiowych, chętnie przechodzący na wcześniejsze emerytury. Mają poczucie bezpieczeństwa i harmonii, gdy przebywają wśród



rodziny, osób bliskich, lecz gdy zostają sami, mają poczucie zagrożenia, gdyż są podejrzliwi i nieufni wobec obcych;

- postawę obronną prezentują seniorzy samowystarczalni, przesadnie opanowani, zaabsorbowani pracą zawodową i obawiający się bierności na emeryturze, gdyż bardziej są zajęci tym, co ich otacza niż własnym życiem osobistym. Osoby te uporczywie przestrzegają swoich zasad – kierują się nimi przez całe życie jako naczelnymi znakami wskazującymi im drogę, nie potrafią mówić o swoich problemach, obawiają się starości, którą kojarzą z samotnością i niedołęstwem;
- postawę wrogości prezentują osoby stare, które obwiniają innych ludzi (najczęściej młodych) za własne błędy, obecną, niekorzystną dla nich sytuację, są podejrzliwi i skłonni do konfliktów oraz niezadowoleni ze swoich kontaktów zarówno osobistych, jak i zawodowych. Są pesymistami nieakceptującymi starości, izolują się od otoczenia i zamykają się w sobie, co powoduje ich samowykluczenie, stany lękowe oraz depresję;
- postawę wrogości wobec siebie prezentują seniorzy, którzy są niezadowoleni i niechętni wobec własnego życia. Są ludźmi pasywnymi, nie podejmują żadnej inicjatywy oraz są pesymistami. Uważają siebie za pokrzywdzonych przez los, przez system, rodzinę, dlatego czują się niepotrzebni i osamotnieni. Często mają nieudane życie rodzinne lub zawodowe. Nie posiadają żadnych pasji i zamiłowań, a czas wolny spędzają w bierny sposób – najczęściej rozmyślając nad własnym, nieudanym życiem. Seniorzy ci nie obawiają się śmierci, gdyż traktują ją jako wybawienie od nieszczęśliwego życia.

Osoby starsze, które samodzielnie, świadomie i dobrowolnie podjęły decyzję o zamieszkaniu w placówce, adaptują się dużo szybciej do panujących w niej warunków niż ich współmieszkańcy, którzy zamieszkali w placówce za namową, sugestią czy wręcz pod presją rodziny lub z przyczyn losowych, np. samotności czy choroby, gdyż wówczas nie czują żalu i nie roszczą pretensji do rodziny czy losu, że musieli zrezygnować z dotychczasowego stylu życia i zamieszkać w placówce. Niestety, jednak często decyzja o zamieszkaniu w placówce nie jest samodzielną decyzją osoby starej, a decyzją podjętą pod presją rodziny, która może przybierać różne formy np. (Piotrowska-Breger, 2004):

- manipulację – gdy najbliżsi wywierają naciski na seniora, doprowadzając go do podjęcia (tylko z pozoru „samodzielnej”) decyzji o zamieszkaniu w placówce, sugerując mu, że zajmowany przez niego pokój czy mieszkanie przydałby się wychodzącej za mąż wnuczce;



- „stwarzanie sztucznej sytuacji, z której jedynym bezpiecznym dla seniora wyjściem jest zamieszkanie w domu pomocy społecznej”, np. poprzez wpajanie mu, że z powodów finansowych najbliżsi będą musieli dłużej pracować i nie będą w stanie zajmować się seniorem, który będzie cały czas sam w mieszkaniu; robienie seniorowi awantur czy urządzenie częstych imprez – spotkań znajomych w mieszkaniu;
- „sytuację bez wyjścia”, gdy np. podczas długotrwałego pobytu seniora w szpitalu czy sanatorium rodzina bez jego woli przystosowuje pokój (czy mieszkanie) do swoich potrzeb lub zamienia seniorowi jego dotychczasowy pokój na inny, tak by osoba stara po wyjściu ze szpitala czuła się niepotrzebna, niemogąca się odnaleźć w nowych warunkach.

Proces adaptacji do nowych warunków panujących w domach pomocy społecznej przechodzą dużo łagodniej seniorzy pochodzący – mieszkający w mieście niż na wsi. Jest to spowodowane m.in. słabszą więzią osób mieszkających w mieście ze swoim otoczeniem, „oswojenie” z warunkami panującymi w mieszkaniu (osoby ze wsi przyzwyczajone są do mieszkania w domu jednorodzinnym). Ponadto w zależności od miejsca zamieszkania seniorzy są przyzwyczajeni do innego sposobu spędzania wolnego czasu, a propozycja proponowana przez placówkę bardziej przypomina dotychczasowe sposoby spędzania wolnego czasu przez osoby mieszkające w mieście niż na wsi. Poza tym osoby stare pochodzące z miasta mogą liczyć na częstsze odwiedziny bliskich (którzy mają więcej czasu wolnego) i co istotne, ponieważ są ludźmi bardziej anonimowymi, nie odczuwają „piętna” społeczności lokalnej z powodu podjęcia decyzji o zamieszkaniu w domach pomocy społecznej, dlatego mogą swobodnie odwiedzać swoich bliskich, znajomych z dotychczasowego środowiska zamieszkania.

Seniorzy chorzy – cierpiący na chroniczne choroby odbierają zamieszkanie w placówce jako jedną z możliwości poprawy ich stanu zdrowia, szansę na bycie pod stałą kontrolą medyczną (pomimo że DPS nie jest placówką medyczną). Ponadto osoby te wiedzą, że w przypadku pogarszania się ich stanu zdrowia personel domu będzie się nimi zajmował i opiekował oraz ich pielęgnował, na co w przypadku samotnych osób starych nie mogliby seniorzy liczyć, gdyby pozostali w dotychczasowym środowisku zamieszkania. Poza tym pogarszający się stan zdrowia jest jednym z głównych powodów, dla których osoby stare decydują się na zaprzestanie samodzielnego funkcjonowania i zamieszkanie w domu pomocy społecznej.

Z chwilą zamieszkania w domu pomocy społecznej osoby starsze zyskują wiele czasu wolnego, który dotychczas poświęcali m.in. na zakupy, sprzątanie,

przygotowywanie posiłków czy opiekę nad wnukami. Jest to z jednej strony duża wygoda dla seniorów, a z drugiej pozbawienie ich możliwości wykonywania czynności, które były ich podstawową formą aktywności – po zaprzestaniu pracy zawodowej, wyznaczającej im codzienny rytm dnia. Wielu seniorów z momentem zaprzestania wykonywania tych czynności czuje się niepotrzebnymi, zbędnymi i bezużytecznymi, gdyż nie potrafią sobie zagospodarować wolnego czasu oraz nie chce skorzystać z możliwości, jakie proponuje mu w tej kwestii personel DPS-u. Dlatego dużo szybciej adaptują się do nowych warunków życia osoby stare aktywnie spędzające czas wolny w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, wykazujące inicjatywę, potrafiące współdziałać w grupie. Ponadto proces adaptacji znacznie przyspiesza sytuacja, gdy zainteresowania osoby starej „pokrywają” się z propozycją terapii oraz formami spędzania wolnego czasu oferowanymi przez dom pomocy społecznej. W przypadku gdy senior nie może w placówce rozwijać swoich dotychczasowych zainteresowań, jego proces adaptacyjny przebiega dużo dłużej i jest bardziej skomplikowany, gdyż często taki senior nie chce integrować się z nowym środowiskiem, zainteresować się nowymi rzeczami, staje się osobą wyobcowaną, izolującą się od innych, wolącą samotnie spędzać czas na rozmyślaniu o dotychczasowym życiu (Pietrowska-Breger, 2004).

Bardzo ważną rolę dla całego procesu adaptacyjnego odgrywa pierwszy kontakt seniora z personelem i mieszkańcami domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz spędzony w nim pierwszy dzień, gdyż jak na wiele sytuacji w życiu również na proces adaptacyjny decydujący wpływ ma pierwsze wrażenie. Jeśli nowo przyjęty do placówki podopieczny zostanie otoczony troską, ciepłem, będzie wiedział, że może liczyć na radę i pomoc otaczających go osób, wówczas łatwiej zaakceptuje nową sytuację i szybciej zaadaptuje się do nowych warunków.

### Wizerunek i odbiór społeczny domów pomocy społecznej

Jak wynika z przeprowadzonego w 2019 r. badania<sup>8</sup> wśród uczestników projektów „Samodzielność. Integracja. Rozwój” oraz „Wędrujący Dom Kultury”,

---

<sup>8</sup> Było to anonimowe badanie ankietowe przeprowadzone w listopadzie 2019 r. na grupie 72 osób: 36 senioralnych uczestników projektu „Samodzielność. Integracja. Rozwój” realizowanego przez Fundację Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”. Były to osoby powyżej 70. r.ż., 30 kobiet oraz 6 mężczyzn mieszkających na terenie m.st. Warszawy. W badaniu uczestniczyli również uczestnicy projektu „Wędrujący Dom Kultury” realizowany przez Fundację „Hej Koniku!”. Wśród uczestników projektu „Wędrujący Dom Kultury” udział

zarówno seniorzy, jak i młodzież w negatywny sposób odbierają domy pomocy społecznej.

Wśród dziesięciu głównych skojarzeń uczestniczących w badaniu seniorów związanych z domami pomocy społecznej znalazły się:

- miejsce ostateczne, z którego się nie wychodzi,
- „umieralnia”,
- miejsce osamotnienia,
- miejsce nieposzanowania praw seniorów,
- miejsce przymusowego pobytu, miejsce, w który seniorzy są „umieszczani” przez rodzinę,
- konieczność życia pod regulamin,
- konieczność spożywania niesmacznych (lecz zdrowych) posiłków,
- brak prywatności,
- ograniczona wolność,
- ograniczona prywatność, konieczność dzielenia pokoju i łazienki z kimś obcym.

Bardzo podobne skojarzenia z domami pomocy społecznej jak seniorzy mieli uczestniczący w badaniu młodzi ludzie. Wśród dziesięciu głównych skojarzeń respondentów w wieku 20–29 lat znalazły się:

- „dom starców”,
- „przechowalnia”,
- miejsce zamieszkałe przez samotnych i smutnych ludzi,
- ostatnie miejsce na ziemi dla osób starszych,
- miejsce zaniedbań,
- miejsce bez prywatności,
- miejsce z ograniczonymi prawami osobistymi,
- placówka z żelaznym regulaminem,
- miejsce zaniedbań i braku kontroli,
- miejsce wykorzystywania seniorów.

Są to wskazane (wypisane) przez uczestników badania ich pierwsze skojarzenia z domem pomocy społecznej. Co istotne, zarówno seniorzy (32 z 36 osób), jak i osoby młode (35 na 36 osób) nigdy nie byli w domu

---

w badaniu wzięło 36 osób (30 kobiet i 6 mężczyzn, wieku 20–29 lat). Badanie było przeprowadzone na wewnętrzne cele Fundacji Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”, w tym opracowanie wniosków projektowych.

pomocy społecznej, nie znają nikogo, kto mieszkałby w placówce, a swoją wiedzę i opinię nt. domów pomocy społecznej czerpią z telewizji, prasy i Internetu.

Rozmowa z Mariuszem Szumańskim, pracownikiem socjalnym, politykiem społecznym oraz asystentem seniorów z niepełnosprawnościami

### **Jaki pana zdaniem jest odbiór społeczny domów pomocy społecznej, z czym społeczeństwu kojarzą się te instytucje?**

**Mariusz Szumański:** Wśród wielu osób istnieje przekonanie, że DPS to „instytucja ostateczna”, „umieralnia”, gdzie trafia osoba w podeszłym wieku i w krótkim czasie umiera. Istnieje lęk przed pójściem do takiej placówki. Lecz również są osoby, które chętnie by skorzystały z usług DPS-u, a dla niektórych jest to nawet marzenie, bo wiedzą, że trafiając do DPS-u, będą miały zapewniony posiłek, nie będą musiały martwić się o ogrzanie budynku, zrobienie opłat. Jednak zdecydowanie w społeczeństwie, w tym wśród seniorów domy pomocy społecznej mają negatywny odbiór społeczny.

### **Ma pan jako pracownik socjalny oraz asystent seniorów z niepełnosprawnościami częsty kontakt z osobami starszymi, jak oni oceniają dom pomocy społecznej, z czym kojarzą się im DPS-y?**

**M.S.:** Podopieczni OPS często mają skrajne podejście do pobytu w DPS, część pomimo niekwalifikowania się (jak stanowią przepisy art. 54 pkt 1 Ustawy o Pomocy Społecznej: 1. Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej) chętnie widziałoby się w DPS, często są to osoby, które nadużywały w przeszłości alkoholu bądź nadal to robią, osoby bezdomne, osoby pobierające zasiłek stały lub bardzo niskie świadczenia emerytalne (lub rentowe) oraz osoby skonfliktowane z domownikami, które widzą dom pomocy społecznej jako miejsce, w którym będą mieli zapewnione jedzenie, dach nad głową, opiekę pielęgniarki, panią od sprzątania, kogoś z kim będą mogli podyrygować i spełniał zachcianki.

Odmienne podejście reprezentują osoby w bardzo podeszłym wieku lub w trudnej sytuacji zdrowotnej. Część z tych osób swoje ostatnie chwile życia

nie chce spędzić w DPS-ie, lecz we własnym domu. Ponadto część z tych osób z różnymi rodzajami chorób psychicznych, m.in. Alzheimerem, demencją, schizofrenią, nie chce dobrowolnie wyrazić zgody na pobyt w DPS-ie, w takich przypadkach często osoby te są kierowane do placówki (m.in. na wniosek rodziny) wyrokiem sądu. Te osoby często już nie są świadome bądź boją się, że samotnie umrą w nieznanym ich miejscu i nawet nie zostaną pochowane w ich rodzinnym grobie i nich ich nie odprowadzi w tę ostatnią drogę.

Pracując jako asystent seniorów z niepełnosprawnościami, mam styczność z urozmaiconą grupą osób o różnym statusie materialnym oraz intelektualnym, lecz zdecydowana większość z moich beneficjentów ma negatywny obraz domów pomocy społecznej oraz mieszkających tam osób. W opinii moich podopiecznych mieszkańcy domów pomocy społecznej są osobami biernymi, z których większość zamieszkała w placówce nie z własnej woli, a za namową rodziny i pobyt w placówce traktują jako konieczność. Niestety, ponieważ (w opinii moich beneficjentów) mieszkający w domach pomocy społecznej seniorzy wstydzą się, że mieszkają w placówce i zrywają kontakt ze swoim dotychczasowym środowiskiem, znajomymi i sami siebie skazują na marginalizację i wykluczenie społeczne, zwłaszcza gdy nie chcą zaangażować się aktywnie w życie domu.

### **A jaki pan jako pracownik socjalny i polityk społeczny miałby pomysł na poprawę wizerunku – odbioru społecznego domów pomocy społecznej?**

**M.S.:** Myślę, że kampania promująca DPS nie jest w społeczeństwie potrzebna. Jako pracownik socjalny i polityk społeczny mogę określić, że należy jak najdłużej utrzymywać osoby w miejscu zamieszkania. Koszt pobytu jednej osoby, jaki ponosi gmina, to często między 2 a 3 tys. zł miesięcznie. Kwota ta w środowisku lokalnym na pewno byłaby dużo lepiej wykorzystana. Weźmy pod uwagę, że zatrudnienie jednej opiekunki na cały etat, która będzie odwiedzała kilku podopiecznych, jest równy kosztowi pobytu jednej osoby w Domu Pomocy Społecznej. Dlatego w mojej ocenie lepiej jest inwestować w kluby seniora, Domy Dziennego Pobytu, usługi asystenckie oraz usługi opiekuńcze. Trzeba jednak nadmienić, że dopóki państwo nie będzie dotowało tych działań w odpowiedniej wysokości, działania samorządów w tym zakresie będą różne. Wójtowie, burmistrzowie bądź prezydenci miast chętniej chwalać się dokonaniem zbudowania kolejnej ulicy, szkoły, latarni, a nie liczbą seniorów objętych usługami opiekuńczymi w różnej formie.

### **Czy negatywny odbiór społeczny domów pomocy społecznej ma negatywny wpływ na proces adaptacyjny seniorów, którzy zdecydowali się na zamieszkanie w placówce?**

**M.S.:** W moim odczuciu zdecydowanie tak. Ponieważ w społeczeństwie panuje negatywny obraz domów pomocy społecznej, osoby, które decydują się w nich zamieszkać (zwłaszcza za namową osób bliskich), traktuje to jako życiową porażkę, co znacznie utrudnia proces adaptacji do warunków panujących w domach pomocy społecznej. Przebiegający zaś w negatywny sposób proces adaptacyjny sprawia, że mieszkaniowiec nie uczestniczy w życiu społecznym domu, nie utrzymuje kontaktów ze swoim środowiskiem, a w zamian zamyka się w swoim pokoju oraz skazuje siebie na samowykluczenie społeczne.

### **Jakie pańskim zdaniem działania ułatwiłyby proces adaptacyjny seniorów, którzy zdecydowali się na zamieszkanie w domach pomocy społecznej?**

**M.S.:** Kontynuując ciąg przyczynowo-skutkowy (rozpoczęty w odpowiedzi na poprzednie pytanie), mieszkańcy domów pomocy społecznej, których proces adaptacyjny przebiegł w negatywny sposób, są osobami nieuczestniczącymi w życiu społecznym domu, a do tego są często osobami aspołecznymi, które zrażają do siebie innych mieszkańców. Dlatego moim zdaniem istotnym jest kładzenie nacisku na prawidłowy i owocny przebieg procesu adaptacyjnego mieszkańców DPS. Bardzo ważną rolę w tym procesie powinien odgrywać zespół ds. adaptacji mieszkańców, w skład którego powinien wchodzić pracujący w placówce psycholog, pracownik socjalny, jak również pracownik socjalny z OPS, w którego rewirze mieszkał dotychczas senior, oraz pracownicy działu kulturalno-oświatowego DPS. Ponadto jeśli w placówce działa samorząd mieszkańców, warto, aby w pracach zespołu uczestniczył również jego przedstawiciel.

Pracę z nowym mieszkańcem zespół powinien rozpocząć od ukazania prawdziwego obrazu domu pomocy społecznej oraz wyjaśnienia seniorowi różnicy pomiędzy domem pomocy społecznej a często negatywnie kojarzonymi prywatnych domów pogodnej starości, w których często dochodziło do nadużyć (w tym przemocy). Ponadto istotnym jest, aby zespół przedstawił osobie starszej pełną ofertę zajęć rekreacyjno-rozwojowych organizowanych w domu oraz odbywających się w najbliższej okolicy, a w których mógłby uczestniczyć nowy mieszkaniowiec domu. Bardzo ważne, aby (zwłaszcza przez pierwszy

okres) pracownicy domu wsłuchiwali się w pomysły i uwagi mieszkańca, tak aby senior poczuł, iż jest słuchany i słyszany przez personel domu.

Będąc na spotkaniach w wielu domach pomocy społecznej, poznałem wiele ciekawych pomysłów na włączenie nowych mieszkańców w życie domu, w tym imprez integracyjnych z okazji zamieszkania w placówce nowej osoby starszej, „wkupnej kawy” z mieszkańcami etc.

### **Czy pańskim zdaniem seniorzy mieszkający w domach pomocy społecznej są bardziej zagrożeni marginalizacją i wykluczeniem społecznym niż ich rówieśnicy mieszkający w swoich środowiskach lokalnych?**

**M.S.:** W obecnych zmieniających się czasach, gdzie wartości rodzinne nie pełnią już wiodącej funkcji, coraz większą rolę w integracji ludzi odgrywa środowisko lokalne i instytucje działające lokalnie na terenie gmin, powiatów i miast. Głównym powodem marginalizacji osób starszych są choroby spowodowane wiekiem starczym oraz ich izolacja i bariery komunikacyjne.

Domy Pomocy Społecznej często znajdują się na obrzeżach miast bądź na wsiach. Seniorzy mają na pewno mniejszy dostęp do kultury komunikacji oraz znajomych poza innymi mieszkańcami DPS. Ponadto biorąc pod uwagę panujący w DPS-ie regulamin, który muszą przestrzegać mieszkańcy i negatywny odbiór społeczny domów pomocy społecznej, w moim odczuciu mieszkający tak seniorzy są w większym stopniu narażeni na marginalizację i wykluczenie społeczne niż ich rówieśnicy mieszkający w swoich środowiskach lokalnych.

### **Czy problemy z adaptacją, odnalezieniem się w placówce sprzyjają według pana procesowi wykluczenia społecznego seniorów mieszkających w domach pomocy społecznej?**

**M.S.:** Zdecydowanie tak. Niestety, osoby, które mają problem z odnalezieniem się w placówce, nie uczestniczą w jej życiu, nie dogadują się ze współmieszkańcami oraz mają z nimi liczne konflikty o drobiazgi, np. przekrzywienie czyjegoś krzesła przy stole, kwestia otwarcia i zamknięcia okna.



## 2. Przemoc wobec seniorów z niepełnosprawnościami jako przyczyna ich wykluczenia społecznego

### Definiowanie, rodzaje i formy przemocy

Istnieje wiele definicji przemocy w rodzinie. Jedna z nich została zawarta w art. 2 pkt 2 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (z dn. 29 lipca 2005 r.), w którym ustawodawca zdefiniował przemoc w rodzinie jako „jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w pkt 1, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”. Pomimo iż w ustawie w jednoznaczny sposób została ujęta kwestia, iż przemocą jest również jednorazowy akt, to nadal wiele osób w społeczeństwie uważa, że przemoc występuje jedynie wówczas, gdy jest to zjawisko powtarzające się regularnie.

Kwestia przemocy w rodzinie jest zjawiskiem złożonym, dlatego można dokonać jej podziału, uwzględniając różne kryteria.

Ze względu na emocjonalny aspekt zachowania sprawcy można wyróżnić przemoc:

- „gorącą”, którą cechuje duża impulsywność sprawcy, jego wściekłość oraz chęć wyrządzenia krzywdy ofierze i przekonanie o słabości ofiary;
- „chłodną”, którą cechuje tłumienie i kontrolowanie przez sprawcę emocji, planowanie przez niego przemocy.

Ze względu na rodzaj przemocy można wyróżnić jej wiele form, w tym m.in.:

- Przemoc fizyczną, czyli celowe zachowania, które powodują u innych osób ból fizyczny, uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia.
- Przemoc psychiczną, czyli krzyki, wyzwiska, znęcanie się psychiczne nad ofiarą i powodujące pogarszanie się jej stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, uzależnianie jej od sprawcy przemocy i jej izolację społeczną.
- Przemoc seksualną, czyli gwałt, molestowanie oraz zmuszanie do jakiegokolwiek formy czynności seksualnej.
- Przemoc ekonomiczną, czyli przejmowanie kontroli nad finansami ofiary i bezprawnym nimi zarządzaniem oraz uzależnienie ofiary od finansów sprawcy (w tym m.in. zakazanie ofierze pracy zawodowej).



- Zaniedbywanie, czyli celowe spychanie osób starszych na margines życia rodzinnego i skazywanie na samotność.
- Stalking i cyberstalking, czyli celowe, złośliwe i wielokrotne prześladowanie ofiary w świecie realnym lub wirtualnym, budzące w niej stałe poczucie zagrożenia jej bezpieczeństwa.
- Cyberprzemoc, czyli agresywne i celowe działanie za pośrednictwem elektronicznych form kontaktu przeciw ofierze (umieszczanie postów ukazujących ofiarę w złym świetle, umieszczanie w Internecie filmów i zdjęć bez zgody ofiary, z udziałem ofiary – ją kompromitujące), która ma utrudnioną możliwość obrony.

### Najczęstsze formy przemocy domowej wobec osób starszych

Wśród wymienionych form przemocy domowej wobec osób starszych najczęściej stosowanymi są: przemoc fizyczna, psychiczna, ekonomiczna oraz zaniedbywanie.

„Przemocą fizyczną jest każde zachowanie, którego celem jest zadanie ofierze bólu fizycznego wbrew jej woli, uszkodzenie jej ciała, pogorszenie jej zdrowia lub pozbawienie jej życia” (Różyńska, 2007, s. 25). Przemoc fizyczna może mieć formę czynną lub bierną. Wśród czynnych form przemocy występują: bicie (w tym klapsy), policzkowanie, bicie pięścią i różnymi przedmiotami, kopanie, oparzenia i okaleczenia oraz uśiłowanie lub dokonywanie zabójstwa. Przykładami biernej przemocy fizycznej są m.in.: zakazy opuszczania domu, odzywiania się przy gościach, wychodzenia do znajomych (Pospiszyl, 1994).

Przemoc fizyczna jest najbardziej widoczną formą przemocy, a do jej podstawowych objawów w przypadku osób starszych należą (Bielecka, 2002):

- sińce i obrzęki twarzy, które ofiary przemocy bardzo często tłumaczą innym przewróceniem się, spowodowanymi wiekiem, problemami z utrzymaniem równowagi, uderzeniem się o otwartą szafkę w kuchni etc. i próbują to tuszować, nosząc m.in. ciemne okulary, nakładając mocny makijaż;
- ślady duszenia i wiązania, które ofiary przemocy tłumaczą innym m.in. zawadzeniem szyją o sznur podczas wieszania prania, zbyt mocnym zaciśnięciem aparatu do mierzenia ciśnienia etc. i próbują tuszować, nosząc szaliki, apaszki, golfy;
- krwawe pręgi i przekrwienia skóry, które seniorzy tłumaczą innym osobom zmianami skórnymi spowodowanymi wiekiem, plamami starczymi etc. i próbują tuszować, nosząc bluzki, koszule z długimi rękawami, stosując makijaż;

- trwałe ubytki włosów powstałe na skutek szarpania seniora za włosy lub ich wypadanie na skutek stresu spowodowanego przemocą, które seniorzy tłumaczą innym osobom wypadającymi wraz z wiekiem włosami, reakcją uboczną przyjmowanych leków etc., i próbują tuszować, nosząc nakrycie głowy lub zaczesując pozostałe włosy, bo optycznie wydawało się ich więcej;
- złamania i zwichnięcie kości, które seniorzy tłumaczą innym osobom przewróceniem się, osłabieniem kości spowodowanym wiekiem etc. i próbują bagatelizować schorzenie, bardzo często zgłaszając się po pomoc dopiero po kilku dniach, by nie padło podejrzenie na bliską seniorowi osobę stosującą przemoc.

Przemoc psychiczna to „każde zachowanie, którego celem jest umniejszenie poczucia własnej wartości ofiary, wzbudzenie w ofierze strachu oraz pozbawienie jej poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem” (Różyńska, 2007, s. 25).

Wśród najczęstszych przykładów stosowania wobec osób starszych przemocy psychicznej możemy wymienić:

- poniżanie, wyzywanie i wyśmiewanie osoby starszej, jej schorzeń i niepełnosprawności oraz opowiadanie (wbrew woli seniora) o jego schorzeniach;
- grożenie i szantażowanie seniorowi, że jeśli nie spełni żądań osoby stosującej przemoc, nie otrzyma jedzenia, zostanie zamknięty lub zostanie w stosunku do osoby starszej zastosowana przemoc fizyczna;
- stałe krytykowanie niepełnosprawnej osoby starszej, jej życiowych dokonań i osiągnięć, przypominanie jej niepowodzeń życiowych oraz oskarżanie seniora o niezapewnienie odpowiedniego startu w dorosłe życie swoim dzieciom (w tym osobie stosującej przemoc psychiczną wobec seniora);
- ograniczanie kontaktów z innymi ludźmi i izolacja społeczna ofiary, która ma ułatwić sprawcy całościowe kontrolowanie seniora, zapewnić sprawcy poczucie bezpieczeństwa – tego, iż ofiara nie będzie miała kogo poprosić o pomoc i wsparcie w sytuacji kryzysowej;
- ograniczenie snu lub zmuszanie seniora do spania, dające sprawcy poczucie całkowitego zawładnięcia życiem ofiary i jego kontrolowania. Ponadto kontrolowanie snu ofiary przemocy (w tym jej wybudzanie etc.) powoduje pogorszenie się jej stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, co jest również celem sprawcy, gdyż pogarszający się stan zdrowia ofiary jeszcze bardziej uzależnia ją od sprawcy;

- wmawianie seniorowi choroby psychicznej i zaburzeń otępiennych mających na celu poniżenie osoby starszej, obniżenie jej samooceny i całkowite uzależnienie jej od sprawcy. Ponadto wmówienie osobie starszej choroby psychicznej pozwala sprawcy wytłumaczyć otoczeniu społecznemu seniora jej lęk, wycofanie i ograniczenie kontaktów społecznych.

Przemoc ekonomiczna to rodzaj przemocy zmierzający do uzależnienia finansowego ofiary od sprawcy przez kontrolowanie jej wydatków, odbieranie zarobionych i otrzymywanych pieniędzy oraz uniemożliwienie jej podjęcia pracy zarobkowej, w celu uzależnienia ofiary od środków finansowych osoby stosującej przemoc (Badura-Madej, Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).

Najczęstszymi formami przemocy ekonomicznej stosowanymi wobec seniorów są:

- zabieranie osobie starszej renty lub emerytury i dysponowanie środkami ofiary bez jej zgody;
- wydzielanie seniorowi niewielkich środków (z pobieranej przez nią emerytury lub renty) na życie, w tym jedzenie, opłaty etc.;
- niepozwalanie osobie starszej na korzystanie (mimo posiadanych środków) z prywatnej służby zdrowia;
- wyprzedawanie (bez zgody seniora) jego majątku, w tym pamiątek rodzinnych;
- zmuszanie osoby starszej do pracy zarobkowej (lub pomocy w gospodarstwie rolnym) i zabieranie jej zarobionych środków finansowych;
- zmuszanie osoby starszej do zaciągania i spłacanie pożyczek i kredytów, które po wypłynięciu środków zabiera ofierze sprawca przemocy ekonomicznej;
- zmuszanie seniora do żebrania, pożyczania pieniędzy, które zabiera ofierze przemocy osoba stosująca przemoc.

Zaniedbywanie będącej pod opieką osoby stosującej przemoc osoby starszej przez świadome pomijanie jej potrzeb psychicznych, somatycznych, społecznych i materialnych przejawiające się w niedostarczaniu (lub nieregularnym dostarczaniu) jedzenia, picia, leków, środków higienicznych oraz ubrań. Zaniedbywanie przejawia się również celowym osamotnianiu seniora – spychaniu go na margines życia rodzinnego, skazywanie na samotność oraz w niedostarczaniu osobie starszej informacji o przysługujących jej prawach i przywilejach wynikających z wieku. Prowadzi to do nieuświadomienia sobie przez seniorów wielu potrzeb

(np. kulturowych) oraz różnorodnych form spędzania wolnego czasu, form rekreacji i rehabilitacji, z których mogliby korzystać. Zaniedbywanie osób starszych często przejawia się w instytucjonalnej odmianie ageizmu, m.in. przez gorsze traktowanie seniorów niż pozostałych osób przez obsługę medyczną, pielęgnacyjną czy personel pomocniczy w szpitalach, przychodniach, ośrodkach opiekuńczych, jak również przez zaniedbywanie ich i niegwarantowanie osobom starszym komfortu psychicznego i fizycznego w domach pomocy społecznej. Zaniedbywanie seniorów jest łatwe do dostrzeżenia i zauważenia. Objawia się przede wszystkim niską higieną osobistą i deterioracją wyglądu zewnętrznego seniora oraz niewytłumaczalnym spadkiem jego masy ciała, znużeniem, smutkiem i myślami depresyjnymi (Łangowska-Marcinkowska, 2010).

Bycie ofiarą przemocy domowej prowadzi do pogarszania się stanu zdrowia fizycznego i psychicznego seniora oraz do jego wyobcowania. Seniorzy ci unikają spotkań z rodziną i znajomymi, gdyż obawiają się pytań o widoczne ślady przemocy domowej, mają zakazane wyjścia przez osobę stosującą przemoc, która chce osaczyć ofiarę. Ponadto ze względu na przemoc ekonomiczną, w tym brak środków, senior nie może pozwolić sobie na wyjście ze znajomymi na kawę, a ponieważ ma zakaz zapraszania znajomych do siebie, to niemal zupełnie ogranicza z nimi kontakt, co prowadzi do samotności i wykluczenia społecznego senioralnej ofiary przemocy w rodzinie. Sytuacja jest jeszcze trudniejsza w przypadku seniorów z niepełnosprawnościami, którzy ze względu na schorzenie (m.in. zaburzenia psychiczne, problem z poruszaniem się, zaburzenia otępienne) nie są w stanie prosić o pomoc innych osób. W związku z powyższym senioralni uczestnicy projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” podkreślają, iż przemoc domowa jest jedną z podstawowych przyczyn wyobcowania prowadzącego do wykluczenia społecznego osób starszych i działania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinach z seniorami z niepełnosprawnościami jest jednym z głównych wyzwań, jakie stoi przed senioralną polityką społeczną, gdyż zdaniem uczestniczących w badaniu seniorów problem ten jest ciągle marginalizowany, zaś prawdziwa skala zjawiska dużo wyższa niż pokazują statystyki.

Przemoc w rodzinie jako przyczyna wykluczenia społecznego seniorów z niepełnosprawnościami. Wywiad z Ewelina Nęcą ze stowarzyszenia na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie „Niebieska Linia”

### **Jak pani jako ekspertka zdefiniowałaby przemoc?**

**Ewelina Nęcka:** Przemoc to celowe działanie lub zaniechanie działania jednej osoby wobec drugiej. O przemocy możemy mówić wtedy, gdy zostaną spełnione cztery warunki:

- jest to intencjonalne działanie lub zaniechanie działania;
- jedna osoba ma wyraźną przewagę nad drugą (np. fizyczną, psychiczną, społeczną, ekonomiczną);
- działanie lub zaniechanie działania jednej osoby narusza prawa i dobra osobiste drugiej;
- osoba, wobec której stosowana jest przemoc, doznaje cierpienia i szkód, np. fizycznych, psychicznych czy ekonomicznych.

Przemoc może przybierać różne formy: psychiczną, fizyczną, ekonomiczną, seksualną i zaniedbanie. To właśnie zaniedbanie jest tą formą przemocy, w której dochodzi do zaniechanie działania.

### **Czy pani zdaniem wiek (powyżej 60. r.ż.) oraz niepełnosprawność potęgują ryzyko stania się ofiarą przemocy?**

**E.N.:** Przemoc jest zjawiskiem demokratycznym: niezależnie bowiem od wieku, wiary, wartości, wykształcenia czy statusu ekonomicznego każdy z nas może być osobą doznającą przemocy bądź ją stosującą.

Jednak wiek czy niepełnosprawność mogą być czynnikami ryzyka, w szczególności jej doznawania. Mogą bowiem zwiększać przewagę sił między sprawcą a osobą krzywdzoną. Wiek i niepełnosprawność mogą powodować, że osoby te są zależne od innych, mają pewne ograniczenia fizyczne czy poznawcze. Niestety, zdarza się, że zamiast opieki i troski, osoby te doznają krzywdy. Dlatego tak ważna jest reakcja na każdy przejaw przemocy. Z analiz danych przeprowadzonych procedur „Niebieskie Karty” wynika, że nawet co szósty senior doznaje przemocy. Proszę jednak pamiętać, że faktyczne statystyki mogą być większe. Wielu bowiem seniorów i osób z niepełnosprawnością nie zgłasza przemocy wobec siebie z różnych przyczyn: strachu, zależności od osoby krzywdzonej, bliskiej relacji ze sprawcą (np. kiedy jest nim dorosłe dziecko), czy braku możliwości zgłoszenia (np. przez niepełnosprawność fizyczną lub intelektualną). Należy jednak pamiętać, że każdy ma prawo do życia bez

przemocy, ma prawo do bycia szanowanym, do bycia bezpiecznym i dbania o siebie. Przemoc jest zjawiskiem, które należy przerwać i nic nie usprawiedliwia jej stosowania.

### **Jak najłatwiej rozpoznać, czy dane zachowanie jest przemocą? Czy dany senior jest ofiarą przemocy?**

**E.N.:** Tu odniosłabym się znów do definicji przemocy, bo aby mówić o przemocy, muszą być spełnione te cztery warunki.

Jak inaczej możemy ją rozpoznać? Przemoc fizyczną czy seksualną możemy rozpoznać oczywiście po obrażeniach, śladach, zranieniach, otarciach itp.

Innym elementem pomocnym w rozpoznaniu przemocy, niezależnie od formy, jest zachowanie osób stosujących przemoc i osób krzywdzonych. Osoby stosujące przemoc często mają postawę przerzucającą odpowiedzialność na osobę krzywdzoną, np. mówią: „nie słucha się”, „bo gdy nie zrobił/a ....., to ja...”, „to jej/jego wina”, „powinien/powinna się leczyć”. Należy też pamiętać, że większość osób stosujących przemoc zaprzecza jej stosowaniu. Stosowanie przemocy jest związane z pewną postawą i sposobem myślenia, np. o świecie, relacjach, np. myśleniem, że ktoś jest odpowiedzialny za to, jak się czuję i co czuję.

Zachowanie osoby doznającej przemocy też może być pomocne w rozpoznaniu przemocy. Doznawanie przemocy prędzej czy później wpływa na nastrój, samopoczucie, myślenie o sobie i świecie, odbiera sprawczość i nadzieję. Zachowaniami i słowami, które mogą nas zaniepokoić, są: usprawiedliwianie zachowań sprawcy, branie na siebie winy, negatywne myślenie o sobie, myśli samobójcze, próby samobójcze, obniżony nastrój, wypowiedzi i reakcje świadczące o odczuwaniu lęku i strachu, poczucie wstydu, braku nadziei na to, że może być inaczej.

Ważne jest, aby pamiętać, że każdy z nas, jeśli ma podejrzenie, że ktoś jest krzywdzony – należy zareagować, np. porozmawiać z osobą krzywdzoną czy zgłosić sytuację do służb, aby to one sprawdziły, czy jest to przemoc czy nie. Nie musimy mieć pewności ani dowodów, aby powiedzieć dzielnicowemu czy pracownikowi ośrodka pomocy społecznej o naszej obawie czy podejrzeniu. Są to specjaliści, którzy mają doświadczenie i wiedzę.

### **Jakie wsparcie ofiarom przemocy w rodzinie oferuje Stowarzyszenie na rzecz przemocy w rodzinie „Niebieska Linia”, w którym pani pracuje?**

**E.N.:** Stowarzyszenie oferuje pomoc dla wszystkich osób uwikłanych w przemoc: świadków przemocy, osób krzywdzonych i osób stosujących przemoc. Dla osób krzywdzonych i świadków przemocy prowadzimy bezpłatne konsultacje indywidualne psychologiczne i prawne, grupy terapeutyczne, warsztaty edukacyjne, grupy wsparcia.

Prowadzimy także Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”, gdzie telefonicznie, e-mailowo bądź listownie można otrzymać bezpłatną pomoc prawną i psychologiczną. Telefon Pogotowia „Niebieska Linia” jest bezpłatny i czynny całą dobę: 800 120 002.

### **Jakie pani zdaniem zdrowotne i społeczne skutki niesie bycie ofiarą przemocy w rodzinie?**

**E.N.:** Doznawanie przemocy wpływa na wiele obszarów życia, funkcjonowania czy zdrowia, są to m.in. różnego rodzaju objawy somatyczne, obniżona odporność, obniżony nastrój, obrażenia ciała, wycofanie się z kontaktów społecznych, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia psychiczne, próby samobójcze, samookaleczanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych, obniżona samoocena i poczucie własnej wartości, wycofanie się z kontaktów społecznych.

Należy pamiętać, że przemoc w rodzinie to zjawisko, które stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia.

### **Czy pani zdaniem bycie ofiarą przemocy sprzyja wykluczeniu społecznemu ofiary?**

**E.N.:** Tak, doznawanie przemocy sprzyja wykluczeniu społecznemu. Choćby dlatego, że jednym z mechanizmów wikłających w nią jest izolacja osoby krzywdzonej od innych osób – znajomych, bliskich, rodziny. Obniżony nastrój i poziom energii u osób doświadczających przemocy też sprzyja wycofaniu z kontaktów społecznych. Często też wykluczeniu społecznemu sprzyjają reakcje świadków – opierające się na mitach i stereotypach o przemoc.

**Czy często zgłaszają się do państwa seniorzy jako ofiary przemocy w rodzinie, a jeśli tak, to kto najczęściej jest sprawcą przemocy?**

E.N.: Kobiety, seniorzy i dzieci są grupą najbardziej narażoną na doznawanie przemocy. Seniorzy często korzystają u nas w form pomocy, najczęściej w formie konsultacji indywidualnych i kontaktując się z naszym Pogotowiem „Niebieska Linia”. Zwykle sprawcami są bliskie osoby: dorosłe dzieci, synowa/zięć, wnuki i wnuczki.

**Ofiarą którego z rodzajów przemocy są najczęściej osoby starsze?**

E.N.: Przemocy psychicznej, fizycznej i zaniedbania.

**A jak zachęciłaby pani osoby starsze, zwłaszcza seniorów z niepełnosprawnościami do zgłoszenia się do państwa lub innych instytucji z prośbą o pomoc?**

E.N.: Przemoc w rodzinie jest krzywdząca dla osoby jej doświadczającej, ale i całej rodziny. Każdy z nas ma prawo do chronienia siebie i szukania pomocy, gdy ktoś nas krzywdzi i kiedy prawa są łamane. Każdy ma prawo do godnego życia, czucia się bezpiecznym we własnym domu, szacunku, nietykalności, do życia w domu wolnym od przemocy. Każdy ma prawo do podjęcia działań na własną rękę, zaangażowanie służb i zadbania o swoje bezpieczeństwo, zdrowie i życie. Należy pamiętać, że sięganie po pomoc nie jest czymś, czego człowiek powinien się wstydzić, jest aktem odwagi, aby walczyć o siebie i bliskich.

**Senior jest często ukazywany jako ofiara przemocy, a czy spotkała się pani w swojej pracy z odwrotną sytuacją – gdy osoba starsza była sprawcą przemocy w rodzinie?**

E.N.: Przemoc jest jednym z najbardziej demokratycznych zjawisk: każdy może przemocy doznawać i ją stosować. Spotkałam się z sytuacją, gdy to senior był osobą stosującą przemoc, np. wobec swoich wnucząt, ale i też wobec dorosłych już dzieci.

**Czy pani zdaniem wraz ze starzeniem się społeczeństwa (i wzrostem w społeczeństwie liczby seniorów z niepełnosprawnościami) problem przemocy wobec seniorów będzie narastał?**

E.N.: To trudne pytanie, ponieważ to nie starzenie jest powodem doznawania przemocy. Powodem występowania przemocy jest postawa czy brak wiedzy



osób jej stosujących. Na pewno powstaje coraz więcej działań nakierowanych na zatrzymanie przemocy, np. kampanii, projektów organizacji pozarządowych. Mam nadzieję, że wraz ze wzrostem świadomości ludzi na temat zjawiska przemocy, tego czym przemoc jest, będzie zwiększała się gotowość do szukania pomocy, jeśli stosuje się przemoc wobec bliskich, szukania pomocy, jeśli jest się osobą doznającą przemocy i gotowością do zgłaszania, jeśli jest się jej świadkiem.

### **Jakie pani zdaniem działania powinny być realizowane w ramach senioralnej polityki społecznej, aby przeciwdziałać przemocy wobec osób starszych?**

**E.N.:** Myślę, że już jesteśmy na odpowiedniej drodze. Przemoc wobec seniorów bowiem przestaje być tematem tabu. Nadal jest wiele do zdziałania i będzie, dopóki dochodzi do przemocy w rodzinach. To, co może być pomocne, to dalsze kontynuowanie działań edukacyjnych na temat przemocy wobec osób starszych, przyjrzenie się przepisom dotyczącym wspierania osób starszych w procesie zmiany i wychodzenia z sytuacji doznawania przemocy. Myślę, że warto kierować tego typu pytania nie tylko do specjalistów, ale także do seniorów, którzy przemocy doznali bądź doznają.

## **3. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z chorobami otępiennymi jako wyzwanie dla senioralnej polityki społecznej**

### **Biologiczne aspekty procesu starzenia się człowieka**

Nie jest łatwym zadaniem scharakteryzować proces starzenia się organizmu, gdyż w większości przypadków ma on indywidualny przebieg, zależny od wielu uwarunkowań, m.in. genetycznych, społecznych, środowiskowych oraz ekonomicznych. Jednak istnieją cechy wspólne, które opisują proces starzenia się organizmu. Proces ten jest (Kocemba, 2007):

- uniwersalny, gdyż niezależnie od gatunku dotyka wszelkich organizmów żywych;
- nieuchronny, gdyż pomimo postępu medycyny, tak dziś, jak i przed wiekami nie można się go ustrzec;
- długotrwały, gdyż zmiany zachodzące w organizmie spowodowane starzeniem się nie zachodzą w jednej chwili, a w sposób ciągły;

- nieodwracalny, gdyż nie da się odwrócić starczych zmian w organizmie;
- dynamiczny (rozwojowy), gdyż starość jest jednym z etapów życia człowieka;
- niezależny, gdyż powodowane upływem lat zmiany w organizmie nie zależą od woli człowieka;
- naturalny, gdyż starzenia nie wywołują czynniki zewnętrzne, ale naturalne zmiany dokonujące się autonomicznie wraz z upływem lat.

Proces starzenia się organizmu pomimo swej naturalności w dużym stopniu zależy od warunków biologicznych oraz od czynników psychospołecznych. Teorie psychospołeczne podkreślają znaczenie procesów organicznych i społecznych oraz czynników ekonomicznych, które prowadzą do starzenia się organizmu. Poszukując przyczyn starości, teorie te odwołują się do dotychczasowego trybu życia seniora, jego nawyków, typu wykonywanej pracy, jego rozwoju psychospołecznego, rodzaju i wysokości świadczeń w systemie zabezpieczenia społecznego (na które mógł i może liczyć).

Teorie psychospołeczne starzenie ujmują jako utratę (wraz z wiekiem) umiejętności intelektualnych człowieka w związku ze spowolnieniem procesów, jakie zachodzą w jego mózgu. O tym, kiedy dochodzi do starczych zmian w centralnym ośrodku nerwowym, mają decydować czynniki społeczne oraz całe dotychczasowe życie seniora. Autorzy takich koncepcji duże znaczenie przypisują cechom osobowości osoby starszej, obrazowi samego siebie oraz aktywności seniora jako czynnika spowalniającego proces starzenia się mózgu (Zboina, 2008).

### Choroby otępienne w wieku złotej jesieni

Wśród głównych chorób i zespołów otępiennych należy wymienić:

- chorobę Alzheimera,
- otępienie z ciałami Lewy'ego,
- chorobę Picka.

Choroba Alzheimera jest uważana za główną przyczynę zaburzeń otępiennych w wieku złotej jesieni, gdyż cierpią na nią głównie osoby powyżej 65. r.ż. Mimo licznych i zaawansowanych badań nie są znane czynniki wywołujące chorobę Alzheimera, a jedynie czynniki ryzyka zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia choroby, którymi są: płeć żeńska, cukrzyca, niskie wykształcenie, skłonności genetyczne – posiadanie członka bliskiej rodziny

chorującego na chorobę Alzheimera oraz mutacja genów powodująca rodzinną postać Alzheimera. Głównymi objawami choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci i obniżenie ogólnej aktywności psychicznej oraz ogólnie obniżony nastrój i apatia u osoby chorej. W przebiegu choroby możemy wyróżnić trzy objawy: otępienie łagodne, otępienie o średnim zaawansowaniu, otępienie zaawansowane.

W pierwszym etapie choroby symptomy otępienia występują w postaci problemów z przyswajaniem nowych informacji oraz w postaci huśtawki nastrojów i problemów z osobowością. W drugim etapie choroby, zwanym etapem otępienia o średnim nasileniu, oprócz problemów z pamięcią pojawiają się zaburzenia mowy i orientacji w terenie. Trzecim i ostatnim etapem choroby Alzheimera jest otępienie zaawansowane, które uniemożliwia osobie chorej wykonywanie zwykłych czynności (w tym m.in. samodzielnego ubrania się, zjedzenia posiłków, mycia). Senior chorujący na chorobę Alzheimera w trzecim stadium ma kłopoty z chodzeniem i utrzymaniem moczu, przestaje rozpoznawać pory dnia i nocy oraz osoby bliskie. Choroba Alzheimera jest chorobą długotrwałą i rozwijającą się bardzo powoli oraz powodującą zanik mózgu u osoby nią dotkniętą, dlatego osoby chorujące na chorobę Alzheimera wymagają stałego wsparcia i opieki ze strony osób trzecich (w tym najczęściej osób bliskich) (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2016).

Otępienie z ciałami Lewy'ego jest uważane za drugą (po chorobie Alzheimera) przyczyną otępienia osób starszych. Jest to choroba neurodegeneracyjna, którą powoduje nagromadzenie się w mózgu nieprawidłowych złogów białek, nazywanych ciałami Lewy'ego, które znajdują się w korze mózgu i układzie limbicznym oraz prowadzą do uszkodzenia komórek mózgowych, wywołując objawy chorobowe. Otępienie z ciałami Lewy'ego charakteryzują nawracające i szczegółowe omamy wzrokowe (które występują u ponad 80% chorych), urojenia, zaburzenia w fazie snu REM oraz demencja (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2016).

Choroba Picka jest trzecią najczęstszą przyczyną otępienia osób starszych. To schorzenie neurodegeneracyjne typu otępienia czołowo-skroniowego, którą powodują nieprawidłowości związane z mikrotubulami białka tau. Obecnie wyróżniamy trzy fazy choroby Picka: fazę wstępną charakteryzującą się pojawianiem się zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych oraz zaprzestaniem przez osobę chorą przestrzegania norm społecznych. W drugiej fazie choroby, zwanej fazą pośrednią, nasilają się zaburzenia zachowań, chorzy zachowują się niestosownie do przyjętych norm i całkowicie nie przestrzegają zasad życia społecznego. Ponadto pośrednią fazę choroby charakteryzuje

zaniedbany wygląd, brak dbania o ubiór oraz higienę osobistą. W fazie drugiej zaczynają pojawiać się również zaburzenia funkcji poznawczych, językowych oraz zaburzeń pamięci i odruchy prymitywne (m.in. ssanie, nietrzymanie moczu). Trzecią fazą choroby Picka jest zaawansowane otępienie czołowo-skroniowe, charakteryzujące się znacznym zaburzeniem zachowania (drażliwością, chwiejnością emocjonalną, utratą zainteresowań etc.), znacznym deficytem funkcji poznawczych (zaburzeń językowych, utratą zdolności planowania i abstrahowania, znacznie obniżoną pamięcią). Zaawansowane otępienie czołowo-skroniowe objawia się również neurologicznie (m.in. sztywność ruchowa, drżenie) oraz przez odruchy prymitywne (chwytywanie, ssanie, rykowanie etc.) (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2016).

Wśród pozostałych chorób i zespołów otępiennych należy wymienić:

- chorobę Parkinsona,
- chorobę Huntingtona,
- chorobę Creutzfeldta-Jakoba,
- neuroboreliozę.

### Najczęstsze przyczyny chorób otępiennych

Wśród siedmiu najczęstszych grup chorób i zaburzeń wywołujących łagodne zaburzenia poznawcze lub demencję, czyli postępującą dolegliwość, upośledzającą przynajmniej dwie zdolności umysłowe, uniemożliwiający choremu normalne funkcjonowanie, są (Shanekel, Amen, 2012, s. 44):

1. Degeneracyjne choroby mózgu, których przykładami są: Alzheimer, Parkinson, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego. Choroby te w większości zaczynają się po 40. r.ż. i uszkadzają konkretne rejony mózgu zniszczeniu ulegają neurony lub wspierające je komórki.
2. Choroby naczyniowe mózgu, których przykładami są rozległe udary, wielokrotne udary, udary w głębokich obszarach mózgu. Niedostateczny dopływ krwi do mózgu powoduje zaburzenia poznawcze.
3. Rak i leczenie raka, w tym rak mózgu, przerzuty raka do mózgu, chemioterapia, radioterapia, która zabija nie tylko chore komórki, ale też i zdrowe (np. podczas naświetlań).
4. Mechaniczne urazy głowy, w tym stłuczenia, rozcięcia, wgniecenia i pęknięcia czaszki powodujące uszkodzenie mózgu.
5. Choroby zakaźne i immunologiczne, w tym m.in. stwardnienie rozsiane (SM), zespół przewlekłego zmęczenia i niedoboru odpornościowego (CFDIS), wirus opryszczki, choroba Creutzfeldta-Jakoba, ludzki wirus

- niedoboru odpornościowego (HIV), wirusowe choroby mózgu (zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu).
6. Nadużywanie alkoholu i innych substancji toksycznych (narkotyków, toksycznych oparów, pestycydów etc.) powodujące zmiany w mózgu oraz w układzie nerwowym.
  7. Zaburzenia metabolizmu komórek nerwowych, w tym m.in. depresja, cukrzyca, choroby tarczycy, hipoglikemia, choroby nerek, wodogłowie, choroby płuc, hipoksja, wysoki poziom homocysteiny, niedobór estrogenu.

### Wykluczenie społeczne seniorów z chorobami otępiennymi

Choroby otępienne są jedną z podstawowych grup chorób, które prowadzą do wycofywania się i samowykluczenia społecznego osoby chorej oraz jej najbliższej rodziny, jak również do ich stygmatyzacji i wykluczenia społecznego.

Jedną z podstawowych przyczyn powodujących wykluczenie społeczne osoby chorej i jej rodziny są zaburzenia funkcji poznawczych – głównie pamięci i sprawności intelektualnej. Osoby chorujące na choroby otępienne i świadome swoich problemów z pamięcią zaczynają rezygnować z udziału w życiu społecznym oraz wraz z postępem choroby zaczynają wycofywać się również z życia rodzinnego, coraz rzadziej zabierając głos podczas spotkań rodzinnych, a następnie przestają w nich uczestniczyć. Niestety, wraz z postępem choroby osoby te wymagają stałego wsparcia i opieki ze strony osób najbliższych, co często prowadzi do wykluczenia społecznego całej rodziny z osobą z chorobą otępienną, gdyż ze względu na konieczność opieki nad chorym członkiem rodziny i strachem przed zostawieniem go samego w domu, jak również często ze względu na niechęć przyznania się, że dany członek rodziny jest chory na choroby otępienne, rodzina przestaje spotykać się ze znajomymi i ich zapraszać do siebie, przestaje uczestniczyć w życiu społecznym, a często jeden z jej członków rezygnuje z aktywności zawodowej, by móc opiekować się chorym członkiem rodziny. Powyższe sytuacje prowadzą do samoizolacji społecznej, a następnie do samowykluczenia społecznego.

Wykluczeniu społecznemu chorego oraz jego rodziny sprzyja druga z oznak charakteryzujących zaburzenia otępienne, mianowicie zmiany osobowości chorego, w tym jego wybuchowość oraz nieprzestrzeganie obowiązujących w społeczeństwie norm społecznych. Zaburzenia te powodują, iż osoba chora ze względu na nieprzewidywalność swojego zachowania jest przez rodzinę izolowana od społeczeństwa. Osoba chora przestaje uczestniczyć w uroczystościach religijnych oraz świeckich, gdyż rodzina obawia się,

że senior może nieodpowiednio zachować się w kościele czy podczas pikniku sąsiedzkiego. Ponadto rodzina obawiając się wybuchu agresji osoby chorej, przestaje zapraszać do siebie rodzinę i znajomych oraz wyjeżdżać z osobą chorą np. na wakacje, a ze względu na konieczność stałego wspierania seniora, nie może wyjechać bez niego. Brak tolerancji w społeczeństwie do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ciekawość społeczna sprawiają, że osoba chora w obawie, iż inni mogą jej zwracać uwagę lub źle potraktować jest przez najbliższych niemal zamykana w domu, co prowadzi do wykluczenia społecznego seniora, a jego brak kontaktu z innymi ludźmi, przyrodą i odpoczynkiem od domu powodują pogarszanie się samopoczucia chorego oraz postęp choroby. Zmiany osobowości chorego powodują również częstą złość i frustrację opiekunów, iż nie są w stanie pomóc osobie najbliższej, że ich nie słucha oraz że przez zachowanie chorego nie mogą uczestniczyć w życiu rodzinnym i społecznym.

Kolejnym objawem choroby otępiennej przyczyniającej się do wykluczenia społecznego osoby chorej i jej najbliższych są zaburzenia ruchu oraz chwytania. Osoba chora ma problem z podnoszeniem nóg podczas chodu, porusza się w sposób pochyły, szurając nogami oraz ma problem z chwytnością w dłoniach, w tym wraz z postępowaniem choroby z samodzielnym ubraniem się oraz spożywaniem posiłków. Problemy ruchowe seniora powodują, iż ma on problem z wyjściem z domu, dlatego spędza w nim niemal cały czas, a opiekująca się nim rodzina ze względu na trudności w poruszaniu się osoby chorej nie może z nim wychodzić na spacer, wyjechać na urlop. Ponadto ze względu na problem z chwytnością dłoni, w tym z samodzielnym spożywaniem posiłków, wiele rodzin przestaje wychodzić z osobą chorą do znajomych, zapraszać innych do siebie, gdyż wstydzi się, w jaki sposób chory spożywa posiłki. Ponieważ wraz z postępowaniem choroby, cierpiąca na zaburzenia otępienne osoba starsza wymaga stałego karmienia (od zaakceptowanej przez nią osoby), opiekun seniora nie może swobodnie wyjść na spotkanie ze znajomymi, realizować swoich pasji, gdyż ma poczucie obowiązku oraz opieki nad chorym członkiem rodziny. Sytuacja ta sprzyja wykluczeniu społecznemu nie tylko samej osoby chorej, ale również opiekującej się nią rodziny, która bardzo często ze względu na nie uczestnictwo w spotkaniach, wyjściach i wspólnych wyjazdach traci swoich dotychczasowych znajomych.

Ostatnimi z podstawowych objawów chorób otępiennych przyczyniających się do marginalizacji i wykluczenia społecznego osoby z zaburzeniami otępiennymi i jej rodziny są zaburzenia afektywne – zaburzenia emocjonalne z chwiejnością i drażliwością. Powodują one duże trudności w codziennym wspieraniu

seniora oraz w sprawowaniu opieki nad osobą chorą. Ponadto ze względu na chwiejność emocjonalną chorego jego rodzina ogranicza najpierw mu, a następnie również sobie kontakt z rodziną i innymi członkami społeczeństwa. Chwiejność emocjonalna oraz drażliwość osoby chorej powodują u niej częste krzyki, wybuchy radości lub smutku, wdzięczność lub zarzuty w stosunku do opiekunów. Powyższe zachowania są kolejną przyczyną, dla której rodzina osoby chorej ogranicza kontakty społeczne i pozostaje sama z chorym.

Omówione objawy chorób otępiennych powodują wycofanie się chorego oraz jego rodziny z życia społecznego, co w konsekwencji prowadzi do wykluczenia rodzinnego (ponieważ rodzina nie uczestniczy w spotkaniach rodzinnych, to przestaje być zapraszana na uroczystości rodzinne), towarzyskiego (ponieważ rodzina nie zaprasza do siebie znajomych, to oni również przestają zapraszać daną rodzinę), kulturalnego (ze względu na konieczność stałej opieki nad osobą chorą, rodzina przestaje wychodzić do kina, teatru etc.), a w następstwie wykluczenia społecznego. Dlatego bardzo istotnym jest, aby były realizowane programy społeczne wspierające rodzinę w sprawowaniu opieki nad osobami z chorobami otępiennymi, w tym m.in. programy opieki wytchnieniowej dla rodziny oraz program asystenta rodzin żyjących z demencją.

Wywiad z Agatą Anusiewicz, koordynatorem projektu  
„Przywrócić do świata – asystent rodzin żyjących z demencją”

**Kierowana przez panią fundacja w ubiegłym roku realizowała projekt „Przywrócić do świata – asystent rodzin żyjących z demencją”. Czy mogłaby pani opowiedzieć, na czym polegał projekt?**

**Agata Anusiewicz:** „Przywrócić do świata – asystent rodzin żyjących z demencją” to pionierski program naszej fundacji, skierowany do osób starszych, niesamodzielnych z powodu zaburzeń poznawczych i zespołów otępiennych oraz ich nieformalnych opiekunów, realizowany w naturalnym środowisku osoby chorej. Jego pierwsza edycja trwała od marca do grudnia 2019 r. Beneficjentami projektu były osoby starsze, niesamodzielne z powodu zaburzeń poznawczych lub zespołów otępiennych oraz ich bezpośredni, nieformalni opiekunowie. W środowiska rodzin żyjących z demencją weszli asystenci, niosąc wsparcie, wytchnienie, a także edukację i informacje, ale przede wszystkim niosąc serce i radość dla osoby chorej i zrozumienie dla opiekuna. Asystent rodzin żyjących z demencją to wyszkolony przez nas specjalista w obszarze pracy z osobami cierpiącymi na demencję: psycholog, pedagog, pracownik socjalny lub terapeuta zajęciowy. Każdy z naszych specjalistów



posiada kilkuletnie doświadczenie w pracy z chorymi. Asystenci pracowali pod superwizją i przy stałym wsparciu naszej fundacji. Asystent odwiedzał rodzinę średnio raz w tygodniu, czas jednej wizyty to około trzy godziny. Do zadań asystenta należała indywidualna praca z osobą chorą (trening pamięci, terapia multisensoryczna, terapia reminiscencyjna, trening orientacji w rzeczywistości, muzykoterapia, zajęcia plastyczne, trening codziennych czynności) oraz indywidualna praca z bezpośrednim opiekunem (m.in. oddziaływania wspierające, edukacyjne, szkolenie modelujące pracę z chorym, informacyjne, motywujące, aktywizujące, opieka wytchnieniowa). Asystent wspierał rodzinę w rozwiązywaniu problemów opiekuńczych, psychologicznych, socjalnych, przy współpracy z zespołem fundacji. W toku realizowanego projektu opracowane i wyprodukowane zostały: tzw. teczki asystenta zawierające niezbędne materiały terapeutyczne dla osób chorych (m.in.: narzędzia do terapii zajęciowej, treningów poznawczych, treningów orientacji w rzeczywistości, terapii reminiscencyjnej oraz narzędzia pracy według metody Montessori Senior).

### **A skąd się wziął pomysł na projekt?**

**A.A.:** Przy zakładaniu fundacji naszym priorytetem było wsparcie i pomoc osobom zamkniętym w czterech ścianach swojego domu. Prowadziliśmy różnego typu działania aktywizujące i wspierające, które miały wpływ na „wyjście” seniorów z domu, tych zdrowych i tych chorych. W latach 2015–2016 wzięłam udział w projekcie „Przystanek Alzheimer – wzmacnianie i kształcenie liderów budujących wsparcie środowiskowe dla opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienne” współfinansowanym przez Urząd Miasta stołecznego Warszawy, a realizowanym przez Stowarzyszenie Mali Bracia Ubogich. Posiadam certyfikat ukończenia dwóch edycji programu. Na tych spotkaniach nawiązałam kontakty z osobami działającymi na rzecz osób z demencją. Dostrzegłam problem opiekunów borykających się z codziennym życiem i opieką nad osobą chorą. Tam poznałam Marię Jarco (dziś Marię Jarco-Działak) psychologa, gerontoterapeutę, autorkę i realizatorkę programów skierowanych do osób starszych chorych na zespoły otępienne oraz ich nieformalnych opiekunów. Marysia napisała dla naszej fundacji trzyletni projekt współfinansowany przez m.st. Warszawę „Dememo-program wsparcia i edukacji dla osób borykających się z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi oraz ich rodzin i opiekunów”. W projekcie Maria Jarco prowadziła przez trzy lata grupę wsparcia dla opiekunów osób chorych.



W ramach projektu prowadziliśmy m.in. Dni Otwarte – spotkania ze specjalistami dla opiekunów osób niesamodzielnych dotkniętych demencją, PIK – punkt informacyjno-konsultacyjny. Podczas każdego działania opiekunowie mówili o potrzebie opieki wytchnieniowej, o bezradności i zmęczeniu w stosunku do osoby chorej, o potrzebie rozmowy z osobą znającą specyfikę opieki. W większości ich podopieczni to osoby niewychodzące lub rzadko wychodzące z domu. Tak też powstał pomysł pracy w środowisku osób chorych. Projekt napisała Maria Jarco-Działak i był realizowany w ramach programu ASOS (Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020).

**Projekt zakładał wspieranie nie tylko seniorów z problemami demencyjnymi, ale również ich rodzin, co jest rzadkością, gdyż większość projektów jest kierowanych bezpośrednio do osób starszych. Czy pani zdaniem rodzina i opiekunowie seniorów (w tym zwłaszcza seniorów z problemami otępiennymi) wymagają wsparcia?**

**A.A.:** W Polsce główny ciężar opieki nad niepełnosprawną osobą starszą należy do rodziny. Potwierdza to największe w Polsce badanie osób starszych zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Badania PolSenior, 2011 r.). Wsparcie członków rodzin, szczególnie małżonków i dzieci, stanowi najważniejsze źródło pomocy dla niesamodzielnych osób starszych. Przytoczone badania pokazują, że blisko 90% osób starszych pozostaje pod opieką rodziny. To rodzina jest instytucją, która ma dla chorego podstawowe znaczenie: jest tym środowiskiem, w którym szuka z jednej strony oparcia i pomocy, z drugiej natomiast bezpieczeństwa, szacunku i zrozumienia. Zaspokojenie tych potrzeb, zwłaszcza w kontekście otępienia, jest dla opiekunów ogromnym wyzwaniem, wymagającym specyficznej wiedzy i umiejętności. Badania A. Sadowskiej (1998; 2006; 2007) wskazują, że opiekunami osób cierpiących na otępienie są przede wszystkim małżonkowie (69,3%) – częściej żony (71,9%) niż mężowie (28,1%), rzadziej ich dorosłe dzieci (21,6%) lub rodzeństwo (9,1%). Średni wiek opiekuna w Polsce wynosi 64 lata i 5 miesięcy. W przytoczonym wcześniej Raporcie RPO [*Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera, Warszawa 2016 r.*] czytamy w pierwszym wydaniu, że ponad 35% opiekunów skarży się na brak informacji o chorobie, a tylko 10% z nich otrzymało wyczerpującą informację o przysługujących im usługach. Opiekunowie podkreślają potrzebę uzyskania pełnej informacji o istotnych aspektach choroby oraz jak organizować opiekę nad chorym.

Specjaliści podkreślają, że opieka nad przewlekle chorym członkiem rodziny jest zadaniem znacząco obciążającym emocjonalnie, fizycznie i ekonomicznie. Opiekun osoby chorej na zespoły otępienne podlega obciążeniom w dużo większym stopniu niż w przypadku opieki nad chorymi somatycznie lub psychicznie. Opiekun ten uczestniczy również w procesie stawiania diagnozy otępienia, a od jego zaangażowania i wiedzy zależy jakość opieki, jaką chory zostanie otoczony. W miarę pogłębiania się otępienia i utraty kolejnych kompetencji chorego zwiększa się zakres obowiązków opiekuna. W wyniku długotrwałego pozostawania w stanie nadmiernego obciążenia u opiekunów częściej niż w populacji ogólnej nasila się proces izolacji społecznej, występują u nich objawy depresji, lęku, nadciśnienie tętnicze, rozchwiana cukrzyca, większe stężenie lipidów we krwi, zmniejsza się odporność na infekcje i inne zaburzenia somatyczne. Zaniedbują oni swoje zdrowie, nie wykonując odpowiednich badań, nie lecząc się, będąc mało aktywnymi fizycznie, nie odpoczywając i notorycznie niedosypiając. Jak podaje prof. T. Parnowski, ponad 1/3 opiekunów osób z otępieniem wykazuje objawy depresji. Najczęściej występuje ona u małżonków tych chorych, głównie kobiet. Depresja u opiekunów często jest tak poważna, że nie ustępuje nawet po umieszczeniu chorego, którym się zajmują, w ośrodku opiekuńczym. Często towarzyszą jej zaburzenia lękowe, co jeszcze pogarsza jakość życia opiekunów i jednocześnie obniża poziom opieki nad chorymi z otępieniem. Opiekunowie, którymi są małżonkowie, sześciokrotnie bardziej narażeni są na zespoły otępienne (Konferencja prasowa dla PAP: „Choroba Alzheimerera i inne zespoły otępienne. Sytuacja opiekuna osoby z zespołem otępiennym”, 2019). Pomoc opiekunom polega przede wszystkim na odciążeniu ich od samotnej opieki, wsparciu w przełamywaniu izolacji społecznej, dostarczeniu im wiedzy i wsparcia emocjonalnego oraz pomocy instytucjonalnej. Kluczowym dla tej grupy osób jest umożliwienie jej wythnienia od realizowanych zadań opiekuńczych, zdobycia kompetencji adekwatnych do złożonego procesu opieki, dostarczanie im wiedzy na temat adekwatnej do potrzeb opieki, pomoc w uporządkowaniu spraw medycznych i socjalnych, wzmacnianie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z procesem opieki zwłaszcza w sytuacji trudnych zachowań osób chorych. Ze względu na złożoność problemu opieki w demencji i kosztowność programów wspierających, w Warszawie nadal brakuje oferty adekwatnej do potrzeb tych rodzin.

Tak opisała problem opiekuna Maria Jarco w projekcie.

I takie potrzeby widzimy w każdej rozmowie z opiekunem. Opiekunowie osób z chorobą Alzheimerera i innymi zespołami otępiennymi często są nazywani

„cichymi bohaterami”, bo o ich trudnej roli opiekuna nikt nie wie. Często rodzina „wybiera” jednego opiekuna, obarczając go wszystkimi obowiązkami natury fizycznej i psychicznej związanej z opieką nad osobą z zespołem otępiennym. Opiekunowie zamykają się w sobie, często mają depresję, ich organizm jest mniej odporny na wszelkiego rodzaju infekcje. Zajmując się chorym, zapominają o swoich potrzebach i często umierają przed osobą chorą lub po odejściu chorego ich stan ulega znacznemu pogorszeniu. Nie skarżą się, bo nie mają sił tłumaczyć zachowania chorych, których rodzina często nie dostrzega przebywając z chorym sporadycznie lub okazjonalnie.

### **Czy proponowana przez fundację usługa cieszyła się dużym zainteresowaniem seniorów i ich rodzin?**

**A.A.:** W ramach projektu przeprowadziliśmy 2038 godzin oddziaływań (wspierających, opiekuńczych, edukacyjnych, informacyjnych i terapeutycznych) skierowanych do rodzin, w których występują zaburzenia poznawcze i zespoły otępienne, które były realizowane w ich miejscu zamieszkania. Wsparciem objęliśmy 84 osoby, w tym: 42 osoby starsze, niesamodzielne w wyniku zaburzeń poznawczych lub zespołów otępiennych (60+) oraz 42 bezpośrednich opiekunów osób starszych z zaburzeniami otępiennymi (w tym 32 beneficjentów w wieku 60+). Projekt został wysoko oceniony przez opiekunów. Oto wypowiedzi od opiekunów: „Bardzo dziękuję za włączenie nas do projektu. Jesteście wspaniali, że zajęliście się tym problemem”, „Bardzo żałuję, że projekt się kończy!!! Mama i ja jesteśmy zachwycone kompetencjami i podejściem asystentki”, „Projekt zdecydowanie potrzebny dla rodzin z problemami osób bliskich z demencją. Jestem jako opiekun na TAK”, „Wszystkie zajęcia były potrzebne i pomocne”, „Wspaniała praca asystenta i duże wsparcie”, „Poczułam, że nie jestem sama z tym problemem”, „Wsparcie asystenta jest bardzo ważne, niewyobrażalne wsparcie w opiece, asystent powinien wspierać przez cały czas choroby we wszystkich dziedzinach”.

Już od początku stycznia 2020 r. zaczęliśmy otrzymywać masę telefonów dotyczących kontynuacji projektu. Dla opiekunów to często było jedyne wsparcie w trudnej 24-godzinnej opiece.

Prowadzona w 2019 r. promocja projektu na grupach FB dotyczących chorób otępiennych była zarzucana pytaniami, kiedy taki projekt trafi do innych miast.

**Praca z seniorami chorującymi na choroby demencyjne nie jest łatwym zadaniem. Co pani zdaniem było najtrudniejsze podczas pracy asystentów?**

**A.A.:** Osoby współpracujące z nami w projekcie są wyjątkowo ciepłe i miłe, pełne zrozumienia i empatii. Kiedy zapytałam ich po skończonym projekcie, co było najtrudniejsze, jedna z asystentek napisała: „Bardzo miło wspominałam pracę w projekcie, wiele się nauczyłam. Myślę też, że praca z innymi rodzinami dotkniętymi chorobą pozwoliła mi spojrzeć z dystansem na własne problemy jako opiekuna – bardzo, bardzo Wam dziękuję. Uważam, że projekt był świetny, bardzo potrzebny i mam ogromną nadzieję, że będzie kontynuowany”.

Asystenci nie dostrzegali chyba problemów w samej pracy z chorym. Mnie się wydaje, że najtrudniejsze były początki, nawiązanie kontaktu i poznanie chorego, a także akceptacja asystenta przez opiekuna. Opiekunowie pomimo zmęczenia często uważają, że opiekują się najlepiej i najlepiej rozumieją chorego.

**Czy pani zdaniem dzięki realizacji tego i podobnych projektów skierowanych do osób starszych z chorobami demencyjnymi ci seniorzy dłużej pozostaliby w swoich naturalnych środowiskach lokalnych?**

**A.A.:** Zdecydowanie tak. W opiece nad chorym nie tylko z demencją najważniejsze jest zdrowie i samopoczucie opiekuna. Wsparcie i zaspokojenie potrzeb opiekuna zdecydowanie wpłyną na dłuższe pozostanie chorego w domu. Wyczerpani opiekunowie, oddając chorych do domów opieki, często mają poczucie winy, obwiniają się za „szybką” śmierć chorego i wtedy zdecydowanie pogarsza się ich stan zarówno psychiczny, jak i fizyczny. Projekty takie jak nasz dają opiekunowi czas na odpoczynek, na załatwienie własnych spraw, dają też poczucie wsparcia i zrozumienie, a to bardzo ważne w takiej sytuacji. Asystent daje opiekunowi również wiedzę na temat samej choroby, a zrozumienie zachowań chorego powoduje mniej frustracji opiekuna. Często opiekun myśli, że chory robi coś złośliwie, nie znając zmian, jakie zachodzą w mózgu chorego. Konstruktywna i kompetentna opieka nad chorym daje opiekunowi poczucie bezpieczeństwa. Pamiętajmy, że opieka nad chorym z demencją to często opieka 24-godzinna. Wsparcie opiekuna w opiece to zdecydowanie priorytet. Chorzy we własnym domu czują się najlepiej. Stare meble, ulubione przedmioty i bliska, kochająca osoba obok daje im poczucie

bezpieczeństwa. Zagubiona osoba z demencją, choć nie rozpoznaje na pewnym etapie rodziny, to w dalszym ciągu ma emocje związane z bliskimi i dlatego są spokojniejsi i nie potrzebują tyle leków.

### **Czy kierowana przez panią fundacja realizuje inne działania na rzecz niesamodzielnych osób starszych?**

**A.A.:** Fundacja działa od końca 2014 r. Na początku prowadziliśmy różnego typu działania aktywizujące i wspierające, które miały wpływ na „wyjście” seniorów z domu, tych zdrowych i tych chorych. W 2016 r. realizowaliśmy projekt „Senior dla Seniora – wsparcie poprzez wolontariat” współfinansowany przez m.st. Warszawa. Najistotniejszą kwestią projektu było utrzymanie samodzielności oraz wsparcie w miejscu zamieszkania osób starszych i żyjących w izolacji. Ponadto celem zadania była integracja środowiskowa ze szczególnym naciskiem na wzajemne zrozumienie wynikające z działań o charakterze jednopokoleniowym. Dialog na tej samej płaszczyźnie pokoleniowej przyczynić się może do większego zrozumienia i zaufania. Projekt w sposób szczególny uwzględniał zaangażowanie seniorów – sprawnych fizycznie, nieaktywnych zawodowo osób w wieku 60+ w formie wolontariatu. W okresie 2017–2019 realizowałyśmy projekt „Dememo – program wsparcia i edukacji dla osób cierpiących z powodu choroby Alzheimera i innych zespołów otępiennych oraz ich rodzin i opiekunów”. W tym okresie zrealizowaliśmy i przeprowadziliśmy 996 godzin oddziaływań wspierających, edukacyjnych, informacyjnych i terapeutycznych skierowanych do mieszkańców Warszawy, a w szczególności: 198 godzin oddziaływań psychoedukacyjnych i wspierających skierowanych do rodzin osób chorych w ramach Psychoedukacyjnej Grupy Wsparcia; 198 godzin oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób chorych na zespoły otępienne w ramach Zajęć Terapeutycznych; 28 godzin działań edukacyjnych w ramach Dni Otwartych ze specjalistami; 524 godziny oddziaływań informacyjnych, wspierających i edukacyjnych w ramach działań Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego; 48 godzin oddziaływań edukacyjnych i superwizyjnych w ramach Programu Wolontariatu. W ciągu trzech lat trwania projektu ze wsparcia skorzystało 846 osób. W tym roku również realizujemy projekt „Przywrócić do świata – asystent rodzin żyjących z demencją”. To miała być trochę ulepszona wersja ze spotkaniami edukacyjnymi, ale Covid-19 trochę pomieszał nam plany.

**Czy prowadząc działania na rzecz osób z chorobami demencyjnymi, zauważyła pani wzrost zainteresowania mediów, społeczeństwa tym obszarem czy nadal pani zdaniem jest to temat tabu? Wiele rodzin wstydzi się przyznać do tego, że ich bliscy cierpią na choroby demencyjne.**

**A.A.:** Sama zaczęłam się interesować problemem niedawno, również z przyczyn osobistych (jestem opiekunem osoby z demencją). Obserwuję raczej okresowe zainteresowania chorobami otępiennymi, zwłaszcza chorobą Alzheimera. Najwięcej mówi się o problemie w okolicach Światowego Miesiąca Choroby Alzheimera lub Dni Osób Starszych. Jest wielka potrzeba edukacji na temat zespołów otępiennych. Dotyczy to nas wszystkich, bo powinniśmy wiedzieć, jak reagować spotykając „dziwną osobę z demencją”, powinniśmy wiedzieć, jak zachowuje się taka osoba i co zrobić, kiedy np. mamy za sąsiada osobę z demencją. Potrzebna jest również edukacja pracowników różnych służb, takich jak m.in. pracownicy socjalni. To oni często wchodzi w „trudne środowiska” i to oni muszą weryfikować potrzeby osób zwłaszcza tych niesamodzielnych z zespołami otępiennymi. W czasie swojej pracy koordynatora usług opiekuńczych borykałam się często z tymi „trudnymi środowiskami”. Dziś wiem, że u większości osób były symptomy demencji. Odpowiednia opieka, edukacja i wsparcie rodziny przyniosłoby lepsze efekty w opiece. To prawda, że wiele osób nie chce mówić o problemie, ale czy przemawia przez nich to wstyd? Współmałżonkowie (zwłaszcza kobiety) przyjmują ten ciężar jako swój obowiązek i nie obarczają problemem nikogo. Często dzieci nawet nie wiedzą, jak wielka i trudna to opieka. Dzieci jako opiekunowie często poświęcają swoją karierę i szukają wsparcia na forach i grupach internetowych. Natomiast pracujące dzieci szukają wsparcia w prywatnej opiece i to chyba oni najczęściej szukają pomocy w instytucjach i organizacjach. Myślę, że powołaniem organizacji takich jak my jest wsparcie przede wszystkim współmałżonków – „cichych bohaterów”.

**Jakie pani zdaniem wyzwania przed polityką na rzecz osób starszych stawia postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego?**

**A.A.:** Dzisiejszy senior potrzebuje przede wszystkim dostępu do opieki geriatrycznej. Polipragmazja to obserwowany przeze mnie nurt leczenia u seniorów. Te nie weryfikowane przez poszczególnych lekarzy reklamówki leków w domach osób starszych. O, zgrozo! Realizowałyśmy w naszej fundacji projekt finansowany z własnych środków „Leki z naturalnej apteki”, który cieszył

się dużym zainteresowaniem wśród seniorów (i tylko seniorów). Niestety, nie otrzymaliśmy dofinansowania. Drugi ważny element to wsparcie osób niesamodzielnych w ich miejscu zamieszkania, stworzenie zajęć aktywizujących poprzez sztukę, rozwój pasji itp. Świetny pomysł i projekt Wawerskiego Centrum Kultury Aleksandrów „Sztuka z bliska”. Po trzecie, wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych, w tym osób z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi, projektami, takimi jak „Przywrócić do świata – asystent rodzin żyjących z demencją”. I oczywiście usługi opiekuńcze w pełnym zakresie, adekwatnym do potrzeb seniorów, ale niewyręczające seniorów (tam gdzie można wspólne działania). Aktywność fizyczna i psychiczna to najlepsza rehabilitacja. Ale żeby opiekunki mogły pracować z osobą niesamodzielną, a nie za osobą niesamodzielną, potrzebują odpowiedniego zakresu, czasu i edukacji. Dlaczego opiekunka gotuje obiad, a podopieczna ogląda telewizję? Dlaczego nie mogą gotować wspólnie, dzielić się obowiązkami, smakować, rozmawiać o potrawie?

**Czy pani zadaniem organizacji pozarządowe są we właściwym stopniu włączone w prowadzenie działań na rzecz osób starszych, czy jest to niewykorzystywany właściwie zasób?**

**A.A.:** Dużo jest działań na rzecz seniorów sprawnych, aktywnych, przemieszczających się i korzystających z cyfryzacji. Zdecydowanie za mało jest działań na rzecz osób niesamodzielnych, zamkniętych w domach. Przez 18 lat pracowałam jako koordynator usług opiekuńczych i widziałam niesamodzielnych, samotnych seniorów zdanych na dwu-, trzygodzinne wsparcie opiekunki w zakresie pomocy opiekuńczej (zakupy, gotowanie, porządki, toaleta itp.). A seniorzy cierpią na samotność, nie mają, z kim porozmawiać, nie mają motywacji do jakiegokolwiek działania. Przestają o siebie dbać, zaniedbują higienę, gorzej się odżywają i gorzknieją. Stają się apatyczni, wrogo i niechętnie nastawieni do osób z zewnątrz, z pretensjami i oczekiwaniami, a niedającymi nic z siebie. Samotność to najgorsza choroba, która daje wiele powikłań.





# Podsumowanie i wnioski

Głównymi, wskazanymi przez uczestniczących w badaniu senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnych” wyzwaniem stojącymi przez senioralną polityką społeczną, są:

- wyzwania instytucjonalne związane z rozwojem instytucji dziennego i całodobowego pobytu dla seniorów z niepełnosprawnościami;
- wyzwania związane z aktywizacją społeczną niepełnosprawnych osób starszych;
- wyzwania związane z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami.

W związku ze starzeniem się społeczeństwa polskiego i wzrostem liczby seniorów z niepełnosprawnościami jednym z głównych wyzwań stojących przed senioralną polityką społeczną jest rozwój dziennych i całodobowych instytucji wspierających osoby starsze, których przykładami są domy dziennego pobytu, gospodarstwa opiekuńcze i domy pomocy społecznej.

Dom dziennego pobytu jest placówką wsparcia dziennego, która dzięki szerokiemu wachlarzowi udzielanego wsparcia pozwala seniorowi zachować sprawność i samodzielność. To również miejsce, w którym osoby starsze mogą zjeść ciepłe posiłki, co jest szczególnie istotne w przypadku samotnie mieszkających wdowców. To także miejsce wspólnych, codziennych spotkań. Ponadto dzięki organizacji w placówce obchodów rocznic wydarzeń historycznych oraz świąt wielu seniorów ma okazję do wspólnego spędzenia tych uroczystości.

Reasumując, działalność domów dziennego pobytu, opinie na temat ich funkcjonowania w oczach senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” oraz praktyczne zasady ich roli i zadań przedstawione w wywiadzie z koordynator placówki pokazują, że są one instytucjami przyczyniającymi się do wzrostu samodzielności

i rozwoju seniorów (w tym z niepełnosprawnościami). Ponadto korzystanie ze wsparcia domów dziennego pobytu wielu osobom starszym pozwalają na opóźnienie lub nie podjęcie decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, dlatego wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego oraz wzrostem liczby seniorów z niepełnosprawnościami powinno powstawać i funkcjonować zdecydowanie więcej domów dziennego pobytu – marzeniem uczestników projektu jest, by tego typu placówka była w każdej gminie w Polsce.

Gospodarstwo opiekuńcze jest miejscem wsparcia dziennego dla osób potrzebujących takiego wsparcia na terenach wiejskich. W Polsce większość gospodarstw opiekuńczych to gospodarstwa o profilu senioralnym, czyli miejsca wspierania pełno- i niepełnosprawnych osób starszych w środowisku wiejskim.

W ramach otrzymywanego wsparcia senioralni członkowie gospodarstw opiekuńczych mają zapewnione miejsce codziennych spotkań (w tym pokój do odpoczynku), ciepły posiłek, szeroki, dostosowany do potrzeb i ograniczeń seniorów, wachlarz wsparcia aktywizacyjno-opiekuńczego.

Biorąc pod uwagę (obserwowaną od wielu lat) migrację młodych ludzi ze wsi do miast i pozostawanie na wsiach samotnych osób starszych, rozwój gospodarstw opiekuńczych przyczyniłby się do wzrostu aktywności osób starszych w swoim naturalnym środowisku.

Dom pomocy społecznej jest placówką całodobowej opieki dla osób, które ze względu na wiek lub schorzenia wymagają stałego wsparcia i nie mogą pozostać w swoim środowisku lokalnym. DPS zapewnia swoim mieszkańcom realizację podstawowych potrzeb oraz szeroką ofertę działań aktywizacyjno-rozwojowych.

Większość seniorów decyduje się na zamieszkanie w domu pomocy społecznej dopiero wówczas, gdy nie może już samodzielnie (oraz ze wsparciem innych) funkcjonować w swoim dotychczasowym środowisku.

Ponieważ wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego, wydłużającą się średnią wieku oraz wzrostem w społeczeństwie liczby seniorów z niepełnosprawnościami, mimo rozwoju usług środowiskowych nadal będzie wzrastać zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej, w opinii senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” powinny być budowane i otwierane kolejne DPS-y, które świadczą usługi na dużo wyższym poziomie niż prywatne (niebędące pod restrykcyjną kontrolą administracji państwowej) domy opieki nad seniorami.

Wzrost liczby seniorów z niepełnosprawnościami niesie za sobą wyzwania związane z aktywizacją społeczną niepełnosprawnych osób starszych, która

może być prowadzona w oparciu o Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych ASOS, Program Senior + oraz przez tworzenie i funkcjonowanie grup samopomocowych.

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych ASOS jest głównym, ogólnokrajowym programem skierowanym do organizacji pozarządowych finansującym ich działania na rzecz osób starszych (w tym seniorów z niepełnosprawnościami). Roczny budżet programu wynosi 40 mln i jest kilkukrotnie niższy niż liczba składanych w ramach programu projektów.

W ramach Programu ASOS mogą być realizowane działania w jednym z czterech priorytetów: edukacja osób starszych, aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypacja społeczna osób starszych i usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne).

W związku z powyższym w opinii senioralnych uczestników projektu „Międzypokoleniowa Akademia Liderów Społeczności Lokalnej” oraz uczestniczki projektu realizowanego w ramach Programu ASOS, powinna wzrosnąć rola programu w aktywizacji seniorów z niepełnosprawnościami, poprzez wzrost liczby grantów przyznawanych w ramach programu organizacjom pozarządowym realizującym powyższe działania.

Klub „Senior +” jest placówką, którą mogą stworzyć samorządy w ramach dofinansowania uzyskanego z budżetu państwa na powstawanie i funkcjonowanie Domów Dziennego Pobytu „Senior +” i Klubów „Senior +”.

Członkowie klubu uzyskują codzienne (czterogodzinne) wsparcie ich aktywności oraz uczą się jak aktywnie spędzać wolny czas. Ponadto w ramach Klubu „Senior +” są organizowane wspólne wyjścia i wyjazdy.

Biorąc pod uwagę zakres wsparcia udzielany przez Klub „Senior +” oraz jego rolę we wspieraniu i integracji seniorów pełno- i niepełnosprawnych, zdaniem uczestniczących w badaniu seniorów powstawanie tego typu placówek zachęciłoby niepełnosprawne osoby starsze do wychodzenia z domu i aktywnego uczestnictwa w życiu klubu.

Samotność, osamotnienie oraz brak osób, z którymi mogłyby się podzielić codziennymi troskami i radościami, jest jednym z głównych problemów osób starszych. Sytuacja ta szczególnie dotkliwie dotyka seniorów z niepełnosprawnościami, którzy ze względu na swoje schorzenia nie założyli własnej rodziny albo nie mogą uczestniczyć we wsparciu oferowanym przez koła, kluby lub organizacje pozarządowe działające na rzecz osób starszych.

Według senioralnych absolwentów Międzypokoleniowej Akademii Liderów Społeczności Lokalnej oraz pomysłodawczynie i koordynatorki grupy samopomocowej, to właśnie grupy samopomocowe są odpowiedzią na

samotność, osamotnienie oraz izolację społeczną seniorów. Ponadto ich zdaniem, grupa samopomocowa ze względu na panujące w niej zasady jest doskonałym narzędziem aktywizacji społecznej seniorów z niepełnosprawnościami, a powstawanie i funkcjonowanie grup samopomocowych powinno być jednym z priorytetów pracy socjalnej z osobami starszymi.

Istnieje wiele przyczyn wykluczenia społecznego niepełnosprawnych osób starszych, do których (zdaniem uczestników „Międzypokoleniowej Akademii Liderów Społeczności Lokalnych”) należą trudności adaptacyjne seniorów decydujących się na zamieszkanie w domach pomocy społecznej oraz negatywny wizerunek i odbiór społecznych DPS. Wśród innych głównych przyczyn wykluczenia społecznego seniorów uczestniczące w badaniu osoby starsze wskazały kwestię przemocy domowej oraz marginalizację seniorów chorujących na choroby otępienne i ich rodziny.

Trudności adaptacyjne negatywnie wpływają na proces integracyjny nowego mieszkańca domu pomocy społecznej, dlatego bardzo istotnym zadaniem dla polityki społecznej na rzecz seniorów jest podejmowanie działań ułatwiających nowym mieszkańcom proces adaptacyjny, po zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, gdyż negatywnie zakończony proces adaptacyjny mieszkańca prowadzi do jego samowykluczenia, a następnie wykluczenia społecznego przez mieszkańców i otoczenie placówki.

Ponieważ jedną z kwestii zaburzających proces adaptacyjny jest panujący w społeczeństwie polskim negatywny obraz domów pomocy społecznej (w tym mylenie ich z innymi placówkami wsparcia seniorów, jak domy pogodnej starości), zdaniem uczestniczących w badaniu seniorów oraz eksperta z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej z seniorami z niepełnosprawnościami należy niezwłocznie podjąć działania (m.in. kampanie społeczne) poprawiające wizerunek i odbiór społeczny domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku.

Podjęcie tych działań spowoduje poprawę wizerunku i odbioru społecznego DPS, przyczyni się do łagodnego i pozytywnego przebiegu procesu adaptacji mieszkańców placówki, a tym samym przeciwdziała ich marginalizacji, izolacji i wykluczeniu społecznemu.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie z seniorami (w tym z niepełnosprawnymi osobami starszymi) jest jednym z głównych wyzwań stojących przed senioralną polityką społeczną, gdyż stosowanie przemocy domowej wobec bezbronnej osoby starszej powoduje jej pogarszający się stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz rezygnację z udziału w życiu rodzinnym i społecznym, a w następstwie prowadzi do wykluczenia społecznego seniora.

Przemoc domowa wobec niepełnosprawnych osób starszych ze względu na ich liczne schorzenia i niemal całkowitą bezbronność jest również kwestią zagrażającą bezpośrednio ich życiu.

W związku z powyższym zdaniem seniorów uczestniczących w prowadzonym przez autora badaniu, jak również ekspertki z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, podejmowanie działań profilaktycznych, nagłaśnianie spraw przemocy domowej wobec niepełnosprawnych osób starszych oraz prowadzenie działań z zakresu szybkiego rozpoznania przemocy (np. przez pracowników socjalnych, policjantów etc.) jest jednym z głównych zadań senioralnej polityki społecznej, gdyż tylko osoba czująca się bezpiecznie będzie osobą aktywną i zaangażowaną w sprawy swojej społeczności lokalnej.

Zdaniem uczestniczących w badaniu seniorów oraz ekspertki zajmującej się kwestią wspierania seniorów z zaburzeniami otępiennymi, kwestia zaburzeń pamięci i innych zaburzeń otępiennych powoduje marginalizację i wykluczenie społeczne dotkniętych nią seniorów oraz ich rodzin. Dlatego zdaniem respondentów jednym z zadań stojących przed senioralną polityką społeczną jest wspieranie seniorów z zaburzeniami otępiennymi, podejmowanie działań z zakresu przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz wspieranie ich opiekunów, którzy ze względu na konieczność opieki nad swoim bliskim rezygnują niemal ze wszystkich swoich aktywności, co w konsekwencji prowadzi również do ich wykluczenia z życia społecznego i rodzinnego.

Reasumując, w związku ze starzeniem się społeczeństwa polskiego i wzrostem liczby seniorów z niepełnosprawnościami (w ogólnej populacji osób starszych) przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz aktywizacja społeczna niepełnosprawnych osób starszych jest jednym z głównych wyzwań stojących przed współczesną polityką społeczną.



# Bibliografia

- Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Kraków 2000.
- Bromley D.B., *Psychologia starzenia się*, Warszawa 1969
- Fabiś A., *Aktywność społeczna, oświatowa i kulturalna seniorów*, Bielska–Biała 2008.
- Głogosz D., *Definicja i kryteria oceny stopni niesamodzielności oraz standardy usług asystenckich i opiekuńczych*, Warszawa 2019.
- Górna K., Jaracz K., Rybkowski J. (red.), *Pielęgniarstwo psychiatryczne*, Warszawa 2016.
- Kocemba J., *Starzenie się człowieka*, [w:] *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*, (red.) Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., Gdańsk 2007.
- Kowalewicz J. (red.), *Senioralne grupy samopomocowe. Metodyka rekrutacji, animacji środowiska społecznego i ewaluacji*, Warszawa 2016.
- Langowska-Marcinkowska K., *O ludziach trzeciego wieku i niezbędnym im społecznym wsparciu*, [w:] *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*, (red.) Rogala S., Warszawa 2010.
- Nowakowska A.K., *Poczucie samotności*, [w:] *Czego obawiają się ludzie? Współczesne zagrożenia społeczne – diagnoza i przeciwdziałanie*, (red.) Libiszowska-Zółtkowska M., Warszawa 2007.
- Piotrowska-Breger, *Stary człowiek w domu pomocy społecznej, psychologiczne konsekwencje*, Kraków 2004
- Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, Kielce 1994.
- Shankel W., Amen G., *Strzeż się Alzheimera póki czas*, Warszawa 2012.
- Skórka G., *Prawne aspekty funkcjonowania domów pomocy społecznej*, „Praca społeczna”, lipiec–sierpień 2008.
- Smrokowska-Reichman A., Szwałkiewicz E., *Osoby Niesamodzielne Jak Im Pomagać? Poradnik Opiekuna Wspierającego*, Warszawa 2019.
- Stępnik K., *Gospodarstwa opiekuńcze budowane sieci współpracy*, (red) Stępnik K., Król J., Kraków 2017.
- Synak B., Czakanowski P., *Ludzie starzy a pomoc społeczna*, (red.) Marzec-Holka M., [w:] *Pomoc społeczna. Teoria i praktyka*, tom I, Bydgoszcz 2003.

- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- Szczerbińska K., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i w Europie*, Kraków 2011.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2007.
- Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D., Szałkiewicz E., *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, Warszawa 2010.
- Zbyrad T., *Dom pomocy społecznej – wolny wybór czy konieczność*, „Praca socjalna”, listopad–grudzień 2010.
- Ziółkowski P., *Praktyczna instrukcja utworzenia i prowadzenia domów dziennego pobytu z uwzględnieniem miejsc opieki łączonej*, Bydgoszcz 2018.
- Zych A., *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001.

#### Raporty i opracowania statystyczne

- Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2018*, GUS, Warszawa, 2019.
- Definicja niesamodzielnności, kryteria oceny stopni niesamodzielnności oraz standardy usług asystenckich i opiekuńczych*, EKON, Warszawa, 2017.
- Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia z 2014 r.*, GUS, Warszawa 2019.
- Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, MRPiPS, Warszawa, 2019.
- Narodowy Spis Powszechny 2011 r.*, GUS, Warszawa, 2014.
- Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, MRPiPS, Warszawa, 2018.
- Prognoza ludności na lata 2015–2050*, GUS, Warszawa 2014.
- Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, GUS, Warszawa, 2020.

#### Strony internetowe

- [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K\\_082\\_14.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_082_14.PDF) [dostęp: 31.07.2020].
- <https://system.pl/seniorzy-w-internecie/> [dostęp: 31.07.2020].
- [file:///C:/Users/Asus/Downloads/zaklady\\_stacjonarne\\_pomocy\\_spolecznej\\_w\\_2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/zaklady_stacjonarne_pomocy_spolecznej_w_2018%20(1).pdf) [dostęp: 20.06.2020].



# Spis tabel

Tabela 1. Prognozowana liczba osób w wieku 60 lat i więcej	10
Tabela 2. Osoby w wieku 60 lat i więcej według wieku i stanu cywilnego prawnego w 2011 r.	12
Tabela 3. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę senioralną w gospodarstwach domowych w 2018 r.	14
Tabela 4. Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwach domowych w 2018 r.	16
Tabela 5. Subiektywna opinia na temat użytkowanego przez gospodarstwa domowe mieszkania według liczby osób wieku 60 lat i więcej w 2018 r.	19
Tabela 6. Samoocena zdrowia przez osoby w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.	23
Tabela 7. Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.	23
Tabela 8. Choroby przewlekłe i dolegliwości według płci i grup wieku w 2014 r.	24
Tabela 9. Niezaspokojone potrzeby w zakresie leczenia lub badania według przyczyn w 2018 r.	28
Tabela 10. Zdolność wykonywania czynności według rodzaju i stopnia ograniczeń w 2018 r.	29
Tabela 11. Sprawność narządu wzroku, słuchu i ruchu według grup wieku w 2014 r.	30
Tabela 12. Możliwość wykonywania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego według grup wieku w 2014 r.	32
Tabela 13. Możliwość wykonywania czynności związanych z samoobsługą według grup wieku w 2014 r.	34
Tabela 14. Zgony według przyczyn w 2018 r. (w tys.)	36

# Spis wykresów

Wykres 1. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem	10
Wykres 2. Struktura osób w wieku 60 lat i więcej według wieku w 2018 r.	12
Wykres 3. Struktura dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwach domowych złożonych wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej w 2018 r.	13
Wykres 4. Poradnie geriatryczne według województw w 2018 r.	27
Wykres 5. Oddziały geriatryczne według województw	28